

„Сибирский Врачъ“ вых-одитъ въ 1917 го-ду временно (во время войны) че-резъ 2 недѣли въ размѣрѣ 1 1/2--2-хъ пе-чатныхъ листовъ.

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

Авторы оригинальныхъ ста-тей получаютъ 25 отдѣльныхъ оттисковъ.

Подписка и объявленія въ гор. Томскѣ принимаются въ книжномъ магазинѣ П. И. Ма-кушина тамъ же розничная продажа.

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 1/2 го-да—4 руб., съ раз-срочкой при под-пискѣ—4 р., къ 1 июля 3 р.

Отдѣльный № 35 коп. За перемѣну адреса — 28 коп.

Плата за объявленія: на первой и послѣдней страницѣ —30 к., на остальныхъ: впе-редитекста—25 коп., позади—20 к. за строку пегита.

Разсылака приложений—по соглашенію.

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

CASCARINE

C¹² H¹⁰ O⁵

Атонія пищева-рительнаго канала.

Привычный запоръ.

Болѣзни печени.

LEPRINCE

Принимать по 1 или 2 пилюли за вечерней ѣдой.

Имѣется во всѣхъ аптекахъ. Laboratoires du Dr. M. Leprince 62, rue de la Tour—Paris.



Въ зернышкахъ **KOLA** Растворенная

ASTIER

Регулируетъ сердечную дѣятельность. — Возбуждаетъ мышечную систему.

ПРОТИВОНЕВРАСТЕНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

2 чайныхъ ложки въ день. □ Продажа во всѣхъ аптекахъ.

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

Пробы и литература въ отдѣленіи фирмы ASTIER, Москва, Петровка 15.



ARHEOL

C¹⁵ H²⁶ O

Единственное дѣйствующее начало санталовой вытяжки.

ГОНОРРЕЯ, ЦИСТИТЪ, КАТАРЪ ПУЗЫРЯ.

10—12 капсуль въ день. □ Не вызываетъ боли въ почкахъ.

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

Пробы и литература въ отдѣленіи фирмы ASTIER, Москва, Петровка, 15.

САМЫЕ ТЩАТЕЛЬНЫЕ

А И А Л И З Ы

ПОКАЗЫВАЮТЪ, ЧТО АНГЛІЙСКІЙ ПРЕПАРАТЪ

МЕЛЛИНСЪ ФУДЪ

1. Не содержитъ крахмала.
2. Богатъ мальтозой, аналогомъ лактозы.
3. Имѣетъ щелочную реакцію.
4. Не содержитъ тростниковаго сахара (глюкозы).
5. Свободетъ отъ высушеннаго коровьяго молока.
6. Вмѣстѣ съ коровимъ молокомъ даетъ смѣси, которыя по своимъ химическимъ и физическимъ свойствамъ, а также по своей питательности и усвояемости, нашедшимъ подтвержденіе въ многократныхъ клиническихъ наблюденіяхъ, весьма близко уподобляются женскому молоку.
7. Смѣси легко индивидуализируются.

Образцы и литература г.г. врачамъ бесплатно черезъ представителей для Россіи Г-ва Меллинсъ Фудъ въ Лондонѣ—Г-во ШАНКСЪ и К^о,

Москва, Кузнецкій мостъ, № 3.

PIPERAZINE

ШИПУЧІЯ

. . . . КРУПИНКИ

„ПИПЕРАЗИНЪ
МИДИ“.**MIDY****Растворяетъ** 92% соединеній
мочевой кислоты**Ослабляетъ** Остатки мочекислотъ,
стимулируя дѣятельность печени
(вліяніе лимоннокислаго натрія въ возрождающемся видѣ).

Въ каждой мѣркѣ приложенной къ флакону содержится 20 сантиграммовъ *Пиперазина*.

Пріемъ: Во время острыхъ припадковъ 3—6 мѣрочекъ въ день,

въ качествѣ предупреждающаго средства 1—3 мѣрочки въ теченіи 10 дней ежемѣсячно.

ОБРАЗЦЫ ПО ТРЕБОВАНИЮ. LABORATOIRE MIDY, Iasna, 8, Varsovie
et PHARMACIE MIDY 140, Faubourg Saint-Honoré, Paris.

Требуйте
марку
„MIDY“.

АТАМАНСКОЕ СТАНИЧНОЕ ПРАВЛЕНІЕ**ПРИГЛАШАЕТЪ ВРАЧА**

для завѣдыванія больницей на 30 коекъ. Содержаніе: жалованья 3200 руб., квартирныхъ 800 руб. всего 4000 руб. въ годъ. Служба частная. Станція расположена въ трехъ верстахъ отъ города Омска (при ст. Омскъ жел. дор.). Для проѣзда въ городъ имѣется вѣтка.

Обязательство для врача жить въ станицѣ, а не въ городѣ.

Заявленія съ приложеніемъ соответствующихъ документовъ направлять въ Атаманское Станичное Правленіе, (Омскъ—вокзалъ).

Атаманскій Станичный Атаманъ Д. Третьяковъ.

СИБИРСКІЙ ВРАЧЪ

газета научной и общественной медицины и врачебнаго быта.

Годъ IV.

19-го Марта 1917 года.

№ 11 и 12-й.

СОДЕРЖАНІЕ:

1. Оригинальныя статьи:

А. Прибылевъ. Къ вопросу о патологii крови отравленныхъ удушливыми газами.

И. Е. Олейниковъ. Мэнэрикъ^а. (Окончаніе).

А. К. Кузьминскій. О гипотетическомъ врачебномъ пунктѣ въ с. Каргасакѣ Нарымскаго края Томской губ.

2. Изъ дѣятельности медицинскихъ обществъ въ Сибирь.

3. Организация помощи раненымъ, больнымъ и увѣчнымъ воинамъ въ Сибирь.

4. Хроника.

5. Объявленія.

Къ вопросу о патологii крови отравленныхъ удушливыми газами. *)

А. Прибылевъ. (г. Красноярскъ).

Газовыя атаки германцевъ на нашемъ фронтѣ начались съ мая (18 и 30) и юня (23) 1915 года, неоднократно повторялись въ минувшее лѣто и, конечно, могутъ повторяться еще неоднократно, пока не будетъ закончена эта кровавая эпопея, эта мiровая война.

Въ бытность мою на фронтѣ на службѣ Всер. Зем. Союза въ качествѣ бактериолога вблизи одного изъ эвакуаціонныхъ лазаретовъ, намъ пришлось имѣть дѣло съ большимъ количествомъ отравленныхъ газами при газовой атакѣ подъ оз. Нарочь въ ночь на 9 сент. 1916 г.

Наплывъ больныхъ былъ настолько значителенъ, что въ первые дни послѣ этой атаки, до 15-го сент. включительно, на пунктѣ было принято до 3000 больныхъ, при чемъ 1600 изъ нихъ пришли на долю бараковъ лазарета Земскаго Союза. Эти больные дали общую смертность въ 105 чел. (34⁰/100), изъ 1600 больныхъ Земскаго лазарета умерло почти въ первый же день 52 чел. (32,5⁰/100).

Само собой разумѣется, что при такомъ одновременномъ наплывѣ тяжелыхъ больныхъ, было не легко справиться сравнительно ограниченному количеству медицинскаго персонала, а о точности и полнотѣ изслѣдованій въ такихъ условіяхъ не могло быть и рѣчи.

Однако нашей лабораторіей было произведено нѣсколько наблюдений, которыя, быть можетъ, будутъ имѣть свое значеніе, какъ крупица не вполне безцѣннаго матеріала, для будущихъ сводныхъ работъ, относящихся къ патологii крови газотравленныхъ.

Собственно клиническая и патолого-анатомическая картина болѣзни была уже предметомъ многихъ работъ. Достаточно указать статьи профес. Пожаресскаго, Игнатовскаго, Словцова, докторовъ Бѣлова, Соловцова и пр., что дало въ текущей литературѣ почти исчерпывающую картину симптомокомплекса этого тяжелаго отравленія. Но все упомянутые авторы и цѣлый рядъ другихъ не говорятъ, или говорятъ очень мало о тѣхъ измѣненіяхъ крови, которыя она претерпѣваетъ подъ непосредственнымъ влияніемъ удушливаго газа. Оно и понятно; не лабораторіямъ на фронтѣ изучать эти

чрезвычайно подвижныя и тонкія измѣненія крови, для чего нужны не только спеціальныя соответственныя опыты, но и болѣе полная лабораторная обстановка, недоступная фронту. Въ дальнѣйшемъ я укажу на тѣ измѣненія крови газотравленныхъ, которыя подмѣчены авторами; сейчасъ же позволю себѣ остановиться на краткомъ описаніи клинической и патолого-анатомической картины, пользуясь какъ собственнымъ наблюденіемъ, такъ и заимствуя данныя авторовъ, и укажу тѣ терапевтическія мѣропріятія, какія въ настоящее время примѣняются при газотравленіи.

Теперь уже не подлежитъ сомнѣнію, что при своихъ газовыхъ атакахъ германцы примѣняютъ преимущественно хлоръ и фосгенъ. Послѣдній представляетъ изъ себя соединеніе того же хлора съ окисью углерода (хлорокись углерода); иногда въ атакѣ участвуютъ оба эти газа совмѣстно, иногда они пускаютъ третій газъ, еще не вполне определенной природы (бензолъ), но какихъ либо цѣаностыхъ соединеній въ германскихъ газахъ замѣчено не было.

Пущенный по вѣтру газъ идетъ плотной густой стѣною, чаще всего бѣлаго, облачнаго цвѣта, высотой въ нѣсколько аршинъ, съ быстротой въ 8—12 верстъ въ часъ, зѣ зависимости отъ подгоняющаго его вѣтра. Онъ стелется по землѣ, проникая въ ея углубленія и заполняя все скважины, и все живое, захваченное этой губительной волной, неизбежно гибнетъ въ страшныхъ мученіяхъ. Таково описаніе газовой атаки, полученное мною изъ устъ нѣкоторыхъ солдатъ, явившихся жертвой ея въ ночь на 9 сент. 1916 г.

Человѣкъ, вдохнувшій полной грудью въ этой газовой атмосферѣ, быстро теряетъ сознание и гибнетъ. Подвергшіеся же дѣйствію газа въ умѣренномъ количествѣ, представляютъ изъ себя различныя степени отравленія, но всегда съ очень сомнительнымъ прогнозомъ. Бывали случаи, что больной легкой, явившійся въ лазаретъ на своихъ ногахъ, черезъ нѣсколько часовъ или дней оказывался въ очень тяжеломъ положеніи, нерѣдко съ детальнымъ исходомъ.

Первыя жалобы больныхъ, это—жжение въ груди, стѣсненное дыханіе при частыхъ мучительныхъ позывахъ на кашель почти безъ мокроты, головная боль и тошнота; они обнаруживаютъ необычайный цѣанозъ и хотя держатся на ногахъ, но нерѣдко изъ ряряда легкихъ больныхъ—первая степень отравленія—переходятъ въ рярядъ болѣе тяжелыхъ.

*) Докладъ на засѣданіи О-ва Врачей Енисейской губ. 17 янв. 1917 г.

Тогда, какъ и больные тяжелой отравленными—вторая степень,—они, хотя и не теряютъ сознания, но очень безыкопны, стонутъ, часто принимаютъ колѣпно-локтевое положеніе въ поискахъ наиболѣе облегчающей позы, тяжело страдаютъ отъ капиля (одышка), стѣсненія въ груди, боли подъ ложечкой и отъ позывовъ на рвоту; лицо ихъ становится синюшнымъ, дыханіе поверхностнымъ и учащеннымъ, дыхательныя мышцы напряжены; аускультация обнаруживаетъ массу мелкопузырчатыхъ хриповъ, свистящихъ и разлитыхъ, какъ при капилярномъ бронхитѣ, а перкуссия указываетъ на расширение (острое) легкихъ. При этомъ пульсъ учащается, становится малымъ, сжимаемымъ, и сердечная дѣятельность по временамъ сильно ослабѣваетъ. Черезъ нѣсколько дней температура поднимается до 39—40° и капилярный бронхитъ постепенно переходитъ въ бронхо-пневмонію, если до тѣхъ поръ не развилось усиленной слабости сердца, нерѣдко доходящей до паралича его.

Наконецъ, въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ—третья степень отравленія—больной лежитъ безъ движенія, въ сопорозномъ состояніи, плохо реагируя на внѣшнія впечатлѣнія, съ посинѣвшимъ лицомъ и конечностями; изъ рта и носа показывается пѣнистая и часто кровавистая жидкость, дыханіе учащено, поверхностно, влажные среднепузырчатые хрипы слышны на разстояніи и указываютъ на отекъ легкаго: пульсъ частый и слабый, временами нитевидный, теряющійся—картина грядущаго коллапса.

Въ качествѣ сопутствующихъ явленій нужно указать на набуханіе слизистыхъ носа, трахеи и бронховъ, затрудненное мочеиспусканіе, пораженіе глазъ, доходящее до ожоговъ конъюнктивы (отъ фосгена), страданіе печени съ легкой желтухой, эмболию периферическихъ сосудовъ и пр. Какъ на болѣе рѣдкія осложненія есть указанія на тромбозъ крупныхъ венозныхъ стволовъ, психическое расстройство, иногда съ эксцессами возбужденія, подкожная эмфизема шеи, груди и спины (отъ усиленнаго кашля), расширение зрачковъ съ потерей зрѣнія, чрезвычайное замедленіе пульса (до 45 ударовъ въ минуту) при высокой температурѣ и, наконецъ, внезапные случаи смерти послѣ сравнительно хорошаго общаго состоянія.

Такимъ образомъ, за основные признаки отравленія, всегда и во всѣхъ степеняхъ его имѣющіе мѣсто, должно признать пораженіе дыхательныхъ путей съ одной стороны, и сосудистой системы, включая сюда и кровь, съ другой. Эти два пораженія, никогда не отсутствующія, служатъ источникомъ какъ мучительнаго прижизненнаго состоянія больного, такъ и его послѣдующей смерти либо отъ ателектаза, отека легкихъ, пневмоніи, либо отъ слабости и паралича сердца.

Патологоанатомическая картина труповъ какъ разъ подтверждаетъ это заключеніе (увеличеніе сердца, особенно праваго, съ большими сгустками крови, большія, упругія, отечныя легкія и пр.). Не вдаваясь въ подробное описаніе этой картины, ограничиваюсь заключительными словами проф. Пожарискаго, сопровождающими его выводы изъ ряда вскрытій.

„На первый планъ выступаютъ явленія острѣйшаго геморрагическаго трахеобронхита, увеличеніе объема легкихъ, отека и разсѣяннаго, частичнаго ателектаза ихъ, полнокровія мозговыхъ оболочекъ и самого мозга. Гнѣздная пневмонія встрѣчается въ громадномъ большинствѣ случаевъ, ясно выступая уже къ концу вторыхъ сутокъ“.

Существенно важны измѣненія крови:

Кровь обнаруживаетъ чрезвычайно повышенную способность къ свертыванію; образование сгустковъ безъ сомнѣнія составляетъ явленіе прижизненнаго. Повышенная способность крови свертываться имѣетъ съ ея повышенной вязкостью, затрудняетъ работу сердца, и безъ того обремененнаго вслѣдствіе

рѣзкаго отека легкихъ. Тромбы могутъ дать послѣдовательно эмболии, которыя вызываютъ тяжелыя и разнообразныя осложненія, часто неожиданныя, въ общемъ состояніи отравленнаго“¹⁾.

Что касается до леченія газоотравленныхъ, то, за отсутствіемъ опредѣленнаго противоядія газамъ, оно неизбѣжно должно быть только симптоматическимъ. Обильное кровопусканіе съ одновременной замѣной крови физиологическимъ растворомъ можно бы считать до нѣкоторой степени средствомъ специфическимъ (удаленіе изъ организма пораженной ткани или разжиженіе сгущенной крови); но въ то время, какъ всѣми клиницистами усиленно практикуется солевое вливаніе, кровопусканіе одобряется далеко не всѣми. Изъ терапевтическихъ средствъ на первомъ планѣ выступаютъ всѣ возбуждающія и поддерживающія дѣятельность сердца, какъ то—камфора, строфантъ, кофеинъ, дигаленъ etc.; для успокоенія рекомендуютъ морфій, часто съ атропиномъ; банки, горчичники и др. отвлекающія очень облегчаютъ страданія больныхъ и примѣняются часто. Многіе видѣли хорошій успѣхъ отъ примѣненія атропина, а для противодѣйствія свертываемости крови рекомендованъ *Natrium citricum* внутрь въ большихъ дозахъ и подъ кожу ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ °/о по 0,5—10,0—20,0!) Существенно полезны вдыханія свѣжаго воздуха и кислорода. Нельзя не упомянуть, что кислородъ, благодѣтельный во всѣхъ случаяхъ недостатка воздуха, въ данномъ случаѣ сталкивается съ сильнѣйшимъ поражениемъ ткани легкаго и потому, быть можетъ, не вполне достигаетъ своей цѣли, раздражая еще больше уже пораженныя альвеолы; въ виду этого предложено вводить кислородъ подкожно (проф. Болдыревъ), а англійскіе и французскіе врачи рекомендуютъ вводить его непосредственно въ вену. Опытъ такого введенія кислорода при соотвѣтственной стерильной обстановкѣ и былъ, какъ мнѣ извѣстно, примѣненъ съ большимъ успѣхомъ въ отрядѣ граф. А. Л. Толстой д-ромъ Никитинымъ²⁾, при чемъ его было введено въ вену локтевого сгиба въ количествѣ 5,0 шприцемъ, наполненнымъ газомъ непосредственно изъ баллона, при изоляціи его отъ воздуха слоемъ физиологическаго раствора. Любопытны опыты съ кроликомъ, отравленнымъ газомъ, представлявшимъ тѣ же, описанныя выше измѣненія крови, которая быстро утрачивала свою густоту и свертываемость послѣ однократнаго введенія въ вену только 0,25—0,5 чистаго кислорода.

Вдумываясь въ только что описанную картину тяжелыхъ явленій, сопровождающихъ отравленіе удушливыми газами, можно прийти къ заключенію, что помимо сильнѣйшаго расстройства дыхательныхъ органовъ, пораженія всѣхъ слизистыхъ оболочекъ организма и т. д., которыя и сами по себѣ могутъ обусловить летальный исходъ, существуетъ еще причина, объясняющая и тяжесть заболѣванія и часто самую смерть. И причина эта лежитъ въ физико-химическихъ измѣненіяхъ, происходящихъ въ крови газоотравленнаго, въ глубокихъ нарушеніяхъ химизма его крови, послѣдовательно влекущихъ за собою какъ затрудненіе кровообращенія, асфиксію и параличи сердца, такъ и способствующихъ появленію ателектаза, пневмоніи, отека легкихъ и пр.

У всѣхъ авторовъ, писавшихъ по вопросу о газоотравленіи, красной нитью проходитъ указаніе на рѣзко бьющія въ глаза измѣненія крови: на ея усиленную вязкость, сгущенность и особенно на необыкновенно повышенную свертываемость. Всѣ клиницисты поголовно подчеркиваютъ то же качество крови, а нѣкоторые изъ нихъ прямо утверждаютъ, что эта способность свертываться доходитъ до того,

¹⁾ Цитировано по Инструкціи для врачей О-ва Краснаго Креста.

²⁾ Упомянутъ докладъ д-ра Никитина²⁾ IX въ О-вѣ военноврачб. Округа.

что при широкой венесекции кровь не выходит изъ вены самопроизвольно и ее приходится выводить изъ сосуда насильственно, путемъ нажиманія, массажа и пр., и нерѣдко она поступаетъ при этомъ небольшими сгустками (пр. Пожарисскій, і.с.)

Между тѣмъ изслѣдованіемъ крови даже и приближительно доступнымъ для небольшой фронтальной лабораторіи, до сихъ поръ занимаюсь очень мало, и всѣ эти изслѣдованія сводятся къ 30 случаямъ (проф. Игнатовскій—2, проф. Круглевскій—1, Бѣловъ—13, Востровъ—9, Вышегородская—1, Соловцовъ—4); при этомъ только 1 (у пр. Круглевскаго) изслѣдовался черезъ 24 ч. послѣ отравленія, всѣ же остальные черезъ гораздо большій промежутокъ времени (отъ 8—12 дней до 4 мѣсяцевъ), что уже само по себѣ исключаетъ точность заключеній, въ виду крайней подвижности измѣненія крови. Тѣмъ не менѣе, результаты этихъ наблюденій резюмируются слѣд. образомъ: *) Востровъ, Бѣловъ и пр. Словцовъ указываютъ на нормальное количество въ крови эритроцитовъ и гемоглобина и на нѣкоторое обиліе бѣлыхъ тѣлецъ съ незначительнымъ лимфоцитозомъ (Востровъ, Бѣловъ), или на незаконномѣрность количественнаго измѣненія ихъ (пр. Словцовъ); на увеличеніе лейкоцитовъ указываютъ также Вышегородскій и Соловцовъ (эозинофилы) и Круглевскій (міелоциты), а проф. Пожарисскій и Вершининъ говорятъ о нѣкоторомъ разрушеніи эритроцитовъ въ началѣ отравленія, что, по пр. Пожарисскому, впоследствии, вѣроятно, замѣняется вліяніемъ яда на пластинки Виззоzego, на эндотелій сосудовъ.

Наконецъ, час. пр. В. И. Глинчиковъ въ своей недавней работѣ опубликовалъ 49 случаевъ морфологическаго изслѣдованія крови газотравленныхъ и пришелъ къ заключенію о значительномъ повышеніи у нихъ лейкоцитоза, съ нахожденіемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ эозинофиловъ, базофиловъ и міелоцитовъ, на ряду съ увеличеніемъ количества эритроцитовъ, среди которыхъ встрѣчались и эритробласты. При этомъ у автора отмѣчается, что наиболѣе значительный лейкоцитозъ обнаруживается въ случаяхъ недавняго, свѣжаго отравленія и постепенно падаетъ по мѣрѣ отдаленія изслѣдованія отъ начала заболѣванія.

Этимъ краткимъ изложеніемъ исчерпываются всѣ изслѣдованія крови газотравленныхъ, проникшія въ литературу, по крайней мѣрѣ, въ доступномъ мнѣ объемѣ.

Тѣ картины видимаго на глазъ измѣненія крови при отравленіи газами, какія и мнѣ пришлось видѣть въ ночь на 9 сент. и въ послѣдующіе дни, побудили и меня приступить къ доступному мнѣ изслѣдованію. Къ сожалѣнію фронтальная лабораторія Всерос. Союза, бывшая въ моемъ распоряженіи, оказалась въ этомъ отношеніи совершенно непригодной, и самые существенные, самые главные моменты должнаго изслѣдованія оказались для нея недоступными.

Пришлось ограничиваться *minimum*омъ,—только морфологическимъ изученіемъ крови, да и то въ крайне несовершенной степени и въ очень незначительномъ количествѣ.

Въ частности мнѣ удалось наблюдать слѣдующее. У шестерыхъ тяжело больныхъ была взята кровь изъ вень локтевого сгиба, у двухъ при венесекціи и у остальныхъ шприцемъ въ стерильныя пробирки—у одного на другой день отравленія, у 2-го и 3-го на третій, у 4-го и 5-го на 4-й и у 6-го на 5-й день болѣзни. При этомъ дѣлались мазки крови и опредѣлялось количество гемоглобина.

*) Цитирую по статьѣ ч. пр. Глинчикова—Русск. Врачъ 1916 года № 38 отъ 17/IX.

Въ протоколахъ лабораторіи при этомъ было отмѣчено, что при венесекціи у двухъ больныхъ (одинъ умеръ, другой эвакуированъ), когда крови выпускалось значительное количество, она оказалась при виѣшенемъ осмотрѣ повышенной густоты, преувеличенно темнаго цвѣта, съ необыкновенно легкой свертываемостью. Свернувшаяся кровь въ пробиркахъ отъ всѣхъ 6 больныхъ давала хорошія, совершенно нормальныя отстой прозрачной сыворотки, безъ малѣйшаго намека на гемолизъ, съ твердымъ, компактнымъ почти чернымъ сгусткомъ, въ верхней части слегка приклеивающимся къ стѣнкамъ пробирки, очень трудно поддающимся расщепленію и слѣд. могущимъ вынести значительную нагрузку.

Спектроскопическая картина всѣхъ порцій крови, какъ взятыхъ въ разное время отъ начала заболѣванія (на 2—5 день), такъ и при продолжительномъ стояніи раствора крови въ теченіе нѣсколькихъ дней, всегда давала одинъ и тотъ же результатъ, а именно: двѣ линіи поглощенія—одна въ желтой и другая, почти вдвое шире первой, въ зеленой части спектра; при этомъ обѣ линіи остаются между собой промежутокъ почти равный ширинѣ второй линіи. Эта спектроскопическая картина *) вначалѣ соответствуетъ спектру оксигемоглобина и, слѣд., ничѣмъ не разнится отъ спектра нормальной крови.

Опредѣленіе количества гемоглобина въ шести изслѣдованныхъ случаяхъ по гемометру Sahli—Gowers'a дало слѣд. цифры у постели больныхъ (въ порядкѣ удаленія отъ дня заболѣванія): въ 1-мъ случ. 96 дѣлений скалы, во 2-мъ 93, въ 3—99, въ 4 и 5—85 и въ 6-мъ—90. Принимая во вниманіе число, указанное нашимъ приборомъ для нормальнаго содержанія Hb въ крови (у мужчины—80), полученные цифры слѣдуетъ считать даже повышенными противъ нормы, а именно на 6—20%.

Изслѣдованіе мазковъ крови въ неокрашенномъ и окрашенномъ по Giemsa видѣ не дало возможности опредѣлить ненормальныхъ элементовъ ея: эритроциты не представляли уклоненія отъ нормы, какъ со стороны ихъ формы и величины, такъ и со стороны ихъ окраски; не было найдено ни пойкилоцитовъ, ни эритробластовъ, ни макро- и микроцитовъ. По отношенію къ лейкоцитамъ рѣзко бросалось въ глаза ихъ количество. Въ то время, какъ на мазкахъ нормальной крови мы обычно видимъ по 1—2 лейкоцита и то не въ каждомъ полѣ зрѣнія, здѣсь, на первыхъ мазкахъ, полученныхъ отъ больныхъ на 2 и 3 день ихъ заболѣванія, они встрѣчаются въ очень большомъ количествѣ, по 15—20 и 25 экземпляровъ въ каждомъ полѣ зрѣнія (R. S¹/₁₂ Ок. II) по всему препарату. Количество ихъ становится нѣсколько меньше на мазкахъ, взятыхъ у больного на 4 и особенно 5 день болѣзни; но и здѣсь сравнительно съ нормальной кровью количество ихъ оказалось значительно повышеннымъ, доходя до 5—10 на поле. Несовершенство окраски препаратовъ (плохая краска Giemsa) и отчасти спѣшность работы у постели больныхъ не дали возможности установить точно лейкоцитарную формулу, тѣмъ болѣе опредѣлить присутствіе эозинофиловъ и міелоцитовъ, но въ общемъ легко опредѣляется преобладаніе полинуклеаровъ (гранулоцитовъ) передъ мононуклеарами въ крови больныхъ съ недавнимъ отравленіемъ и нѣкоторое, замѣтное уменьшеніе этого преобладанія въ крови больныхъ на 4 и 5 день ихъ болѣзни. Пластинки Виззоzego, вообще трудныя для исчисленія, благодаря колебанію ихъ числа и ихъ быстрой разрушаемости, попадались въ замѣтно уменьшенномъ количествѣ въ первыхъ мазкахъ; въ послѣдующихъ мазкахъ ихъ было больше, попадались они большими кучками, какъ бы соединившись другъ съ другомъ.

Недостаткомъ приведеннаго изслѣдованія является отсутствіе подсчета элементовъ крови.

*) Спектроск. анализъ произведенъ въ соседней лабораторіи эвакуаціоннаго пункта.

Къ сожалѣнню, за отсутствіемъ смѣсителей при моей камерѣ Гом а-Цей с са, мы, вмѣстѣ съ лабораторіей пункта, могли произвести такой подсчетъ только на 7-й день болѣзни, при чемъ получили совершенно нормальныя цифры.

Но на помощь мнѣ въ этомъ отношеніи являются изслѣдованія д-ра Глинчикова, указанныя выше. Его 49 наблюдений, раздѣленныхъ на три категоріи: 17 тяжелыхъ, 16 среднихъ и 16 легкихъ случаевъ отравленія, дали слѣд. цифры (минимум и максимум): для 17 тяжелыхъ (на 1-й и 6-й день) лейкоцитовъ оказалось отъ 14.320 (3-й день) до 47.520 (1-й день); для 16 среднихъ—отъ 11.440 до 24.240; для 16 легкихъ случаевъ (5-й день) отъ 6.400 до 9.840. Такимъ образомъ, данныя, полученныя д-ромъ Глинчиковымъ при точномъ подсчетѣ лейкоцитовъ въ общемъ совпадаютъ съ моими наблюдениями, полученными въ 6 случаяхъ безъ точнаго подсчета. Эти же данныя объясняютъ, почему нашъ подсчетъ лейкоцитовъ на 7-й день болѣзни далъ отрицательный въ смыслѣ лейкоцитоза результатъ, такъ какъ его 16 случаевъ 3-й категоріи, подсчитанныхъ на 5-й день болѣзни, такъ же не уклонились отъ нормы въ количествѣ красныхъ и бѣлыхъ шариковъ крови.

Дополнительно мною были произведены анализы мочи больныхъ въ 6 случаяхъ на 2 и 3-й день болѣзни, въ 7—на 5 и 6 день и 9 случаяхъ на 7-й день заболѣванія, а всего въ 22 случаяхъ и въ нѣсколькихъ случаяхъ—мокроты на 1, 3 и 4-й день болѣзни. Моча больныхъ дала два отличительныхъ результата: во-1-хъ большое количество мочевыхъ солей и мочевой кислоты въ большинствѣ случаевъ, и во-2-хъ каждая моча безъ исключенія давала всегда характерную линію поглощенія въ голубой части спектра (между синей и зеленой), что соответствуетъ спектру уробилина. При этомъ отмѣчалось, что спектръ уробилина въ мочѣ появлялся съ самаго начала изслѣдованія, т. е. со 2-го дня заболѣванія и былъ въ это время наиболѣе интенсивенъ, постепенно уменьшаясь въ своей рельефности по мѣрѣ отдаленія отъ начала заболѣванія; въ послѣдніе дни, на 6 и особенно на 7-й день,—моча давала линію поглощенія уробилина или очень мало замѣтную, или только послѣ прибавленія къ ней капли юда. Въ 4-хъ случ. моча содержала бѣлокъ въ небольшомъ количествѣ—до 0.06 p. mille, и въ одномъ случаѣ гораздо больше—до 2.5 p. m. Реакція мочи только въ 3 случ. была щелочная, во всѣхъ другихъ кислая или слабо-кислая.

Эти данныя анализа мочи указываютъ на нѣкоторое разрушеніе эритроцитовъ крови, на ихъ упадокъ, что до известной степени и совпадаетъ съ указаніями тѣхъ авторовъ, которые говорятъ о разрушеніи эритроцитовъ въ началѣ отравленія (проф. Пожарисскій). Клиническая и патологическая картина также не идетъ въ разрѣзъ съ этими результатами, такъ какъ частое нахожденіе прижизненной желтухи и посмертное нахожденіе набуханія и гипереміи печени, въ связи съ распадомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, можетъ быть выражено появленіемъ уробилина въ мочѣ.

Что касается до мокроты, то ея изслѣдованіе не дало никакихъ точекъ опоры для какого либо заключенія; обычно мокрота была слизистая, иногда слизисто-гноинная, очень обильная, всегда шнистая, съ мельчайшими пузырьками воздуха и очень часто окрашенная кровью; ея гистологическіе элементы обычны: —гноинныя клѣтки, иногда эритроциты, частью выщелоченныя, клѣтки плоскаго эпителия, слизь и пр.; элементъ легочной ткани, эластическихъ волоконъ констатировано не было.

Изслѣдованіе крови отравленныхъ газами, подтверждаемое наблюденіями другихъ, занимавшихся этимъ вопросомъ, авторовъ, даетъ намъ право заключить, что количество гемоглобина и количество красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ у отрав-

ленныхъ является повышеннымъ сравнительно съ нормой.

Слѣдуетъ добавить при этомъ, что лейкоцитозъ обуславливается накопленіемъ въ однихъ случаяхъ нейтрофиловъ, а въ другихъ—мононуклеаровъ, и что не рѣдки случаи, когда среди тѣхъ и другихъ встрѣчаются и эозинофилы, и базофилы, и мѣлоциты, а иногда и эритробласты (Глинчиковъ, пр. Круглевскій, Вышегородская, Соловцовъ).

Но главное и наиболѣе важное измѣненіе крови по моимъ наблюденіямъ, подтверждающимся клинической картиной, лежитъ въ ея физическихъ свойствахъ, видимыхъ на глазъ, а именно—ея усиленная густота, быть можетъ чрезмѣрная вязкость, плотность ея сгустка при свертываніи и, самое главное,—ея необыкновенно легкая свертываемость.

Пока сколько известно, нигдѣ въ литературѣ о газоотравленныхъ не дано даже и гипотетическаго объясненія этой повышенной свертываемости крови, хотя устно, въ докладахъ и въ частныхъ обсужденіяхъ этого вопроса приходится встрѣчаться съ намѣчающимися взглядами.

По мнѣнію однихъ наблюдателей, повышенная свертываемость крови стоитъ въ зависимости отъ сгущенія крови, отъ увеличенія въ ней количества форменныхъ элементовъ. Наши опредѣленія количества гемоглобина въ крови отравленныхъ газами подтверждаютъ до нѣкоторой степени предположеніе о сгущеніи крови. Однако эти опредѣленія очень немногочисленны, проведены нами безъ должной системы, такъ что дѣлать изъ нихъ опредѣленный выводъ о сгущеніи крови предоставляется невозможнымъ. Только точное и систематическое изслѣдованіе удѣльнаго вѣса крови и содержанія въ ней форменныхъ элементовъ у пострадавшихъ отъ газоваго отравленія можетъ дать со временемъ отвѣтъ на поставленный вопросъ.

Другое болѣе вѣроятное объясненіе повышенной свертываемости крови, пока быть можетъ не имѣетъ гипотетическое, имѣетъ однако за собой больше научныхъ основаній. Я говорю о ферментативной, если ее можно такъ назвать, теоріи, съ точки зрѣнія которой для объясненія чрезмѣрной свертываемости крови самымъ естественнымъ предположеніемъ является мысль о перегрузкѣ крови (resp. плазмы ея) веществами, способствующими свертыванію ея, каковыми считаются, по доступнымъ намъ свѣдѣніямъ гематологовъ, особые ферменты—киназы,*) появляющіеся въ крови послѣ различнаго рода некробіотическихъ, деструктивныхъ процессовъ въ глубокихъ тканяхъ организма.

Припомнимъ механизмъ свертыванія крови при обычныхъ условіяхъ. Фибринъ въ крови находится всегда въ растворенномъ состояніи, и въ такомъ видѣ носитъ названіе фибриногена; послѣдній переходитъ въ нерастворимый фибринъ подъ вліяніемъ особаго фермента—тромбина, который въ свою очередь образуется изъ тромбогена и тромбокиназы. Для полученія свертыванія крови должны быть налицо всѣ эти факторы, т. е. фибриногенъ, тромбогенъ и тромбокиназа съ неизмѣнной добавкой известковыхъ солей. Нормальная кровь и содержитъ въ себѣ всѣ эти элементы, кромѣ тромбокиназы. Такимъ образомъ, для того, чтобы кровь получила повышенную способность свертываться необходимо поступленіе въ нее тромбокиназы въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ**).

*) Киназами принято называть особые ферменты, обладающіе способностью возбуждать дѣятельность, активировать другіе ферменты (Mogawitz, Weil, Orpel).

***) Тромбокиназа есть пеклеопрогенъ; она собственно въ вѣсннхъ количествѣ всегда имѣется въ крови, нейтрализована антиромбинами и фибролизинами крови; поступая же въ кровь въ избыточномъ количествѣ, активируетъ тромбогенъ и тѣмъ способствуетъ свертыванію.

Является естественнымъ вопросъ—откуда берется эта киназа и что вызываетъ поступленіе ея въ общій кровяной потокъ? На эти вопросы отвѣчаетъ намъ общее ученіе объ энзимахъ.

Всякая живая клѣтка, и преимущественно клѣтка мало дифференцированная, въ процессъ своей жизнедѣятельности,—вырабатываетъ разнообразныя ферменты—энзимы,—которые и сохраняются въ ней, пока клѣтка жива. Прямое назначеніе этихъ энзимъ—пищеварительная функція самихъ клѣтокъ. Энзимы чрезвычайно многообразны по своему составу, часто ядовиты для нормальнаго организма и по мѣрѣ разрушенія носящей ихъ клѣтки, освобождаются изъ ея протоплазмы и выходятъ въ омывающіе клѣтку соки организма.

Подъ вліяніемъ какого либо дегенеративнаго процесса зимогенныя клѣтки могутъ въ большомъ количествѣ подвергаться некробіозу, умирать, и освобождать свои ферменты, которые и дѣйствуютъ своеобразно на весь организмъ. Въ числу такихъ ферментовъ относятся и тромбоклиназа.

Остается разсмотрѣть, какія клѣтки подъ вліяніемъ некробіотическихъ процессовъ въ организмѣ могутъ освободить именно эту киназу.

Прежде всего къ нимъ относятся бѣлыя кровяныя шарикъ, лейкоциты и именно специальные гранулоциты, нейтрофилы. Они обладаютъ хорошо выраженной двигательной и пищеварительной способностью, энергично захватываютъ постороннія тѣла, перевариваютъ ихъ при посредствѣ ихъ собственнаго, ими вырабатываемаго, фермента и, въ случаѣ своей гибели, отдають его въ окружающую плазму.

Далѣе, сюда относятся клѣтки эндотелія кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ и капилляровъ.

По особенное значеніе въ данномъ отношеніи, имѣетъ красный костный мозгъ, мѣлоидная ткань котораго представляетъ собой скопленіе множества разнообразныхъ и свободныхъ элементовъ. Здѣсь мы встрѣчаемъ родоначальниковъ всѣхъ элементовъ крови и переходныя степені отъ молодыхъ къ зрѣлымъ формамъ красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

И тамъ же имѣются особыя, характерныя для этой ткани большія, полиморфноядерныя клѣтки, ядро которыхъ окружено протоплазмой съ азурфильной зернистостью. Эти большія гигантскія клѣтки, такъ называемыя мегакарициты и есть наиболѣе интересующій насъ въ данное время элементъ.

По новѣйшимъ воззрѣніямъ (Wright, Ogata, Dowley, Klein), протоплазма мегакарицитовъ, образуя почковидныя выступы, постепенно отдѣляется отъ клѣтки, является источникомъ образованія кровяныхъ пластинокъ Виззоэго. Относительно послѣднихъ необходимо отмѣтить, что онѣ очень нѣжны, разрушаются отъ малѣйшаго insulta, способны прилипать къ любой клѣткѣ, едва лишь подвергнется какому либо измѣненію, и всегда находится въ большомъ количествѣ въ каждомъ кровяномъ тромбѣ, служа ближайшей причиной его образованія.

Пластинокъ Виззоэго содержатъ въ себѣ большое количество тромбоклиназы и потому получили названіе тромбоцитовъ.

Такимъ образомъ, при деструктивныхъ измѣненіяхъ лейкоцитовъ и эндотелія капилляровъ съ одной стороны и особенно пластинокъ Виззоэго, съ другой, въ кровь можетъ поступить въ обиліи тромбоклиназа, вслѣдствіе чего получится легкая свертываемость крови, т. е. то самое явленіе, которое главнѣе всего наблюдается при отравленіи удушливыми газами.

Гдѣ же при отравленіи газами происходятъ тѣ деструктивныя, некробіотическія процессы, которые влекутъ за собой отмираніе клѣтокъ и освобожденіе ими киназы? Эндотелій сосудовъ, повидимому, не претерпѣваетъ здѣсь замѣтныхъ измѣненій. Толь-

ко развѣ эндотелій капилляровъ, проходящихъ по альвеолярнымъ перегородкамъ легкаго, можетъ подвергаться серьезному пораженію при поступленіи удушяющаго газа въ альвеолы.

Лейкоциты крови могли бы участвовать въ процессѣ обогащенія крови тромбоклиназой, но микроскопическая картина крови не указываетъ намъ на явленія рѣзко выраженнаго разрушенія бѣлыхъ тѣлецъ,—на явленія лейкоцитоліза.

Такимъ образомъ, эндотелій сосудовъ и лейкоциты крови едва ли могутъ служить исключительнымъ источникомъ поступленія въ кровь тромбоклиназы. Этотъ источникъ слѣдуетъ искать въ костномъ мозгу, въ его мегакариocyтахъ, продуцирующихъ кровяныя пластинки. Надо думать, что для усиленной продукціи кровяныхъ пластинокъ мегакариocyтами достаточно простого раздраженія послѣднихъ, а раздраженіе можетъ быть вызвано вліяніемъ удушяющаго газа при посредствѣ нервной системы.

Да и усиленное разрушеніе кровяныхъ пластинокъ въ кровяномъ токѣ само по себѣ можетъ вызвать соотвѣтственное усиленіе дѣятельности мегакариocyтовъ. Пластинки при своемъ разрушеніи освобождаютъ тромбоклиназу, обогащая ею кровь, которая такимъ образомъ, не утрачивая основныхъ морфологическихъ свойствъ, пріобрѣтаетъ необыкновенно повышенную свертываемость, наблюдаемую при отравленіи удушливыми газами.

Здѣсь мною высказанъ только рядъ предположеній, такъ или иначе способствующихъ объясненію измѣненій крови газотравленныхъ.

Пути же для дальнѣйшаго изслѣдованія затронутого здѣсь вопроса намѣчаются ясно. Кромѣ всесторонняго и точнаго изученія крови отравленныхъ людей необходимы экспериментальныя работы на животныхъ съ газами, примѣняемыми на поляхъ битвы. Этотъ путь дастъ намъ возможность отдѣлать прижизненныя явленія отъ посмертныхъ и детально изучить измѣненія, какъ въ крови, такъ и въ костномъ мозгу и въ другихъ тканяхъ и органахъ. Только этимъ путемъ удастся выяснитъ въ будущемъ патогенезъ разсматриваемой болѣзненной формы.

„Мэнэрикъ“.

Изъ наблюденій психонейрозовъ въ Верхоянскомъ окр. Якутской обл.)

Н. Е. Олейниковъ.

(Окончаніе).

4. Матрена Н. русская дѣвушка, 16 лѣтъ, дочь священника, родилась въ ур. Аллаиха Верхоянскаго округа, на р. Индигиркѣ. Сифилиса не было. Не курить. Водки и вина не любить. Характеръ скромный, миролюбивый. Со стороны послѣдственности выяснено, что мать больной страдала мэнэрикомъ. Она въ новолуніе, по рассказамъ, выходила на улицу, вставала на какомъ нибудь бугоркѣ и выкрикивала. Отецъ страдалъ алкоголизмомъ, часто запивалъ. Характеръ отца былъ миролюбивый, створчивый. Умеръ отъ кровоизліянія въ мозгъ, передъ этимъ нѣсколько дней пилъ. Старшая сестра больной до замужества страдала принадлежностью мэнэрикъ. Съ замужествомъ принадлежки прекратились. Братъ больной священникъ, нервный. На лицѣ замѣтны подергиванія мылицъ. Голова часто при спокойномъ положеніи туловища и въ особенности при разговорѣ подергивается и слегка, но часто, отбрасывается въ правую сторону.

Менструаціи у больной появились на пятнадцатомъ году, безболѣзненно и до болѣзни появлялись ежемѣсячно, правильно, въ теченіе 3—5 дней. Больная на видъ средняго роста, брюнетка, питаніе хорошее, кожа берегса хорошо въ складку и легко

расправляется. Слизистыя оболочки губъ и конъюнктивы окрашены средне.

Грудныя железы развиты сравнительно мало. Строепіе костей и мускуловъ безъ уклоненій отъ нормы. Чувствительность кожи слегка повышена, кожные рефлексы слегка повышены. На лицѣ при разговорѣ подергиваній не замѣтно. Больная до осени 1911 года жаловалась на головныя боли и боли подъ ложечкой, часто бывала изжога. Въ сентябрѣ 1911 года простудилась и заболѣла правостороннимъ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ. На 9 день былъ кризисъ. Больная стала поправляться. Черезъ нѣсколько времени послѣ кризиса появилась частая рвота. Послѣ второго или третьяго рвотнаго акта появилась въ небольшомъ количествѣ кровь. Въ послѣдующіе дни появилась боль въ желудкѣ, около выхода. Часто бывали прожилки крови.

Подозрѣвая язву желудка назначенъ былъ Bismutum subnitricum по чайной ложкѣ. Вскорѣ рвота сдѣлалась очень частой; она появлялась послѣ каждаго приѣма пищи и стала сильно угнетать больную. Больная быстро стала худѣть. Питалась молокомъ, супомъ и яйцомъ всмятку.

Въ концѣ сентября, однажды вечеромъ, прибѣгаютъ ко мнѣ отъ Н. и просятъ какъ можно скорѣе посѣтить больную: у нея сильный припадокъ.

Прихожу къ больной и застаю такую картину. Больная, лежитъ на кровати, ноги согнуты и притянуты слегка къ животу, голова откинута на подушкѣ, руки заложены за голову, глаза закрыты. Больная выдувая подолгу изъ себя воздухъ, издаетъ протяжный, однообразный звукъ. Временами задерживаетъ на нѣсколько секундъ дыханіе, скрежещетъ зубами. Пробую дать больной нашатырнаго спирта. Оказывается, больная совершенно не дышитъ носомъ. Закрывая ладонью ротъ, подношу спиртъ къ носу—задерживаетъ дыханіе. Дѣлаю внушеніе дышать носомъ—безрезультатно. Продолжаю держать ротъ закрытымъ ладонью, въ то же время строго приказываю дышать носомъ; больная долго задерживаетъ, совершенно дыханіе и уловивъ мое замѣшательство повертываетъ голову, отбрасывая этимъ движеніемъ мою ладонь, и дѣлаетъ глубокий вздохъ. Снова съ моей стороны настойчивыя требованія дышать, дышать носомъ и т. д. Послѣ долгихъ трудовъ больная нюхаетъ нашатырный спиртъ, на время успокаивается; я, пользуясь этимъ моментомъ, даю ей нѣсколько капель T-ra asa-foetida cum T-ra Strophanthi, а больная, постепенно затихая, засынаетъ. Во время сна тѣло и лицо слегка подергиваются, и больная изрѣдка сильно, какъ бы отъ холода, вздрагиваетъ. Прикусыванія языка не было, послѣ пробужденія чувствуетъ слабость. Съ появленіемъ перваго припадка у больной кожные рефлексы стали понижены. Измѣнился и видъ лица больной. Она стала устремлять свой взоръ куда нибудь въ одну точку. Въ октябрѣ припадки стали появляться часто. Не проходило ни одной недѣли, чтобы не было припадка. Иногда припадки начинались всхлипываніемъ, а затѣмъ переходили въ протяжный, однообразный крикъ—пѣніе. Рвота продолжалась, но крови не было замѣтно. Обыкновенно принятая пища въ видѣ жидкой кашицы извергалась минутъ черезъ 10—15 послѣ приѣма. Все время наблюдалась сильная изжога и лакмусовая бумажка, брошенная въ рвоту, давала кислую реакцію. Приходилось прибѣгать къ содѣ, которую больная стала принимать ежедневно; съ появленіемъ рвоты появились и упорные запоры. Приходилось ежедневно, прибѣгать къ клизмѣ. Наканунѣ припадокъ и въ день припадка кислотность усиливалась, больная жаловалась на болѣе сильную изжогу, дѣлалась болѣе раздражительной и все собиралась плакать. Къ вечеру въ такіе дни появлялся припадокъ.

Октябрьскія менструаціи не появились. Два дня,

въ которые должны быть менструаціи, больная перенесла около 5 припадокъ.

Въ ноябрѣ 1911 года менструаціи не было. Припадки стали проявляться сильнѣе. Больная ломала себѣ руки, откидывала ихъ часто въ сторону, трясла головою, рвала волосы. Къ монотонному крику, скрежету зубовъ, въ „аитрактахъ“ теперь присоединилось пѣніе больной, опять таки монотонно якутской пѣсни, предсказанія и т. п. Среди окружающихъ, выросшихъ въ обстановкѣ суевѣрій, шаманства, ёмюряховъ и мэнэриковъ, всегда такіе припадки вызывали недобріе къ медицинѣ, и нѣкоторые изъ родственниковъ смотрѣли скептически на мою помощь, подчеркивая мнѣ, что больная страдаетъ якутской болѣзью, такъ назыв. „Сахали“.

Въ ноябрѣ больная была переведена изъ Кюстора, (осенняя резиденція сѣвернаго кунечества) въ с. Казачье—Устьянскъ—900 верстъ къ сѣверо-востоку (зимняя резиденція кунечества). Дорогою сопроводить больную пришлось мнѣ. Такъ какъ рвота продолжалась, то больная все время питалась мелко-рубленнымъ мясомъ, либиховскимъ супомъ, подожню примѣнялся сперминъ Целя. Исхуданіе было значительное. Дорогою было нѣсколько припадокъ. На 12-й день мы пріѣхали въ Казачье. Встрѣча родными и знакомыми, оханье женщинъ, возгласы сожалѣній и т. д. въ первый же часъ по пріѣздѣ такъ повлияли на больную, что у нея наступилъ припадокъ, который продолжался около 2½ часовъ.

Въ продолженіе декабря, января, февраля и половины марта положеніе больной не измѣнялось. Рвота попрежнему продолжалась, появлялась послѣ каждаго приѣма пищи, даже выпитая вода минутъ черезъ 10—15 извергалась фонтаномъ изъ желудка. Менструаціи все время отсутствовали. Въ тѣ дни, когда они должны были появляться, и при появленіи луны, у больной появлялись сильныя истерическіе припадки. Больная неистовствовала. Пѣла, кричала, бросала въ сторону руки, билась головою о подушку и даже о стѣнку, глотала часто воздухъ и вызывала этимъ отрыжку. Когда удавалось во время припадокъ дать больной воды, то вода эта не извергалась, а оставалась въ желудкѣ до полнаго уснокоенія больной отъ припадка. Послѣ припадокъ больная всегда засынала и во снѣ вздрагивала. Прерывать припадки удавалось настойчивымъ внушеніемъ замолчать, горячими припарками, компрессами на голову. Въ періоды между припадками пробовалъ примѣнять гипнозъ, но почти ни разу не удавалось достигнуть сна. Больная упорно не поддавалась гипнозу и перѣдко, обманывая меня, показывала видъ, что заснула и т. д. За все это время приходилось констатировать сильную кислотность желудка и запоры, противъ которыхъ примѣнялись клизмы. Несмотря на упорную рвоту клизма почти всегда давала небольшой стулъ. Въ виду сильнаго исхуданія подкожно все время примѣнялся Natrium cacodylicum въ сочетаніи со сперминомъ.

Въ срединѣ марта, во время одного приступа припадка, больная лишилась рѣчи. Продолжалось это лишеніе около 1½ недѣль. Это на больную такъ повлияло, что она совершенно не стала принимать пищи. Припадки теперь проявлялись въ видѣ кривляній, заламываній рукъ, глотанія воздуха, отрыжки, глубокихъ вздоховъ и т. п. Въ началѣ апрѣля появился болѣе сильный припадокъ, во время котораго больную стало тянуть къзади. Голова ея сильно запрокинулась назадъ, а ноги пригибало къ затылку. Руки также свело. Во время этихъ сведеній больная впала въ обморокъ и тѣмъ самымъ дала возможность привести ее въ чувство нашатырнымъ спиртомъ и выпрыскиваніемъ подъ кожу камфоры.

Послѣ этого больная заснула, а когда проснулась, то у нея возвратилась рѣчь, но контрактуры рукъ

и ногъ остались. Руки были прижаты къ груди и согнуты въ локтевомъ суставѣ, пальцы пригнуты къ ладони. Ноги были подведены къ животу, колѣна сильно согнуты, подъ угломъ 20, пальцы ногъ пригнуты были такъ сильно къ подошвамъ, что ноготь большого пальца вѣзался въ подошву. Больная все время была удручена, почти ни съ кѣмъ, кромѣ меня, не разговаривала, отказывалась отъ пищи и почти все время подолгу устремляла свой взоръ куда нибудь въ одну точку, не обращая никакого вниманія на окружающихъ. Только мои настойчивыя требованія перевести взглядъ, выводили больную изъ подобнаго положенія. Въ срединѣ апрѣля пришлось снова больную вести обратно въ Кюсюръ, такъ какъ зимнія операціи сѣвернаго купечества кончались и всѣ, исключая нѣскольکو семей, постоянныхъ жителей с. Казачьяго, должны были переѣхать къ р. Ленѣ, откуда въ іюнѣ м-цѣ на пароходѣ переѣжали въ г. Якутскъ сбывать добытую пушнину и мамонтовую кость. Для больной была теплая, съ печкой, кибитка, запряженная тремя оленями. Такъ какъ проводы, сопровождаемыя обычными причитываніями, плачемъ и т. д. повліяли на больную и у нея появился припадокъ, то я рѣшилъ, не ожидая окончания его, перенести больную въ кибитку и въ такомъ положеніи выѣхать изъ села. Это было еще тѣмъ болѣе необходимо, что отецъ больной уѣзжалъ одновременно на востокъ, домой въ Аллаху и, слѣдовательно, проводы должны быть болѣе трогательныя. (Больная же должна была ѣхать въ Якутскъ съ сестрою). Въ началѣ мая мы пріѣхали въ Кюсюкъ. Въ первый же день у больной былъ припадокъ и повторялся по 2—3 раза въ мѣсяцъ. Характеръ припадковъ былъ прежній. Контрактуры продолжались, хотя пальцы рукъ были болѣе разогнуты и больная могла ими хотя и съ трудомъ держать стаканъ, ложку и т. п.

Съ появленіемъ контрактуръ я сталъ ими пользоваться для прекращенія истерическихъ припадковъ. Я нажималъ на колѣна бол-ной во время припадковъ, и припадокъ дѣлался менѣе сильный. Послѣ нѣсколькихъ сеансовъ больная затихала и засыпала. Но со времени появленія контрактуръ сонъ ея сталъ тревожнѣе. Она какъ будто боялась, что кто нибудь или я разогнетъ ей во время сна ноги и причинить ей сильную боль. Пробуя неоднократно разгибать руки или ноги, я наблюдалъ всегда сопротивленіе сухожилій.

При этомъ мнѣ казалось, что въ данномъ случаѣ участвуетъ и воля больной. Она въ это время задерживала дыханіе и невольно участвовала въ противодѣйствіи мнѣ мышцъ и въ особенности сухожилій. Какъ леченіе этихъ контрактуръ, помимо общаго леченія мышьякомъ, сперминомъ, иногда бромомъ, я примѣнялъ ванну, массажъ, но нисколько этимъ не измѣнялъ картину болѣзни. Контрактуры продолжались. Продолжалась и рвота, а также и припадки. Встрѣчая противодѣйствіе гипнозу и не имѣя возможности благодаря этому получить гипнотическій сонъ, я однажды рѣшилъ для гипнотическаго внушенія воспользоваться естественнымъ сномъ и перевести его въ гипнотическій. Посвятить въ это только близкихъ родственниковъ больной, я въ срединѣ мая воспользовался сномъ своей больной. Выждавъ, когда заснула крѣпко, я подошелъ къ ея кровати, взялъ одной рукой ея руку (за пульсъ), а другую свою руку осторожно положилъ на лобъ больной. Въ теченіи получаса я продержалъ свои руки въ такомъ положеніи и когда убѣдился, что моя больная спитъ, сталъ дѣлать внушенія:

„Теперь Вы спите крѣпко“, внушалъ я больной, не убирая своихъ рукъ. „Такъ крѣпко, что ничего не чувствуете. Ваши руки поправились. Они больше не сгибаются. Они свободно разгибаются. Спите Вашу руку я разогнулъ. Она теперь здорова“. И съ этими словами я сталъ разгибать руку. Какова же моя была радость, когда я почувствовалъ, что рука

больной разгибается. Не отрывая своей руки со лба больной, я сталъ разгибать и другую руку. Обѣ руки свободно поддались моимъ манипуляціямъ и остались въ томъ положеніи, какое я имъ придалъ. Въ порывѣ радости я бросаюсь къ ногамъ больной, начинаю обѣими руками надавливать на колѣни и... чувствую, какъ и ноги начинаютъ выпрямляться. Невольно прибавляю силъ и... больная просыпается, нервно вздрагиваетъ и притягиваетъ снова къ животу свои ноги. Но какова же ея была радость и довѣріе ко мнѣ, когда она убѣдилась, что ея руки разогнулись и могутъ производить движенія. Съ этого дня контрактуры рукъ не возвращались, но зато и мнѣ не удавалось къ больной въ теченіи 1½ лѣтъ примѣнить гипнозъ и внушеніе черезъ естественный сонъ. Какъ только я подходилъ къ кровати, больная всегда пробуждалась, и у меня не хватало ни силъ, ни терпѣнія дожидаться крѣпкаго, спокойно-глубокаго сна. Замѣтивъ большое довѣріе къ себѣ я сталъ и болѣе настойчивымъ требовательнымъ къ больной. Наблюдая за рвотой и настроеніемъ больной, я вскорѣ замѣтилъ, что если больной меньше говорить о ея болѣзни, меньше обращаютъ на ея рвоту и въ особенности, послѣ пріема пищи, не наталкиваютъ больную на мысль, что сейчасъ за пріемомъ пищи послѣдуетъ рвота, (обычно родственники и сама больная сейчасъ же приготавливаютъ тазикъ для рвотной массы), то принятая пища остается въ желудкѣ болѣе продолжительное время, и въ такіе дни клизма даетъ болѣе результаты.

Я рѣшилъ примѣнить нѣкоторую строгость и болѣе настойчивыя внушенія и требованія къ желудку. Я ввелъ въ обязательство черезъ каждыя два часа давать 1—2 столовыхъ ложки рубленнаго варенаго мяса, небольшую чашечку бульона и 1—2 столов. ложки желе. При этомъ я внушалъ, что при такомъ способѣ введенія пищи, рвоты не будетъ. Послѣ нѣсколькихъ упорныхъ дней и моей настойчивости, больная привыкла къ такому режиму. Рвота стала сравнительно рѣже, и пища иногда если и извергалась обратно, то не въ полномъ количествѣ и не такъ быстро, какъ это было раньше. Бывали случаи, что пища и совсѣмъ не выдѣлялась рвотой. Въ началѣ іюня у больной появились слабыя признаки менструа, а затѣмъ снова не появлялись въ теченіе двухъ мѣсяцевъ. 10 іюня 1912 года вмѣстѣ со мною пріѣхала въ Якутскъ. Контрактуры ногъ продолжались, рвота также, хотя и рѣже. Ежемѣсячно раза 2—3 появлялись истерическіе припадки. Въ іюль м-цѣ былъ созванъ консиліумъ.

Но такъ какъ члены консиліума не рѣшились провести въ Якутскѣ леченіе и посоветовали выѣхать больной въ Россію, а средствъ у больной не оказалось, по просьбѣ больной и родственниковъ мнѣ вновь пришлось наблюдать за больной и проводить то или иное, доступное въ Якутскѣ, леченіе. Къ этому времени я какъ полит. ссыльный, получилъ право проживать въ городѣ и слѣдовательно ѣхать на сѣверъ мнѣ не приходилось. Больная осталась въ Якутскѣ у своего брата священника.

Изучивъ детально свою больную, а также и ту обстановку, которая сопутствовала ея болѣзни на сѣверѣ: однообразіе въ проявленіи жизни, окружающее суевѣріе, подчеркиваніе окружающими значенія и происхожденія болѣзни въ духѣ суевѣрныхъ и малокультурныхъ людей, разговоры почти ежедневныя въ присутствіи больной, что ея болѣзнь— „порча“, „сахалы“ и т. д., я находилъ, что городская обстановка, жизнь въ кругу болѣе культурныхъ людей и т. д.—создадутъ болѣе благоприятныя условія для леченія больной и при извѣстной моей настойчивости дадутъ лучше результаты, чѣмъ я могъ получать въ ужасной обстановкѣ сѣвера.

И правда, городская жизнь уже въ первый мѣсяцъ повліяла на больную. Въ іюль у нея появились менструаціи, которыя опять таки благотворно-

повліяли на ея самочувствіе. Больная стала сама слѣдить за временемъ пріема пищи. Рвота съ каждымъ мѣсяцемъ дѣлалась все рѣже и рѣже. Припадкѣ, которые появлялись начиная съ августа, не болѣе одного раза въ мѣсяць, имѣли уже другой характеръ. Больная не ломала себѣ рукъ и не рвала вольсь, не распѣвала якутскихъ пѣсенъ, а сравнительно тихо тянула одну ноту во время припадка, иногда даже не прибѣгая къ глотанію воздуха. Приостанавливались эти припадкѣ сравнительно скоро, иногда даже путемъ внушенія со стороны брата больной.

Больная даже съ осени 1912 года соглашалась переѣзжать на побывку къ своимъ городскимъ родственникамъ. Такъ продолжалось до осени 1913 года. Въ сентябрѣ или въ октябрѣ 1913 года больная переѣхала (тутъ же въ городѣ) на нѣсколько дней погостить къ своему сродному брату священнику.

Игра дѣтей въ смежной комнатѣ, полная своя беспомощность, въ зависимости отъ сведеній ногъ, какъ видимо повліяли на больную, и у ней появились припадкѣ истеріи.

Когда я пріѣхалъ къ больной, по вызову ея брата, то больная уже засыпала. Воспользовавшись ея забывчивостью, доврѣемъ ко мнѣ и наступающимъ спомъ, я далъ ей возможность заснуть и рѣшилъ примѣнить гипнозъ. Когда я констатировалъ успокоеніе больной, я внушалъ ей, что ея ноги сейчасъ разогнутся и будутъ такъ же какъ и руки здоровы, накалать сильно и одновременно на оба колѣна. Ноги, къ моей радости, поддались моей силѣ и... разогнулись. Боли при этомъ, какъ видимо, были значительны, такъ какъ больная разбудилась и сильно вскрикнула. На второй день больная могла уже сидѣть, а черезъ нѣсколько дней съ помощью костылей и передвигаться. Съ тѣхъ поръ контрактуры не возвращались, и весной 1914 года больная уже ходила безъ костылей. Въ настоящее время больная ходитъ вполне нормально, изрѣдка бываетъ у нея рвота и раза 2 въ году истерическіе припадкѣ. Она занимается охотно рукодѣліемъ, которое я ввелъ еще въ первые мѣсяцы жизни ея въ городѣ, помогаетъ своей невѣсткѣ въ домашней работѣ и чувствуетъ себя почти здоровой.

Остановившись на вышеприведенной формѣ „мэнэрика“, какъ на наиболѣе характерной и рѣже другихъ формъ встрѣчающейся, я имѣлъ въ виду, что специалисты врачи интересуются этой формой психо-пѣйроза и на основаніи моихъ долготѣхнхъ наблюденій будутъ имѣть возможность заполнить хотя немного существующій пробѣлъ въ медицинской литературѣ по данному вопросу. Со своей же стороны я съ удовольствіемъ буду давать специалистамъ врачамъ всѣ дополнительные свѣдѣнія о психо-неврозахъ, а въ частности о „мэнэрикахъ“. При этомъ считаю необходимымъ ознакомить, что больная М. В. Н. находится въ Якутскѣ, и по предложенію специалистовъ я могъ бы провести и дальнѣйшее за ней наблюденіе, тѣмъ болѣе, если при этомъ будетъ дана соответствующая программа наблюденій.

О гипотетическомъ врачебномъ пунктѣ въ селѣ Каргасокѣ Нарымскаго края Томской губ.

„Ut desint vires, tamen est laudanda voluntas“.

Въ декабрѣ мѣсяцѣ 1915 г. по случаю эпидеміи сыпного тифа среди военнопленныхъ австрійскихъ подданныхъ евреевъ деревни Чигары, Нарымскаго края, сосланныхъ сюда на время военного положенія, когда волна заболѣваній среди ссыльныхъ шла на убыль, въ Нарымскій край была назначена третьимъ врачомъ А. Б. Шморгонеръ съ прикомандированіемъ ея къ дер. Чигарѣ для окончательнаго подавленія эпидеміи сыпного тифа.

Къ половинѣ января минувшаго года съ тифомъ

покончили: борьба была ликвидирована. Эпидемія прекратилась, и передъ нами сталъ вопросъ о полезной дѣятельности А. Б. Шморгонеръ для Нарымскаго края. Я говорю: передъ нами, такъ какъ эпидемія свирѣпствовала въ предѣлахъ моего врачебнаго участка.

До пріѣзда А. Б. Шморгонеръ въ Нарымскомъ край было два врача: въ с. Колпашевскомъ Е. А. Бакулина и я въ Нарымѣ. Оба мы завѣдывали въ то время и по сіе время завѣдуемъ врачебными участками почти равновеликими. Такимъ образомъ А. Б. Шморгонеръ, дѣйствительно, явилась третьимъ врачомъ Нарымскаго края, но безъ участка. Мы, т. е. я и А. Б. Шморгонеръ стали мозговать надъ вопросомъ: третій, что значитъ третій врачъ? Мнѣнія расходились: она думала о развѣздной системѣ для себя, а предо мною неволью и внезапно предстала гипотеза о третьемъ врачебномъ участкѣ въ селѣ Каргасокѣ.

Село Каргасокъ лежитъ подлѣ 59° с. ш. и 50 40' в. д. отъ Пулкова, въ 50 верстахъ отъ Нарыма, внизъ по Оби; село расположено при рѣчкахъ Барабелли и Каргасокѣ, на высокомъ лѣсистомъ берегу-увалѣ и разбросано по нему верстѣ на семь („Нарымскій край“ А. О. Плотниковъ).

По свѣдѣніямъ Томскаго Губернскаго Управленія за 1914 г. въ селѣ Каргасокѣ болѣе 50 домовъ съ 334 жителями обоого пола.

Далъ бы Богъ, чтобы вышеозначенная гипотеза нашла себѣ въ будущемъ оправданіе и реализировалась въ самую жизнь доказанномъ фактѣ существованія новаго врачебнаго участка. При напелій бѣдности на участки, а, слѣдовательно, и крайне слабой обезпеченности населенія врачебною помощью въ Томской губ., новый участокъ былъ бы истиннымъ кладомъ. Недаромъ же у насъ въ проектѣ еще 75 новыхъ врачебныхъ участковъ для Томской губ.! Улита ѣдетъ, когда то будетъ!

И такъ вопросъ объ участкѣ мною былъ поднятъ пока *inter nos*, т. е. между мною и А. Б. Шморгонеръ. Въ дальнѣйшемъ я написалъ объ этомъ во Врачебное Отдѣленіе, въ отвѣтъ на что въ Нарымѣ пришло телеграфное распоряженіе бывшаго врачебнаго инспектора А. А. Грязнова о созывѣ немедленнаго совѣщанія въ г. Нарымѣ всѣхъ врачей Нарымскаго края по означенному вопросу.

Совѣщаніе врачей состоялось 20-го февраля 1916 г. Членами совѣщанія были: Колпашевскій участковый врачъ Е. А. Бакулина, я и 3-й врачъ Нарымскаго края А. Б. Шморгонеръ.

Въ своей докладной запискѣ совѣщанію я говорилъ между прочимъ, что въ составъ предполагаемаго третьяго врачебнаго участка войдетъ 69 населенныхъ мѣстъ, изъ коихъ 9 мѣстъ крестьянской Барабельской волости съ населеніемъ въ 1430 человекъ и 60 мѣстъ инородческихъ—остяцкихъ, расположенныя по рѣкамъ Васюгану и Тыму съ населеніемъ въ 1307 человекъ. Цифры, конечно, не точны, т. е. учетъ остяковъ едва ли возможенъ: зимою они охотятся „въ урманѣ“, а лѣтомъ неводятъ по Васюгану. Цифры заимствованы изъ книги А. О. Плотникова „Нарымскій край“. Въ общей сложности для участка можно принять цифру 3000. Цифра небольшая, но радіусъ участка до 300 верстѣ.

Однимъ изъ главныхъ мотивовъ образованія новаго участка я считалъ то, что въ ближайшемъ будущемъ намѣчено было перенести Нарымскую Сельскую Лечебницу въ село Парабельское.

Село Парабельское расположено на рѣкѣ Парабелли, впадающей въ Обь, выше Нарыма на 30 верстѣ, такъ что огромный низовскій районъ селеній отойдетъ отъ врачебнаго пункта еще на 30 верстѣ, и для многихъ селеній за дальностью разстоянія обращеніе къ врачебной помощи станетъ положительно невозможнымъ. Даже въ настоящее время, когда врачебный пунктъ отстоитъ въ 50 вер-

стахъ отъ главнаго центра понизовья Оби-села Каргасока, обращаемость жителей с. Каргасока крайне мала, а объ инородцахъ, обитающихъ по рѣкамъ Васюгану и Тыму и говорить не приходится.

Кромѣ того, въ послѣднее время въ с. Каргасокѣ и дер. Подъельникѣ были мною обнаружены случаи заболѣванія семейнымъ сифилисомъ. Зараза сифилиса принесена сюда изъ села Васюганска.

Вопросъ о распространеніи сифилиса среди инородцевъ Нарымскаго края до сихъ поръ остается неразсмотрѣннымъ, а между тѣмъ вымираетъ остатокъ племени, и нерѣдко русскіе, промышленно занятые звѣря въ „тайгѣ“ или покупающіе рыбу въ юртахъ, приносятъ сифилисъ въ русскія селенія. Такимъ образомъ, планомерная борьба съ прогрессирующимъ изъ года въ годъ среди населенія Нарымскаго края сифилисомъ становится первой необходимостью.

Вопросъ этотъ и старый и новый, во всякомъ случаѣ, всегда желательный для правительства, въ цѣляхъ котораго всегда было выяснитъ причины вымирания инородцевъ въ Сибирѣ и всеми мѣрами борьбы поддержать существованіе вымирающаго племени.

Изъ юбилейнаго очерка доктора Г. И. Попова объ истории медицины Верхоянскаго Округа Якутской Области видно, что „зарожденіе стационарной медицинской помощи въ Верхоянскомъ Округѣ“ относится къ 1817 году, между тѣмъ какъ въ с. Каргасокѣ до сихъ поръ таковой нѣтъ и вопроса о борьбѣ съ сифилисомъ никто не подымалъ.

Въ настоящее время представляется возможность искупить эту вину, положивъ начало правильной помощи въ с. Каргасокѣ съ устройствомъ тамъ 3-го Нарымскаго участка.

Вотъ главное.

Согласившись съ моими доводами въ пользу образованія въ с. Каргасокѣ врачебнаго пункта, совѣщаніе признало необходимымъ: мѣстомъ для 3-го сельскаго врачебнаго пункта избрать с. Каргасокъ по слѣдующимъ мотивамъ: 1) узловое положеніе с. Каргасока для населенныхъ мѣстъ низовьевъ Оби и ея притоковъ: Васюгана и Тыма; 2) с. Каргасокъ самое населенное среди другихъ мѣстъ; 3) — доступно населенію во всѣ времена года и въ 4) является наиболѣе удобнымъ пунктомъ для планомерной борьбы и искорененія сифилиса путемъ систематическаго больничнаго леченія. Сифилисъ свирѣпствуетъ здѣсь съ страшной силой, грозя вымираниемъ не только инородцамъ, но и русскимъ.

Всѣ эти положенія были запротоколены. Протоколъ совѣщанія былъ посланъ во Врачебное Отдѣленіе для наложенія санкции.

Врачебное Отдѣленіе очень дипломатично отнеслось къ рѣшенію совѣщанья: не предпринявъ окончательно вопроса: „быть или не быть пункту“, оно приняло гипотезу о его существованьи, временно прикрѣпивъ, хотя не строго, врача А. Б. Шморгонеря къ с. Каргасоку. Въ с. Каргасокѣ была основана въ февралѣ мѣсяцѣ минувшаго года амбулаторія, оборудована, аккредитована, и для завѣдыванія ею официально былъ утвержденъ штатъ медицинскаго персонала, состоящій изъ 3-го Нарымскаго врача (я бы теперь сказала Каргасокскаго) А. Б. Шморгонеря, двухъ фельдшеровъ — мѣсто одного изъ фельдшеровъ было занято фельдшерницей — и одной акушерки.

Былъ открытъ приемъ больныхъ, и гипотеза о новомъ врачебномъ участкѣ уже съ перваго мѣсяца существованія врачебнаго пункта стала выявляться, какъ давно желанная дѣйствительность: большіе охотно шли лечиться, въ теченіе перваго мѣсяца было около 1000 посѣщеній! Цифра сама за себя говоритъ о жизненности новоявленнаго врачебнаго пункта. Итакъ, не ослабляя темпа жизни, новый врачебный пунктъ просуществовалъ круглый годъ. Чего бы, кажется, еще желать? Были, прав-

да, недоразумѣнія съ крестьянскимъ обществомъ относительно отвода помѣщенія подъ амбулаторію, относительно общественной доставки воды и провъ, окарауливанья и нѣкоторыхъ другихъ хозяйственныхъ вопросовъ, и все это легко улаживалось.

Но пунктъ все еще пребываетъ гипотетическимъ, а врачъ А. Б. Шморгонеря осталась недоволенной полученными результатами своего годичнаго завѣдыванія амбулаторіей и въ послѣднее время даже возбуждала вопросъ предъ Врачебнымъ Отдѣленіемъ объ упраздненіи пункта.

Послѣднее обстоятельство и заставило меня написать вышеозначенныя строки. Больно разстаться съ гипотезой существованія новаго пункта не потому, что она сама по себѣ увлекательна, но и потому, что сама жизнь за это короткое существованье пункта уже стала ее оправдывать.

Но ... пока скажу: „ut desint vires, tamen est laudanda voluntas“!

А. К. Кузминскій.

Изъ дѣятельности медицинскихъ обществъ въ Сибирѣ.

Общество Естествоиспытателей и Врачей при Томскомъ Университетѣ.

Медицинскій Отдѣлъ.

Засѣданіе 3 ноября 1916 года.

Д-ръ В. И. Качерець. Случай *myositis ossificans*. Всего описано 75 случаевъ этого заболѣванія, изъ нихъ 6 въ Россіи. Въ Томскѣ *myositis ossificans* встрѣчается третій разъ; прежніе два случая, наблюдавшіеся д-ромъ Корелинымъ, еще не опубликованы. Впервые болѣзнь описана въ 1740 году, но болѣе подробно изучена въ 1869 году *Münchmauer* о мѣ, по имени котораго и называется „*Morb. Münchmaueri*“. Поражается по преимуществу дѣтскій возрастъ; самое раннее начало болѣзни было въ 8 мѣсячномъ возрастѣ. Болѣзнь характеризуется отложеніемъ извести и развитіемъ костной ткани въ мышцахъ. Прежде всего поражаются шейныя мышцы, потомъ мышцы спины, плечи, предплечья и наконецъ жевательныя мышцы и мышцы конечностей. Діафрагма, мышцы мягкаго неба, глотки, языка, сфинктеровъ и сердца не поражаются. Со стороны внутреннихъ органовъ измѣненій не замѣчается; нѣкоторыя врожденныя аномаліи нерѣдки, изъ нихъ особенно часто наблюдается микродактилія большихъ пальцевъ ногъ. Теченіе болѣзни хроническое. Причина заболѣванія не выяснена. Сущность болѣзненныхъ измѣненій также не достаточно установлена; *Münchmauer*, напр., смотритъ на эту болѣзнь, какъ на хроническое воспаленіе межмышечной соединительной ткани, *Virchow* же считаетъ ея за новообразованіе, при чемъ окостенѣніе исходитъ не изъ мышцъ, а изъ надкостницы. Большинство авторовъ раздѣляетъ ученіе *Münchmauer*'а. Впервые патологоанатомически это заболѣваніе изслѣдовано въ 1878 году, при чемъ оказалось, что макроскопически новообразованная кость напоминаетъ губчатую кость скелета. Леченіе іодистыми препаратами, ртутью, массажемъ и электризаціей оказалось безуспѣшнымъ. Въ одномъ случаѣ было замѣтно значительное улучшеніе отъ примѣненія тіозинамива. Случай докладчика, показанный сравнѣю, слѣдующій. Дѣвочка, 13 лѣтъ, поступила въ клинику второй разъ; первый разъ лежала въ 1914 году. Ова происходитъ изъ здоровой семьи, заболѣла во второмъ году жизни. Появленіе костныхъ опухолей не сопровождалось никакими болѣзненными ощущеніями. Начавшись съ шейныхъ мышцъ, болѣзненный процессъ постепенно распространяется все больше и больше. Въ настоящее время голова неподвижна, ротъ едва открывается, руки въ плечевыхъ суставахъ также почти совершенно неподвижны, въ локтевыхъ же сочлененіяхъ движенія очень ограничены. Рѣзкія измѣненія въ спинныхъ и грудныхъ мышцахъ. Слабѣ поражены мышцы

ногъ. Кожная чувствительность не разстроена. Мышечные и сухожильные рефлексы мѣстами значительно ослаблены. Со стороны внутреннихъ органовъ и мочи замѣтныхъ измѣненій не найдено; въ крови увеличеніе эозинофиловыхъ клѣтокъ до 8%,. Умственно развита достаточно. Во время перваго пребыванія въ клиникѣ (въ 1914 году) было начато леченіе фибролизиномъ, сдѣлано 12 инъекцій, но какихъ либо результатовъ замѣчено не было, такъ какъ больная скоро выписалась.

Д-ръ Н. И. Соломинъ. Не оказываетъ ли какого либо вліянія на развитіе болѣзни алкоголизмъ родителей.

Докладчикъ. Изъ всѣхъ наследственныхъ условій алкоголизмъ родителей отмѣчается въ литературѣ только одинъ разъ.

Д-ръ Рубинштейнъ. Каковъ у больной слухъ.

Докладчикъ. Хорошъ.

Проф. М. Г. Курловъ. Что замѣчено въ мышцахъ при изслѣдованіи постояннымъ и фаридаическимъ токомъ.

Докладчикъ. На гальванической токъ реакція мышцъ понижена, на фаридаической—нормальная.

М. Г. Курловъ. Полезно было бы для большаго выясненія заболѣванія вырѣзать и изслѣдовать кусочекъ измѣненной мышцы.

Докладчикъ. Да, по на это не было получено согласія родителей больной.

М. Г. Курловъ. Разсматривая рентгенограммы, я замѣчаю, что большія измѣненія въ мышцахъ выражены вблизи костей. Не даетъ ли это обстоятельство права думать, что взглядъ Vignow'a на происхожденіе болѣзни болѣе правильныи.

Докладчикъ. Ясныхъ доказательствъ въ пользу того или другого ученія о развитіи болѣзни у меня нѣтъ, но кажется, что появленіе новыхъ уплотненныхъ очаговъ у нашей больной начинается въ мышцахъ.

Проф. С. М. Тимашевъ. Проф. Кисель наблюдалъ подобное заболѣваніе въ теченіе 23-хъ лѣтъ, его случай нѣсколько разъ былъ предметомъ обсужденій въ засѣданіяхъ научныхъ обществъ, была дѣлала біопсія и все таки до сего времени не выясненъ вопросъ ни о сущности, ни о началѣ болѣзни. Можетъ быть поможетъ разобраться въ этой болѣзни изученіе обмѣна веществъ.

Д-ръ В. В. Корелинъ. Обмѣнъ веществъ у подобныхъ больныхъ, судя по доступной мнѣ литературѣ изучался только однимъ авторомъ, да и то недостаточно полно. Мои личныя наблюденія въ этомъ отношеніи показываютъ, что при myositis ossificans Са, Mg и Р выдѣляются съ мочей въ меньшемъ количествѣ въ сравненіи съ нормой приблизительно на 1/3. При леченіи больной фибролизиномъ выдѣленіе Са мочей увеличилось, въ мочѣ его было больше даже того количества, которое выдѣлялось у контрольныхъ здоровыхъ лицъ. Это говоритъ, мнѣ кажется, за пораженіе соединительной ткани. Нельзя совсѣмъ отрицать и ученія Vignow'a, ибо врожденныя аномаліи у всѣхъ таковыхъ больныхъ имѣются.

Д-ръ Н. Н. Плоскиревъ. Обслѣдовались ли родственники больной. Можетъ быть и у нихъ имѣются какія либо аномаліи въ развитіи организма, можетъ быть онъ могутъ дать какія-нибудь указанія на начало развитія болѣзненного процесса.

Докладчикъ. Родственники мною не изслѣдованы, но на основаніи разспроса они все здоровы.

Д-ръ В. В. Корелинъ. Въ литературѣ указывается, что родственники всегда здоровы. Родственники одной изъ моихъ больныхъ были обслѣдованы и оказалось, что у одного изъ ея племянниковъ имѣется microdactilia

2. Приводитъ К. Н. Завадовскій. Діагностическое значеніе изслѣдованія спинномозговой жидкости. За позднимъ временемъ заслушана только первая половина доклада, а остальная его часть отложена до слѣдующаго засѣданія.

П. Л.

Общество Врачей Енисейской губ.

Засѣданіе 20 октября 1916 г.

1. Докладъ Я. Л. Гинцбургъ. „Научный отчетъ по городскому Родильному дому за 1915 г.“

2. Отчетъ по аптекѣ о-ва за 1914/15 годъ.

Оборотъ аптеки выразился въ суммѣ 246717 р. 53 к., больше прошлогодняго на 79060 р. 64 к. Чистая прибыль выражается суммой 23246 р. 47 к., превышая прошлогоднюю на 8786 р. 51 к.

3. Смѣта по Больницѣ О-ва Врачей и др. мелкіе вопросы.

Засѣданіе 17 ноября 1916 г.

Большая часть засѣданія посвящается преніямъ по поводу доклада д-ра Знаменскаго. „Новый видъ врачебной помощи“). Поводомъ для доклада послужило обращеніе мѣстнаго кооператива „Самодѣтельность“ къ нѣкоторымъ изъ врачей города съ предложеніемъ принимать у себя на домашнемъ приѣмѣ членовъ „Самодѣтельность“ съ платой по 75 коп. за визитъ. О-во въ дальнѣйшемъ предполагаетъ открыть свою амбулаторію по спеціальностямъ и пр., пока же, дабы обезпечить бѣднымъ членамъ о-ва не дорогую и дѣйствительную медицинскую помощь, о-во и обращается съ подобнымъ предложеніемъ.

Д-ръ Знаменскій, привициально въ своемъ докладѣ не соглашаясь съ подобнаго рода договорнымъ соглашеніемъ, заканчиваетъ его рядомъ вопросовъ, по к-мъ онъ и проситъ врачей высказаться:

а. Допустима ли какая бы то ни было расцѣпка частнаго свободнаго труда.

б. Допустимо ли какое бы то ни было посредничество между частнымъ больнымъ и частнымъ врачомъ.

в. Допустима ли для частнаго врача таксировка своего труда безъ всякаго отношенія къ состоятельности больного.

г. Осторожно ли относятся къ интересамъ своего сословія тѣ врачи, к-е цѣной личнаго матеріальнаго успѣха наносятъ ущербъ всему сословію

Дебаты и обмѣнъ мнѣній затянулись на нѣсколько часовъ. Докладчикъ предлагалъ вынести резолюцію слѣдующаго содержанія: „О-во Вр. Е. Г., исходя изъ положенія, что Врачъ трудъ, завися отъ индивидуальныхъ свойствъ врача, по качеству своему можетъ быть чрезвычайно различнымъ, признаетъ, что не можетъ быть общей оцѣнки или таксировки этого труда; о-во полагаетъ, что вопросъ объ оплатѣ врачебнаго труда зависитъ всецѣло отъ предусмотрѣннаго закономъ соглашенія между больнымъ и врачомъ, что установленіе платы для бѣдныхъ противорѣчитъ и прямому указанію закона и основамъ врачебной этики. Принимая же во вниманіе, что мѣстный кооперативъ, предлагая врачамъ таксировать свой трудъ по отношенію къ членамъ кооператива, не представляетъ никакихъ данныхъ ихъ имущественной состоятельности, О-во рекомендуетъ своимъ членамъ воздержаться отъ заключенія предлагаемыхъ кооперативомъ условій“.

Обсужденіе резолюціи тоже затянулось, и въ концѣ концовъ собраніе рѣшило никакой резолюціи не выносить, оставивъ вопросъ открытымъ.

Въ административной части засѣданія заслуживаетъ быть отмѣченнымъ отчетъ Библиотекаря. Богатая библиотека о-ва совсѣмъ, можно сказать, не работала. Изъ 37 членовъ о-ва текущей литературой пользовалось лишь 6 человекъ, изъ общей библиотеки книги если и берутся, то за малымъ исключеніемъ лишь преподавателями школы для подготовки къ лекціямъ.

Общество Врачей Южно-Уссурійскаго края въ г. Владивостокѣ.

Общее собраніе 12 января.

Д-ръ Виноградскій открылъ собраніе рѣчью, въ которой охарактеризовалъ современное состояніе медицины.

*) Напечатано въ Сиб. Врачѣ № 3—4.

По его предложенію была почтена вставаніемъ память почетнаго члена о-ва И. И. Мечникова, д-ра Смылова, только что умершаго на Иманѣ отъ натуральной оспы, и павшихъ и умершихъ на войнѣ товарищей—врачей.

Д-ръ Фортунатовъ прочелъ отчетъ правленія общества за 1916 г.

Д-ръ Лохкъ сообщилъ денежный отчетъ общества за 1916 г. и смѣту прихода и расхода на 1917 г.

Отчетъ обществомъ утвержденъ. Затѣмъ имъ былъ доложенъ отчетъ о дѣятельности Пастеровской станціи въ 1916 году.

Были произведены выборы членовъ правленія. Избраны: президентомъ единогласно С. В. Виноградскій, вице-президентомъ В. В. Потѣнко, первымъ секретаремъ Е. А. Фортунатовъ, вторымъ секретаремъ М. С. Медзиевскій; членами ревизионной комисиі: Кестлеръ, Ланковскій и Мольтрехтъ.

Д-ръ Попова избрана членомъ общества.

По окончаніи засѣданія въ помѣщеніи общества состоялся товарищескій ужинъ.

М. Медзиевскій.

Х Р О Н И К А.

Отъ Редакціи:

Свершилось! То, что съ нетерпѣніемъ ожидало много лѣтъ большинство русскаго народа и русскіе врачи, свершилось! Старый порядокъ управленія государствомъ, старый строй жизни уступилъ мѣсто новому: Россія превратилась волею и силою народа въ свободное государство.

Мы, врачи, должны горячо привѣтствовать великое событіе какъ граждане; мы должны привѣтствовать это событіе, какъ профессиональные дѣятели, такъ какъ съ нимъ связаны интересы всего медицинскаго дѣла, его развитіе и улучшеніе.

Граждане—врачи Сибири, особенно должны привѣтствовать новый строй, такъ какъ онъ несетъ Сибири рядъ крупныхъ реформъ общаго характера и крупнѣйшихъ реформъ врачебно-санитарнаго дѣла.

Редакція Сибирскаго Врача низко кланяется Новому Правительству и призываетъ всѣхъ товарищей—врачей къ дружной, энергичной работѣ, частицѣ той громадной работы, которую предстоитъ выполнить нашей Родинѣ, чтобы плодотворно использовать ея богатая почти нетронутая силы и средства.

— Алтайское общество естествоиспытателей и врачей по вопросу о распространеніи венерическихъ заболѣваній въ Барнаулѣ пришло къ заключенію, что желательны слѣдующія мѣры въ борьбѣ съ этимъ опаснымъ явленіемъ: 1) организация популярныя лекцій на вечернихъ курсахъ, въ воскресной школѣ и въ Народномъ Домѣ, устройство музея и изданіе популярныя брошюры; 2) веденіе спеціальнаго приѣма при городской амбулаторной лечебницѣ въ вечерніе часы и въ праздники; 3) открытіе отдѣленія для венерическихъ больныхъ съ безплатнымъ леченіемъ при городской больницѣ на 20-25 коекъ и приглашеніе спеціальнаго врача; 4) обязательный осмотръ рабочихъ, изготовляющихъ съѣстные продукты и 5) борьба съ медицинскимъ шарлатанствомъ, въ частности—просить врачебно-санитарный совѣтъ принять мѣры къ устраненію шарлатанства подъ именемъ лабораторіи практической медицины на Ковюшевномъ переулкѣ. (Ж. А. № 46).

— Телеграмма о-ва врачей Енисейской губ. Предсѣдателю Совѣта Министровъ. Общество Врачей Енисейской губерніи, заслушавъ въ экстренномъ засѣданіи 3 марта о происшедшемъ государственномъ переворотѣ, привѣтствуетъ въ Вашемъ лицѣ новое Правительство и желаетъ ему полнаго успѣха въ укрѣпленіи новаго общественнаго строя и въ доведеніи войны до побѣдоноснаго конца.

— Въ Омскѣ учреждается „О-во содѣйствія развитію и благоустройству курорта „Боровое“. Уставъ этого о-ва уже утвержденъ.

Отъ всей души шлемъ новому О-ву пожеланіе успѣха въ полезномъ дѣлѣ.

— Въ Иркутскѣ открыто о-во изученія природы и климата Саянскаго края.

Новое общество главной цѣлью ставитъ изученіе Саянскаго края въ географическомъ, геологическомъ, этнографическомъ, статистическомъ, климатологическомъ и бальнеологическомъ отношеніи и распространеніе всѣхъ полезныхъ свѣдѣній объ этомъ краѣ. Общество будетъ стремиться къ созданію лѣтней и зимней климатической станціи, отвѣчающей лечебнымъ потребностямъ нашего края, и къ созданію общедоступныхъ курортовъ въ первую очередь на Аршанѣ и въ Ниловой пустыни.

Цѣли общества позволяютъ ему широко развернуть свою дѣятельность, нашлись бы только желающіе работать. На первыхъ порахъ, какъ намъ извѣстно, образовалась уже группа почтенныхъ лицъ, готовыхъ выполнить принимаемая обществомъ на себя обязанности. Остается пожелать этимъ лицамъ энергіи, а всему обществу—наибольшаго успѣха въ его дѣятельности. Симпатично въ новомъ обществѣ то, что оно беретъ отдѣльный уголокъ, правда достаточно обширный—нашего края и намѣчаетъ его для всесторонняго изслѣдованія и использованія, безъ корыстной цѣли, а исключительно въ общественныхъ и государственныхъ цѣляхъ. Такое суженіе обслуживаемой территоріи и объединеніе теоретическихъ и практическихъ задачъ можетъ придать дѣятельности новаго общества высокополезный мѣстный характеръ, и привлечетъ къ нему симпатіи широкихъ слоевъ общества. (И. Ж. № 51).

— Бывшее въ мартѣ 1915 года подъ предсѣдательствомъ иркутскаго генераль-губернатора совѣщаніе по вопросу объ устройствѣ цѣлебныхъ мѣстностей края и приспособленія ихъ для курортнаго леченія больныхъ и раненыхъ воиновъ признано желательнымъ произвести научное обследованіе наиболѣе извѣстныхъ водъ и грязе лечебныхъ источниковъ Восточной Сибири. Иркутскій генераль-губернаторъ признавая необходимымъ предварительное изслѣдованіе химическаго состава и цѣлебныхъ свойствъ источниковъ, входилъ въ сношенія по сему предмету съ Верховнымъ начальникомъ санитарной и эвакуаціонной части, прося командировать въ его распоряженіе спеціальную комиссію для изслѣдованія цѣлебныхъ мѣстностей края. Въ отвѣтъ управленіе Верховнаго начальника санитарной и эвакуаціонной части уведомило г. Иркутскаго генераль-губернатора, что, воплнѣ соглашаясь съ предложеніями по затронутому вопросу и выражая со своей стороны готовность содѣйствовать осуществленію намѣчаемаго научнаго обследованія важнѣйшихъ курортовъ, оно полагало бы, однако, что въ виду длительности процесса изслѣдованій, который долженъ затянуться на многіе годы, необходимыхъ для сего средства должны испрашиваться въ смѣтномъ порядкѣ непосредственно иркутскимъ генераль-губернаторомъ.

Для возбужденія соотвѣтствующаго ходатайства г. генераль-губернаторъ обратился къ губернаторамъ Восточной Сибири съ просьбой сообщить свои соображенія: 1) о желательномъ составѣ и научныхъ силахъ предполагаемой комиссіи; 2) о средствахъ, единовременныхъ и постоянныхъ, необходимыхъ для ея снаряженія и содержанія, и 3) объ установленіи постепенности обследованія въ зависимости отъ значенія того или другаго курорта и т. п. (И. Ж. № 54).

— Въ Харбинѣ, по инициативѣ д-ра Фіалкова, оживленно обсуждается проектъ созданія о б-

шестеннаго курорта на морскомъ берегу вблизи Владивостока. Въ первый же день послѣ появленія въ газетѣ „Нов. Ж.“ открытаго письма д-ра Фіалковскаго, на его имя поступило свыше ста заявленій отъ будущихъ „пайщиковъ“. Дѣломъ этимъ очень заинтересовались положительно все круги общества Харбина. Пока, что, большинство заявленій поступаетъ отъ желѣзнодорожныхъ служащихъ, въ томъ числѣ и линейныхъ. Пристанскихъ обывателей сравнительно немного; объясняется это, надо полагать, тѣмъ, что многие почему то убѣждены, что евреямы не будетъ разрѣшенъ доступъ на курортъ, который будетъ находиться въ предѣлахъ Приамурья. Между тѣмъ, по аналогіи съ російскими курортами, нужно думать, что на время сезона вѣздъ будетъ разрѣшенъ. Вопросъ этотъ будетъ поднятъ на первомъ собраніи пайщиковъ, и тогда же будутъ предприняты шаги для скорѣйшаго его разрѣшенія. (А. Э. № 583).

— Приамурье, въ противоположность сосѣднему Забайкалью, бѣдно минеральными источниками.

Извѣстны, какъ весьма полезныя для простудныхъ болѣзней, только горячія минеральныя воды Аненскія, близъ г. Николаевска, да лѣтъ 6—7 т. н. прошумѣлъ Шмаковскій источникъ (ст. Шмаковка Усс. ж. д.), быстро потомъ запустѣвшій по многимъ причинамъ.

Съ прошлаго 1915 г. сталъ извѣстенъ по Уссурийскому краю минеральный источникъ вблизи развѣзда Оттоновки Уссур. жел. дор., находящійся на земляхъ крестьянъ деревни Игнатъевки, Тихоновской вол., Иманскаго уѣз.

Анализъ этого источника показалъ, что вода имѣетъ въ немъ углекисло щелочную реакцію, съ большой дозой углекислоты, кальция, натрія, магнія и др. химич. частей. Съ весны 1916 г. источникъ сталъ эксплуатироваться частными предпринимателями, организовавшими въ товарищество подъ наименованіемъ „Товарищество Уссурийскихъ минеральныхъ источниковъ „Ласточка“ Л. П. Орловъ и П. П. Поповъ“.

Первый годъ дѣятельности источника былъ посвященъ организаціи самого дѣла и приведенію окрестности въ болѣе или менѣе культурное состояніе, такъ какъ источникъ лежитъ въ довольно глухой, хотя и живописной мѣстности. За лѣто была проведена къ источнику узкоколейная желѣзная дорога протяженіемъ 3 вер. отъ развѣзда Оттоновка (платфор. 445 вер.) Уссур ж. д.; приведено въ порядокъ самое жерло источника (устранены массивный желѣзо-бетонный котлованъ); приступлено къ осушкѣ мѣстности посредствомъ проведенія канавъ; устроены зданія—для машиннаго отдѣленія и казарма для рабочихъ. Все это потребовало много денегъ и средствъ. Несмотря на новизну дѣла, все-же съ источника товарищество могло выпустить на рынокъ за первое лѣто работы до 2 тысячъ ящиковъ, или около 100 тысячъ бутылокъ.

И самая эксплуатация источника произошла, нужно сказать, въ весьма трудное для всякаго промышленнаго предприятия время—войны во всемъ дороговизна. Нашъ Приамурскій край хранитъ въ нѣдрахъ своихъ громадные и самыя разнообразныя богатства. Но, къ сожалѣнію, частная инициатива въ немъ развита чрезвычайно слабо. Все опасаются, что въ только что колонизируемомъ краѣ добываемый продуктъ не найдетъ себѣ должнаго примѣненія и распространенія.

Поэтому появленіе на нашей окраинѣ всякаго новаго культурно промышленнаго фактора нужно только привѣтствовать. Все эти мелкіе починны и разузнаванія служатъ къ вѣдшему раскрытію тайнъ нашего богатѣйшаго края.

Вѣдь сколько говорятъ неблицъ про массу всевозможныхъ озеръ и родниковъ, гдѣ вода никогда не замерзаетъ и такъ пріятна на вкусъ, что за десятки верстъ звѣри приходятъ полакомиться такой водой; а то есть будто-бы такія озера, гдѣ и два совѣмъ нѣтъ, и вода въ такихъ озерахъ сразу одурманиваетъ животныхъ; (про такое озеро идетъ слухъ на громадной сопкѣ близъ ст. Бочарово Уссур. ж. д.).

(Д. О. № 3146).

— Епископъ камчатскій и петропавловскій прислалъ на имя предсѣдателя камчатскаго братства, протопресвитера придворнаго духовенства о. Дернова, слѣдующую радиотелеграмму изъ Петропавловска:

„Проѣхавъ полторы тысячи верстъ, я принужденъ былъ прервать объѣздъ Камчатской области въ виду свирѣпствующей эпидеміи оспы. Въ продолженіе путешествія въ теченіе полтора мѣсяцевъ на восточномъ побережьи Камчатки мнѣ пришлось видѣть 116 покойниковъ и великое множество больныхъ. На западномъ побережьи области, въ одномъ лишь селеніи Аначѣ, умерло отъ оспы 58 человекъ. Дома стоятъ заколоченными, многія многолюдныя семейства поголовно вымерли; мертвецовъ хоронятъ по нѣскольку въ братскихъ могилахъ. Горе населенія неопишимо. Полное отсутствіе медицинской помощи; въ Петропавловскѣ одинъ лишь докторъ. Оспеннаго детрита совершенно не имѣется. Растерявшіеся камчадалы прибѣгаютъ къ знахарству, пытаются прекратить эпидемію деревяннымъ огнемъ (огонь, добываемый отъ тренія двухъ кусковъ дерева), и кострами, нѣкоторымъ подносятъ больныхъ. При объѣздѣ я лично напутствовалъ умирающихъ и утѣшалъ несчастныхъ.“

17-го января въ селеніи Ключахъ мы пережили землетрясеніе, весьма сильное: многихъ укачивало, какъ на морѣ, дома трещали, было весьма жутко. Затѣмъ 18, 19 и 20 января повторялись подземные толчки, но слабые, а ночью, 22 января, былъ снова сильный толчекъ. Люди выбѣгали на улицу и молились Бсгу. Продолжительное, сильное землетрясеніе охватило районъ въ 400 верстъ“.

Протопресвитеръ придворнаго духовенства Дерновъ, немедленно открылъ сборъ пожертвованій на помощь пострадавшимъ отъ оспы и землетрясенія камчадаламъ. Д. О. № 3202.

— Въ Мин. Нар. Просв. подана записка слѣпного прив. доц. московскаго университета А. М. Щербина о нуждахъ слѣпыхъ. Въ этой запискѣ указывается, что въ Россіи насчитывается около 20.000 слѣпыхъ школьнаго возраста; между тѣмъ министерствомъ народнаго просвѣщенія до сихъ поръ ничего не предпринято для облегченія имъ доступа къ образованію. Даже послѣдними законами о введеніи всеобщаго обученія слѣпые вовсе игнорируются. А. М. Щербина находитъ, что слѣпымъ слѣдовало бы разрѣшить поступать въ обыкновенныя учебныя заведенія для зрячихъ съ особаго разрѣшенія въ качествѣ вольнослушателей или даже дѣйствительныхъ учениковъ, причемъ должны быть приобрѣтены въ такихъ случаяхъ спеціальныя приборы для слѣпыхъ; оказывать постоянную поддержку педагогамъ учебныхъ заведеній, которые сочтутъ возможнымъ организовать спеціальныя курсы и практическія занятія для учащихся слѣпыхъ и т. д.

По инициативѣ А. М. Щербина при министерствѣ народнаго просвѣщенія было создано особое совѣщаніе.

Совѣщаніе признано необходимымъ внести въ школьную сѣть такое количество спеціальныхъ школъ для слѣпыхъ дѣтей, которое соотвѣтствовало бы процентному отношенію слѣпыхъ дѣтей къ зрячимъ школьнаго возраста. Рѣшено также созвать лѣтомъ нынѣшняго года съѣздъ по образованію слѣпыхъ.

(Р. В. № 47)

Правительство признало возможнымъ разрѣшить безплатно перевозить по всемъ русскимъ желѣзнымъ дорогамъ въ вагонахъ III класса живыхъ волкскихъ чивовъ, потерявшихъ зрѣніе въ настоящую войну, при поступленіи ихъ въ убѣжища попечительства императрицы Маріи Александровны о слѣпыхъ, а также по выѣзду ихъ изъ убѣжищъ.

Редакторы: С. Лобановъ.

Издатель Т-во „Сибирскій Врачъ“.

В. Корелинъ.

П. Чистяковъ.

Привычный
запоръ

C¹² N¹⁰ O⁵

Заболѣванія
печени

CASCARINE LEPRINCE

АТОНІЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА

ПРЕВОСХОДНОЕ СЛАБИТЕЛЬНОЕ,

примѣняемое во всѣхъ случаяхъ и постоянно дѣйствующее успѣшно при измѣненіи способа употребленія.

Содержитъ полезныя дѣйствующія начала *Cascaragae Sagradae*.

Диссертация на степень доктора медицины Парижъ 1909.

„Объ органически хлѣбительныхъ, въ частности о наснаринѣ“.

Д-ръ Gatal.

1—2 капсулы во время ужина.

Продажа оптомъ:

62, Rue de la Tour Paris XVI-e.

Продажа въ розницу:

во всѣхъ аптекахъ.

Правильное дѣйствие безъ привыканія или раздраженія послѣ употребленія.

Единственный препаратъ, показанный при беременности и кормленіи грудью

„ГИГИЕНА и САНИТАРНОЕ ДѢЛО“

ОРГАНЪ РУССКАГО ОБЩЕСТВА

ОХРАНЕНИЯ НАРОДНАГО ЗДРАВІЯ

выходитъ въ 1917 г. не менѣе 6 разъ въ годъ

(въ совокупности не менѣе 40 листовъ).

Журналъ имѣетъ слѣдующіе отдѣлы: I. Общая гигиена—проф. Г. В. Хлопинъ. II. Гигиена населен. мѣстъ—проф. Г. В. Хлопинъ. III. Профессиональная гигиена—прив.-доц. Д. П. Никольскій. IV. Дѣтская и школьная гигиена В. В. Гориневскій. V. Санитарная статистика и эпидемиология—М. М. Гранъ. VI. Биология—проф. С. I. Залѣскій. VII. Климатология и бальнеология—А. А. Лозинскій. VIII. Санит. техн.—инж. Е. Б. Контковскій. IX. Врачебно-санитарное законодательство—Н. Г. Фрейбергъ. Редакторъ проф. Г. В. Хлопинъ. Секретарь ред.: прив.-доц. Л. М. Горовицъ-Власова.

Въ журналѣ помѣщаются оригинальныя статьи, критическіе очерки и обзоры, рефераты русской и иностранной текущей литературы по названнымъ отдѣламъ, отчеты русскихъ научныхъ обществъ, занятыхъ разработкой вопросовъ гигиены и санитаріи, хроника, рецензіи и библиографія текущей медицинскою литературой.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА 10 руб., за границу 14 руб.

Подписка принимается: 1) въ канцеляріи Общ. Охр. Здравія, Демидовъ, 5; 2) въ книжномъ магазинѣ Риккера, Морская, 17; 3) въ книжн. магазинѣ Вольфа, Цевекій, 13, и Гостил. Дворъ, Суконая линия, 18, 15.

Адресъ секретари редакціи: Карповская, 20, кв. 27. Прив.-доц. Л. М. Горовицъ-Власова.

ДИЕТИЧЕСКІЕ ПРОДУКТЫ „АЛЛЕНБЭРИСЪ“

АНГЛИЙСКАЯ

МОЛОЧНАЯ ПИЩА
для грудныхъ дѣтей

-АЛЛЕНБЭРИСЪ-

ПОЛУЧАЮТСЯ БЛЕСТЯЩІЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Англиское Акц. О-во „Алленъ и Ганбурисъ (Россия)“ Москва.

Съ 1917 года выходитъ въ Томскѣ

ПОВРЕМЕННИКЪ

„ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСѢХЪ“

издаваемый Обществомъ физическаго развитія подъ редакціей д-ра В. С. Пирусскаго и посвященный вопросамъ здоровья и физическаго развитія. Будетъ выходить выпусками не менѣе 8 разъ въ годъ, кромѣ лѣтнихъ мѣсяцевъ.

Подписная плата на годъ съ пересылкой—
3 р. 60 к., на 1/2 года—1 р. 80 коп.

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ М. Я. Леманкина въ Томскѣ.

СИБИРСКИЙ ВРАЧЪ

Продолжается подписка на 1917 г.

УСЛОВІЯ

помѣщены на 1-й страницѣ.

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКІЙ ИНСТИТУТЪ

Имени Ивана и Зинаиды Чурныхъ
при Императорскомъ Томскомъ Университетѣ.

I. Сывороточное и вакцинное Отдѣленіе.

1. Противодифтерійная сыворотка, флаконы по 500, 1000 и 2000 единицъ антитоксина.
2. Противоклещевая сыворотка, флаконъ по 20 куб. с.
3. Противодифтерійная сыворотка, флаконъ по 10 куб. с.
4. Противострептококковая поливалентная сыворотка, флаконъ по 50 куб. с.
5. Противотетаническая сыворотка.
6. Скарлатинная вакцина, флак. по 5 к. с.
7. Гонкокковая вакцина, флаконъ по 1 к. с.
8. Стафилококковая вакцина флаконъ по 1 к. с.
9. Прогнозирующая вакцина (приготавливается во время эпидемій), флаконъ по 5 и 10 куб. с.
10. Протаногенная вакцина (приготавливается во время эпидемій), флак. по 5 и 10 куб. с.
11. Культуры бактерий, пробирка.
12. Питательная среда.

II. На Пастеровскомъ Отдѣленіи

Института приемъ укушенныхъ бѣшеными животными производится ежедневно въ 8 1/2 час. утра.

III. Производство реакцій Вассермана;

взятие крови по пожеланию съ 10 до 11 час. утра. При пересылкѣ сыворотки или cerebro-spinalной жидкости (по не мене 3 куб. с.) необходимо прибавлять къ нимъ 1—2 капли хлороформа.



ПИЛЮЛИ

КАСКАРА МИДИ

Каждая пилюля содержитъ по 0,12 водно-спиртной вытяжки изъ сердцевинныхъ лулей, луба и внутреннихъ слоевъ коры *Cascara Sagrada*, лишенной, благодаря нашему специальному способу приготовления (1884), находящагся въ ней масла (остраго и раздражающаго вещества) и по 0,10 свѣжаго порошка.

Пилюли **КАСКАРА МИДИ** могутъ быть назначены кормилицамъ и беременнымъ
примѣняются противъ

ОБЫЧНЫХЪ ЗАПОРОВЪ И СОПУТСТВУЮЩИХЪ ИМЪ РАЗСТРОЙСТВЪ.

Достаточно принимать по 2—3 пилюли за жаждемъ ужиномъ или передъ сномъ для того, чтобы установить ежедневный стулъ.

ОНѢ НЕ ВЫЗЫВАЮТЪ НИ КОЛИКЪ
НИ ПОНОСОВЪ.

Требовать подпись:

L. MIDY.

Аптека **MIDY**, основанная въ 1828 г., faubourg Saint-Honoré, 140, въ ПАРИЖѢ.

ПРОДАЮТСЯ въ РОССИИ въ лучшихъ аптекахъ и аптекарскихъ магазинахъ.

ОБРАЗЦЫ ПО ТРЕБОВАНІЮ.