

„Сибирский
Врачъ“ выхо-
дитъ еженедель-
но; временно (во
время войны) че-
резъ 2 недѣли въ
размѣрѣ 1½-2-хъ пе-
чатныхъ листовъ.

О всякой книгѣ, при-
сланной въ Редакцію, со-
общается въ ближайшемъ
№; отзывъ дается по воз-
можности.

Плата за рефераты, обзор-
ы, отчеты о засѣданіяхъ Об-
ществъ по соглашенію.

Авторы оригинальныхъ ста-
тей получаютъ 25 отдѣльныхъ
оттисковъ.

Подписка и объявленія въ
гор. Томскѣ принимаются въ
книжномъ магазинѣ П. И. Ма-
кушина.

СИБИРСКИЙ ВРАЧЪ

ГАЗЕТА НАУЧНОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И
ВРАЧЕБНАГО БЫТА

издается въ гор. Томскѣ,

подъ редакціей проф. С. В. Лобанова, прив.-
доц. П. И. Чистякова и д-ра В. В. Корелина.

Подписная цѣ-
на: на годъ—
7 руб., на ½ го-
да—4 руб., съ раз-
срочкой при под-
пискѣ—4 р., къ 1 июля
3 р. Для г.г. студент.
и фельдш. на годъ—4 р.,
съ рассрочкой—при под-
пискѣ 2 р. и къ 15 сент. 2 р.

Отдѣльный № 20 коп.

За перемѣну адреса—28 коп.

Плата за объявленія: на пер-
вой и послѣдней страницѣ—
30 к., на остальныхъ: впереди
текста—25 коп., позади—20 к.
за строку петиита.

Разсылка приложений—по
соглашенію.

Адресъ г. Томскѣ, Редакція
газеты „Сибирский Врачъ“.

ПОСТОЯННОЕ И БЛИЖАЙШЕЕ УЧАСТІЕ ВЪ ВЕДЕНІИ ГАЗЕТЫ ПРИНИМАЮТЪ:

проф. Авроровъ П. П., проф. Березнеговскій Н. И.,
пр.-доц. Бутягинъ П. В., маг. вет. Вашкевичъ
Ф. І., проф. Вершининъ Н. В., д-ръ Делектор-
скій Н. И., проф. Грамматикати И. Н., д-ръ
Гинзбергъ Н. Г., пр.-доц. Завадовскій К. Н., пр.-
доц. Зиминъ А. Н., проф. Курловъ М. Г., проф.
Линдстремъ А. А., пр.-доц. Ломовицкій П. А.,

д-ръ Лушповъ А. Н., д-ръ Макушинъ А. И.
д-ръ Мультиановскій П. М., проф. Мышь В. М.
д-ръ Плоскиревъ Н. И., проф. Покровскій М. М.
д-ръ Прейсманъ А. Я., д-ръ Протодыяконовъ М. П.,
проф. Саввинъ В. Н., пр.-доц. Спасскій Н. С., проф.
Тимашевъ С. М., проф. Топорковъ Н. Н., д-ръ
фонъ-Фрикентъ Л. А.

Въ аерныкахъ KOLA

растворенныя

ASTIER

Регулируетъ сердечную дѣятельность. — Возбуждаетъ мышечную систему.

ПРОТИВОНЕВРАСТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО.

2 чайныхъ ложекъ въ день.

Продажа во всѣхъ аптекахъ.

Лабораторія: ASTIER—45, Rue du Docteur Blanche. PARIS.

Пробы и литература въ отдѣленіи фирмы ASTIER, Варшава, Золотая, 27.

Центральный Аптекарскій Складъ Переселенческаго

Управления, въ Томскѣ.

Аптекарскіе товары, патентованныя
средства, перевязочные матеріалы и
резиновые предметы.

Особое отдѣленіе хирургическихъ инструментовъ и пред-
метовъ для ухода за больными.

Представительство и продажа для Сибири

ЛЕЧЕБНЫХЪ СЫВОРОТОКЪ И ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНЫХЪ ВАКЦИНЪ

ХИМИКО-БАКТЕРІОЛОГИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА

Д-ра Ф. М. Блюменталъ въ Москвѣ.

Единственная продажа въ Томскѣ

ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА (H² O²) медицинской 24%, НЕЗАМЕР-
ЗАЮЩЕЙ, Австрійскаго Химическаго Завода, въ Вѣнѣ.

Совершенно БЕЗОПАСНАЯ отъ взрыва посуда „РЕКОРДЪ“

для храненія спирта, бензина, эфира и т. п.

Прейсъ-куранты, каталоги и проспекты высылаются по требованію
бесплатно.

НА ПАМЯТЬ СЕБѢ И ПОТОМСТВУ О 2-й ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНѢ.

Большія хромофотографіи

въ шесть и болѣе красокъ каждая.

1. Вожди Европы въ борьбѣ съ германскими народами. Разм. 14 на 20 в., цѣна 35 коп., съ пересыл. заказн. бандер. 50 коп.
2. Главы союзныхъ державъ. Разм. 10 на 14 в. цѣна 25 к., съ перес. заказн. бандер. 40 коп.
3. Верховный Главнокомандующій Русской арміи Его Императорское Высочество Великій Князь Николай Николаевичъ на боевыхъ позиціяхъ. Разм. 10 на 14 в., цѣна 25 коп. съ перес. заказн. банд. 40 коп.
4. Явлюсь ему Самъ. Аллегорическая картина, изображающая Спасителя, явившагося на поле битвы принять душу умирающаго воина. Размѣръ 10 на 14 в. цѣна 25 коп., съ перес. заказн. бандер. 40 коп.

Большія карикатуры въ краскахъ. Здоровый народный юморъ о врагахъ нашей родины.

1. Францъ, Вильгельмъ и Бѣлый Медвѣдь. Разм. 10 на 14 дюйм., цѣна 25 коп., съ пересыл. заказн. бандер. 40 коп.
2. Весѣда подъ Царьградомъ. Разм. 10 на 14 вер., цѣна 25 коп., съ перес. заказн. бандер. 40 коп.
3. На бужирѣ. Разм. 10 на 14 в., цѣна 25 к., съ перес. заказ. банд. 40 к.
4. Трехъ-этажный фокусъ. Разм. 10 на 14 дюйм., цѣна 25 коп., съ перес. заказн. бандер. 40 коп.

Выписывающіе всѣ восемь картинъ разомъ—платятъ, считая съ упаковкою ихъ на скалкѣ и пересылкою въ предѣлахъ Европейской Россіи только 2 руб. 75 коп.; въ Закавказье, Закаспійскій край или Западную Сибирь—3 р. 25 к.; Восточную Сибирь—3 р. 75 к.

Изящныя большіе настольныя альбомы форм. 10 три четв.—8 съ пол. дюймовъ иллюстраціи главнѣйшихъ эпизодовъ войны, въ художественно исполненной хромофотографированной латкѣ 1) *Россія въ великой войнѣ съ Германіей и Австро-Венгеріей*. Цѣна альбома 75 к., съ перес. заказ. бандер. 1 р. 50 к. 2) *Наши союзники въ великой войнѣ. Англія*. Цѣна альбома 75 к.; съ перес. заказ. бандер. 1 р. 50 к. 3) *Наши союзники въ великой войнѣ. Франція*. Цѣна альбома 75 коп.; съ пересылк. заказн. бандер. 1 руб. 50 коп.

СКЛАДЪ въ Южно-Русской конторѣ объявленій Н. А. Сѣдова.

Ростовъ на Дону, Пушкинская ул. д. № 189.

Требованія на картины наложеннымъ платежомъ конторою оставляются безъ исполненія и отвѣта.

ARNEOL

C¹⁵ H²⁶ O

Единственное дѣйствующее начало санталовой вытяжки.

ГОНОРРЕЯ, ЦИСТИТЪ, КАТАРРЪ ПУЗЫРЯ.

10—12 капсюль въ въ день. ■ Не вызываетъ болей въ почкахъ.

Лабораторія: ASTIER—45, Rue du Docteur Blanche. PARIS.

Пробы и литература въ отдѣленіи фирмы ASTIER, Варшава, Золотая, 27.

СИБИРСКИЙ ВРАЧЪ

газета научной и общественной медицины и врачебного быта.

Годъ II.

17-го Мая 1915 года.

№ 19 и 20-й.

СОДЕРЖАНИЕ:

1) Оригинальные статьи:

Проф. М. Г. Курловъ. Перкуторные размѣры сердца въ сантиметрахъ.

Врачъ Т. Куркова. Случай hypotrichosis.

Прозекторъ В. П. Миролубовъ. О нежелательномъ способѣ пользованія патолого-анатомическими протоколами.

А. А. Савельевъ. Народная медицина въ Приангарскомъ краѣ. (Продолженіе).

2) Изъ дѣятельности медицинскихъ Обществъ въ Сибири.

3) Изъ отчета о состояніи Томскаго Университета въ 1914 году.

4) Мѣры борьбы съ заразными болѣзнями въ Сибири.

5) Организациа въ Сибири врачебной помощи раненымъ и больнымъ воинамъ.

6) Письмо въ редакцію.

7) Хроника.

8) Некрологъ. † Д-ръ мед. П. С. Касторскій.

9) Объявленія.

Перкуторные размѣры сердца въ сантиметрахъ.

Проф. М. Г. Курловъ.

Каждый разъ, когда приходится опредѣлять размѣры сердца, выражая ихъ цифрами, мы встрѣчаемся съ большими затрудненіями, такъ какъ тѣ мѣры, которыми пользуются для этой цѣли въ клиникахъ, слишкомъ неточны, грубы и произвольны. Если мы говоримъ, что сердца у сравниваемыхъ больныхъ доходятъ до однихъ и тѣхъ же опознавательныхъ линій, то это далеко еще не значитъ, что сердца эти равны, или даже, что они по своимъ размѣрамъ нормальны, или увеличены въ ту или другую сторону. Опознавательныя линіи, если и проводятся отъ опредѣленныхъ точекъ и въ этомъ отношеніи какъ бы постоянны, по разстоянія этихъ линій отъ сосѣднихъ индивидуально сильно разнятся другъ отъ друга. Точно также неточны измѣренія величины сердца положеніемъ реберъ, шириной ихъ межреберныхъ пространствъ, или шириной пальцевъ и ладони изслѣдователя. Неточность этихъ измѣреній бросается въ глаза каждому и тамъ, гдѣ у одного и того же больного приходится сравнивать величины его сердца чрезъ различные промежутки времени, послѣ воздѣйствія того или иного лечебнаго средства, съ нашими общепринятыми мѣрами, мы не можемъ удовлетворительно рѣшить поставленныхъ задачъ. Приходится удивляться, почему до сихъ поръ при опредѣленіяхъ размѣровъ сердца врачи не пользуются сантиметромъ, измѣряя имъ сердце, хотя бы по тѣмъ направленіямъ, которыя уже выработаны въ ортодіаграфіи. Единственнымъ возраженіемъ, которое приходится принимать во вниманіе, могло бы быть указаніе на неточность перкуссіи, не позволяющей вполнѣ вѣрно очерчивать границы сердца. Но дѣйствительно ли настолько невѣрны эти границы, что ими нельзя пользоваться для измѣренія и сравненія величины сердца, мнѣ кажется, подлежитъ еще дальнѣйшей провѣркѣ.

Въ настоящее время эту провѣрку можно про- извести, сравнивая перкуторныя данныя съ ортодіаграфическими величинами. Провѣрка этихъ данныхъ и выработка наиболѣе правильныхъ пріемовъ перкуссіи, а также общихъ формулъ перкуторныхъ размѣровъ сердца и является предметомъ настоящей работы.

Для полученія возможно близкихъ къ истиннымъ границамъ сердца рекомендуется примѣнять пальпаторную и, какъ послѣднее слово въ перкуторной

техникѣ, минимальную или Goldscheider'овскую перкуссію. Помощію этихъ методовъ обрисовывается на передней поверхности грудной клѣтки проекція изслѣдуемаго сердца. Точность этой проекціи я и провѣрялъ помощію ортодіаграфіи.

Эти провѣрки показали, что у меня имѣется рядъ постоянныхъ ошибокъ, постоянство которыхъ заставляло искать какой-нибудь опредѣленной причины. Желая подробнѣе выяснить весь вопросъ о перкуссіи сердца, я и предложилъ моему ассистенту, д-ру П. А. Ломовицкому, изучить ортодіаграфически размѣры нормальнаго сердца человѣка при вертикальномъ его положеніи, такъ какъ обычная, повседневная практика заставляетъ насъ производить изслѣдованія сердца въ стойчемъ положеніи больного, а имѣвшіяся цифровыя данныя, полученные другими наблюдателями, почти всѣ относились къ изслѣдованіямъ въ лежачемъ положеніи. Многочисленныя и разнообразныя измѣренія д-ра Ломовицкаго въ этомъ направленіи и лежатъ въ основаніи моей настоящей работы.

Чтобъ быть болѣе понятнымъ, укажу въ самыхъ краткихъ чертахъ на тѣ линіи и діаметры, которыми мы пользуемся при перкуссіи и ортодіаскопії сердца. Всѣ измѣренія ведутся отъ срединной линіи тѣла и отъ основанія мечевиднаго отростка. Эти линіи избраны потому, что легко опредѣляются и являются наиболѣе постоянными.

Мы измѣряемъ разстоянія правой и лѣвой границъ сердца отъ срединной линіи тѣла (D_r и D_l); сумма ихъ составляетъ сердечный поперечникъ. Высота сердца состоитъ изъ верхней и нижней половинъ: верхняя отъ верхней перкуторной границы по лѣвой грудинной до основанія мечевиднаго отростка и нижняя отъ означеннаго уровня до нижней границы сердца по той же грудинной линіи. Длинникъ сердца (L) проводится отъ сердечной верхушки до мѣста перекреста правой грудинной линіи съ верхней частью правой перкуторной границы сердца, или отъ точки, лежащей немного ниже, ближе отвѣчающей длиннику сердца. Для правильнаго толкованія полученныхъ размѣровъ сердца намъ важно кромѣ длины этой линіи опредѣлить еще и ея направленіе, ея наклонъ. Чтобъ измѣрить это наклоненіе сердца, мы измѣряемъ уголъ, образуемый длинникомъ сердца и горизонтальной линіей, пересѣкающей этотъ длинникъ.

Итакъ, попытаемся опредѣлить границы сердца пальпаторной перкуссіей. Начнемъ съ верхней и зададимся вопросомъ, возможно ли перкуссіей точно

обозначить эту границу, и можетъ ли она отвѣчать ортодіаграфической. Для рѣшенія этого вопроса вспомнимъ, что сердце не на всемъ своемъ протяженіи прилежитъ къ грудной стѣнкѣ. Оно прикасается къ послѣдней лишь нижней частью своей передней поверхности, въ верхней же своей части оно постепенно удаляется отъ грудной стѣнки кзади, закрываясь вѣдраніемъ между нимъ и грудной стѣнкой краемъ лѣваго легкаго. Если принять, что мы можемъ проникнуть нашей пальпаторной перкуссіей всего на глубину 5-6 сантим., а верхній край сердца отойти отъ грудной стѣнки на нѣсколько большую величину, если принять далѣе, что глубина удара у каждого изслѣдователя представляется величиной индивидуальной, и способность воспринимать ощущенія глубокаго сопротивленія различна у отдѣльных изслѣдователей, то будетъ ясно, что опредѣленная перкуссіей верхняя граница сердца по сравненію ея съ ортографической обычно будетъ нѣсколько меньшихъ размѣровъ. Это несоотвѣтствіе особенно увеличится, если опредѣлять границы сердца въ лежачемъ положеніи, такъ какъ сердце, какъ тяжелый органъ, отклонится кзади, и границы его сдѣлаются еще менѣе доступными для нашего опредѣленія.

Итакъ верхняя перкуторная граница сердца понижается въ лежачемъ положеніи больного; но и въ стоячемъ граница эта не отличается особымъ постоянствомъ, такъ какъ высота ея зависитъ, помимо размѣровъ сердца, и отъ высоты стоянія діафрагмы, на куполѣ которой лежитъ этотъ органъ. Какъ извѣстно, діафрагма представляетъ подвижную перегородку, отдѣляющую грудную полость отъ брюшной. Ея сухожильный центръ расположенъ ближе къ передней части грудной клѣтки. Отъ этой послѣдней со всѣхъ сторонъ къ центру діафрагмы подходятъ мышечные пучки; они сзади развиты сильнѣе, чѣмъ спереди. Задніе пучки носятъ даже названіе ножекъ діафрагмы. Въ спокойномъ состояніи нижніе края діафрагмы плотно прилежатъ къ стѣнкамъ грудной клѣтки, вполнѣ закрывая комплементарныя пространства. При вдыханіи, если оно не превышаетъ средней нормы, центръ діафрагмы остается почти неподвижнымъ. Отъ сокращенія же мышцъ грудобрюшной преграды напрягаются и выпрямляются ея края, причемъ они отходятъ отъ грудной клѣтки, открывая комплементарныя пространства плевры, куда и устремляются края легкихъ. Само собой понятно, что тамъ, гдѣ въ діафрагмѣ мышцы сильнѣе, т. е. сзади, тамъ дополнительные пространства раскрываются больше. Опущеніе диафрагмального купола происходитъ только при глубокомъ вдыханіи и слѣдовательно, только при этомъ послѣднемъ можетъ опускаться сердце, и понизиться верхняя граница его притупленія. Вдыханія эти должны быть, однако, очень глубокими, чтобы вызвать замѣтное пониженіе сердечной тупости и кромѣ того эти пониженія немедленно выравниваются послѣдующими выдыханіями. Отсюда мы можемъ сдѣлать заключеніе, что дыхательныя движенія діафрагмы особаго вліянія на измѣненіе положенія верхней границы сердца не оказываютъ.

Для смѣщенія сердца имѣютъ значеніе постоянныя измѣненія положенія діафрагмы. При этомъ діафрагма можетъ стоять выше или ниже нормы. Причины такихъ различныхъ положеній грудобрюшной преграды очень разнообразны, и здѣсь слѣдуетъ отмѣтить прежде всего чисто индивидуальныя колебанія высоты ея стоянія. По отношенію къ основанію мечевиднаго отростка среднее стояніе купола діафрагмы по опредѣленіямъ д-ра П. А. Ломовицкаго у здоровыхъ людей колеблется въ широкихъ предѣлахъ. Уровень діафрагмы прежде всего неодинаковъ на обѣихъ половинахъ, а именно на

правой выше, чѣмъ на лѣвой. Разница эта въ большинствѣ случаевъ незначительна и не превышаетъ 1—2 сантиметровъ. Если не обращать вниманія на эту небольшую разницу и считается только съ болѣе сильными отклоненіями, то у мужчинъ въ 88,5, а у женщинъ въ 87,4% обѣ половины діафрагмы стоятъ почти на одномъ и томъ же уровнѣ.

Если принять уровень основанія мечевиднаго отростка, легко находимый у каждого человѣка, за опознавательную линію, то куполъ діафрагмы лежитъ всегда ниже этой линіи, а именно въ среднемъ у мужчинъ для правой половины на 1,5, а у женщинъ на 0,8 сантим. Для лѣвой половины у мужчинъ на 2,6 и у женщинъ 2,1 сантим. Такимъ образомъ женская діафрагма стоитъ немного выше мужской, а сообразно съ этимъ и верхняя граница сердца въ среднемъ у женщинъ стоитъ выше, а именно у мужчинъ надъ уровнемъ мечевиднаго отростка она поднимается на 7,2, а у женщинъ на 7,3 сантим., несмотря на то, что ростъ у женщинъ меньше, чѣмъ у мужчинъ, а съ увеличеніемъ роста, какъ показываютъ ортодіаграфическія изслѣдованія, увеличивается и высота сердца.

Чтобы доказать вліяніе высоты стоянія діафрагмы на высоту верхней границы сердца, сдѣлаю нѣкоторые вычисленія изъ огромнаго матеріала, собраннаго въ диссертациі д-ра Ломовицкаго. Возьмемъ для примѣра лишь тѣ случаи, въ которыхъ діафрагма, т. е. правая ея половина, стоитъ на высотѣ основанія мечевиднаго отростка, или выше его. У мужчинъ, въ работѣ д-ра Ломовицкаго, такое стояніе сердца отмѣчено 41 разъ. Высота сердца колебалась въ этихъ случаяхъ отъ 7,2 (одинъ разъ) до 10,2 сантим., въ среднемъ 8,6 сантим., вмѣсто указанныхъ выше 7,2 ст. Дѣлая тѣ же вычисленія для женщинъ (18 случаевъ) получимъ 8,1 ст. вмѣсто 7,3 ст. Итакъ, поднятіе діафрагмы, даже въ предѣлахъ нормы, повышаетъ верхнюю границу сердца въ среднемъ на 1,5 ст., т. е. на высоту одного ребра, одного межреберья.

Не менѣе рѣзкое вліяніе на положеніе верхней границы сердца оказываетъ и пониженіе уровня діафрагмы. Выбравъ наиболѣе низкія стоянія ея въ матеріалѣ д-ра Ломовицкаго, мы получимъ слѣдующія данныя: максимальная высота у мужчинъ 7,3, у женщинъ 7,0 сантим.; минимальная у мужчинъ 4,0, у женщинъ 3,8 сантим.; въ среднемъ у мужчинъ 5,6 с., у женщинъ 5,4 с., т. е. на 1,9 ст. ниже средней высоты или на одно ребро ниже средняго верхняго уровня.

Итакъ, при совершенно нормальныхъ условіяхъ и при нормальныхъ размѣрахъ сердца верхняя его граница можетъ лежать выше третьяго ребра, если діафрагма стоитъ высоко, и на 4-мъ и ниже, если она опущена. Такъ какъ стояніе діафрагмы не всегда зависитъ отъ какихъ-либо патологическихъ причинъ, а колеблется въ силу индивидуальныхъ особенностей человѣка, то и опредѣленіе высоты сердечной тупости по отношенію къ ребрамъ далеко не всегда даетъ правильное представленіе о настоящихъ размѣрахъ сердца. Если чисто индивидуальныя колебанія уровня діафрагмы могутъ оказывать столь серьезное вліяніе на положеніе верхней границы сердечной тупости по отношенію къ грудной клѣткѣ, то условія патологическія, повышающія и понижающія діафрагму, вліяютъ не только на положеніе верхней границы сердца, но измѣняютъ всю конфигурацію органа, измѣняютъ всѣ его границы, всѣ его очертанія. Чтобы лучше представить всѣ тѣ моменты, которые вліяютъ на положеніе діафрагмы, я напомнимъ небольшую схему, выработанную д-ромъ Н. Eppinger'омъ: (Allgemeine und spezielle Pathologie der Zwerchfells. 1911 (стр. 55)

Высокое стояніе
діафрагмы

1) повышенное внутр. давление (асцитъ, метеоризмъ, опухли); 2) повышение притягивающей силы легкихъ (сморщиваніе л., плевр. сращения, Виліамовскій феноменъ, суженіе бронх.); 3) уменьшеніе тонуса діафрагмы (парезъ и параличъ ея); 4) слишкомъ узкая апертура нижней половины грудн. клѣтки.

Низкое стояніе
діафрагмы

1) уменьшенное брюшн. давление (энтероптозъ, исхуданіе); 2) уменьшеніе притягивающей силы легкихъ (эмфизема, плевритъ, пневмотораксъ); 3) повышение тонуса діафрагмы, 4) широкая нижн. апертура грудной клѣтки.

Разсмотримъ же, что произойдетъ съ сердцемъ, разъ діафрагма тѣмъ или инымъ путемъ будетъ поднята кверху. Принимая во вниманіе, что передняя часть купола діафрагмы является наименѣ подвижной ея частью, мы должны признать, что при равномерномъ давленіи снизу поднимается, выпячивается кверху главнымъ образомъ задняя половина грудобрюшной преграды, а слѣдовательно сердце, лежащее на передней ея половинѣ, будетъ сравнительно мало подниматься кверху, а лишь прижиматься къ передней поверхности грудной клѣтки выпячивающейся сзади діафрагмой. Однимъ словомъ, при умѣренномъ поднятіи діафрагмы сердце, какъ бы, заклинивается между діафрагмой и грудной стѣнкой, оттѣсня въ стороны прикрывающіе его края легкихъ. Это оттѣсненіе легочныхъ краевъ расширяетъ площадь поверхностнаго приплюсненія сердца. Иными словами умѣренное поднятіе діафрагмы, зависящее отъ увеличеннаго давленія со стороны брюшной полости, сближаетъ поверхностную границу сердца съ глубокой.

Болѣ сильныя поднятія діафрагмы смѣщаютъ кверху и переднюю часть послѣдней, а вмѣстѣ съ нею и все сердце приближается къ мѣсту своего прикрѣпленія, т. е. къ корню сосудовъ. Благодаря этому движенію наклонно висѣющее положеніе сердца переходитъ въ болѣе горизонтальное, отчего увеличивается не столько высота сердца, сколько его ширина. А, такъ какъ и при этомъ поднятіи задняя часть діафрагмы дальше выдвигается въ грудную полость, чѣмъ передняя, то и въ этомъ случаѣ происходитъ заклиниваніе сердца, т. е. расширеніе его абсолютной тупости.

Совсѣмъ въ иномъ направленіи дѣйствуетъ опущеніе діафрагмы. Здѣсь сердце принимаетъ болѣе вертикальное, отвѣсное положеніе; его поперечный размѣръ уменьшается и, такъ какъ задняя часть діафрагмы, какъ болѣе подвижная, опускается ниже передней, то сердце верхней своей частью отваливается кзади и слѣдовательно верхняя его часть становится менѣ доступной для перкуссіи, и верхняя граница понижается.

Итакъ размѣры и очертанія сердечной тупости находятся въ большой зависимости отъ высоты стоянія діафрагмы.

Если слишкомъ высокое или низкое стояніе діафрагмы обуславливается индивидуальными особенностями человѣка, то измѣняется лишь положеніе верхней границы сердца. Если же измѣненіе положенія діафрагмы вызывается какими-нибудь патологическими условіями, то въ виду развивающагося при этомъ заклиниванія или отпаденія отъ грудной стѣнки сердца, кромѣ повышенія или пониженія верхней его границы развивается еще увеличеніе или уменьшеніе его абсолютной или малой тупости, и измѣняется его поперечникъ.

Чтобъ судить о размѣрахъ сердца, необходимо знать, какъ верхнюю часть высоты, такъ и тотъ участокъ, который прилежитъ къ грудной клѣткѣ

ниже основанія мечевиднаго отростка. Послѣдній размѣръ опредѣляется лишь приблизительно, уже послѣ обрисовки всего верхняго абриса сердца, т. е. его верхней, правой и лѣвой границъ. Тогда произвольно, дополняя овалъ сердца, наносится на кожу нижняя граница, такъ какъ опредѣленіе ея перкуссіей, т. е. отграниченіе отъ печеночной тупости, невозможно. Верхній участокъ сердечной высоты равняется двумъ третямъ общей высоты. Увеличеніе верхней части, въ смыслѣ нарушенія этого отношенія, будетъ говорить за высокое стояніе сердца. Обратное измѣненіе за пониженіе сердца, при чемъ разумѣется, общая величина высоты сердца не должна превышать установленныхъ нормъ, иначе придется говорить объ увеличеніи или уменьшеніи размѣровъ сердца. Вся ортографическая высота сердца у мужчинъ въ среднемъ около 11 сантиметровъ, у женщинъ 10 сантим. Вліяніе роста на этомъ размѣрѣ сказывается, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ почти одинаково, повышая размѣръ на 0,5 сантим. на каждые 5 сантиметровъ роста.

Здѣсь я долженъ замѣтить, что перкуссіей крайне трудно получить ортодіаграфическія цифры, такъ какъ опредѣлять ея границы сердца, по тѣмъ линіямъ, по которымъ ихъ берутъ Рентгеновскими лучами, крайне трудно. На ортографическихъ снимкахъ наибольшіе верхніе отрѣзъ высоты измѣняются обычно по срединной линіи тѣла, т. е. въ области грудины, гдѣ перкуссія затруднительна за сильнымъ резонансомъ грудины. Въ силу этихъ соображеній мы избрали для перкурторнаго опредѣленія высоты сердца лѣвый край грудины, гдѣ и на практикѣ обычно опредѣляется высота сердечной тупости. Надо, однако, имѣть въ виду, что здѣсь высота сердца меньше чѣмъ по срединной линіи, такъ какъ верхній абрисъ сердца отъ срединной линіи постепенно понижается.

Нижній отрѣзокъ высоты сердца мы беремъ не такъ, какъ его получаютъ при просвѣчиваніи. Перкуссіей мы просто продолжаемъ линію высоты сердца по лѣвой грудинной внизъ отъ уровня прикрѣпленія мечевиднаго отростка до нижняго абриса сердца. На ортодіаграфическихъ же рисункахъ берутъ отъ этого уровня до наиболѣе отдаленной точки нижней границы, гдѣ бы эта точка на нижней границѣ ни приходилась. Такимъ образомъ и верхній и нижній отрѣзки перкурторной высоты сердца будутъ у насъ меньше ортодіаграфическихъ. Въ среднемъ перкурторная высота на 1 сантим. меньше ортографической; отношенія же верхней половины къ нижней остаются почти такими же, какъ на ортодіаграммахъ, т. е. на верхнюю часть приходятся приблизительно двѣ и на нижнюю одна треть общей высоты. Вотъ среднія перкурторныя величины, которыя удалось выяснитъ изъ имѣющагося у меня матеріала:

Ростъ	Мужчины		Женщины	
140—150	—	—	6,8—2,0	8,8
150—155	—	—	6,8—2,0	8,8
155—160	5,2—3,0	8,2	6,8—2,6	9,4
160—165	5,8—3,1	8,9	6,8—3,0	9,8
165—170	6,3—3,1	9,4	7,0—2,8	9,8
170—175	6,9—3,3	10,1	—	—
175—180	7,5—3,2	10,7	—	—
среднее	6,5—3,2	9,5	6,8—2,5	9,3

Средніе предѣлы колебаній высоты у мужчинъ и женщинъ приблизительно одинаковы, а именно отъ 8,5 до 10,5 ст.

Перейдемъ теперь къ опредѣленію праваго края сердца. Если сравнить данныя, которыя даютъ въ этомъ отношеніи руководства діагностики, то можно подуматъ, что для опредѣленія перкуссіей это наиболѣе трудная часть сердца, такъ какъ границы,

указываемыя различными изслѣдователями, рѣзко разнятся другъ отъ друга. Одни авторы опредѣляютъ ее по средней линіи тѣла, другіе по правому краю грудины и наконецъ даже на одинъ, два поперечныхъ пальца вправо отъ этого края. Такая разница въ опредѣленіи нормальной правой границы должна обусловливаться какими-нибудь особыми причинами, и здѣсь мы снова должны обратить вниманіе на положеніе больного: въ лежачемъ положеніи на спинѣ получаютъ меньшія границы въ силу отклоненія сердца кзади. Въ вертикальномъ положеніи сердце приближается къ передней грудной стѣнкѣ становится болѣе доступнымъ для перкуссии, и и его правая граница опредѣляется отодвинутой болѣе вправо. Дальнѣйшими условіями, являющимися причиной колебаній опредѣляемой границы, должна быть признана различная сила перкутирующаго удара, большая или меньшая опытность изслѣдователя и пальпаторная чувствительность его перкутирующаго пальца. Нѣкоторое значеніе имѣетъ и внушеніе, вліяніе школы, авторитета. Ортографическія изслѣдованія д-ра Ломовицкаго показали, что правая граница сердца, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ при нормальныхъ размѣрахъ сердца выходитъ за правый край грудины и, слѣдовательно, получаемые пальпаторной перкуссіей переходы при тушенія сердца за правый край грудины есть явленіе нормальное, отнюдь не говорящее еще за увеличеніе правой половины сердца. Этотъ переходъ правой границы нормальнаго сердца за грудинную линію, какъ уже указано, отмѣчается многими клиницистами. Онъ особенно рѣзко бросается въ глаза при минимальной, иначе Goldscheider'овской перкуссіи, но и при внимательной пальпаторной перкуссіи онъ не можетъ ускользнуть отъ наблюдателя.

Ортодиаграфическое положеніе правой границы сердца по отношенію къ правому краю грудины по д-ру Ломовицкому представляется въ слѣдующемъ видѣ:

	наибольшее	наименьшее	среднее
Мужчины	3,8	0,6	2,6
Женщины	3,1	0,8	2,1

Итакъ, правая граница сердца какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ переходитъ приблизительно на 1 или 2 сантиметра за правый край грудины. Опредѣленіе этой границы надо начинать отъ правой сосковой, ставя нижній конецъ плессиметра по нижнему краю праваго легкаго. Начинающіе грѣшатъ обычно тѣмъ, что недостаточно внимательно выбираютъ мѣсто для перкуссіи, часто ставятъ плессиметръ слишкомъ высоко, подчасъ на уровнѣ верхней границы сердца, а такъ какъ чѣмъ выше мы поднимаемся отъ нижняго края сердца, тѣмъ дальше оно отходитъ отъ передней поверхности груди, то и опредѣленіе глубокой границы становится все болѣе и болѣе труднымъ. Къ этому же надо добавить, что поднимаясь кверху, правая граница сердца постепенно приближается къ срединной линіи, и такимъ образомъ величина перехода ея за край грудины постепенно уменьшается.

Такимъ образомъ колебанія положенія правой границы сердца въ рукахъ различныхъ изслѣдователей обусловливаются, какъ положеніемъ больного, такъ и уровнемъ, на которомъ производится изслѣдованіе и, наконецъ, глубиной перкутирующаго удара. На всѣ эти условія необходимо обращать вниманіе и при перкуссіи отдавать себѣ ясный отчетъ въ томъ, что должно искать и къ чему стремиться своей перкуссіей.

Вотъ, среднія величины праваго разстоянія сердца (Dr) отъ срединной линіи тѣла, полученные ортодиаграфически и въ большинствѣ случаевъ точно соотвѣтствующія глубокимъ перкуторнымъ грани-

цамъ. Величины эти сопоставлены по группамъ роста въ слѣдующей таблицѣ:

Ростъ	Мужчины	Женщины
140—150	—	3,8
150—155	—	3,8
155—160	3,9	3,7
160—165	4,0	3,8
165—170	4,2	3,8
170—175	4,2	—
175—185	4,3	—
среднее	4,2	3,8

Въ этой таблицѣ приведены среднія величины. Что же касается отдѣльныхъ колебаній, то они представляются довольно значительными. Такъ, у мужчинъ наибольшее правое разстояніе въ работѣ д-ра Ломовицкаго было 5,5 ст., наименьшее—2,8 ст.; у женщинъ тѣ же величины были отъ 5 до 2,6 ст. Такимъ образомъ разница отъ средней величины у мужчинъ 1,3 и 1,4; у женщинъ 1,2 и 1,2. Эти разницы уменьшаются, если мы сопоставимъ изслѣдуемыхъ по группамъ роста. Предѣлы колебаній тогда не превысятъ одного сантиметра въ ту и другую стороны. Надо имѣть въ виду кромѣ того, что значительная часть этихъ колебаній не столько зависитъ отъ измѣненія величины сердца, сколько отъ смѣщенія его въ ту или другую стороны. Наконецъ, надо имѣть въ виду и то, что изслѣдованный матеріалъ былъ признанъ здоровымъ со стороны сердца на основаніи нашихъ обычныхъ методовъ изслѣдованія и что, быть можетъ, Рентгеновскіе лучи, давая рѣзкія отклоненія отъ среднихъ величинъ, указывали намъ, что сердце изслѣдуемаго, какъ бы, здороваго, представляло уже уловимыя ортодиаграфіей измѣненія, которымъ мы только не могли, вѣрнѣе, не умѣли дать надлежащаго объясненія.

Переходимъ теперь къ опредѣленію лѣвой границы сердца. И здѣсь, подобно предыдущимъ границамъ, мы снова наталкиваемся на несоотвѣтствіе этой перкуторной границы съ получаемой помощью ортодиаграфіи. По даннымъ д-ра Ломовицкаго ортодиаграфическая лѣвая граница сердца лежитъ сантиметра на два кнутри отъ лѣвой сосковой линіи, перкуторно же она опредѣляется, по даннымъ большинства діагностовъ, по сосковой. Несоотвѣтствіе этихъ границъ зависитъ, повидимому, отъ кривизны, вѣрнѣе, угла, который образуетъ грудная клѣтка при переходѣ ея передней поверхности въ боковую.

Обычно мы начинаемъ глубокую перкуссію лѣвой границы съ боковой стороны груди и, слѣдовательно, получаемъ проекцію не только передней поверхности сердца, а боковой, что и увеличиваетъ лѣвый перкутируемый отдѣлъ сердца. Другими словами, мы захватываемъ въ область нашего изслѣдованія и часть боковой поверхности органа. Чтобы избѣжать этой ошибки, т. е., чтобы не выперкутировать и боковой поверхности органа, слѣдуетъ держать молоточекъ сагитально и перкутировать имъ перпендикулярно не къ поверхности грудной клѣтки, какъ это рекомендуется въ діагностикахъ, а къ передней поверхности сердца, т. е. производить, такъ называемую, сагитальную или иначе ортоперкуссію. Надо, однако, замѣтить, что сагитальная перкуссія въ области угла грудной клѣтки не всегда бываетъ легко выполнима и особенно затруднительна тогда, когда лѣвая граница увеличеннаго сердца близко подходитъ къ этому углу.

Чтобы облегчить перкуссію въ сагитальномъ направленіи въ области этого угла, я приготовилъ плессиметръ особой формы, а именно въ видѣ прямоугольной треугольной призмы, который легко приложить въ области грудного угла и продолжить помощью этого плессиметра переднюю грудную плоскость. Перкутируя по обращенной къ изслѣдователю поверхности призматическаго плессиметра, мож-

но и въ области грудного угла наносить удары сагитально и заставить звучать только переднѣе, а не боковые отдѣлы сердца. При примѣненіи этого плессиметра, лѣвая граница сердца значительно приближается къ ортодіаграфической, перестаетъ совпадать съ сосковой линіей и располагается въ большинствѣ случаевъ кнутри отъ нея.

Неточность перкуторнаго опредѣленія лѣвой границы сердца уже давно отмѣчалась различными клиницистами. Проф. Moritz, провѣрившій свою перкуссію ортодіаграфомъ, рекомендуетъ перкутировать въ области лѣвой границы не такъ глубоко, чтобъ устранить боковой профиль сердца, но, само собой понятно, что такой совѣтъ грѣшитъ неопредѣленностью и утвержденіе, что путемъ навыка усваивается наконецъ такая сила удара, которая даетъ правильные размѣры, едва ли можетъ считаться вѣрнымъ, ибо каждый случай даетъ новыя индивидуальныя условія, которые не позволяютъ выработать одинъ общій шаблонъ, одну общую среднюю силу перкуторнаго удара, годнаго для всѣхъ случаевъ. Разъ ударъ въ каждомъ изслѣдованіи измѣняется въ своей силѣ сообразно индивидуальнымъ особенностямъ cadaго случая, значеніе способа становится условнымъ, индивидуальнымъ, который у cadaго изслѣдователя будетъ давать свои особые результаты, свои новыя границы. Больше того, даже у одного и того же изслѣдователя, подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ соображеній, опредѣляемая граница будетъ получаться на различныхъ мѣстахъ.

Тѣ же возраженія можно сдѣлать и противъ, такъ называемой, Goldscheider'овской перкуссіи, состоящей въ примѣненіи самыхъ легкихъ, самыхъ поверхностныхъ ударовъ, помощью которыхъ удается опредѣлять начало притупленія гораздо раньше, чѣмъ обычной пальпаторной перкуссіей. Понятно, что и этимъ методомъ, методомъ очень чувствительнымъ, лѣвая граница сердца не опредѣляется правильно и обычно при большомъ лѣвомъ сердцѣ, или при крутомъ изгибѣ реберъ, проекція сердца выперкутируется и на боковой поверхности грудной клѣтки. Чтобъ избѣжать этой ошибки, Goldscheider предложилъ сагитальную или ортоперкуссію, стоящую въ томъ, что перкутирующий ударъ постоянно наносится въ перпендикулярномъ направленіи къ передней поверхности сердца. Такъ какъ такое направленіе удара при опредѣленіи лѣвой границы не всегда удается, то для устраненія этого неудобства авторъ устроилъ особый плессиметръ въ видѣ стеклянной изогнутой палочки, короткій, изогнутый конецъ которой приставляется къ грудной клѣткѣ такимъ образомъ, чтобы перкуссію по этому плессиметру всегда можно было бы производить въ сагитальномъ направленіи. Въмѣсто такого плессиметра д-ръ Plesch совѣтуетъ перкутировать по согнутому въ первомъ фаланговомъ сочлененіи пальцу. Клиницисты, особенно Sahli, относятся къ этому методу довольно скептически, сомнѣваясь, чтобы было возможно, перкутируя по краю грудной клѣтки и, ударяя вдоль или косо по ребрамъ, получить отчетливый легочный звукъ, которымъ можно было бы съ достаточной точностью пользоваться для опредѣленія лѣвой границы сердца.

Итакъ, клиницистами давно уже отмѣчается неточность получаемой помощью перкуссіи лѣвой границы. Мы видѣли, что для устраненія этихъ неточностей предложены особые методы, но всѣ они недостаточно удобны и не даютъ вполне надежныхъ результатовъ. Примѣняя мой плессиметръ, мы кажемся, я обошелъ многія неудобства и при сравненіи, полученныхъ призматическій плессиметромъ, глубокихъ границъ лѣваго сердца съ ортодіаграфическими, значительно приблизился къ послѣднимъ.

Тотъ, кому много приходилось работать съ Рентгеновскими лучами, навѣрно знаетъ, что даже при очень большихъ увеличеніяхъ лѣваго сердца, между

краемъ грудной клѣтки и наружной границей сердца всегда видна полоса свѣтлой легочной ткани, которая при обычной пальпаторной перкуссіи ускользаетъ отъ наблюдателя, между тѣмъ при примѣненіи призматическаго плессиметра эта полоса легочнаго звука отчетливо обнаруживается почти въ каждомъ случаѣ. Итакъ, когда лѣвое сердце увеличено, когда грудная клѣтка узка въ поперечномъ направленіи, когда переходъ передней поверхности грудной клѣтки въ боковую очень крутъ, тогда примѣненіе призматическаго плессиметра представляется желательнымъ и даже необходимымъ. Если же размѣры сердца нормальны и грудная клѣтка широкая и плоская, то само собой понятно, что примѣненіе особаго плессиметра становится излишнимъ, такъ какъ и безъ него возможно вполне точно опредѣлить лѣвую границу изслѣдуемаго сердца. Изъ сказаннаго ясно, что при опредѣленіи границъ сердца нельзя идти машинально, необходимо представлять себѣ, что надо достичь каждымъ ударомъ молоточка. Тамъ, гдѣ требуется въ сантиметрахъ опредѣлить перкуторныя границы сердца, обойтись безъ ортоперкуссіи и, я бы думалъ, безъ призматическаго плессиметра едва ли удастся. Слѣдуетъ лишь отчетливо представлять, что намъ необходимо достигнуть этимъ методомъ и, измѣняя положеніе плессиметра, стремиться продолжить имъ переднюю поверхность грудной клѣтки въ лѣвую сторону, чтобы по этой продолженной поверхности, безъ перехода на боковую, закончить опредѣленіе лѣвой границы сердца.

Лѣвая граница сердца отстоитъ отъ срединной линіи тѣла ортодіаграфически, согласно даннымъ д-ра Ломовицкаго, въ среднемъ у мужчинъ на 8,4 сант., и у женщинъ на 7,4 ст. По группамъ роста лѣвыя разстоянія (Dl) представляются въ слѣд. видѣ:

Ростъ	Мужчины	Женщины
140—150	—	7,4
150—155	—	7,4
155—160	8,2	7,6
160—165	8,2	7,6
165—170	8,4	7,9
170—175	8,4	—
175—185	8,5	—
Среднее	8,4	7,6

Максимумъ отстояній въ ортодіаграфическихъ изслѣдованіяхъ д-ра Ломовицкаго у мужчинъ было 10,4 и минимумъ 6,5 ст.; тѣ же разстоянія у женщинъ были 10,2 и 5,8. Отклоненія отъ средней у мужчинъ +2,0 и —1,9; у женщинъ +2,6 и —1,8. Размахъ этихъ колебаній значительно уменьшится, если дѣлать сопоставленія не изъ всего матеріала, а по группамъ роста. Надо имѣть въ виду, что часть этихъ уклоненій отъ средней величины, какъ это указано уже для правой стороны, обуславливается не столько измѣненіемъ величины сердца, сколько смѣщеніемъ его въ правую или лѣвую стороны. Это послѣднее предположеніе оправдывается тѣмъ, что весь поперечникъ сердца колеблется въ значительно меньшихъ предѣлахъ, чѣмъ отдѣльныя его половины.

У мужчинъ напр. на 213 измѣреній ниже 11 сант. поперечникъ встрѣтился всего 3 раза; выше 14 только 8 разъ, изъ нихъ 3 раза при очень высокомъ ростѣ. Такимъ образомъ въ 96,3% у мужчинъ поперечникъ сердца колеблется въ предѣлахъ отъ 11 до 14 сант. У женщинъ изъ 79 въ 74 поперечникъ сердца колеблется между 10 и 13 ст., т. е. къ этимъ среднимъ размѣрамъ относятся 93,6% изъ всѣхъ наблюдений.

Что касается отношенія участковъ сердца, лежащихъ въ правую и лѣвую стороны отъ срединной линіи, то, по даннымъ д-ра Ломовицкаго, двѣ трети сердца лежатъ влѣво отъ срединной линіи, и одна

треть вправо отъ нея. Принимая средний размѣръ поперечника сердца въ 12,5 ст., Dg. у мужчинъ долженъ равняться 4,2, а у женщинъ, при среднемъ поперечникѣ сердца—12 ст., Dg. равняется 4 ст. Dl у мужчинъ 8,3 и у женщинъ ровно 8 ст.

Только что разсмотрѣнными тремя границами еще не исчерпывается опредѣленіе размѣровъ сердца. Для полноты необходимо провести еще нижнюю границу, соприкасающуюся съ печеночной тупостью. Эта граница и при помощи Рентгеновскихъ лучей опредѣляется лишь приблизительно, такъ какъ тѣнь сердца сливается съ тѣнью печени. Для обозначенія ея на ортодиаграммѣ соединяють слегка изогнутой линіей верхушку сердца съ угломъ, который образуется между правой границей сердца и верхней тѣнью печени, этимъ же методомъ приходится пользоваться и при перкуссии, т. е. обрисовать нижнюю границу сердечной верхушки пальпаторной перкуссіей, а справа опредѣлить нижній край легкаго и глубокую границу праваго сердца и образовавшійся при этомъ уголъ соединить слегка выпуклой книзу линіей съ верхушкой сердца. Степень выпуклости проводимой линіей опредѣляется прочими границами сердца, чтобъ получить правильную овальную его фигуру. Изъ сказаннаго видно, что граница эта не точна, потому пользоваться ею при опредѣленіи границъ сердца слѣдуетъ съ большою осторожностью. Къ счастью, эта граница не представляется столь важной, какъ прочія, такъ что и приблизительное ея опредѣленіе достаточно, чтобы сказать высоко или низко стоитъ сердце.

Отмѣтимъ теперь всѣ полученныя границы и, проперкутировавъ въ промежуткахъ, обрисуемъ всю окружность сердца, обозначивъ кромѣ того и опознавательныя линіи, а именно срединную линію тѣла и уровень прикрѣпленія мечевиднаго отростка. Теперь можно приступить къ измѣренію отдѣльных размѣровъ сердца согласно принятой въ ортодиаграммѣ схемѣ.

Чтобъ не носить съ собой измѣрительной линіи, на рукояткѣ моего молоточка нанесены дѣленія на сантиметры. Я избѣгаю также рисованія границъ, а рукояткой молоточка провожу по кожѣ по отмѣченному мѣстамъ и, благодаря, присущему кожѣ дермографизму, получаю отчетливый рисунокъ, который свободно можно измѣрить.

Прежде чѣмъ приступить къ измѣренію главныхъ размѣровъ сердца необходимо обозначить еще длинникъ сердца и уголъ его наклоненія.

Мы проводимъ длинникъ сердца отъ мѣста перекреста верхней части правой границы сердца съ правую грудинной линіей. Отъ этой точки длинникъ ведется къ сердечному толчку, вѣрнѣе, подъ-сердечный толчекъ къ наиболѣе выдающейся части перкуторно опредѣленной сердечной верхушки. Это опредѣленіе не всегда удается произвести совершенно правильно, особливо если желудокъ изслѣдуемаго наполненъ. Опредѣленію мѣшаетъ и увеличенная печень, если проекція ея лѣваго края выдается за лѣвый край сердца. Впрочемъ, если этотъ переходъ лѣвой доли выраженъ рѣзко, тогда мѣстомъ верхушки сердца можно считать вершину этого входящаго угла. Если же край печени не выдается за лѣвую границу сердечной тупости, то вершиной угла сердечно-печеночной тупости можно пользоваться, какъ опознавательнымъ пунктомъ. Если печень не увеличена, то сама верхушка сердца опредѣляется перкуссіей, и съ нею соединяется длинникъ сердца. Затрудненія опредѣленія верхушки, повторяю, встрѣчаются лишь при наполненномъ желудкѣ. Если же желудокъ пустой, то на тимпаническомъ полѣ тихой пальпаторной перкуссіей опредѣленіе верхушки удается безъ особыхъ затрудненій.

Длина сердца въ среднемъ у мужчинъ равняется 13, а у женщинъ 12 сантиметрамъ, колеблясь у мужчинъ отъ 11,5 до 14,5, а у женщинъ отъ 11 до

13 ст. Вотъ средніе размѣры длинника сердца, опредѣленные ортодиаграфически д-ромъ Ломовицкимъ

Ростъ	Мужчины	Женщины
145—150	—	11,8
150—155	—	11,9
155—160	12,5	12,2
160—165	12,9	12,8
165—170	13,4	13,1
170—175	13,6	—
175—180	13,7	—
180—185	13,9	—

Опредѣливъ длинникъ сердца, намъ остается вычислить уголъ его наклоненія.

Уголъ этотъ образуется длинникомъ сердца и горизонтальной линіей, пересекающей этотъ длинникъ. При нормальномъ положеніи сердца уголъ этотъ равенъ 35-45 градусамъ. Отсюда горизонтально лежащими сердцами называются такія, уголъ наклоненія которыхъ меньше 35°, и отвѣсно расположенными сердцами называются такія, уголъ наклоненія которыхъ больше 45 градусовъ. При горизонтальномъ расположеніи сердца поперечникъ будетъ представляться большимъ нормальнаго, при вертикальномъ сердцѣ увеличиваются высота сердца и уменьшается поперечникъ. Для измѣренія угла наклоненія сердца можно пользоваться угломъ. Простое приложеніе этой дуги позволитъ отсчитать уголъ наклоненія и, слѣдовательно, быстро и просто узнать, имѣемъ ли мы дѣло съ горизонтальнымъ, вертикальнымъ или нормальнымъ положеніемъ сердца.

Для упрощенія опредѣленія угла наклоненія я заказывалъ въ различныхъ мастерскихъ особыя приспособленія, угломъры, которые мнѣ хотѣлось соединить съ молоточкомъ, чтобъ не таскать съ собой лишняго инструмента, воспользовавшись для этой цѣли прямымъ угломъ, который образуется рукояткой молоточка и самимъ молоточкомъ. Надо однако, сознаться, что, приготовленные по моимъ заказамъ, приспособленія отличались такой неуклюжестью, а градусныя дѣленія были такъ малы и неотчетливы, что я долженъ былъ отказаться отъ мысли пользоваться ими на практикѣ. На лекціяхъ я ограничивался приложеніемъ небольшого дугowego угломъра, имѣющагося въ каждомъ даже небольшомъ готовальномъ приборѣ. Примѣненіе этого простого прибора давало вполне удовлетворительные результаты, и при сравненіи моего угла съ ортодиаграфическимъ я получалъ уклоненія не больше 2—3 градусовъ.

Я былъ, однако, твердо увѣренъ, что мнѣ никогда не заставитъ ни самого себя, не моихъ товарищей таскать въ карманѣ для измѣренія угла наклоненія сердца эту измѣрительную дужку, почему и искалъ другихъ способовъ для измѣренія интересующаго насъ угла.

Мнѣ кажется, въ этомъ направленіи я вскорѣ всталъ на правильную почву, замѣнивъ измѣреніе угла опредѣленіемъ высоты прямоугольнаго треугольника, лежащей противъ опредѣляемаго угла, при постоянномъ условіи опредѣлять эту высоту на одномъ и томъ же разстояніи (5 сантим.) отъ вершины изслѣдуемаго угла. При такой длинѣ основанія и величинѣ угла 35°, высота треугольника равняется 4 мѣ, а при 45°—пяти сантиметрамъ. Слѣдовательно наклоненіе сердца будетъ въ предѣлахъ нормы, если указанная нами высота будетъ колебаться въ предѣлахъ отъ 4 до 5 сантим. При низшей величинѣ сердце будетъ имѣть поперечное направленіе, при большихъ пяти—вертикальное. Можно составить таблицу размѣровъ высоты и отвѣчающихъ имъ угловъ наклоненія сердца.

Чтобы имѣть ясное представленіе объ изслѣдуемомъ сердцѣ, теперь остается записать всѣ полученные данныя въ опредѣленномъ порядкѣ, какъ бы въ опредѣленной формулѣ. Мы изображаемъ эту фор-

мулу величиной роста изслѣдуемаго, рядомъ съ которой пишемъ уголъ наклоненія, къ этой величинѣ приставляется дробь, числитель которой составляетъ общій поперечникъ сердца, т. е. $Dr+Dl$, а знаменатель общая высота сердца, составленная изъ верхняго и нижняго отрѣзковъ т. е. $h. sup+h. inf$. Послѣ дроби мы ставимъ длинникъ сердца.

Чтобъ понимать значеніе этой дроби, необходимо помнить лишь нѣкоторыя среднія цифры, а именно, что поперечникъ у мужчинъ равняется 11—14 сант.; у женщинъ 10—13 ст. Высота сердца у мужчинъ 8—11, а у женщинъ по лѣвой грудной отъ 9 до 10 и уголъ наклоненія отъ 35 до 45 градусовъ.

Надо помнить, что по мѣрѣ увеличенія роста увеличиваются и всѣ размѣры сердца, не превосходя указанныхъ выше нормальныхъ предѣловъ. и, что въ поперечникѣ сердца правый отрѣзокъ составляетъ одну треть, а лѣвый двѣ трети всего поперечника сердца и, что такое же отношеніе существуетъ и у верхняго и нижняго отрѣзковъ высоты этого органа.

Такимъ образомъ наша общая формула нормальной величины сердца представится въ слѣдующемъ видѣ:

$$H (35^{\circ}-45^{\circ}) \frac{Dr.+Dl.}{h. inf.+h. sup.} L$$

Въ этой формулѣ H означаетъ ростъ человѣка, далѣе слѣдуетъ уголъ наклоненія сердца, Dr разстояние правой границы сердца отъ срединной линіи тѣла, Dl —отъ той же линіи до лѣвой границы; $h. inf.$ разстояние отъ основанія мечевиднаго отростка до нижней границы сердца; $h. sup.$ —до верхней границы и L длина сердца.

Если подставить въ эту формулу среднія цифровыя величины, то для мужского сердца получимъ:

$$M.=(155-180) (35^{\circ}-45^{\circ}) \frac{12,5}{9,5} 13$$

$$Ж.=(140-170) (35^{\circ}-45^{\circ}) \frac{11,0}{9,0} 12$$

Величину правой и лѣвой частей поперечника, а также нижней и верхней частей высоты сердца легко вычислить, помня, что Dr равняется одной трети поперечника и, что такое же отношеніе имѣется у нижняго и верхняго отрѣзковъ высоты сердца, отсюда

$$M. (155-180) (35^{\circ}-45^{\circ}) \frac{4,2-8,3}{3,2-6,3} 13$$

$$Ж. (140-170) (35^{\circ}-45^{\circ}) \frac{3,5-7,5}{3,0-6,0} 12$$

Представленные величины сердца являются, однако, средними, т. е. отвѣчающими величинѣ средняго роста, а такъ какъ мы знаемъ, что размѣры сердца находятся въ большой зависимости отъ высоты роста, то для практическихъ цѣлей гораздо важнѣе было бы ввести въ эти формулы не среднія цифры, а предѣлы колебаній диаметровъ сердца, т. е. наибаче встрѣчающіеся максимальные и минимальные размѣры сердца. Введя эти величины, наши формулы измѣнятся слѣд. образомъ:

$$M. (155-180) (35^{\circ}-45^{\circ}) \frac{11-14}{8,5-10,5} (11,5-14,5)$$

$$Ж. (140-170) (35^{\circ}-45^{\circ}) \frac{10-13}{8,5-10,5} (11-13)$$

Имѣя эту формулу, легко опредѣлить приближительную среднюю величину сердца, отвѣчающую тому или другому росту. Напр. при наименьшемъ ростѣ—155 ст. дробь выразится $\frac{11}{8,5}$ 11,5 при очень большомъ ростѣ—180 $\frac{14}{10,5}$ 14,5, при ростѣ въ 160—161 сант. искомая величина будетъ $\frac{12}{9}$ 12,5 и т. д.

Что путемъ перкуссии можно получать довольно близкія къ ортодіаграфическимъ размѣры сердца, я могу демонстрировать рядомъ формулъ сердца, полученныхъ ортодіаграфически и перкуторно на лекціяхъ у тѣхъ же больныхъ.

Большая Б. ортодіагр.	148.39°	$\frac{3,9-10,1}{5-9}$	14=	$\frac{13,9}{14}$	14—
—перк.	148.40°	$\frac{4,5-9,5}{5-9}$	14=	$\frac{14}{14}$	14.
6. Я...	164.36°	$\frac{4,9-10,4}{4,4-6,5}$	15,5=	$\frac{15,3}{10,9}$	15,5—
—перк.	164.38°	$\frac{3,5-11,5}{4,5-7,0}$	15=	$\frac{15}{11,5}$	15.
6. С....	167.33°	$\frac{5-10}{5-5}$	14=	$\frac{15}{10}$	14—
—перк.	167.35°	$\frac{5-9,5}{5-6}$	14,5=	$\frac{14,5}{11}$	14,5.
6. К...	144.42°	$\frac{4,4-7,8}{5,7-4,7}$	13=	$\frac{12,2}{10,4}$	13—
—перк.	144.42°	$\frac{4,5-8}{5,5-5}$	13=	$\frac{12,5}{10,5}$	13.

Еще много бы можно привести подобныхъ примѣровъ, но я ограничусь этими, такъ какъ во всѣхъ повторяется одно и то же. Полнаго соответствія, конечно, нѣтъ, но цифры очень близки, въ особенности въ своихъ суммахъ. Небольшія различія въ нѣсколько десятыхъ сантиметра повторяются часто, что прежде всего зависитъ отъ невозможности на тѣлѣ человѣка измѣрять разстояние съ той же точностью, какъ на бумагѣ. Вспомните только тѣ толстыя линіи, которыя мы проводимъ нашими карандашами, толщина которыхъ сама достигаетъ двухъ, трехъ десятыхъ сантиметр. Измѣренію мѣшають имѣющіяся на грудной клѣткѣ искривленія и, наконецъ, небольшія неточности въ проведеніи опознавательныхъ линій. Соответственно этому мы принимаемъ при измѣреніяхъ лишь $\frac{1}{2}$ сант., меньшія величины отбрасываемъ, большія же принимаемъ за цѣлые сантиметры. При такомъ отношеніи точности измѣреній, конечно, падаетъ, но принимая во вниманіе значительныя индивидуальныя колебанія, мы не придаемъ значенія увеличеніямъ или уменьшеніямъ того или иного размѣра сердца на $\frac{1}{2}$, даже на цѣлый сантиметръ, и не считаемъ ихъ признаками отклоненія отъ нормы.

Разсмотримъ же нѣкоторыя отдѣльныя формулы сердца, полученные отъ больныхъ и постараемся дать каждой изъ нихъ необходимое объясненіе

1) Chlorosis, 17 л.: $161.58^{\circ \frac{2-7}{4-6}} 11$

Уголъ въ 58° показываетъ, что сердце стоитъ слишкомъ вертикально, въ виду этого поперечникъ его долженъ уменьшиться и высота сдѣлаться большей нормальнаго. Нормальная формула, отвѣчающая данному росту: $161(35^{\circ}-45^{\circ}) \frac{4-8}{3-6,5} 12$; сравнивая съ размѣрами у больной видимъ: высота увеличилась всего на $\frac{1}{2}$ ст., поперечникъ же уменьшился на 3 ст., а длинникъ сердца, который при смѣщеніи сердца долженъ былъ бы остаться нормальнымъ, оказался уменьшеннымъ на 1 сант. Всѣ эти данныя вмѣстѣ говорятъ не только о вертикальномъ положеніи сердца, но и объ уменьшеніи всѣхъ его размѣровъ. Предъ нами каплевидное, маленькое сердце. Эти данныя нѣсколько не вытекаютъ изъ результатовъ перкуссіи, ибо верхняя граница отмѣчается на третьемъ ребрѣ, правая глубокая на $\frac{1}{2}$ пальца вправо отъ грудины и лѣвая на $\frac{1}{2}$ пальца не доходить до лѣвой сосковой линіи.

2) Insuff. vv. aortae, м. 56 л.: $164.38^{\circ \frac{5-10,5}{4,5-6}} 15,5$. Формула нормальнаго сердца при этомъ ростѣ: $164.38^{\circ \frac{4-8}{3-6,5}} 12,5$ Въ этомъ случаѣ наклонъ сердца нормаленъ, но сердце рѣзко увеличено въ длину, вмѣсто 12,5 длина достигаетъ 15,5 т. е. на цѣлыхъ 3 сант. больше нормы. Кромѣ этого Dl больше нормы на 2,5 ст. Остальныя измѣненія размѣровъ не превышаютъ одного сантиметра. Такимъ образомъ въ нашемъ случаѣ рѣзко увеличена лѣвая половина сердца и главнымъ образомъ лѣвый желудочекъ.

Интересно сравнить величину сердца у этого больного $\frac{1}{2}$ года спустя, когда онъ вторично легъ въ клинику, въ виду новыхъ разстройствъ компенсаціи сердечной дѣятельности. Формула сердца на этотъ разъ получилась слѣдующая: $164.40^{\frac{5-12}{4-7}}16,5$. Сравненіе съ предшествующей формулой даетъ дальнѣйшее увеличеніе размѣровъ лѣваго сердца, а именно D1 увеличился на $1\frac{1}{2}$ сант., а L на 1 ст. Принимая во вниманіе, что это увеличеніе сердца сопровождалось усиленіемъ одышки и появленіемъ отековъ, несомнѣнно, что наше увеличеніе сердца есть результатъ дальнѣйшаго растяженія лѣваго сердца, его дилатаціи.

3) Insuff. mitralis, м. 22 л.: $156.40^{\frac{6-8,5}{3-8}}13$, соотвѣтствующая росту этого больного нормальная формула будетъ: $156.40^{\frac{3,5-7,5}{2,5-5}}11,5$. При сравненіи видно, что Dr у этого больного больше средней нормы на 2,5 ст. D1 же увеличена всего на 1 ст. Кромѣ того особенно бросается въ глаза увеличеніе h sup., почти на 3 ст. больше нормы. Въ общемъ слѣдовательно значительно увеличено правое сердце и лѣвое предсердіе при небольшомъ сравнительно увеличеніи сердца влѣво. Интересно сравнить эти данныя съ результатами перкуссіи при обычныхъ способахъ измѣренія. Заимствуемъ изъ скорбнаго листка: глубокая граница сверху съ 3-го ребра; правая по прав. парастернальной, лѣвая на $\frac{1}{2}$ пальца не доходитъ до лѣв. сосковой; серд. толчекъ въ 5-омъ межреберьи по сосковой линіи, т. е. данныя, говорящія объ увеличеніи сердца вправо, но не вверхъ и тѣмъ болѣе влѣво.

Возьмемъ еще одинъ примѣръ. 4) Stenos ost. v. sin. д. 19 л.: $148.39^{\frac{5-9}{4-10}}15$, соотвѣтствующая росту норма: $148.39^{\frac{3,5-7,5}{3-5,5}}11,5$. При сравненіи сразу бросается въ глаза несоразмѣрное увеличеніе h. sup., вмѣсто 5,5 имѣется 10, т. е. больше нормы на 4,5 ст. и это при условіи, что и h inf. на 1 ст. больше нормы. Очевидно расширеніе вверхъ зависитъ отъ растяженія лѣв. предсердія. Увеличенія праваго и лѣваго сердца имѣются также на лицо, но $1\frac{1}{2}$ ст. въ каждую сторону, но увеличенія эти отходятъ назадъ въ сравненіи съ растяженіемъ лѣваго предсердія.

Можно было бы привести еще много примѣровъ изъ имѣющагося у меня матеріала, но я ограничусь пока этими, полагая, что и сказаннаго достаточно, чтобы признать важность этихъ измѣреній сердца не только для клиники, но и для каждого практическаго врача, съ цифрами въ рукахъ слѣдящаго за измѣненіемъ размѣровъ сердца наблюдаемаго больного. Конечно, точные, годные для сравненій, результаты даются не сразу. Для полученія таковыхъ требуется навыкъ, извѣстная настойчивость, но какая же другая работа сразу даетъ безупречные результаты. Необходимы настойчивыя упражненія, и тогда наши изслѣдованія сердца потеряютъ шаблонный характеръ, и мы будемъ подмѣчать многое, что раньше такъ легко ускользало отъ нашего вниманія.

Случай hypotrichosis (Alopecia totalis congenita).

Врачъ Т. Куркова.

Въ декабрѣ 1914 года въ Томскую глазную клинику явился татаринъ 19 лѣтъ съ жалобой на плохое зрѣніе. При изслѣдованіи глазъ найдено:

На лѣвомъ глазу—Macula corneae centralis, на правомъ глазу—Leucoma simplex, занимающая часть зрачка въ нижне-внутреннемъ и Leucoma simplex—въ верхне-наружномъ квадратѣ роговицы. На всемъ

остальномъ пространствѣ роговица мутноватая, сверху и снаружи покрыта сосудами.

На обоихъ глазахъ trachoma chronicum.

Vis. oc. d. $\frac{1}{1000}$

Vis. oc. s. $\frac{20}{50}$; Hm 1,0D $\frac{20}{40}$.

При осмотрѣ больного бросилось въ глаза, при полномъ нормальномъ развитіи глазной щели и рѣсничнаго края вѣкъ, полное отсутствіе рѣсницъ и бровей, а также волосъ на головѣ, что придавало лицу странное выраженіе.

При болѣе детальномъ изслѣдованіи оказалось, что у пациента отсутствовали не только волосы, но также не было и волосковъ на всемъ тѣлѣ. Кожа представлялась совершенно нормальной, она была нормально пигментирована, показывала нормальную складчатость (Biopsia не была сдѣлана).

Зубы здоровы; замѣчается только неправильное ихъ расположеніе.

Ногти лишены блеска, сѣроватаго цвѣта, съ неровной поверхностью.

Въ дѣтствѣ у больного было гноетеченіе изъ ушей, въ результатъ чего онъ плохо слышитъ.

По словамъ больного, онъ родился съ выше описанными пораженіями ногтей и безъ волосъ, которые никогда не появлялись въ теченіи его послѣдующей жизни.

Родители больного совершенно здоровые люди, обладаютъ нормально развитыми волосами, имѣютъ, кромѣ нашего больного, еще 3-хъ человѣкъ дѣтей, изъ которыхъ двое здоровы и съ нормально развитыми волосами, третій же мальчикъ 11 лѣтъ лишенъ волосаго покрова отъ рожденія, какъ и нашъ больной.

Описанный случай относится къ очень рѣдко встрѣчающемуся полному отсутствію волосъ, которое клинически извѣстно подъ именемъ alopecia totalis congenita. Bonnet предлагаетъ подобные случаи вмѣсто alopecia называть Hypotrichosis'ами, т. к. alopecia обычно называютъ выпаденіе уже бывшихъ на лицо волосъ вслѣдствіе еще невыясненныхъ патологическихъ причинъ. При врожденномъ же недостаткѣ дѣло идетъ не о выпаденіи волосъ, а о нарушеніи процесса ихъ образованія—порокѣ развитія.

Сущность этой аномаліи становится понятной изъ данныхъ сообщенныхъ Pinkus'омъ, касающихся развитія волосъ.

По изслѣдованіямъ авторовъ (Unna, Garcia) плодъ бываетъ покрытъ первичными пушковыми волосиками, которые затѣмъ выпадаютъ и замѣняются вторичными волосками (Lanugo), которые въ свою очередь также выпадаютъ, и фолликулы ихъ производятъ въ опредѣленное время различныя разновидности волосъ послѣдующей жизни (волосы головы, бороды, тѣла). Этотъ процессъ смѣны волосъ, аналогичный линянью животныхъ, иногда происходитъ послѣ рожденія ребенка, т. ч. ребенокъ рождается съ первичными пушковыми волосками; въ другихъ случаяхъ онъ заканчивается передъ рожденіемъ. При врожденномъ же порокѣ развитія какъ разъ нарушается или образованіе первичныхъ пушковыхъ волосковъ, или же смѣна волосъ.

Въ литературѣ существуетъ описаніе ряда случаевъ, гдѣ волосы въ томъ или иномъ видѣ существовали у больныхъ. Для примѣра приведу слѣдующіе:

Въ случаѣ Pinkus'а пациентъ родился съ головой покрытой темными волосами, которые къ $\frac{3}{4}$ года выпали. Черезъ нѣкоторое время стали появляться въ скудномъ количествѣ волосы на головѣ, рѣсницы и брови. Здѣсь, повидимому произошла задержка въ образованіи постоянныхъ волосъ.

Въ случаяхъ, описанныхъ Magnus'омъ, Вагг'омъ, пациенты редились съ длинными волосами на головѣ, которые выпали вскорѣ послѣ рожденія, но замѣны ихъ постоянными волосами не произошло.

Въ нашемъ случаѣ, насколько, конечно, можно довѣрять показаніямъ больного, отсутствовали волосы отъ рожденія; въ этомъ отношеніи онъ представляеть случай въ высшей степени рѣдкій.

Для классификаціи подобныхъ аномалій приведу схему Bettmann'a, по которой могутъ быть слѣдующія возможности:

1) Заболѣваніе поражаетъ плодъ передъ зарожде-
ніемъ зачатковъ волосъ.

2) Заболѣваніе поражаетъ плодъ во время образо-
ванія первичныхъ волосковъ.

3) Заболѣваніе поражаетъ смѣну волосъ плода:

а) смѣна волосъ уменьшается;

б) смѣна волосъ отсутствуетъ.

Отсутствіе точныхъ анамнестическихъ данныхъ не даетъ намъ возможности судить о томъ, на какой періодъ падаетъ пораженіе въ нашемъ случаѣ. Здѣсь можно предполагать, или отсутствовала способность образованія даже первичныхъ пушковыхъ волосковъ, или же первичные пушковые волосы существовали, а затѣмъ выпали внутриутробно и замѣна ихъ вторичными пушковыми волосками и затѣмъ послѣднихъ постоянными волосами не произошла.

Этіологія совершенно темная; какъ причина указываетъ Lues, Lichen pilaris, Ichtyosis, первныя вліянія. Ни на одну изъ нихъ въ нашемъ случаѣ нельзя указать; точно также нѣтъ указаній и на наслѣдственность.

Изъ литературныхъ источниковъ, которыми пользовалась, укажу: Magnus. Klin. Monatsblat. f. Augenheil. 1886 г. Wicherkiewicz. Ibid. 1886. Pinkus. Archiv f. Dermatologie und Syphilis. 1899. Baer. Ibid. 1907. Bd. LXXXIV. H-1.

О нежелательномъ способѣ пользованія патолого- анатомическими протоколами.

Прозекторъ В. П. Миролубовъ.

1.

Всякій авторъ, пользуясь патолого-анатомическимъ протоколомъ, тѣмъ самымъ признаетъ нѣкоторую положительную цѣнность его для своей работы. Это налагаетъ на автора нѣкоторыя обязательства въ отношеніи способа самаго пользованія. Обязательства эти опредѣлить нетрудно, если правильно понимать значеніе патолого-анатомическихъ протоколовъ, какъ вида произведеній научной литературы.

Патолого-анатомическій протоколъ есть записъ научныхъ наблюденій при вскрытіи трупа. Всякій, бывавшій на вскрытіяхъ, знаетъ при какихъ условіяхъ производится такая записъ. Патолого-анатому во время вскрытія приходится не только слѣдить за нитью вскрытія, оцѣнивая значеніе наблюдаемыхъ явленій и опредѣляя ихъ патогенетическія отношенія, но въ то же время ему приходится отвлекаться отъ хода своей работы, давая отвѣты на вопросы присутствующихъ. Я уже не говорю о томъ, что нерѣдко извѣстная часть энергіи вскрывающаго затрачивается на преодоленіе такихъ препятствій, какъ шумъ, посторонніе разговоры.

При указанныхъ условіяхъ записъ наблюденій не можетъ быть строго обработанной съ литературной стороны. Она можетъ быть только черновикомъ, и, какъ во всякомъ черновикѣ, въ ней бываютъ и нѣкоторыя неточности въ выраженіяхъ, и повторенія, и вообще всякія литературныя шероховатости. Сюда же относятся еще ошибки лицъ, записывающихъ протоколъ подъ диктовку. Какія иногда могутъ быть ошибки видно изъ слѣдующаго примѣра. Однажды мною было продиктовано: „.....че-

репъ мезоцефалическаго типа....“, записано: „.....чере-
пъ мегалоцефалистическаго цвѣта.....“ Разумѣется, такіе примѣры единичны, но они указываютъ на возможность менѣе существенныхъ, но за то болѣе многочисленныхъ неточностей въ записываніи диктуемаго. Обыкновенно такія погрѣшности исправляются при провѣркѣ протокола послѣ вскрытія, но иногда возможны и просмотры, при слѣшной работѣ.

Все сказанное достаточно обрисовываетъ патолого-анатомическій протоколъ со стороны неизбѣжныхъ недочетовъ его литературной обработки.

Отсюда слѣдуетъ, что печатать протоколы въ научныхъ работахъ безъ всякихъ измѣненій ихъ внѣшней стороны не всегда бываетъ возможно. Патолого-анатомическій протоколъ есть черновая научная записъ, а не полицейскій и не судебно-медицинскій „актъ“, а потому измѣненія чисто внѣшней литературной стороны протокола не только возможны, но для пользы дѣла иногда даже необходимы. Эти измѣненія можетъ легко сдѣлать любой студентъ старшихъ семестровъ и, тѣмъ болѣе, врачъ, въ затруднительныхъ же случаяхъ ему всегда поможетъ специалистъ. Какъ бы тамъ ни было, но на лицѣ, пользующемся протоколомъ, должна лежать забота о томъ, чтобы придать черновой записи патолого-анатома приличную для печати литературную форму, оставляя неизмѣннымъ содержаніе.

Прошу извиненія у читателя, что утомляю его вниманіе изложеніемъ вещей, казалось бы, общеизвѣстныхъ или даже само собою понятныхъ. Но изъ нижеслѣдующаго будетъ видно, почему мнѣ приходится дѣлать это. Я имѣю въ виду случаи недостаточнаго вниманія авторовъ къ тексту патолого-анатомическихъ протоколовъ при пользованіи ими для научныхъ цѣлей.

2.

Въ своей работѣ одинъ авторъ напечаталъ съ небольшими пропусками мой протоколъ¹⁾, гдѣ между прочимъ описывается раковый узелъ въ видѣ бляшки около позвоночника. Далѣе авторъ такъ приводитъ текстъ протокола: „Въ ближайшемъ же сосѣдствѣ съ ней (т. е. съ бляшкой) кверху, именно около 5 и 6 позвонковъ, съ правой ихъ стороны и въ области прилеганія къ нимъ реберныхъ концовъ надъ первой замѣчено возвышеніе“....

Вотъ эти подчеркнутыя мною слова „надъ первой“ поставлены авторомъ совершенно неправильно и затемняютъ смыслъ не только приведенной выдержки, но и контекста. Въ подлинномъ протоколѣ на мѣстѣ словъ „надъ первой“ безъ труда можно прочесть „подъ плеврой“, и смыслъ текста сразу дѣлается яснымъ.

Въ концѣ протокола авторъ напечаталъ мой эпикризь въ такомъ видѣ: „Плоскоклеточковый ракъ съ изъязвленіемъ медиастинальной клетчатки и наружной оболочки аорты, въ бронхіальныхъ медиастинальныхъ лимфатическихъ узлахъ (спереди), въ мышцахъ спины, въ области 3 верхнихъ поясничныхъ позвонковъ съ разрушеніемъ позвоночныхъ дугъ; около передняго конца 10 ребра и въ области лопаточнаго гребешка. Гиперемія поясничной части спинного мозга и твердой мозговой оболочки его“.

Первая половина эпикриза искажена до неузнаваемости. Подлинный эпикризь записанъ такъ: „Плоскоклеточковый ракъ пищевода съ изъязвленіемъ, перешедшій на медиастинальную клетчатку и наружную оболочку аорты. Метастазы въ бронхіальныхъ и медиа-

¹⁾ Ни времени вскрытія, ни № протокола авторъ не указалъ но по сличенію текстовъ это несомнѣнно протоколъ патолого-анатомическаго института за № 2035.

отинальных лимфатическихъ узлахъ (спереди), въ прижелудочныхъ лимфатическихъ узлахъ, въ мышцахъ спины“... и т. д. Нужно замѣтить, что эпикризъ записанъ разборчиво, и потому авторъ могъ бы легко избѣжать искаженія текста.

Не берусь судить, для чего нужно было помѣщать въ научную работу патолого-анатомическій протоколъ при такомъ несерьезномъ отношеніи къ нему. Но я полагаю, что самый фактъ хотя бы и неумышленного искаженія въ печати чужой мысли, чужого труда есть явленіе серьезное и заслуживаетъ вниманія. Въ самомъ дѣлѣ, при такомъ способѣ цитированія во-что превращается научная литература?!

3.

Другой авторъ также оказался несвободнымъ отъ нѣкоторыхъ искаженій патолого-анатомическаго протокола, который онъ помѣстилъ въ своей работѣ²⁾.

У него напечатано: „Черепная полость. Кости свода довольно равномерной величины“....“ Изъ подлинника же разборчиво записано: „...равномерной толщины (5—7—8 м.м.)“... Не нужно быть специалистомъ, чтобы понимать, что о равномерности величины костей черепного свода говорить нельзя. Странно, почему авторъ не обратилъ на это вниманія, и почему онъ просмотрѣлъ цифры, показывающія толщину названныхъ костей.

Далѣе у автора напечатано: „Твердая оболочка блѣдна, съ легкимъ желтоватымъ оттѣнкомъ, пуста; въ ней найденъ лишь ничтожный, почти бѣлый свертокъ“. Получается впечатлѣніе, будто самая оболочка пуста и въ ней (т. е. въ ея толщѣ?) найденъ свертокъ, а въ дѣйствительности была пуста продольная пазуха твердой оболочки, и въ ней найденъ свертокъ. Несомѣнно, авторъ пользовался неисправленнымъ протоколомъ. Тамъ предъ словомъ „пуста“ не были записаны продиктованныя мною слова: „продольная пазуха ея“. Но при внимательномъ чтеніи протокола недостатокъ этихъ словъ нетрудно было бы замѣтить, такъ какъ всякому врачу ясно, что нельзя говорить о пустотѣ самой твердой оболочки мозга. Нужно прибавить, что и нѣкоторыя другія (несущественныя) ошибки записывавшаго были повторены въ печатномъ текстѣ протокола.

Изъ представленныхъ здѣсь примѣровъ видно, что при пользованіи патолого-анатомическими протоколами для научныхъ цѣлей, предаются печати не только описки и ошибки, неизбѣжныя въ каждой черновой записи, особенно если она сдѣлана подъ диктовку, но къ нимъ прибавляются и существенныя искаженія текста, въ происхожденіи которыхъ составитель протокола и записывавшій совершенно неповинны.

Отъ такого способа пользованія протоколами научная цѣнность работъ не выигрываетъ, и вмѣстѣ съ этимъ бросается нѣкоторая нежелательная тѣнь на составителей протоколовъ и на учрежденіе, откуда они исходятъ.

²⁾ Авторъ не обозначилъ № протокола. Поставленная авторомъ дата вскрытія 4 дек. была принята сначала за 4 декабря 1914 г., такъ какъ въ работѣ указывается, что больная явилась въ амбулаторію 26 окт. 1914 г., а умерла 3 дек. По 4 дек. 1914 г., никакого вскрытія въ патолого-анатомическомъ институтѣ не производилось, да и самая работа автора появилась въ печати 24 августа 1914 г. Поэтому время вскрытія пришлось отнести на 4 декабря 1913 г. Такимъ путемъ было установлено, что авторъ пользовался протоколомъ патолого-анатомическаго института за № 2522-мъ.

³⁾ Курсивъ мой.

Народная медицина въ Приангарскомъ краѣ.

А. А. Савельевъ.

(Продолженіе).

Отъ проклятой рожи.

Проклятая рожа камчу и сучья титка и чирей Василей, подвинься подалѣ и на томъ мѣстѣ нѣтъ ничего; какъ сукъ на стѣнѣ сохнетъ и блекнетъ такъ и у раба Божья Онуфрія на бѣломъ тѣлѣ на грудѣ (упоминается та часть тѣла, которая больна), проклятая рожа и камчу и сучья титка и чирей Василей сохни и блѣкни, въ середѣ блѣкни, по краямъ сохни. Будьте мои слова лѣпки и крѣпки. 1/VI 1911. Дер. Яркіна.

Употребленіе. Чертятъ на трехъ сукахъ (какъ и въ предыдущемъ) безымяннымъ пальцемъ правой руки, въ правую сторону, произнося наговоръ до „замка“ (до словъ: „Будьте мои слова“... и т. д.). Сперва очерчивается первый сукъ, затѣмъ второй, потомъ третій. Наговоръ произносится по одному разу. То же дѣлаютъ и вокругъ больного мѣста, но съ троекратнымъ чтеніемъ наговора. Повторяютъ ту же серію черченія и второй разъ въ томъ же порядкѣ. Третій разъ чертятъ такъ: очертивъ одинъ разъ вокругъ одного сука съ произнесеніемъ наговора до „замка“, вокругъ этого же сука чертятъ точками три раза и наговоръ произносятъ отъ словъ: „какъ сукъ на стѣнѣ сохнетъ“... сдѣлавъ три полныхъ оборота, дѣлаютъ четырьмя точками крестъ и произнося послѣднее слово въ замкѣ „крѣпки“, прикасаются пальцемъ до самаго сука. Затѣмъ дѣлается троекратный плевокъ. То же повторяется и надъ остальными двумя сучками. Надъ больнымъ мѣстомъ—также точно, но первый разъ наговоръ читаютъ три раза. Употребляется какъ „девять девятокъ“.

Кромѣ наговоровъ, отъ „рожи“ и „проклятой рожи“ (въ сущности степень той же рожи, но не видѣ особой болѣзни) приведемъ нѣсколько другихъ способовъ леченія ея. Руку обкладываютъ „сочнями“ (печеньемъ въ родѣ хвороста) со сметаной и обвязываютъ тряпкой. Другой способъ состоитъ въ томъ, что обертываютъ красной шерстяной ниткой руку вокругъ „завити“ (запасты). Требуется, чтобы эта операція была сдѣлана постороннимъ человѣкомъ старше больного, вскорѣ послѣ бани и притомъ чужой ниткой. Обертываніе ниткой нужно производить „отъ себя“ (въ противоположную сторону) и такъ: держа одинъ конецъ нитки неподвижно въ рукѣ, другой два раза обертываютъ вокругъ больного мѣста руки; затѣмъ, взявъ въ одну руку оба конца нитки, три раза повертываютъ ее кругомъ больного мѣста, произнося при этомъ съ каждымъ поворотомъ „Исусову молитву“, — „Господи, Исусе Христе, Сыне Божій, помилуй насъ“. Затѣмъ отъ себя же завязываютъ концы. Нитку носятъ пока она сама не пройдетъ (сама по себѣ разорвется, истлѣетъ) и не свалится съ руки (дер. Яркі). Довольно распространено леченіе „рожи“ прикладываніемъ къ больному мѣсту куска краснаго сукна, натертаго мѣломъ.

Для аборта кромѣ указаннаго выше іода, употребляютъ еще воду, которою было промыто ружье, (дер. Яркі). Даютъ пить порошокъ, острую водку (распространенно). Настой золы отъ пережиганія скорлупы кедровыхъ орѣховъ.

Параличъ лечатъ осиновой корой. Изъ настоя ея дѣлаютъ ванны; также употребляютъ внутрь. Куращему больному рекомендуютъ примѣшивать въ табакъ эту же кору въ толченомъ видѣ. (Дер. Яркі).

„Межу перстицу“ (вередъ—Furunculus—между пальцами) лечатъ смазываніемъ сметаной и прикладываніемъ „боровою троелистки“ (дер. Яркі).

Другіе виды вереда—„огникъ“, „змѣѣвица“ и „змѣѣвикъ“ лечатся толченымъ графитнымъ порошкомъ, смѣшаннымъ со свѣжимъ „сѣ коровнымъ“ (коровымъ) масломъ. Смѣсь ставятъ на нѣкоторое

время въ печь, и смѣсью въ горячемъ состоянн, стоя передъ печью же, намазываютъ больныя мѣста (с. Богучаны, дер. Кринѣва). Леченія „чирья“ и „сучьей титки“ указано ниже. Отъ чирья на ногѣ прививаютъ свѣжую „маслянку“ (грибъ масленникъ).

Въ предупрежденіе заразы, въ дер. Яркахъ, идя въ баню захватываютъ съ собой кусочекъ дерева, который и держатъ во рту стиснувъ зубами во все время нахожденія въ банѣ. Въ другихъ мѣстахъ отъ „нечистой“ (экзема, чесотка и „летучія болѣзни“) берутъ зеленый (желѣзный—Ferrum sulfureum) купоросъ, смѣшиваютъ его съ пережженнымъ куринымъ помѣтомъ, прибавляютъ „малость“ сметаны и смѣсью мажутъ больныя мѣста.

Если этотъ составъ не помогаетъ, то къ нему примѣшиваютъ еще „ари-мѣдянки“. Ходятъ въ баню ежедневно и парятъ больное мѣсто; также грѣютъ его надъ раскаленной желѣзной печкой (дер. Кода, Кож. вол.).

Въ дер. Бѣдобѣ, отправляясь на промыселъ и не желая встрѣчи съ „мудвѣдемъ“, берутъ въ ротъ камешокъ и держатъ его во все время промысла. Въ дер. Яркой же, наоборотъ, желающіе добыть этого страшнаго, но выгоднаго звѣря держатъ во рту во весь путь „жеребей“ (самодѣльная, налитая свинцовая пуля для дробового ружья).

При растяженіи вентъ въ періодъ беременности—больныя мѣста мажутъ іодомъ (дер. Яркина на А.).

Худой цвѣтъ лица стараются уничтожить дегтярнымъ мыломъ, которое, за весьма дорогую плату приобрѣтаютъ у торговцевъ-мелочниковъ (обыкновенный Мюльгенсовскій кусокъ въ 15 к. покупаютъ за 35—40 к.).

У каждого человѣка есть „своя“ болѣзнь, присутствующая только ему. У различныхъ людей—различныя же „свои“ болѣзни. Впродолженіе жизни эта „своя“ болѣзнь часто мучаетъ человѣка и нерѣдко доводитъ его до смерти. По нашимъ наблюденіямъ, въ различныхъ мѣстахъ Приангарья „своя“ болѣзнь оказывается или „младенкой“ (Eclampsia),—въ дѣтскомъ возрастѣ, или болѣе серьезными внутренними болѣзнями—у взрослыхъ. „Младенка кожды сильно мучитъ робятъ,—ручки, ножки сводитъ, смѣется кожды, упеть же спать не даетъ“. Отъ „своей“ болѣзни употребляютъ для леченія дѣтей преимущественно различныя травы: незабудку (Myosotis), мокрицу (Stellaria media) и т. п. (Всѣхъ „младенческихъ травокъ“ насчитываютъ двѣнадцать). Изъ нихъ въ с. Рыбномъ большою извѣстностью пользуется трава „Сонъ Пресвятой Богородицы“ („Богородица клала ее подъ голову, кожды спала“), настой которой даютъ дѣтямъ въ видѣ чая съ сахаромъ. (С. Рыбное).

(Продолженіе слѣдуетъ).

Изъ дѣятельности медицинскихъ Обществъ въ Сибирѣ.

Общество Естествоиспытателей и Врачей при Томскомъ Университетѣ.

Медицинскій Отдѣлъ.

Засѣданіе 9 апрѣля.

Прив.-доц. Н. С. Спасскій. Общая характеристика сибирскихъ минеральныхъ водъ.

Около половины всѣхъ русскихъ курортныхъ больныхъ лечится за границей, но не всѣ они ѣдутъ туда изъ за культурныхъ преимуществъ иностранныхъ курортовъ передъ русскими. Изъ другихъ причинъ такого паломничества нужно указать, во-первыхъ на то, что русскіе врачи, воспитанные на нѣмецкихъ руководствахъ, больше знакомы съ заграничными курортами и нерѣдко не знаютъ соответствующихъ имъ русскихъ; во-вто-

рыхъ, русскіе больные евреи не могутъ лечиться на курортахъ у себя дома. Благодаря такому большому отливу больныхъ за границу, русскіе курорты развиваются весьма слабо, а между тѣмъ минеральныя богатства Россіи не только не уступаютъ, но даже превосходятъ заграничныя. Переходя въ частности къ Сибирѣ, нужно отмѣтить, что здѣсь имѣется очень большое количество (болѣе 200) минеральныхъ водъ, но къ сожалѣнію, большинство изъ нихъ не обследовано, не имѣется метеорологическихъ наблюденій, т. е. тѣхъ необходимыхъ данныхъ, которыя должны предшествовать устройству курортовъ.

Въ Западной Сибирѣ имѣется большое количество минеральныхъ озеръ (около Челябинска—дальнее и ближее Сорочье, Узково, много озеръ въ Барабинской степи, озеро Широ и Шунеть въ Енисейской губ.), относительно нѣкоторыхъ изъ нихъ имѣются хорошіе современные анализы, напр. Карачи, Широ; на этихъ же озерахъ имѣются довольно удовлетворительные курорты.

Минеральные источники, которыхъ въ Сибирѣ очень много (только въ Забайкальской области описано 165) не представляютъ большого разнообразія съ точки зрѣнія принятой (и весьма неудовлетворительной) классификаціи водъ. Въ Сибирѣ имѣются прежде всего акратотермы; таковы на Алтаѣ: Рахмановскіе съ t° 35—42°, Бѣлокурихинскіе 30—36°, въ Забайкальѣ: Туркинскіе 50—58°, Ниловопустыньскіе 38—40° и др., а на Камчаткѣ t° нѣкоторыхъ источниковъ близка 100°.

Особенно богата минеральными источниками Забайкальская область.

Большинство забайкальскихъ источниковъ имѣютъ, однако, низкую температуру, такъ какъ находятся въ области вѣчной мерзлоты; напр. Колтомойконскій 1,25°, Дарасунъ Читинскій до 5°, Дарасунъ—Нерчинскій 1,5°, Ямаровка 1,0°, Маккавѣевскій 1—3° и т. д.

Второе характерное свойство Забайкальскихъ источниковъ—ихъ слабая минерализація, не превосходящая 2,5 на 1000. Въ 3-хъ большинство изъ нихъ богаты угольною кислотой; Колтомойконскій (2,9), Дарасунъ—Нерчинскій (2,9), Ямаровка (2,6) не уступаютъ въ этомъ отношеніи даже Нарзану (2,8). По содержанію желѣза и кальція Колтомойконъ (FeO—0,04, CaO—0,36), Дарасунъ—Читинскій (FeO—0,01, CaO—0,07), Олеканскій (FeO—0,01, CaO—0,33) и др. соперничаютъ съ наиболѣе извѣстными Спра, Желѣзноводскимъ, Липецкимъ и Wildungen'омъ. Такъ какъ упомянутыя главныя составныя части въ различныхъ количествахъ находятся во всѣхъ источникахъ, нѣтъ нужды искусственно раздѣлять ихъ на отдѣльныя группы, а цѣлесообразнѣе соединить ихъ въ одну углекисло-известково-желѣзистыхъ водъ.

Изъ представителей другихъ группъ можно указать на Поперечинскій и Погроминскій источники, первый Бертенсонъ относитъ къ щелочно-углекислымъ; впрочемъ, имѣющіеся анализы этихъ источниковъ весьма устарѣли. Въ отношеніи содержанія рѣдкихъ металловъ, что имѣетъ значеніе съ точки зрѣнія ихъ коллоидальныхъ свойствъ, сибирскіе источники еще не исследованы, но нужно ожидать, что они богаты ими. Радиоактивность сибирскихъ водъ также мало изучена, но то, что въ настоящее время извѣстно, позволяетъ считать ихъ весьма цѣнными и съ этой стороны; Молоковка (290 ед. Маш'а), Ямкунъ (246 ед. М.) стоятъ выше знаменитаго Гаштейна (221,9 ед. М.), а Дарасунъ—Нерчинскій (102 ед. М.), Шивія (83 ед. М.) всетаки еще радіоактивнѣе Пятигорска (до 60 ед. М.).

2) Прив.-доц. И. А. Валединскій. Грязелечебный курортъ—озеро Карачинское.

Въ началѣ доклада авторъ указалъ на обиліе въ Сибирѣ различныхъ богатствъ, могущихъ имѣть высокое лечебное значеніе: Алтай, степи Акмолинской области, Забайкальскіе минеральныя источники, озеро Широ, Карачи. Несмотря на высокую природную цѣнность сибирскихъ курортовъ, они не только не благоустроены, но и мало еще изучены. Цѣль доклада—познакомить

съ природными качествами и постановкой леченія на одномъ изъ курортовъ Западной Сибири, а именно „Карачахъ“.

Озеро Карачинское находится въ Каинскомъ уѣздѣ Томской губ. на 964 вер. Сибирск. жел. дор., вблизи самой линіи (1—2 версты), въ степной мѣстности—Барабѣ.

Такъ какъ Бараба имѣетъ свои географическія особенности, замѣтно влияющія на климатъ, то докладчикъ довольно подробно остановился на этомъ вопросѣ. Бараба не представляется совершенно ровной степью. Въ направленіи С.-В. на Ю.-З. ея поверхность изоброждена узкими длинными гривами съ широкими межгивными низинами. Гривы, это, вѣроятно, дюны исчезнушаго древне-сибирскаго моря. Благодаря влиянію многоразличныхъ природныхъ факторовъ эти низины подлежатъ заболоченію или превращенію въ застойныя озера. Озеръ въ Барабѣ громадное количество (около 1000), они б. ч. небольшія, мелкія, прѣсноводныя, къ югу встрѣчается немало соленыхъ и горько-соленыхъ. Процессъ осоленія Барабинскихъ озеръ довольно сложный, по поводу чего авторъ сообщилъ нѣсколько интересныхъ соображеній геологическаго характера.

Климатъ на Карачахъ степной, нерѣдко бывающіе здѣсь вѣтра уносятъ съ собою обильную влагу со здѣшнихъ многочисленныхъ озеръ и болотъ и умѣряютъ такимъ образомъ, лѣтній зной.

Озеро Карачинское небольшое, $3 \times 1\frac{1}{2}$ версты овальной формы, неглубокое, залегаетъ среди гривъ. Сѣверный и южный берега террасовидные, сравнительно круглые, покрыты березовыми природными рощами. Восточный и западный берега отлогіе и сливаются со степью. Питается атмосферными осадками и не общается съ двумя рядомъ съ нимъ лежащими прѣсными озерами. Его вода желтоватая, слегка опалесцирующая, щелочной реакціи, рѣзкаго горько-соленоваго вкуса, весьма концентрированная (113 гр. плотн. остатка на литръ воды по д-ру Касторскому), вслѣдствіе чего свободно удерживаетъ купающагося человѣка. Изъ солей преобладаютъ хлориды и сѣрнокислыя. Въ зимнее время сѣрнокислыя соли выпадаютъ на дно, и часть ихъ остается въ грязи. Этотъ фактъ наводитъ на мысль о постепенномъ превращеніи горько-соленыхъ озеръ въ соленыя, о чемъ подробности можно найти въ работѣ д-ра Касторскаго, занимавшагося химическимъ изслѣдованіемъ Барабинскихъ озеръ.

На двѣ озера залегаетъ мощный пластъ грязи хорошаго лечебнаго качества. Подробности о Карачинской грязи можно найти въ работѣ докладчика, напечатанной въ №№ 13—14 Сиб. Вр. за 1915 г.

Леченіе на Карачинскомъ озерѣ состоитъ: въ купаньи, намазываніи грязью, принятіи соленыхъ и грязевыхъ ваннъ; особенно хороши послѣднія, т. к. на Карачинскомъ озерѣ даны всѣ условія для образованія хорошей лечебной грязи въ отличіе отъ нѣкоторыхъ другихъ озеръ. Въ Сибири это пока единственный болѣе или менѣе приспособленный грязелечебный курортъ. Грязелеченіе на Карачахъ показано при слѣдующихъ болѣзняхъ: 1) ревматическія заболѣванія суставовъ, мышцъ, нервной и сосудистой системы, а также гоноррейныя пораженія; 2) сифилисы и туберкулезъ суставовъ и костей; 3) остатокъ выпотовъ послѣ аппендицита, перихолеистита, перитонита, и т. п.; 4) многія женскія болѣзни съ выпотами; 5) болѣзни обмѣна: подагра, диабетъ, ожирѣніе (съ хорошимъ сердцемъ и почками); 6) золотуха, рахитъ и нѣкоторые др. Абсолютно противопоказаны: артеріосклерозъ, пороки сердца съ перерожденіемъ сердечной мышцы, воспаленія почекъ, выраженные формы легочнаго туберкулеза, тяжелые психоневрозы.

При озерѣ Карачинскомъ въ настоящее время существуетъ 4 курорта: одинъ казенный, исключительно для желѣзнодорожныхъ служащихъ, и три частныхъ; изъ послѣднихъ заслуживаетъ вниманія только одинъ. Условія жизни на курортѣ таковы: грязевая ванна стоитъ 1 р. 25 к., соленая 50 к., столъ 25 р. въ мѣсяцъ, комнаты отъ 30 до 90 р. въ сезонъ, т. е. съ 15

мая по 1-е іюля или съ 1-го іюля по 15-е августа. Денежная и заказная корреспонденція чрезъ ст. Чаны. Въ будущемъ для развитія курорта желательно чтобы 1) развѣздъ „Оз. Карачинское“ на лѣтнее время превращался въ станцію, съ устройствомъ здѣсь почтово-телеграфнаго отдѣленія; 2) на курортахъ были устроены фильтры для питьевой воды; 3) учреждена была санитарная охрана; 4) отдача въ аренду земельныхъ участковъ производилась на долгій срокъ, а не на одинъ годъ; и 5) при сдачѣ земли въ аренду не назначать высокой платы, но ставить условіе обязательной таксировки цѣнъ въ интересахъ больныхъ.

П. Л.

Изъ отчета о состояніи Томскаго Университета въ 1914 году.

На медицинскомъ факультетѣ было: студентовъ—459, слушательницъ—16, вольнослушательницъ—7, вольнослушателей—25, въ томъ числѣ фармацевтовъ 22. Изъ студентовъ—254 окончившіе гимназіи, 165—семинаріи, 37—реальныя училища, 2—кад. корпуса и 1 коммерческое училище.

Получили степени: д-ра мед.—3; уѣзднаго врача—4; лекаря—33, изъ нихъ 22 вольнослушательницы и 4 д-ра мед. заграничныхъ у-товъ; зубного врача—26; провизора—3; аптекарскаго помощники—30.

Персоналомъ медицинскаго факультета опубликовано около 100 печатныхъ работъ.

Судебно-медицинскихъ вскрытій произведено 117, химико-микроскопическихъ и токсикологическихъ изслѣдованій судебно-мед. лабораторіей сдѣлано 66 по 66 дѣламъ.

При кафедрѣ патологической анатоміи произведено вскрытій 130 труповъ, доставленныхъ изъ клиникъ У-та и больницъ Томска.

Каедрой нормальной анатоміи получено 66 труповъ взрослыхъ и 266—дѣтей.

Дѣятельность клиникъ:

К Л И Н И К И.	Б о л ь н ы х ъ.			О п е р а ц і и.	
	Клиническихъ.	Прихож. по первому разу.	Повторныхъ.	Клиническихъ.	Амбулаторныхъ.
Факультетскія:					
Внутренняя	233	3475	3000	—	—
Хирургическая	266	2004	—	245	658
Гинекологическая	108	1551	6293	60	2761
Акушерская	298	—	—	45	262
Нервная	141	1021	—	—	—
Дѣтская	160	2565	5000	—	—
Глазная	166	3668	7476	169	465
Госпитальная:					
Внутренняя	310	1275	—	—	—
Хирургическая	405	1301	—	всѣх опер. 523	
Кожно-венерическая	210	1134	182	—	—
Амбулаторія носов. и горл. бол. Факульт.	—	1617	3100	—	390
Амбулаторія ушныхъ и горл. бол. Госпитал.	30	1710	4345	26	515

Въ бактериологическомъ институтѣ сдѣлано прививокъ противъ бѣшенства 1227; изготовлено сыворотокъ: противодифтерійной—15711 флаконъ, противоскарлатинной—735 флак.; противодизентерійной—223 флак.; противостолбнячной сухой—14 флак.; оспеннаго детрита—9974 трубочки по 10 прививокъ каждая; скарлатинной вакцины Габричевскаго—2283 флак.; гонококковой поливалентной вакцины—115 флак. Реакцій Вассермана—1125.

Профессоровъ на медицинскомъ факультетѣ—26, изъ нихъ 6 вѣштатные, т. е. выслужившіе срокъ на пенсію. Приватъ-доцентовъ—12.

Мѣропріятія по борьбѣ съ заразными болѣзнями въ Сибири.

На станціи Кривошеково, по ту сторону Оби, оборудованъ изоляціонный пунктъ на средства управленія Омской желѣзной дороги. Для нуждъ пункта на станціи установлено 10 санитарныхъ вагоновъ, при чемъ часть изъ нихъ доставлена изъ Челябинска; при станціи Кривошеково оборудована одна дезинфекціонная камера. Обслуживать изоляціонный пунктъ приглашенъ слѣдующій персоналъ: 2 врача (одинъ изъ нихъ желѣзнодорожный врачъ Горизонтовъ, другой—военный), 2 медицинскихъ фельдшера и 8 санитаровъ. Дѣйствія пункта, на которомъ оборудовано 25 коекъ для тяжело больныхъ подлежащихъ высадкѣ съ поѣзда, откроются не позднѣе 15 апрѣля тек. года.

(О. В.).

Въ Барнауль Городской врачебной комиссіей для борьбы съ эпидеміями намѣчены были слѣдующія мѣры: 1) поручить врачу Орлову составить для жителей города наставленіе о мѣрахъ предосторожности и борьбы съ сыпнымъ тифомъ; 2) въ интересахъ обезпеченія врачебнымъ персоналомъ просить мѣстный отдѣлъ Краснаго Креста организовать курсы сестеръ милосердія; 3) обратиться съ ходатайствомъ, чтобы въ Барнаулъ не назначалось новыхъ партій военноплѣнныхъ и чтобы былъ отмененъ предполагаемый обмѣнъ плѣнными; 4) обратиться въ томскій округъ путей сообщенія съ ходатайствомъ о восстановленіи въ Барнауль врачебно-наблюдательнаго пункта; 5) признать необходимымъ, чтобы всѣ прибывающіе въ Барнаулъ на пароходахъ тщательно осматривались, и подозрительные задерживались въ особомъ observationalномъ пунктѣ; 6) признать желательнымъ, чтобы прибывающіе въ городъ плѣнные и воинскія части, прежде размѣщенія ихъ по городу мылись въ банѣ, стриглись, выдавалась бы имъ новая смѣна бѣлья, снятое-же ими должно тщательно дезинфицироваться; 7) признать необходимымъ устройство городомъ бани и прачечной для плѣнныхъ; 8) признать весьма желательнымъ высылку всѣхъ военно-плѣнныхъ за городъ для размѣщенія ихъ лагернымъ порядкомъ; 9) поднять вопросъ объ увеличеніи врачебнаго персонала и о необходимости весь городской врачебный персоналъ страховать за счетъ города на случай смерти отъ эпидеміи; 10) обратиться къ широкой общественной самодѣятельности въ дѣлѣ борьбы съ эпидеміей путемъ организации санитарныхъ участковыхъ попечителей; 11) возбудить ходатайство объ ассигнованіи изъ кассы казеннаго фонда или изъ средствъ союза городовъ субсидіи городу на дѣло борьбы съ эпидеміей.

Въ Красноярскѣ городской врачебно-санитарной организаціей разработанъ обширный планъ борьбы съ надвигающейся эпидеміей сыпного тифа. Проектировано пригласить 5 эпидемическихъ врачей, 10 фельдшеровъ, открытіе больницы на 75 коекъ, изоляціонные дома, усиленіе дезинфекціонныхъ средствъ и пр. Расходы достигаютъ 50,000 руб., изъ которыхъ городъ можетъ дать лишь 5000 р. Испрашивается правительственная ссуда, и весь вопросъ постановки борьбы будетъ зависѣть отъ того, получитъ ли городъ эту ссуду.

(О. С., № 83).

Канская городская управа организовала 12 апр. совѣщаніе военныхъ и гражданскихъ врачей, на которомъ присутствовали начальникъ гарнизона и исправникъ.

Обсуждался докладъ врача Кибардина.

Предложенія докладчика сводились къ слѣдующему: Должны быть устроены: дешевая и даже бесплат-

ная общественная баня, дешевая или лучше бесплатная прачечная съ дезинфекціонной камерой. Другими мѣрами борьбы могутъ быть: открытіе ночлежнаго дома, постановка баковъ съ кипяченой водой на базарныхъ площадяхъ, заготовка предохранительныхъ вакцинъ, устройство observationalнаго пункта, открытіе инфекціоннаго отдѣленія при городской больницѣ, общее улучшеніе санитарной обстановки города, для чего докладчикъ предлагаетъ обратиться съ ходатайствомъ „объ использовании военноплѣнныхъ для работъ по нивелировкѣ города и приведеніи улицъ въ благоустроенный видъ“.

Всѣ упомянутыя положенія докладчика приняты совѣщаніемъ. Observationalный пунктъ постановлено открыть съ 17-го апрѣля: городъ дастъ помещеніе, а военное вѣдомство оборудуетъ его. По предложенію исправника, совѣщаніе высказало желаніе, чтобы городъ (Городская Дума) менѣе бы индифферентно относился къ санитарнымъ условіямъ города.

(О. С., № 84).

Въ Канскѣ Городской Думой 1) одобрено ходатайство комитета общ. здр. о выдачѣ городу субсидіи въ 30000 р. на постройку заразной больницы съ дезинфекціонной камерой при ней. 2) Избраны 76 санитарныхъ попечителей съ санитарной комиссіей во главѣ. 3) Постановлено отремонтировать заброшенную городскую баню. 4) Приказано управѣ увеличить ассенизаціонный обозъ. (О. С. № 92).

Въ Иркутскѣ санитарный совѣтъ постановилъ: при заразныхъ баракахъ построить еще три барака на 60 кроватей, въ Глазковск. предм. устроить больницу на 50 коекъ, при условіи, если переселенческое управленіе не откажется уступить свой баракъ на 30 кроватей. При заразныхъ баракахъ рѣшено устроить японскую камеру; построить ночлежный домъ на 300 чел. съ отдѣленіемъ для женщинъ, а въ Глазковск. предм. такой домъ построить на 50 чел. Признано желательнымъ устройство дешевыхъ столовыхъ, общественной бани, а также увеличеніе числа sanit. врачей до пяти. Кромѣ того, рѣшено увеличить ассенизаціонный обозъ до 120 лошадей. Страхованіе персонала противо-эпидемическихъ учреждений совѣтомъ принято. Для разработки финансоваго плана осуществленія проектируемыхъ мѣропріятій избрана особая комиссія. (Сиб. № 86).

Въ Иркутскѣ на совѣщаніи изъ представителей медико-санитарнаго бюро, финансовой комиссіи и Иркутскаго комитета союза городовъ были выработаны рядъ мѣропріятій приблизительная смѣта расходовъ, въ общемъ на 601.100 руб. Отдѣльныя статьи смѣты: устройство заразнаго барака въ Знаменскомъ предмѣстьѣ 70.800 р., заразный баракъ въ Глазково—57.500 руб., ночлежный домъ въ центральной части города—103.700 р., ночлежный домъ въ Глазково—14.000 руб. Увеличеніе ассенизаціоннаго обоза—90.000 руб. водопроводъ въ Глазково—120.000 руб., замощеніе и благоустройство базара—16.500 р., содержаніе эпидемическаго персонала въ теченіе 6 мѣсяцевъ—33.400 руб., содержаніе больныхъ—43.200 р. и др. Изъ общей суммы медико-санитарное бюро полагаетъ справедливымъ на средства города взять расходъ 292.200 руб., и на эту заключить заемъ. Кромѣ того, ходатайствовать чтобы 308.900 руб. были отпущены казной изъ специальныхъ капиталовъ комиссіи по борьбѣ съ чумой и холерой. Городской Думой эти мѣропріятія приняты.

(И. Ж., № 104).

Верховный начальникъ санитарно-эвакуаціонной части въ Имперіи принцъ Ольденбургскій разрѣшилъ открыть observationalные пункты на станціяхъ: Иннокентьевская и Омскъ на

25000 чел. каждый. Проведеніе означенной мѣры должно быть согласовано съ распоряженіями военного вѣдомства. (П. Ж., № 103).

Управленіемъ Забайкальской жел. дор. на станціи Дивизионная (Березовка) съ 3 апрѣля открытъ изоляціонно-пропускной пунктъ, гдѣ врачѣбнымъ персоналомъ будутъ осматриваться эшелоны съ военнопленными, и въ случаѣ обнаруженія заразныхъ заболѣваній, больные будутъ помѣщены въ изоляціонный пунктъ. До сего времени заразныхъ больныхъ въ пунктъ еще не поступало. Изоляціонный пунктъ находится подъ наблюденіемъ врача, въ помощь которому имѣются два фельдшера и пять слугителей. (З. Н., № 2220).

Въ Читѣ областное противоэпидемическое совѣщаніе, выслушавъ докладъ и. д. городского головы Стерхова о проектахъ города по постройкѣ заразныхъ барачковъ и дезинфекціонной камеры, высказалось за поддержку ходатайства города передъ Иркутскимъ генералъ-губернаторомъ о немедленномъ отпускѣ ему изъ противочумнаго фонда 15 тыс. рублей на приспособленіе заразныхъ барачковъ и помѣщенія бывшей амбулаторіи-гор. больницы для инфекціонныхъ больныхъ и необходимыя средства для постройки въ больницѣ и оборудованія по послѣднему слову науки дезинфекціонной камеры.

Составленіе подробнаго плана и смѣты дезинфекціонной камеры поручено произвести городской санитарно-медицинской комиссіи при участіи областного врачѣбнаго инспектора Воскресенскаго и областного ветеринарнаго инспектора Дудукалова.

Такимъ образомъ, если городская управа теперь энергично возьмется за дѣло, то у города будутъ новыя помѣщенія для сыпнотифозныхъ (на Островѣ) и для оспенныхъ и скарлатинозныхъ (въ прежней амбулаторіи) и тѣмъ самымъ къ услугамъ населенія будутъ большія и хорошо обставленныя и изолированныя помѣщенія для заразныхъ больныхъ.

(З. Н., № 2212).

Организація въ Сибири врачѣбной помощи раненымъ и больнымъ воинамъ.

Томскому отдѣлу Сибирскаго общества по оказанію помощи раненымъ воинамъ разрѣшено открыть патронатъ для оказанія помощи возвращающимся съ войны раненымъ воинамъ. Дѣятельность патроната намѣчена по слѣдующей программѣ: оказаніе матеріальной помощи—снабженіе деньгами, вещами, предоставленіе безплатнаго помѣщенія и содержанія; пріисканіе занятій для неспособныхъ къ военной службѣ воиновъ; обученіе ремесламъ, открытіе для того мастерской и снабженіе ея необходимыми матеріалами; медицинская помощь и юридическая помощь. На послѣднемъ общемъ собраніи членовъ отдѣла общества рѣшено было немедленно приступить къ организаціи патроната, рассчитывая на широкую поддержку со стороны населенія.

Въ Ново-Николаевскѣ сборъ на содержаніе военно-санитарныхъ поѣздовъ, организованный пожарнымъ обществомъ, далъ 1831 р. 3½ коп.

Въ Ново-Николаевскѣ 23 апрѣля состоялось общее собраніе членовъ мѣстнаго комитета общества „Краснаго Креста“. Собраеніе избрало предсѣдателемъ комитета городского голову А. Г. Бесѣдина,

товарищемъ предсѣдателя А. И. Манасевича. Въ настоящее время въ комитетѣ насчитывается членовъ 132 человекъ, при чемъ имѣются свободныя наличныя средства, съ которыми будетъ поступлено согласно устава, т. е. 10% будетъ направлено въ центральную кассу общества „Краснаго Креста“, а остальная сумма употреблена на мѣстныя нужды: на выдачу пособія возвращающимся раненымъ воинамъ и проч. Дальнѣйшая дѣятельность комитета будетъ вестись прежнимъ порядкомъ, т. е. будутъ приниматься пожертвованія деньгами, вещами и проч.

На ст. Литвиново открытъ для раненыхъ воиновъ остановочно-питательный пунктъ.

На организованные Барнаульскимъ отдѣломъ Краснаго Креста курсы сестеръ милосердія записалось около 50 слушательницъ, но лекціи посѣщаютъ только 34, да и то нѣкоторыя изъ послѣднихъ особенной аккуратностью не отличаются. Это не можетъ не отзываться на дѣлѣ, и такимъ слушательницамъ, вѣроятно, будетъ предложено совсѣмъ прекратить посѣщеніе лекцій.—Преподавательскимъ персоналомъ курсы вполне обеспечены. Практическія занятія для слушательницъ ведутся въ городскихъ больницѣ и амбулаторіи и въ двухъ военныхъ госпиталяхъ; для практическаго ознакомленія съ уходомъ за заразными установлены дежурства слушательницъ въ городской заразной больницѣ.

Въ Омскѣ соединенное засѣданіе врачѣбно-санитарнаго совѣта и комитета союза городовъ поручило особой комиссіи составить смѣту на устройство въ Боровомъ временнаго санаторія для больныхъ и раненыхъ воиновъ. На первое время санаторій рассчитанъ на 100 кроватей, которыя будутъ размѣщены въ юртахъ. Организація санаторія поручена П. Н. Емельянову. И. П. Лалтевъ, вернувшійся изъ Петрограда, сообщилъ участникамъ совѣщанія, что центральный комитетъ союза городовъ окажетъ матеріальную поддержку въ дѣятельности санаторія въ Боровомъ.

На засѣданіи Иркутскаго комитета Краснаго Креста имъ было постановлено застраховать весь персоналъ иркутскаго 1-го госпиталя на случай смерти отъ заразныхъ заболѣваній и увѣчья. Страхуваніе приняло на себя Россійское страховое об-во. Врачи застрахованы въ 10 тыс. руб. каждый, завѣдующій хозяйствомъ—въ 5 тыс. руб., сестры милосердія—по 3 тыс. и санитары, къ сожалѣнію, только по 500 руб. каждый. Такое рѣшеніе комитета Краснаго Креста заслуживаетъ безусловнаго одобренія и является, насколько извѣстно, единственнымъ въ дѣятельности учреждений Краснаго Креста. Для персонала же госпиталя мѣра эта явится большой моральной поддержкой въ его трудной и отвѣтственной работѣ.

На томъ же засѣданіи комитета для раненыхъ и больныхъ воиновъ, эвакуированныхъ съ театра войны и нуждающихся въ курортномъ леченіи, рѣшено устроить на курортѣ въ Усольѣ лечебный пунктъ на 50 человекъ, причемъ весь лечебный сезонъ будетъ раздѣленъ на три лечебныхъ періода. Леченіемъ, такимъ образомъ, смогутъ воспользоваться 150 чел. По окончаніи леченія больные будутъ отправляться на средства комитета на родину.

На оборудованіе лечебнаго пункта въ Усольѣ и на содержаніе его потребуется около 7 тыс. руб.

Письмо в Редакцию.

Советъ Общества Практическихъ Врачей Томской губернии проситъ редакцію помѣтить на страницахъ „Сибирскаго Врача“ отчетъ о сборѣ среди врачей г. Томска между 20 апрѣля и 1 мая с. г. на нужды военнаго времени.

Проф. С. М. Тимашевъ—25 руб. Проф. П. П. Авроровъ—15 р.
Проф. И. М. Левашевъ—15 руб. Проф. П. В. Бутягинъ—15 руб.
Проф. Н. В. Вершининъ—10 руб. Проф. И. П. Граматтигати—
10 руб. Проф. Н. Н. Топорковъ—10 руб. Проф. М. Ф. Поповъ—
5 руб. Проф. А. А. Кулябко—1 р. Проф. П. Н. Лашенковъ—3 р.
Е. И. Неболюбовъ—15 р. Е. С. Волкова—2 руб. В. П. Качеревъ
—2 руб. А. И. Шавровская—5 руб. Проф. С. В. Лобановъ—15 р.
А. А. Проскурякова—2 р. Т. О. Куркова—2 руб. П. А. Ломови-
чій—6 руб. В. П. Степановъ—5 руб. А. Д. Основина—3 р. В. Н.
Чепаловъ—3 р. Н. А. Чернышская—Шукина—3 р. К. М. Кузнецова
—3 руб. А. И. Леникова—3 руб. В. В. Корелинъ—5 руб. А. К.
Скальскій—5 р. В. С. Пирускій—15 руб. К. В. Купрессовъ—5 р.
К. Н. Завадовскій—15 руб. Л. А. Уткинъ—5 руб. С. Н. Пономаревъ—
6 руб. П. И. Чистяковъ—10 руб. А. Л. Серебровъ—3 руб.
А. Н. Зиминъ—25 р. В. П. Еланцевъ—15 руб. П. П. Еланцевъ—
10 р. С. А. Адамовъ—15 р. Я. I. Бейгель—15 р. М. В. Тихонова—
10 р. А. С. Николаева—2 р. А. Д. Пѣтуховъ—2 руб. П. И.
Соломинъ—2 р. Н. Н. Пискуновъ—10 р. Е. В. Золотницкая—2 р.
В. В. Веселовъ—6 р. А. А. Лопатинъ—3 р. А. В. Вандаковский—
2 р. Н. М. Германовъ—5 р. П. Н. Обросовъ—6 р. А. Ф. Чудинов-
скихъ—10 р. Э. В. Дымша—8 руб. Н. П. Громовъ—3 руб. Н. Л.
Троицкій—5 р. А. Х. Прейсманъ—10 р. Н. Д. Либеровъ—7 руб.
В. П. Щербаковъ—8 р. П. Н. Цвѣтговъ—5 р. Ю. К. Мариенгофъ
—5 р. М. С. Линда—5 р. А. В. Рязановъ—3 руб. К. А. Кытма-
новъ—10 р. Н. С. Спасскій—10 р. В. К. Мясниковъ—2 р. П. М.
Карагановъ—7 р. К. А. Нижегородцевъ—2 р. Проф. Г. М. Юсифовъ—
10 р. В. П. Миролюбовъ—3 руб. Г. И. Макаровъ—2 руб.
А. Д. Тимофеевскій—5 руб. Проф. С. Г. Часовниковъ—12 руб.
Проф. М. М. Покровскій—10 р. Проф. И. Л. Вакуленко—3 руб.
Лаврова—3 р. А. П. Мышкинъ—5 р. Проф. А. А. Линдстремъ—
25 р. И. В. Карташовъ—1 р. С. Бѣликовъ—5 р. Я. А. Калачни-
ковъ—3 р. А. П. Алабидкій—1 р. И. А. Валедиинскій—5 р. Л. М.
Сычева—3 р. А. А. Богодѣловъ—15 р. А. М. Никольскій—5 р.
Проф. И. И. Дочевскій—3 р. А. А. Грязновъ—10 руб. В. З. Ле-
вицкій—5 р. Н. А. Дмитриевскій—10 р. Л. И. Рубинштейнъ—5 р.
А. Е. Закоурневъ—10 р. М. С. Быховскій—3 р. В. М. Тимофеевъ
—10 р. Б. З. Ноторинъ—15 р. М. М. Ботъ—15 р. А. К. Пивни-
ская—5 р. С. Ф. Дунаевъ—10 р. П. М. Мультаповскій—8 р. В. А.
Лашкина—10 р. Б. М. Бутковская—5 р. Н. И. Пюскиревъ—25 р.
Н. В. Соколовъ—15 р. М. Т. Шамова—15 р. Л. Л. Качинъ—
25 р. В. А. Вангородскій—8 р. А. А. Граціановъ—25 руб. О. Е.
Куткина—3 р. В. С. Гершкониъ—3 р. П. И. Левенсонъ—10 руб.
В. А. Рудаковъ—10 р. П. И. Микулина-Иванова—5 руб. В. М.
Образцовъ—15 р. В. И. Васильковъ—5 р. А. Е. Лобанова-Лебеде-
ва—5 р. А. П. Добровольская—5 р. О. Д. Соколова—3 р. Г. Е.
Сибирцевъ—25 р. М. Л. Прейсманъ—10 р. Г. С. Брегеръ-Блюм-
кина—5 р. П. Ф. Ломовичій—10 р. Е. В. Сметанина-Образцова—10
руб. М. В. Куткинъ—5 р. А. П. Лашкинъ—5 р. М. Петровъ—3 р.
Д. В. Поляковъ—5 р. С. Ф. Ясионовскій—5 р. Ф. I. Ванкевичъ—3 р.

Кромѣ того, д-ромъ с. Козеюль Е. С. Чикуновой прислано почтой 5 р. через редакцію „Сибирскаго Врача“ Обществу Практическихъ Врачей Томской губ. для передачи въ Общество Попеченія о сиротахъ дѣтяхъ врачей, погибшихъ на войнѣ.

Итого собрано среди врачей г. Томска 982 руб.

Согласно волѣ жертвователей, собранная сумма переведена черезъ Банкъ въ Общество Попеченія о сиротахъ дѣтяхъ врачей, погибшихъ на войнѣ.

ХРОНИКА.

— Проф. госпитальной терапевтической клиники Томскаго У-та И. И. Александровичъ-Дочевскій по болѣзни оставляетъ службу и выходитъ въ отставку.

— Въ Ново-Николаевскѣ боленъ сыпнымъ тифомъ призванный изъ запаса на военную службу врачъ В. Н. Табаковъ, ординаторъ глазной клиники Томскаго У-та.

— Попечительство о слѣпыхъ обратилось въ Красноярскую городскую думу съ ходатайствомъ объ ассигнованіи изъ средствъ города, на расширеніе и содержаніе существующей въ городѣ глазной лечебницы, по 1000 руб. ежегодно. (О. С. № 93).

— Въ Красноярскѣ 4 мая, скончался одинъ изъ старѣйшихъ членовъ и учредителей Об-ва врачей Енисейской губ., врачъ Порфирій Дмитриевичъ Сысоевъ.

— Устроенный Красноярскимъ отдѣломъ лиги борьбы съ туберкулезомъ 2 мая кружечный сборъ съ продажъ „Бѣлаго цвѣтка“ далъ 1433 руб. 79 коп. Въ сборѣ пожертв. приняло участіе около 200 чел. съ 143 кружками. Максимальный сборъ въ кружкахъ по отдѣльности достигъ суммы въ 72 руб. 69 коп. При подсчетѣ денегъ выяснилось, что въ кружкахъ преобладала мелкая, преимущественно мѣдная монета.

— Въ день „Бѣлаго цвѣтка“, устроеннаго 20 апрѣля въ Омскѣ, собрано 6063 руб. 25 коп. Въ обращеніи было 272 кружки.

— Въ Иркутскѣ въ день „Бѣлаго цвѣтка“ собрано 4326 р. 27 коп. (кромѣ 20 кружекъ изъ Инокентьевской еще не подсчитанныхъ).

— Въ Читѣ подкомиссія большинствомъ голосовъ, вопреки представленной д-ромъ И. С. Дудченко телеграммы Инспектора экспериментальной медицины (? Ред.) о томъ, что сухія тарбаганы шкурки не нуждаются въ дезинфекціи, пришла къ заключенію, что она не вправе отклонить постановленіе областной комиссіи, признавшей дезинфекцію тарбаганьихъ шкурокъ необходимой и предложившей подкомиссіи разработать вопросъ объ ихъ дезинфекціи въ камерахъ на ст. Борзя и ст. Маньчжурія, а потому постановила просить ветеринарное отдѣленіе разработать вопросъ о приведеніи въ порядокъ или постройки новыхъ камеръ на указанныхъ станціяхъ, расположенныхъ въ районѣ эпидемической чумы и служащихъ крупными центрами оптовой торговли шкурками. (З. И. № 2221).

— Въ залѣ читинскаго отдѣла географическаго общества 29 апр., состоялось засѣданіе совѣта географическаго общества совмѣстно съ обществомъ врачей и приглашенными лицами, по организациіи секціи при географическомъ обществѣ по изученію минеральныхъ источниковъ Забайкальской области. Передъ выборами президіума секціи, д-ръ А. В. Воскресенскій сдѣлалъ докладъ о тѣхъ громадныхъ задачахъ, который предстоитъ выполнить организуемой секціи. Послѣ перерыва засѣданія, были произведены выборы президіума, при чемъ избранными оказались: председателемъ А. В. Воскресенскій товарищ. предсѣд. А. Л. Цейтлинъ, секретаремъ г. Яковлевичъ, замѣстителемъ М. С. Гуревичъ, казначеемъ И. И. Араксимовичъ. Во время засѣданія въ секціи изъявило желаніе работать болѣе 30 лицъ. Тогда же въ члены географическаго общества записалось членовъ 18 чел. Засѣданіе прошло съ замѣтнымъ воодушевленіемъ и интересомъ къ поднятому вопросу. Остается пожелать, чтобы организованная секція немедленно приступила къ плановѣрной работѣ по такому полезному для Забайкалья вопросу, какъ изученіе многочисленныхъ минеральныхъ источниковъ Забайкалья. (З. Н. № 2321).

— Совѣщаніе о развитіи курортовъ въ Восточной Сибири нашло нужнымъ поддержать ходатайство арендатора курорта „Дарасунъ“ И. И. Полякова о выдачѣ ему субсидіи въ видѣ долгосрочной (15-лѣтней) безпроцентной ссуды въ 162.000 р. и кромѣ того постановило довести до свѣдѣнія управленія Нерчинскаго округа вѣдомства Кабинета свое постановленіе съ ходатайствомъ оказать арендатору „Дарасуна“ болѣе серьезную матеріальную поддержку въ цѣляхъ развитія курорта, имѣющаго общегосударственное значеніе. (З. Н., № 2226).

— Въ настоящее время изъ 22 сельскихъ участковыхъ врачей, числящихся по штату на всю Иркутскую губернію, имѣется только шесть врачей; всѣ другія мѣста врачей остаются незанятыми. (Сиб., № 92).

— Вслѣдствіе недостатка въ городѣ нѣкоторыхъ медикаментовъ, Иркутская городская управа черезъ нашего консула въ Токагамѣ, сдѣлала соотвѣтствующій запросъ въ Японію. Получено на-дняхъ предложеніе о поставкѣ для города недостающихъ химическихъ продуктовъ и аптекарскихъ товаровъ. (И. Ж., № 113).

— Вышла изъ печати 5-я книга „Свѣдѣній о ветеринарно-санитарномъ состояніи Приморской области“ за 1913 годъ. Книга издана ветеринарнымъ отдѣленіемъ областного правленія и вмѣщаетъ въ себѣ какъ статистическія данныя, такъ и доклады, протоколы и постановленія ветеринарнаго отдѣленія. (Д. О., № 2558).

— Начаты работы по постройкѣ больницы переселенческаго управленія на Эгершельдѣ. Стоимость будущей больницы по смѣтѣ 80,000 р.

(Д. О., № 2558).

— Въ Бодайбо, въ районѣ ленскихъ приисковъ появились курильщики опиума. Куреніе начало прививаться и завоевывать популярность среди приискателей. Въ настоящее время куреніе опиума приняло массовые размѣры. (Сиб., № 66).

— Въ Минусинскѣ съ уходомъ врача А. М. Сафьяновой въ городской лечебницѣ прекратился приемъ больныхъ. Этимъ однако дѣло не ограничилось. Въ городскую думу поступило заявленіе акушерки-фельдшерицы г-жи Фаерманъ, въ которомъ она заявляетъ, что принуждена оставить службу. Причиной ухода г-жи Фаерманъ послужили внутреннія тренія между служебнымъ персоналомъ лечебницы. Пока въ лечебницѣ былъ врачъ, заявлять г-жа Фаерманъ я могла служить, но теперь, когда лечебница осталась безъ авторитетнаго завѣдывающаго, работа стала фактически невозможной. Такимъ образомъ, въ настоящее время въ лечебницѣ не только прекращенъ амбулаторный приемъ, но также сталъ невозможенъ приемъ роженицъ. (М. Л., № 125).

— Въ Хабаровскомъ уѣздѣ въ настоящее время является, по словамъ „Пр.“, недостатокъ фельдшеровъ и несмотря на ходатайства крестьянскихъ обществъ фельдшерскіе пункты все-таки остаются не замѣщенными. Вслѣдствіе этого сельскимъ жителямъ изъ за какой-нибудь незначительной болѣзни приходится обращаться за медицинскою помощью въ переселенческую больницу за нѣсколько десятковъ верстъ, а въ весеннее время, за разливомъ лѣсныхъ рѣчекъ, сообщенія прекращаются, и больные должны оставаться на произволъ судьбы. (Д. О., № 2554).

— Въ Пинчугской и Кежемской волостяхъ, Енисейскаго уѣзда, имѣется одна больница въ с. Богучанахъ; врача при ней почти не бываетъ. Зачастую тамъ не находится даже самыхъ необходимыхъ лекарствъ.

Ссылнымъ, въ особенности политическимъ, въ эту больницу, и не только въ больницу, но и для амбулаторнаго леченія въ Богучаны попасть очень трудно.

Отлучекъ съ мѣстъ не даютъ. Чтобы получить возможность пріѣхать въ Богучаны, нужно подать прошеніе приставу. Такія прошенія достигаютъ результатовъ обычно черезъ 4—6 мѣсяцъ и никогда не раньше двухъ. Все это время больной долженъ оставаться безъ всякой медицинской помощи.

Былъ такой случай. Врачъ сдѣлалъ предписаніе отправить ссыльнаго, больного туберкулезомъ грудной клѣтки, въ Енисейскъ. Однако, больному не разрѣшили ѣхать, такъ какъ въ предписаніи врача не было сказано, что болѣзнь угрожаетъ жизни, ибо только при этомъ условіи поѣздка разрѣшается.

Больные глазами болѣзнями тоже остаются безъ помощи, т. к. на всей Ангартѣ нѣтъ глазного врача, я отправить для леченія въ Енисейскъ или Красноярскъ могутъ только при условіи, если болѣзнь угрожаетъ жизни“. (С. Ж. № 78).

— „Сиб.“ (№ 99) со стан. Слюдянка Забайк. ж. д. пишутъ слѣд.:

21 апрѣля здѣсь разыгралась тяжелая трагедія. Покончила съ собой, умертвивъ предварительно свою трехлѣтнюю дочку, фельдшерица-акушерка Н. И. Тимофеева, 5 лѣтъ тому назадъ окончившая центральную фельдшерско-акушерскую школу въ Иркутскѣ. Шесть недѣль тому назадъ, принимая гдѣ-то на линіи желѣзной дороги Н. И. Тимофеева получила отъ роженицы

заразную болѣзнь. Ядъ проникъ въ царапину на правой рукѣ. На появившуюся язву сперва она не обратила вниманія. Когда же болѣзнь стала прогрессировать, Н. И., по совѣту сослуживцевъ, обратилась за помощью къ врачу въ Иркутскѣ. Врачъ опредѣлилъ зараженіе и настаивалъ на немедленномъ и энергичномъ леченіи. Заболѣваніе такъ подѣйствовало на Т—ву, что она рѣшила покончить съ собой, никому не сказавъ о созрѣвшемъ ужасномъ рѣшеніи. Въ ночь съ 20 го на 21 апрѣля она сдѣлала послѣднія приготовленія, написала письма, сдѣлала распоряженія относительно своего имущества, вымылась, вымыла ребенка, нарядила его въ бѣлое платьице и прибралась въ коматѣ. Затѣмъ она отравила ребенка. Когда ребенокъ умеръ, Н. И. уложила трупикъ въ кровать, сложила ручки его на груди и на нихъ положила иконку. Послѣ этого сама приняла ядъ (повидимому, морфій). Утромъ ее нашли со слабыми признаками жизни. Промучившись нѣсколько сутокъ, она скончалась.

Некрологъ.

† Прив.-доц. Н. С. Касторскій.

28 апрѣля скончался въ Челябинскѣ отъ паралича сердца призванный изъ запаса на военную службу прив.-доц. Томскаго Ун-та д-ръ мед. Николай Сергѣевичъ Касторскій.

Д-ръ Касторскій, сынъ сельского священника Владимірской губерніи, родился въ 1868 году. Среднее образованіе получилъ во Владимірской духовной семинаріи. Въ 1889 году поступилъ на медицинскій факультетъ Томскаго У-та, который кончилъ въ 1895 г. съ серебряною медалью за работу „Нервные элементы мозжечка“. Въ томъ же году былъ зачисленъ въ должности сверхштатнаго ординатора терапевтической факультетской клиники. Въ 1897 году занялъ должность Томскаго санитарнаго врача.

Въ 1900 году былъ военнымъ врачомъ по мобилизаціи во время Китайской войны; по окончаніи мобилизаціи остался на военной службѣ. Въ 1902 году былъ избранъ сверхштатнымъ лаборантомъ при кафедрѣ общей химіи Томскаго У-та, гдѣ и пробылъ до 1914 г., когда перешелъ на службу санитарнымъ врачомъ Омской жел. дор. Въ 1911 г. защитилъ дисс. на степень д-ра мед.; съ 1912 года былъ прив.-доц. по общей химіи при Томскомъ У-тѣ, гдѣ читалъ студентамъ необязательный курсъ коллоидной химіи; кромѣ того, состоялъ преподавателемъ на Сибирскихъ высшихъ женскихъ курсахъ, вечернихъ общеобразовательныхъ курсахъ и Томской зубо-врачебной школы. Напечаталъ около 10 научныхъ работъ, большинство которыхъ—химическія изслѣдованія минеральныхъ водъ Сибири (оз. Широ, Зюзиное, воды Барабы и друг.).

Изъ этого краткаго жизнеописанія видно, что покойный болѣе большую часть своей дѣятельности посвятилъ общей химіи, которой занимался съ большой любовью и сдѣлалъ въ этой области, что позволили ему условія его научной и служебной дѣятельности.

Скромный, тихій, нѣсколько застѣнчивый, онъ, казалось, былъ созданъ для мирной лабораторной работы, но обстоятельства сложились такъ, что ему, химику по призванію, но врачу по образованію, пришлось кончить жизнь въ качествѣ военнаго врача въ одномъ изъ военно-лечебныхъ заведеній Челябинска.

Миръ праху твоему, усердный труженникъ науки!

Редакторы: С. Лобановъ.

Издатель Н. Топорковъ.

П. Чистяновъ.

В. Корелинъ.

2-й годъ
изданія.

Продолжается подписка на 1915 годъ.

2-й годъ
изданія.

на газету научной и общественной медицины и врачебного быта

„СИБИРСКИЙ ВРАЧЪ“

издаваемую въ Томскѣ подъ редакціей: проф. С. В. Лобанова, прив.-доц. П. И. Чистякова и д-ра В. В. Корелина. Въ 1915 году газета будетъ выходить еженедѣльно или временно (во время войны) черезъ двѣ недѣли въ размѣрѣ 1¹/₂—2 листовъ.

Программа газеты: 1) Статьи по различнымъ отраслямъ медицинскихъ знаній. 2) Рефераты и обзоры. 3) Статьи по общественной медицинѣ и врачебному быту. 4) Медицинское дѣло въ Сибири: вопросы сельской, городской, переселенческой, желѣзнодорожной медицины и пр. 5) Сообщенія о дѣятельности Медицинскаго Факультета, учебныхъ обществъ, больницъ. 6) Новѣйшіе успѣхи терапіи. 7) Замѣтки изъ практики, мелкія сообщенія. 8) Рецензіи. Новыя книги. 9) Письма въ Редакцію. 10) Хроника. 11) Объявленія.

Въ газетѣ принимаютъ постоянное ближайшее участіе:

проф. П. П. Авроровъ, пр.-доц. П. В. Вутягинъ, проф. Н. И. Березнеговскій, проф. Н. В. Вершининъ, маг.-ветер. Вашкевичъ Ф. І., Гинзбергъ Н. Г., проф. И. Н. Грамматикати, Н. И. Делекторскій, пр.-доц. Н. Н. Завадовскій, пр.-доц. А. Н. Зиминъ, проф. М. Г. Курловъ, проф. А. А. Линдстремъ, пр.-доц. П. А. Ломовицкій, А. Н. Лупповъ, А. И. Макушинъ, П. М. Мультановскій, проф. В. М. Мышъ, Н. И. Плоскиревъ, проф. М. М. Покровскій, А. Я. Прейсманъ, М. П. Протодьяконовъ, проф. В. Н. Саввинъ, пр.-доц. Н. С. Спасскій, проф. С. М. Тимашевъ, проф. Н. Н. Топорковъ, А. А. фонъ-Фрикентъ

Подписная цѣна съ пер. и дост. 7 руб. въ годъ, за полгода 4 р. Допуск. разсрочка: при подпискѣ 4 р. и къ 1 іюля 3 р. Для студентовъ и фельдшеровъ подписн. цѣна въ годъ 4 р., съ допущеніемъ разсрочки: 2 р. при подпискѣ и 2 руб. не поздне 15 сент.

Плата за объявленія. За строку петита: на первой и по 2-й стр. 30 к., на остальн.: впереди текста 25 к., позади 20 к.

Авторы получаютъ 25 отдѣльныхъ оттисковъ, плата за рефераты, обзоры, отчеты о засѣданіяхъ обществъ по соглашенію.

О книгахъ и брошюрахъ, поступивш. въ редакцію, дѣлается извѣщеніе въ ближайшемъ №; по возможности даются рецензіи.

Въ Томскѣ подписка и объявленія принимаются въ книжномъ магазинѣ П. И. Макушина.

Адресъ редакціи: Томскъ. Редакція „Сибирскаго Врача“.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1915 ГОДЪ

на двухнедѣльный журналъ

„Вѣстникъ Красноярскаго Городск. Общ. Управленія“,

Издаваемый въ гор. Красноярскѣ.

Изданіе имѣетъ своей непосредственной цѣлью обслуживать нужды и запросы городского самоуправления по слѣдующей программѣ: 1) Правительственныя узаконенія и распоряженія по городскому дѣлу, сенатская практика. 2) Статьи и замѣтки по вопросамъ муниципальнаго хозяйства и управленія, обзоръ дѣятельности красноярской думы, управы, городскихъ комиссій, сибирскихъ и російскихъ самоуправленій, городское дѣло за границей; отзывы о книгахъ по городскому дѣлу. 3) Личный составъ городского общественнаго управленія, распределение по комиссіямъ, отчеты городскихъ предпріятій, движеніе суммъ городской кассы, банка, ломбарда и др. городскихъ учреждений. Объявленія.

Подписная плата на изданіе: 3 руб. въ годъ, 1 руб. 75 коп. за полгода, 90 коп. за 3 мѣсяца, 30 коп. за 1 мѣсяць, 15 коп. отдѣльный номеръ.

Подписка и объявленія принимаются въ Городской Управѣ въ часы занятій.

Редакторъ Городской Голова С. Потылицынъ.

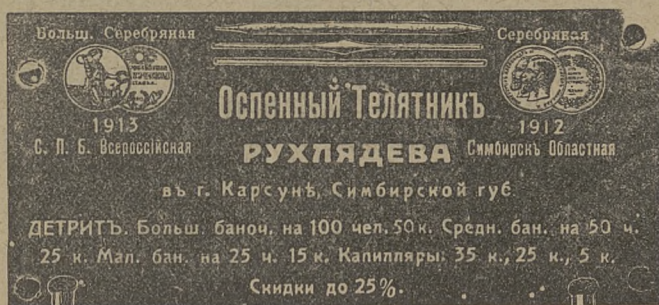
Издатель Красноярское Город. Общ. Управленіе.

ПОНОСЫ у ДѢТЕЙ

быстро проходятъ, если ихъ въ это время кормятъ питательными смѣсями съ

МЕЛЛИНСЪ ФУДЪ

Образцы и литература г.г. врачамъ бесплатно черезъ представителей для Россіи Т-ва Меллинсъ Фудъ въ Лондонѣ—Т-во Шанксъ и К°, Москва, Кузнецкій Мостъ, 3.



ОБЪЯВЛЕНИЕ.

Врачебное отдѣленіе енисейскаго губернскаго управленія приглашаетъ на временную сельско-врачебную службу въ Енисейской губерніи врачей, студентовъ-медиковъ 5-го курса и медицинскихъ фельдшеровъ и фельдшерицъ.—Желающихъ просить обращаться почтой, съ присылкой документовъ или копій съ нихъ по адресу: г. Красноярскъ, врачебное отдѣленіе губернскаго управленія.

БАКТЕРІОЛОГИЧЕСКІЙ ИНСТИТУТЪ

имени Ивана и Зинаиды Чуриныхъ
при Императорскомъ Томскомъ Университетѣ.

Цѣны препаратамъ, изготовляемымъ
Институтомъ.

1. Противодифтерійная сыворотка, флаконъ съ 1000 единицъ антитоксина, для общественныхъ организаций. 40 к. *)
для частныхъ лицъ 50 к.
2. Противоскарлатинная сыворотка, флаконъ въ 20 куб. с. 1 р. 25 к.
3. Противодизентерійная сыворотка, флаконъ въ 10 куб. с. 1 р. —
4. Противострептококковая поливалентная сыворотка, флаконъ въ 50 куб. с. . . . 4 р. 75 к.
5. Противотетаническая сыворотка, флак. 2 р. 50 к.—3 р.
6. Скарлатинная вакцина, флак. въ 5 к. с. . . — 25 к.
7. Гемококковая вакцина, флаконъ въ 1 к. с. — 40 к.
8. Стафилококковая вакцина флаконъ въ 1 к. с. — 30 к.
9. Coli-бациллярная вакцина, флак. въ 1 к. с. — 30 к.
10. Противохолерная вакцина (приготавливается во время эпидемій), флаконъ въ 5 куб. с. — 20 к.
11. Противотифозная вакцина (приготавливается во время эпидемій), флаконъ въ 5 куб. с. — 20 к.
12. Культуры бактерий, пробирка отъ 50 коп.
13. Питательная среда, за пробирку. отъ 15 коп.

Производство реакцій Вассермана; Цѣна 5—10 руб.

При пересылкѣ сыворотки или цереброспинальной жидкости (не менѣе 3 куб. с.) необходимо прибавлять къ нимъ 1—2 капли хлороформа.

*) При постоянныхъ и болѣе крупныхъ заказахъ возможна скидка въ размѣрѣ 5%—10%.

ПОЛУЧАЮТСЯ БЛЕСТЯЩІЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

При поносахъ (дизентерія и др. желудочно-кишечныя заболѣванія) лучшимъ питательнымъ средствомъ является

АНГЛІЙСКАЯ МОЛОЧНАЯ

ПИЩА „АЛЛЕНБЭРИСЪ“

для грудныхъ дѣтей со дня рожденія лабораторій Allen and Hanburys, Ltd., London.
ЛУЧШАЯ ЗАМѢНА МАТЕРИНСКАГО МОЛОКА.

ОБРАЗЦЫ И ЛИТЕРАТУРА БЕЗПЛАТНО.

Акц. О-во «Алленъ и Ганбурисъ» (Россія), Москва, Мясницкая, 32; почт. ящ. 226; тел. 235—18.