

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. А. Н. КАЗЕМЪ-БЕНА.

ТОМЪ IV.

М А Р Т Ъ.

1904 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета

1904.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 24 апрѣля 1904 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

О самопомощи раненыхъ въ боевой линіи *).

Е. М. Идельсона,

старшаго врача Ветлужскаго резервнаго батальона.

Въ нашей беллетристикѣ, вскорѣ послѣ послѣдней русско-турецкой кампаніи, появился извѣстный коротенькій рассказъ Гаршина подѣ заглавіемъ „4 дня“. Въ этомъ рассказѣ, весьма талантливо, въ довольно живыхъ краскахъ, съ потрясающимъ реализмомъ, воспроизведена грустная картина психо-физическаго страданія раненаго Иванова, пролежавшаго въ кустахъ, послѣ одной стычки съ турками, 4 дня, въ ожиданіи какой нибудь врачебной помощи. Яркіе штрихи этого правдиво-художественнаго рассказа производятъ весьма удручающее впечатленіе на всякаго читателя. Но это впечатленіе несомнѣнно еще глубже врѣзывается въ душу и сердце каждаго, при мысли о томъ, что страданія героя этого рассказа представляютъ собою лишь только слабый намекъ, блѣдное отраженіе той печальной дѣйствительности, тѣхъ потрясающихъ ужасовъ, которыми усѣяно боевое поле, въ районѣ между линіей огня и перевязочными пунктами, гдѣ безнадежно-томящихся и алчущихъ помощи страдальцевъ, подобныхъ Иванову, насчитывается тысячами.....

Конечно, съ точки зрѣнія тактики и стратегіи, подобное явленіе считается неустранимымъ фактомъ роковой необходимости; *à la guerre comme à la guerre* говорятъ французы. Но едва-ли можно, едва-ли слѣдуетъ, безъ извѣстной борьбы, мириться съ этой горькой и печальной необходимостью, съ точки зрѣнія тѣхъ идеаловъ, которые имѣетъ предѣ собою гуманитарная медицина.

*) Читано въ засѣданіи Казанскаго военно-санитарнаго общества 27 Февраля 1904 года.

Великая заплата медицины, какъ извѣстно, заключается не въ одной только радикальной помощи, а также въ изыскиваніи всевозможныхъ средствъ, хотя-бы даже и палліативныхъ, для облегченія и уменьшенія страданія ближняго. Къ числу такихъ палліативовъ принадлежитъ также и вопросъ, о которомъ я буду имѣть честь докладывать въ сегодняшнемъ засѣданіи нашего общества, а именно: *насколько было бы желательнымъ и совмѣстимо съ условіями военного воспитанія солдата, популяризировать въ арміи, свѣдѣнія о самопомощи раненыхъ.*

Мысль объ организаціи самопомощи раненыхъ на полѣ сраженія далеко не новая; она высказывается, довольно часто, сплошь и рядомъ, въ специальной, военно-медицинской литературѣ, какъ нашими, такъ и заграничными, хирургами (Пироговымъ, Эсмархомъ, Бергманомъ, Шовелемъ, Люге, Павловымъ), изучавшими механику современныхъ огнестрѣльныхъ снарядовъ путемъ разнообразныхъ, экспериментальныхъ изслѣдованій. Мысль о самопомощи раненыхъ высказывается также подъ вліяніемъ тѣхъ солидныхъ и цѣнныхъ наблюденій, которыя сдѣланы многими военными врачами, за время недавно минувшихъ кампаній. Но этого мало! Все что относится къ облегченію участи раненыхъ; все что можетъ мало-мальски способствовать спасанію жизни бойцовъ на полѣ брани, безусловно достойно всенародной симпатіи и заботливости. Такой важный и жгучій вопросъ, какъ помощь раненымъ не долженъ исключительно трактоваться въ однихъ только специально научныхъ работахъ и руководствахъ, а заслуживаетъ, въ особенности теперь, въ виду объявленной войны, самаго широкаго, разносторонняго обсужденія и дѣятельнаго обмѣна мысли, во всѣхъ сферахъ общества и государства.

При новѣйшемъ, прогрессивномъ усовершенствованіи вооруженія современныхъ армій, весьма трудно и почти невозможно заранее ориентироваться, чтобы составить себѣ хотя приблизительное понятіе о тѣхъ человеческихъ жертвахъ, которыя потребуются при будущемъ враждебномъ столкновеніи миллионныхъ массъ. Превосходныя баллистическія качества продуктовъ ружейной техники придаютъ современному бою такой истребляющей и разрушительный характеръ, о которомъ въ прошлое, сравнительно недавнее, время даже смутнаго представленія не имѣли.

Сангвиническія надежды, возложенныя одно время на то, что новыя оболочечныя пули будутъ давать болѣе доброкачественныя пораненія, постигли заслуженное разочарованіе. Придуманная, одно время для оболочечной пули, эпитетъ *гуманный* можетъ быть названъ, ни больше ни меньше, какъ бессмысленнымъ абсурдомъ; ибо толковать о гуманности и милосердіи пули значило-бы все

равно, если бы мы стали доказывать, что рана, нанесенная острой бритвой, болѣе гуманна, чѣмъ рана, причиненная менѣе острымъ ножомъ. Напротивъ того, если судить о новыхъ огнестрѣльныхъ снарядахъ, по количеству поражаемыхъ ими жертвъ, то новая оболочечная пуля, пронизывающая по своей ударной силѣ, въ одво и тоже время, подрядъ нѣсколько человекъ, должна считаться несравненно болѣе губительною и смертною. Правда, въ ранахъ мягкихъ частей отъ новой оболочечной пули, мы имѣемъ, въ дальнѣйшихъ зонахъ пораженія, сравнительно болѣе гладкіе, ровные и чистые пулевые каналы и слѣдовательно болѣе благоприятное теченіе, чѣмъ при пораненіяхъ, нанесенныхъ старыми, свинцовыми, легко деформирующимися пулями; но за то, съ другой стороны, ранамъ отъ оболочечной пули угрожаетъ несравненно болѣе опасность отъ первичныхъ, тяжелыхъ кровотеченій, вслѣдствіе срѣзыванія этими пулями кровеносныхъ сосудовъ. По мнѣнію компетентныхъ военно-полевыхъ хирурговъ (Бергманъ ¹⁾, Шовель Нимье ²⁾ старая, мягко-свинцовая пуля, при ихъ прежней, сравнительно меньшей первоначальной скорости, какъ будто нѣсколько щадили кровеносные сосуды, обладающіе извѣстной эластичностью. Экспериментальныя изслѣдованія, произведенныя надъ трупами по порученію Прусскаго военнаго министерства, показали на 1000 препаратовъ, что огнестрѣльныя раны мягкихъ частей отъ панцyrной пули дали въ 9 процентахъ такое разрушеніе сосудовъ, которое на живыхъ, безъ сомнѣнія вызвало бы весьма обильное и опасное для жизни кровотеченіе. Въ этомъ отношеніи не лишень также интереса фактъ, сообщенный докторомъ Фаберомъ, изъ послѣдней Китайской кампаніи, гдѣ приходилось во время одвой стычки, разстрѣливать бомсеровъ на весьма близкомъ разстояніи. Непосредственное изслѣдованіе труповъ, убитыхъ на полѣ сраженія, показало, что большинство изъ нихъ погибло отъ сильнаго кровотеченія, вслѣдствіе рванія сосудовъ. Профессоръ хирургіи Китнеръ ³⁾ какъ участникъ 3-хъ послѣднихъ кампаній: Греческо-Турецкой, Англо-Бурской и послѣдней Китайской, имѣлъ возможность наблюдать дѣйствіе разнообразныхъ огнестрѣльныхъ снарядовъ на характеръ, получаемыхъ ранъ. Греческая война, какъ извѣстно, велась преимущественно старыми, мягко-свинцовыми пулями; въ Южной Африканской кампаніи напротивъ было въ ходу, въ широкихъ размѣрахъ, огнестрѣльное оружіе, самой новѣйшей техники. Китайская же война

¹⁾ Klinisches Jahrbuch 1902. Vorträge über aezfliche Kriegeswissenschaft Y. 107.

²⁾ Шовель и Нимье. Руководство къ военно-полевой хирургіи Т. I. Стр. 298.

³⁾ Klinisches Jahrbuch 1902. Сатья Китнера.

давала пораненія отъ оружія, самой разнообразной конструкціи, начиная отъ старинныхъ стрѣлъ и ружей, начиненныхъ кусками стекла до многозарядной скорострѣлки включительно. Давая сравнительную оцѣнку вліянія разнообразныхъ снарядовъ, профессор Китперъ также подтверждаетъ мнѣніе, что панцырные пули даютъ несравненно больше случаевъ тяжелыхъ, первичныхъ кровотеченій, чѣмъ пули изъ мягкаго свинца.

Военный хирургъ, докторъ Люге ¹⁾ также говоритъ, что современные малокалиберныя пули разрываютъ кровеносныя сосуды въ такой формѣ, что выбиваются изъ послѣднихъ цѣлые куски; такъ что сосуды зіяютъ и нѣтъ никакой возможности ихъ соединять. Такимъ образомъ старая аксіома, установленная въ полевой хирургіи Штроммейромъ и другими, что огнестрѣльныя ранѣ даютъ чаще послѣдовательное, чѣмъ первичное кровотеченіе (*nicht bluten, sondern nachbluten*) менѣе подтверждается наблюденіями новѣйшаго времени. Поэтому опасность отъ современныхъ пуль, благодаря болѣе частому первичному кровотеченію, значительно увеличится въ будущей войнѣ.

Что касается вліянія новыхъ огнестрѣльныхъ снарядовъ на раны костей, вслѣдствіе уменьшенія калибра пули, то опять таки гуманность отъ этого нисколько не выиграетъ. Опыты, произведенныя съ 5 миллиметровыми пулями доказали, что раздробленіе черепа и діафизовъ трубчатыхъ костей нисколько не уменьшилось, особенно на недалекихъ дистанціяхъ. Даже суставные концы, не только давали осколки съ нарушеніемъ непрерывности кости, но также получались и косые переломы, тянущіеся вплоть до діафизовъ. Относительно крупныхъ нервныхъ стволовъ конечностей, профессор Китперъ ²⁾ утверждаетъ, что они также подвергнутся болѣешему разрушенію отъ панцырной, чѣмъ отъ мягкосвинцовой пули.

Наконецъ новое, усовершенствованное ружье дало намъ, за время послѣднихъ войнъ, такія пораненія, которыя прежде встрѣчались весьма и весьма рѣдко, а именно раненія по продольной оси тѣла. Нѣтъ сомненія, что подобнаго рода раны весьма губительны, такъ какъ онѣ причиняютъ громадное разрушеніе тканей на значительномъ районѣ. Пуля, напримѣръ, попадаетъ въ плечо, проходитъ по всей спинѣ и задней поверхности бедра и застрѣваетъ въ подколенной ямкѣ. Послѣ сраженія при С.-Яго ³⁾ въ одномъ изъ полевыхъ госпиталей на 147 раненыхъ было насчитано 15 (10%) съ продольными ранами. Причина подобныхъ

¹⁾ Лекціи по полевой хирургіи D r L. Luhe переводъ Вержбицкаго С.-Петербургъ 1900 г. Стр. 76.

²⁾ I. c.

³⁾ В. Мед. Журналъ 1904 г. февраль.

пораженій вполне объясняется современнымъ способомъ стрѣльбы, въ лежачемъ положеніи.

При оцѣнкѣ вліянія современныхъ огнестрѣльныхъ снарядовъ, необходимо также принять во вниманіе ихъ дальнобойность и настильность. Дальнобойность современного оружія, при бездымномъ порохѣ, охватываетъ громадный районъ отъ 5 до 7000 метровъ. Въ предѣлахъ этого широкаго пространства, все живое гибнетъ и становится неспособнымъ къ продолженію боя. Настильность полета снарядовъ и мѣткость стрѣльбы вынуждаютъ даже стрѣлковыя цѣпи двигаться въ разсыпномъ строѣ, перебѣжками и ползкомъ искать спасенія въ складкахъ мѣстности, пользуясь при этомъ различными способами самоокапыванія. Для того, что бы представлять противнику наименьшую площадь прицѣла, стрѣлкамъ приходится открывать огонь лежа, въ канавкахъ. Нередко также трупы убитыхъ товарищей служатъ брустверомъ и защитой для стрѣлковъ, какъ это было подъ Гравелотомъ и въ кровавые Августовскіе дни, при атакѣ Зеленыхъ Горъ подъ г. Шлевной ¹⁾.

Спрашивается, при такихъ условіяхъ современнаго веденія боя, неужели можно рассчитывать на то, что носильщики будутъ имѣть хоть какую нибудь возможность своевременно, подъ убійственнымъ, настильнымъ и мѣткимъ огнемъ, подбирать и уносить раненыхъ, изъ линіи огня на передовой перевязочный пунктъ, который, безъ сомнѣнія, также будетъ устраиваться на болѣе отдаленномъ разстояніи. Вѣдь группы носильщиковъ, во время переноски раненаго, при держаніи его на высотѣ 1 или 1¹/₂ аршина надъ землею, уже представляетъ собою весьма, хорошую, поражаемую цѣль для современнаго оружія. Да, и въ тактическомъ отношеніи, едвали выгодно выставять для непріятельскихъ выстрѣловъ хорошую мишень, въ лицѣ носильщиковъ, могущихъ кромѣ того обнаруживать непріятелю расположеніе резервовъ, позади или около которыхъ обыкновенно избираются мѣста для передовыхъ перевязочныхъ пунктовъ.

Въ прошлую Русско-турецкую кампанію, по свидѣтельству многихъ врачей ²⁾, уборка раненыхъ, изъ линіи огня, во многихъ сраженіяхъ, становилась совершенно невозможной. Не только передовые но и главные перевязочные пункты, располагавшіеся въ значительномъ отдаленіи отъ центра боя, подвергались дѣйствию артиллерійскихъ снарядовъ. Въ такомъ опасномъ положеніи находился дивизионный лазаретъ 9 пѣхотной дивизіи, на Шибѣѣ, гдѣ шатры лазареты пронизывались гранатами. На главномъ перевязочномъ пунктѣ 33 пѣхотной дивизіи, въ Руцукскомъ отрядѣ, во

¹⁾ Развѣдчикъ. Воспоминанія Паренсова 1903 г.

²⁾ Военно-медицинскій отчетъ за войну съ Турціей 1877—78 г.г. Изданіе подъ редакціей д-ра Козлова.

время дѣла при Кацелево-Аблавѣ, непріятельскіе снаряды разрывались на площадкѣ, гдѣ подавалось медицинское пособіе; при этомъ былъ убитъ раненый и врачъ контуженъ осколкомъ граваты въ грудь. 30 Ноября подъ Тростеникомъ и Мечкой, недалеко отъ перевязочнаго пункта, позади гдѣ находились врачи 12 корпуса, были ранены посторонніе, непричастные къ военнымъ дѣйствіямъ люди, какъ дивизионный переводчикъ и шталмейстеръ Его Высочества Великаго Князя Владиміра Александровича. Исходъ этихъ раненій былъ смертельный. 30 Августа при атакѣ Зеленыхъ Горъ, Генераль Скобелевъ приказалъ передовымъ перевязочнымъ пунктамъ своего отряда передвинуться поближе къ боевой линіи и я былъ очевидцемъ, какъ раненые поражались вторично ружейными пулями. Состоявшій при мнѣ эскадронный фельдшеръ Тараненко былъ убитъ осколками граваты. Фактъ этотъ я помню вызвалъ переполохъ, среди санитарнаго персонала. Для восстановленія спокойнаго настроенія и правильной дѣятельности работавшаго санитарнаго персонала пришлось, съ разрѣшенія генерала Скобелева, отдвинуть перевязочный пунктъ обратно, на прежнее его мѣсто, внѣ сферы ружейнаго огня. Случаи вторичнаго раненія на передовомъ перевязочномъ пунктѣ приводятся также докторомъ Зороастровымъ, въ своемъ описаніи санитарной службы, послѣдней Китайской кампаніи ¹⁾.

Какъ участникъ прошлой Русско-турецкой кампаніи, работавшій все время на передовыхъ перевязочныхъ пунктахъ, при самыхъ разнообразныхъ тактическихъ условіяхъ, я вынесъ глубокое убѣжденіе, что помощь раненымъ на передовыхъ пунктахъ никоимъ образомъ не могла, пожалуй и въ будущемъ не можетъ быть организовава, по заранѣ выработаннымъ, уставнымъ формамъ и извѣстнымъ правиламъ, сочиняемымъ въ мирное время, путемъ кабинетнаго размышленія. Полковому перевязочному пункту не можетъ быть указано опредѣленное мѣсто на боевомъ полѣ. Выборъ мѣста подъ перевязочный пунктъ, въ смыслѣ того или другаго разстоянія отъ линіи огня, всегда колеблется въ широкихъ размѣрахъ и находится въ зависимости отъ многообразныхъ, непредвидѣнныхъ случайностей, подчасъ даже помимо распоряженія отрядныхъ начальниковъ. Очень часто выборъ мѣста подъ перевязочный пунктъ исключительно зависѣлъ отъ психическаго состоянія самыхъ раненыхъ и носильщиковъ, собиравшихся инстинктивно группами въ болѣе или менѣе безопасныхъ отъ выстрѣловъ мѣстахъ. Что же касается флага краснаго креста и Женевскаго нарукавника, то едвали можно рассчитывать на ихъ защиту въ боевой линіи, не говоря о войнѣ съ дикимъ народомъ, но даже и при условіи, если воюющія стороны принадлежать къ культурнымъ

¹⁾ Военно-Медицинскій журналъ 1901. Май.

націямъ, признающимъ нейтральность раненныхъ и санитарнаго персонала. Лучшею иллюстраціею въ данномъ случаѣ могутъ намъ служить нѣкоторые факты Франко-прусской войны 70-года. Докторъ Berdy устроилъ свой перевязочный пунктъ у Резонвиля, подъ прикрытіемъ домовъ, но былъ окруженъ огнемъ неприятельской кавалеріи и убитъ. 18 Августа. 2 подвижныхъ лазарета, считавшіе себя въ безопасности, въ Сень-Прива, очутились вскорѣ въ самомъ центрѣ боя и одинъ изъ этихъ лазаретовъ былъ сожженъ прусской артиллеріею и раненные едва могли выбраться оттуда. Въ сраженіи при Фрешвиле, подвижной лазаретъ 1 французскаго корпуса устроился въ деревянной церкви, докторъ Legouve работалъ тамъ подъ градомъ неприятельскихъ снарядовъ. Старшій врачъ 2 Стрѣлкового баталіона Miliot, убитъ на повалѣ у самаго входа. Одинъ изъ врачей тяжело раненъ и въ заключеніе, горѣвшая переква обрушилась, такъ что многіе раненные погибли тутъ же. 16-го Августа 70-го года германскій полевой лазаретъ, устроенный на одномъ дворѣ, во время боя при Вюнвиля, загорѣлся отъ неприятельскаго огня и сгорѣлъ вмѣстѣ съ больными.

Докторъ Герцъ ¹⁾, описывая санитарно-полевую службу у англичанъ, во время Англо-бурской войны, приводитъ слѣдующіе случаи: санитарный Маіоръ Ситтонъ, при сраженіи подъ Паардебергомъ, былъ раненъ въ бедро, въ то время, когда онъ перевязывалъ раненаго на полѣ сраженія. Санитарный капитанъ Мууресъ, при битвѣ у рѣки Моддеръ, былъ раненъ въ руку. Лейтенантъ Оврэтъ, при сраженіи у Питерсъ-Гиля, 27 Февраля 1900 года, былъ раненъ въ голову, въ то время, когда онъ, стоя на колѣнахъ, перевязывалъ раненаго и въ такомъ положеніи санитаръ этотъ остался мертвымъ.

Помимо того, что носильщикамъ, во время боя, невозможно будетъ справляться уборкой раненныхъ, подъ вліяніемъ современнаго вооруженія и характера боя, сама численность команды носильщиковъ, по существующимъ положеніямъ о санитарно-полевой службѣ, далеко не можетъ соответствовать среднему числу раненныхъ, встрѣчающемуся во время большихъ сраженій, какъ напримѣръ при Чикамагѣ, Седанѣ, Плевнѣ и многихъ другихъ, гдѣ потери достигали отъ 30 до 44% наличнаго состава. Въ литературѣ, на этотъ счетъ, существуетъ довольно много опытовъ и статистическихъ выкладокъ; многіе военные врачи пробовали вычислять, сколько потребуется времени, рабочихъ силъ и рукъ для уборки и переноски раненныхъ на перевязочные пункты и всѣ изслѣдователи единогласно приходятъ къ тому заключенію, что организація санитарной помощи въ боевой линіи не будетъ на-

¹⁾ Der Sanitätsdinst bei der englischen Armee im Kriege gegen die Buren Dr Leopold Herz Wien 1902.

ходиться на желаемой высотѣ и вслѣдствіе недостаточнаго отношенія штата носильщиковъ и санитарнаго персонала къ среднимъ цифрамъ раненыхъ. Пироговъ, ¹⁾ въ своемъ отчетѣ о Франко-прусской войнѣ, возмущается вопіющимъ недостаткомъ носильщиковъ на поляхъ сраженія, и подводя итогъ всѣмъ собраннымъ объ этой войнѣ даннымъ, Пироговъ приходитъ къ тому заключенію, что участь раненыхъ, въ районѣ между боевой линіей и ближайшими лечебными заведеніями, нисколько ни измѣнилась къ лучшему, противъ прежнихъ войнъ. Надо замѣтить, что подобное мнѣніе составилось послѣ того, какъ у нѣмцевъ была введена хваленая, новая организація санитарно-полевой службы, по которой врачи должны были слѣдовать въ огонь, вмѣстѣ со своими частями.

Профессоръ Бильротъ и извѣстный военно санитарный импровизаторъ, докторъ Портъ ²⁾ высказываютъ напримѣръ, что для своевременной уборки раненыхъ потребуется такая масса носильщиковъ, изъ которыхъ можно будетъ составить другую, не дерущуюся, но весьма многочисленную армію.

Но подобныя мнѣнія должны быть отнесены къ числу благочестивыхъ, но мало осуществимыхъ, желаній и едва ли примѣнимыхъ на практикѣ, съ точки зрѣнія военной тактики; ибо всякое непомѣрное увеличеніе нестроевого элемента въ арміи понижаетъ ея боевыя качества и весьма невыгодно отражается на подвижность ея и слѣдовательно на успѣшность военныхъ дѣйствій.

Такимъ образомъ, въ силу приведенныхъ фактовъ и соображеній, необходимо сознаться, что всѣ попытки и стремленія оказывать быструю помощь раненымъ на линіи огня, во время боя, встрѣтятъ массу неопределимыхъ затрудненій, при самомъ искреннемъ и добросовѣстномъ самопожертвованіи со стороны санитарнаго персонала.

Отсюда понятно вытекаетъ та мысль, которая и высказывается всѣми военными хирургами (Пироговымъ ³⁾, Павловымъ ⁴⁾ а также Ватсономъ Чэйномъ и Жираромъ) на основаніи опыта послѣднихъ войнъ (Испанско-американской и Южно-африканской) что на будущихъ поляхъ сраженія, раненые на первыхъ порахъ, въ первый моментъ пораженія, не должны исключительно ожидать скорой помощи со стороны перевязочныхъ пунктовъ и санитарнаго персонала и въ силу необходимости вынуждены будутъ так-

¹⁾ Н. И. Пироговъ. Отчетъ о посѣщеніи военно-санитарныхъ учреждений въ Германіи и Лотарингіи С.-Петербургъ 1871 г.

²⁾ D-r Julius Port. den Kriegesverwundeten, ihr Recht.

³⁾ Военно-врачебное дѣло и частная помощь.

⁴⁾ Павловъ. О значенія вооруженія арміи малокалиберными ружьями въ военно-санитарномъ отношеніи.

же рассчитывать и надѣяться на самого себя. Поэтому подготовленіе этой самопомощи въ арміи въ мирное время является весьма насущной потребностью.

Спрашивается въ какой, собственно говоря, формѣ можетъ выразиться подготовка самопомощи раненыхъ въ боевой линіи, для того чтобы ожидать отъ этой самопомощи какой нибудь конкретной пользы, для дальнѣйшей судьбы раненыхъ. Конечно было бы странно видѣть въ самопомощи какую нибудь панацею при тѣхъ крупныхъ, тяжелыхъ, роковыхъ поврежденіяхъ, при которыхъ раненые находятся въ безнадежномъ состояніи и вовсе не нуждаются ни въ какой врачебной помощи; какъ напримѣръ при пораненіяхъ большими артиллерійскими снарядами внутреннихъ, центральныхъ и важныхъ для жизни органовъ, но за то, въ цѣломъ рядѣ поврежденій, какъ напримѣръ, при ранахъ конечностей и поверхностныхъ мягкихъ частей туловища, умѣлая и рациональная самопомощь можетъ до извѣстной степени, повліять на дальнѣйшую участь раненаго и давать извѣстное пониженіе процента смертности и инвалидности среди многихъ и многихъ раненыхъ на полѣ сраженія.

Если обратимся къ статистическимъ даннымъ полевой хирургіи, собраннымъ хирургомъ Фишеромъ за главнѣйшія кампаніи прошлаго столѣтія, начиная съ Аустерлица и кончая Плевной, мы увидимъ, что всѣ вообще огнестрѣльные раны распределяются по различнымъ областямъ тѣла слѣдующимъ образомъ: Средняя частота раненій головы и шеи равна 13,8%, тѣловища 18%; конечностей верхнихъ и нижнихъ 67%, а по Китверу 75%. Такимъ образомъ $\frac{3}{4}$ всѣхъ огнестрѣльныхъ пораненій выпадаютъ на долю конечностей, при которыхъ самопомощь можетъ, до извѣстной степени, оказывать весьма существенное вліяніе на дальнѣйшее теченіе раны и судьбу раненаго.

Основная задача, при проведеніи и распространеніи принципа самопомощи, сводится главнымъ образомъ къ тому, чтобы всѣ воинскіе чины, въ мирное время, поголовно были ознакомлены съ вѣсболѣе опасными явленіями, съ которыми прежде всего приходится встрѣчаться раненому, непосредственно за катастрофой, въ первый моментъ пораненія.

Самая главная опасность угрожаетъ раненому, во 1-хъ отъ *кровотеченія* изъ болѣе или менѣе крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ и во 2-хъ отъ *зараженія раны*. Что касается кровотеченія, то какъ разъ и умѣлая самопомощь можетъ оказывать раненому огромную, неоцѣнимую услугу; ибо правильная врачебно-хирургическая помощь, т. е. перевязка сосудовъ не мыслима, по мнѣнію всѣхъ хирурговъ, не только на линіи огня, но даже и на передовомъ перевязочномъ пунктѣ, при наличности врачей, которыхъ

въ данномъ случаѣ, приходится также ограничиваться одной только временной помощью, т. е. прижатіемъ кровоточащаго сосуда, до поступленія раненаго въ лечебное заведеніе. Въдъ собственно говоря, передовой или такъ называемый полковой перевязочный пунктъ *de facto*, во время хода сраженія и различныхъ фазисовъ боя, не можетъ находится въ одномъ и томъ же неизмѣняемомъ положеніи, для обезпеченія своевременной помощи. Выборъ мѣста для передовой помощи раненымъ зависитъ отъ многообразныхъ условий и непредвидѣнныхъ случайностей и никоимъ образомъ не укладывается въ тѣ шаблонныя рамки, которыя обыкновенно рекомендуются въ руководствахъ по военной хирургіи и въ уставахъ и положеніяхъ. Прекрасно припоминаю, какъ при 3-ей атакѣ Плевны 26 Августа, придвигаясь ночью съ полкомъ къ позиціи, я на разсвѣтѣ расположился своей лазаретной линейкой для подачи помощи, по всѣмъ правиламъ положенія т. е. близко къ колодезю, въ закрытой мѣстности, Тученицкаго оврага и не далеко отъ дороги, ведущей къ главному перевязочному пункту, назначенному въ 5 верстахъ позади. Но вскорѣ, не больше какъ за $\frac{1}{2}$ часа, до подачи сигнала къ общей артиллерійской атакѣ, проѣхавшій мимо меня артиллерійскій офицеръ обратилъ мое вниманіе на то, что колодезь и оврагъ хорошо пристрѣлены турками и что 18 Іюля при 2 Плевенской атакѣ, на этомъ самомъ мѣстѣ было много убитыхъ и раненыхъ и поэтому совѣтовалъ мнѣ удалиться оттуда. И дѣйствительно къ вечеру того же дня, мнѣ представились случаи убѣдиться въ благоразуміи даннаго совѣта; такъ какъ мнѣ попадались раненые, случайно проѣзжавшіе мимо упомянутаго мѣста. Въ числѣ ихъ былъ казачій офицеръ, посланный генераломъ Скобелевымъ съ приказаніемъ. Офицеръ этотъ былъ контуженъ гранатой въ области селезенки, отчего на 2 день и умеръ.

Принимая сказанное въ соображеніе, надо думать, что если хирурги утверждаютъ, что на главныхъ перевязочныхъ пунктахъ весьма рѣдко попадаютъ раненые, которымъ приходится перевязывать сосуды для остановки кровотечения, то это именно и потому, что раненые погибаютъ отъ потери крови до поступленія на главный перевязочный пунктъ, или ближайшій полевой госпиталь. Поэтому въ высшей степени важно и желательно, чтобы всѣ безъ исключенія воинскіе чины обучались разнообразнымъ приемамъ и способамъ остановки кровотечения, путемъ временнаго прижатія сосудовъ.

Обученіе это представляетъ собою далеко не такое сложное, и мало доступное пониманію, дѣло, какъ это казалось бы съ перваго взгляда и оно можетъ быть усвоено, за малымъ исключеніемъ,

каждымъ солдатомъ, не меньше, пожалуй, чѣмъ сборка и разборка ружья, чѣмъ приклада и прицѣлка.

Еще Пироговъ, изъ практики во время Крымской кампаніи, рассказываетъ, что простые госпитальные служители помогали ему при операціяхъ, прижимать кровоточащіе сосуды.

Однимъ изъ лучшихъ способовъ для остановки кровоточенія служить въ настоящее время, какъ извѣстно, резиновый бинтъ или резиновый жгутъ Эсмарха, и поэтому всѣ воинскіе чины, не только должны умѣть обращаться и примѣнять, въ случаѣ надобности, этотъ простой и весьма остроумный бинтъ, но крайне желательно, чтобы послѣдній былъ необходимымъ атрибутомъ солдатскаго снаряженія, въ формѣ подтяжки или пояса.

По существующему у насъ положенію о врачебномъ неприкосновенномъ запасѣ, кровоостанавливающій бинтъ Эсмарха отпускается на пѣхотный полкъ по военному составу, въ количествѣ 106 бинтовъ, по числу фельдшерскихъ и санитарныхъ сумокъ. Подобное количество кровоостанавливающихъ бинтовъ должно считаться крайне недостаточнымъ, въ виду вышеназложенныхъ свойствъ нынѣшней малокалиберной пули и невозможной, своевременной помощи раненымъ въ боевой линіи, со стороны носильщиковъ и врачей.

Не меньшая, если не большая, угрожаетъ опасность раненымъ на полѣ битвы, отъ условій зараженія и загрязненія раны. Съ перваго взгляда, опасность отъ зараженія раны не такъ очевидна и не такъ рѣзко бросается въ глаза, но за то она даетъ себя знать и чувствовать своимъ губительнымъ вліяніемъ впоследствии, при дальнѣйшемъ теченіи всякой раны, отъ степени загрязненія, которой безусловно зависитъ тотъ или другой исходъ пораненія, тотъ или другой процентъ смертности. Въ лѣтописяхъ военно-полевой хирургіи накопилось слишкомъ много грустныхъ фактовъ, свидѣтельствующихъ о томъ неблагопріятномъ теченіи, о тѣхъ печальныхъ исходахъ, которыми всегда отличались поврежденія, получаемыя во время войны. Еще до знаменитаго отца военной хирургіи Амбруазъ-Парэ, раны, получаемыя на войнѣ, по своему неблагопріятному теченію, всегда считались отравленными и леченіе ихъ поэтому носило на себѣ въ высшей степени героическій, можно сказать, варварскій характеръ. Раны заливались кипящимъ масломъ и энергически прижигались. Въ теченіе продолжительнаго періода времени дѣятельность военныхъ хирурговъ, преимущественно вращалась въ сферѣ однихъ только лечебныхъ приѣмовъ; все вниманіе сосредоточивалось на усовершенствованіи различныхъ способовъ и методовъ леченія. Въ зависимости отъ господствовавшихъ въ медицинѣ, тѣхъ или другихъ теорій и возрѣній на патологическіе процессы, мѣнялись также и приемы хирургическаго леченія. Благодаря этому, въ

исторіи военной хирургіи можно встрѣтить самые разнообразныя, подчасъ даже діаметрально-противоположныя, способы леченія, отъ энергическихъ отчаянныхъ прижиганій и расщепленій ранъ, посредствомъ глубокихъ и широкихъ разрывовъ, до принципа полного невмѣшательства включительно. Но вопреки громаднымъ успѣхамъ въ технику оперативныхъ приѣмовъ, въ дѣлѣ леченія раненыхъ на войнѣ незамѣтно было никакого прогресса, ни одного шага впередъ. Раненые погибали во время Крымской кампаніи въ такихъ же широкихъ размѣрахъ, какъ и въ эпоху Наполеоновскихъ войнъ. Искуснѣйшее оперативное пособіе талантливыхъ хирурговъ сводилось къ нулю. Судьба раненыхъ всегда имѣла плачевный исходъ; результаты получались убійственныя; смертность достигала ужасающихъ размѣровъ. Великій Пироговъ, своимъ гениальнымъ умомъ, еще задолго до Листеровской антисептики, во время Крымской кампаніи, постигъ истинную причину тѣхъ величайшихъ бѣдствій и ужасовъ, которымъ подвержены раненые на войнѣ. Идея о *конституции* госпиталей, причинявшая безсмертному Пирогову столько горя и непріятностей; идея эта, за которую многіе изъ противниковъ называли его сумашедшимъ, должна считаться исходнымъ пунктомъ и первымъ провозвѣстникомъ того принципа, что главнымъ условіемъ правильной организаціи помощи раненымъ заключается въ *мракахъ, предохраняющихъ раны отъ зараженія*.

Со время послѣдней Русско-турецкой кампаніи, наступила новая эра въ дѣлѣ леченія раненыхъ на войнѣ. Во время этой кампаніи явились первыя попытки примѣненія обеззараживающаго метода леченія. Съ тѣхъ поръ, идея о громадномъ значеніи антисептики все болѣе и болѣе стала проникать въ сознаніе врачей и, благодаря этому открытію, мы видимъ, что въ цѣломъ рядѣ послѣдующихъ войнъ: Босно-Герцоговинской, Сербско-Болгарской, Японско-Китайской, Испанско-Американской, Англо-Бурской теченіе, а также исходъ огнестрѣльныхъ поврежденій давали невѣроятно-блестящіе результаты. Процентъ смертности значительно понизился даже при такихъ гяжелыхъ поврежденіяхъ, о благополучномъ исходѣ которыхъ прежде даже и мечтать не смѣли, какъ на примѣръ: при ранахъ полостей грудной, брюшной и коленного сустава. Но для того, чтобы благотворное вліяніе обеззараживающаго способа леченія ранъ давало намъ наилучшіе результаты, мы должны усерднѣйшимъ образомъ стремиться къ тому, чтобы раны предохранялись отъ зараженія, съ *перваго момента* полученія ихъ. Первая повязка, говоритъ извѣстный хирургъ Фолькманнъ рѣшааетъ участь раненаго. Одно только прикосновеніе грязнаго пальца можетъ имѣть смертоносное вліяніе на теченіе раны. Одинъ кончикъ загрязненнаго пальца можетъ погубить самые луч-

шіе результаты оперативнаго пособія, говорилъ Бильротъ. Всѣ выдающіеся военные хирурги на основаніи своихъ наблюденій, вынесенныхъ изъ послѣднихъ 5 кампаній, послѣ Русско-турецкой, единогласно придаютъ огромное значеніе раннему накладыванію антисептической повязки, защищающей рану отъ пропитанія туда и развитія болезнотворныхъ агентовъ. Поэтому одна изъ основныхъ задачъ санитарной помощи, насколько таковая вообще можетъ проявляться въ боевой линіи, заключается именно въ томъ, чтобы получаемыя раны доставлялись въ первое лечебное заведеніе, въ руки хирурга, въ незараженномъ состояніи.

Единственнымъ пока палліативомъ для предохраненія ранъ отъ зараженія, до поступленія въ лечебное заведеніе, служитъ намъ личный перевязочный антисептический пакетъ, который въ настоящее время введенъ почти во всѣхъ культурныхъ арміяхъ и который можетъ быть накладываемъ самимъ раненымъ, или ближайшимъ товарищемъ, непосредственно послѣ раненія. Въ антисептическомъ пакетѣ мы приобретаемъ ту громадную выгоду для раненыхъ, что на пунктахъ передовой помощи не показываются теперь зондированіе ранъ, разыскиваніе и удаленіе огнесрѣльныхъ снарядовъ, какъ это практиковалось во время прежнихъ войнъ. Благодаря антисептической перевязкѣ, не приходится теперь наскоро и необдуманно рѣшать вопросъ о томъ, слѣдуетъ ли прибѣгать къ немедленной хирургической помощи или можно ограничиваться консервативнымъ методомъ леченія. А это чрезвычайно важно; такъ какъ участь раненаго, безъ сомнѣнія, всегда много зависитъ отъ того или другого рѣшенія хирурга. Кромѣ того, удачно наложенные антисептическіе пакеты дадутъ значительную экономію во времени и работѣ въ ближайшихъ, къ боевой линіи, лечебныхъ заведеніяхъ, которыя обыкновенно бывають переполнены ранеными.

Чтобы не утомлять Вашего вниманія, я не буду здѣсь много говорить о тѣхъ или другихъ качествахъ о той или другой практической пригодности личнаго перевязочнаго пакета для санитарно-полевыхъ цѣлей. Для этого я лучше продемонстрирую въ натурѣ пакеты всѣхъ Европейскихъ армій и только упомяну здѣсь мимоходомъ, что введенный недавно у насъ перевязочный пакетъ, по своей портативности, вѣшней его отдѣлкѣ, укупоркѣ и антисептичности можетъ считаться превосходнымъ и исполнѣннымъ. Но жаль, что размѣръ его приспособленъ только къ небольшимъ, мелкимъ ранамъ на конечностяхъ. Весьма желательно было бы имѣть перевязочный пакетъ различныхъ размѣровъ, въ процентномъ отношеніи къ частотѣ ранъ, встрѣчаемыхъ на различныхъ частяхъ тѣла. Отсутствие протектива въ нашемъ пакетѣ должно быть причислено скорѣе къ его достоинствамъ, чѣмъ недостаткамъ. Изъ наблюденій сдѣлап-

ныхъ хирургомъ Ватсонъ-Чэйномъ¹⁾ во время Англо-бурской войны видно, что огнестрѣльные раны имѣли тамъ прекрасное, весьма доброкачественное, теченіе, и Чэйнтъ приписываетъ это вліанію климатическихъ условій, отличающихся значительною сухостью воздуха. Протективъ же мѣшаетъ быстрому испаренію влаги изъ раны и потому скорѣе задерживаетъ заживленіе ея. Что же касается обеззараживающаго дѣйствія пакета на рану, то разъ онъ пропитанъ сулемой, то не требуется уже прибавленія къ нему антисептическаго порошка для задерживанія развитія микробовъ въ ранѣ и окрестности ея. Нашъ перевязочный пакетъ, пролетавшій около 8 мѣсяцевъ у меня въ приемномъ покоѣ и въ кабинетѣ, гдѣ перебиваютъ всевозможные инфекціонные болѣзны, при бактериологическомъ изслѣдованіи и посѣвахъ, произведенныхъ докторомъ Мелкихъ, не получалось никакихъ колоній. Кромѣ того необходимо замѣтить, что количество пакетовъ (1300 на пѣхотный полкъ) слишкомъ недостаточно. Слѣдовало бы имѣть число пакетовъ по наличному составу людей въ полку, по военному времени. Недавно было предложено однимъ австрійскимъ военнымъ грачемъ, поклонникомъ асептики, стерилизованные перевязочные пакеты въ герметически-запаиваемыхъ жестянкахъ; но подобное изобрѣтеніе едва ли можетъ имѣть практическую цѣнность: такъ какъ откупориваніе запаиваемой жестянки потребуетъ нѣкотораго усилія со стороны раненаго и кромѣ того, если держаться строгой асептики, то ужъ разумѣется понадобится имѣть съ собою походные стерилизаторы, при войсковыхъ частяхъ, что весьма можетъ осложнять санитарно-полевую дѣятельность на перевязочныхъ пунктахъ. Такимъ образомъ нашъ антисептическій пакетъ въ этомъ отношеніи имѣетъ громадное преимущество предъ асептическимъ.

И такъ вся программа свѣдѣній, которая желательно было бы распространять между всеми воинскими чинами арміи, исчерпывается, собственно говоря, 2 главными элементами самопомощи раненыхъ, *умнѣемъ со стороны раненаго временно останавливать кровотеченіе и сбереженіемъ полученной раны отъ загрязненія*. Само собою разумѣется, что различные способы и методы изложенія правилъ самопомощи во многомъ зависятъ, какъ и при всякомъ преподаваніи, отъ находчивости и умѣнья руководителей популяризовать эти свѣдѣнія въ формѣ, вполне доступной общему пониманію. Въ послѣднее время въ военно-медицинской прессѣ стало являться не мало различныхъ способовъ нагляднаго преподаванія нижнимъ чинамъ правилъ самопомощи. Къ числу ихъ относятся разнообразныя рисунки съ краткими поясненіями правилъ самопомощи на манеръ солдатской *памятки* и наипростѣйшіе

¹⁾ Военно-медицинскій журналъ 1903. Январь стр. 142.

приборы, на которыхъ можно наглядно показать принципъ прижатія кровотокающихъ сосудовъ на конечностяхъ, накладываніе перевязочнаго пакета на раны и примѣненіе шинъ при переломахъ. Подобнаго рода импровизація можетъ быть варіирована, не безъ пользы для дѣла, на всевозможные лады, при желаніи конечно руководителей работать въ этомъ направленіи.

Что касается времени, требующагося для ознакомленія съ правилами самопомощи, то для этого было бы желательно имѣть не меньше 10—12 уроковъ и только, для нижнихъ чиновъ послѣднихъ сроковъ службы, которымъ бы пожалуй эти свѣдѣнія пригодились бы также и у себя дома, въ деревни. Молодымъ же солдатамъ, не успѣвшимъ еще пройти ни одного курса стрѣльбы, не побывавшимъ на большихъ ученияхъ и маневрахъ, преподаваніе правилъ самопомощи пожалуй можетъ считаться преждевременнымъ, особенно въ угоду ярымъ тактикамъ, утверждающимъ, что естественное чувство самосохраненія якобы вредно для солдата и что оно будто-бы недолжно быть поощряемо при воспитаніи солдата въ ущербъ его чувству самоотверженія.

Я позволю себѣ, между прочимъ, относительно этого высказать, что присущее отъ природы русскому солдату чувство самоотверженія за Царя и родину слишкомъ извѣстно и доказано тысячами фактовъ изъ военной исторіи. Эта высокая народная черта, составляющая предметъ удивленія всѣхъ націй, приносится изъ жизни въ армію уже готовой и никоимъ образомъ не создается *вновь* подъ вліяніемъ ли военнаго воспитанія, дисциплинарнаго устава или такъ называемой *солдатской словесности*. Такое духовное качество есть результатъ сложной, исторической работы всѣхъ совокупныхъ силъ, именуемыхъ народною жизнью. Въ 12 году и подъ Севастополемъ, когда еще не циркулировали въ военныхъ сферахъ разныя доктринерскія размышленія о тѣхъ или другихъ преимуществахъ воспитанія или муштровки, самоотверженіе въ русской арміи проявлялось также въ самомъ лучшемъ значеніи этого слова. Гигантская выносливость и сила русскаго солдата характерно выражены Генераль-фельдмаршаломъ Гурко въ своемъ донесеніи о послѣднихъ побѣдахъ Дунайской арміи надъ турками въ слѣдующихъ словахъ: „Рѣдко можно было бы свидѣтельствовать такимъ очевиднымъ фактомъ, что побѣды заключаются въ ногахъ солдатъ. Только благодаря этимъ солдатскимъ ногамъ, покорно отмѣривавшимъ десятки и сотни верстъ почти безъ отдыха, только благодаря солдатскимъ спинамъ, безропотно тащившимъ восьмидневное довольствіе и сотни патроновъ, что позволило мнѣ забыть объ обозѣ, только благодаря солдатскимъ рукамъ,

„перетащившимъ чрезъ Балканы всю артиллерію, я могъ выйти въ до-
лину съ нею и нагнать неприятеля ¹⁾“.

Наконецъ, кто имѣлъ возможность наблюдать на перевязоч-
ныхъ пунктахъ психологію раненаго русскаго солдата, кто при-
смотрѣлся къ тому героическому стоицизму, тому колоссальному
терпѣнію, съ которыми раненый русскій солдатъ переноситъ свои
страданія, тотъ вполне согласится съ тѣмъ, что чувство самосо-
храненія несколько не нуждается у него въ подавленіи, и пред-
ложеніе одного тактика, приучать солдата въ мирное время захо-
диться подъ троекторіей выстрѣловъ, совершенно излишне и без-
полезно. Напротивъ того, скорѣе примѣнимо къ русскому солдату
слова Пирогова ²⁾, сказанныя имъ подъ вліяніемъ своей дол-
голѣтней военно-медицинской опытности. „Если учить солдата
стрѣлять и драться, то слѣдуетъ также его учить и помогать себѣ“.

Если разсмотрѣть санитарно-полевую службу, организо-
ванную у насъ, какъ и во всѣхъ другихъ культурныхъ арміяхъ, поч-
ти по одинаковому шаблону, то уже а priori можно сказать, что
дѣло это теперь значительно подвинулось впередъ и рѣзко измѣ-
нилось къ лучшему. Институтъ полевыхъ госпиталей, созданный
въ новой организаціи и находящійся въ непосредственномъ под-
чиненіи начальника дивизіи и дивизионнаго врача, непременно
внесетъ несравненно большій порядокъ въ дѣлѣ призрѣнія ране-
ныхъ, чѣмъ это было въ кампаніи 1877 года. Дивизионные лаза-
реты, сослужившіе безспорно нашей арміи, въ прошлую кампанію,
громдную услугу, не всегда могли оставаться на высотѣ своей
задачи, вслѣдствіе тѣхъ разностороннихъ обязанностей, которыя
обрушивались на нихъ, послѣ большихъ сраженій, при скопленіи
значительнаго числа раненыхъ. Дивизионнымъ лазаретамъ прихо-
дилось работать, такъ сказать, на двухъ фронтахъ. Съ одной
стороны на долю лазаретовъ выпадала функція по уборкѣ ране-
ныхъ съ поля сраженія и устройству главныхъ перевязочныхъ
пунктовъ а съ другой, призрѣвать, лечить этихъ раненыхъ, сор-
тировать и по мѣрѣ возможности транспортировать ихъ въ лечеб-
ныя заведенія, находившіяся, особенно въ началѣ кампаніи, въ
весьма ограниченномъ числѣ, на разстояніи 100—200 верстъ отъ
боевыхъ позицій. Съ учрежденіемъ полевыхъ госпиталей *тыловая*
дѣятельность дивизионныхъ лазаретовъ можетъ быть сугубо на-
правлена въ пользу главныхъ перевязочныхъ пунктовъ, а лечебно-
эвакуаціонныя обязанности могутъ быть теперь сосредоточены въ
полевыхъ госпиталяхъ дивизіи. Но къ великому сожаленію однакожъ,

¹⁾ Военный сборникъ 1878 г. Май. Рапортъ генер. Гурко.

²⁾ Военно-Медицинскій отчетъ за войну.

новая санитарно-полевая организація не коснулась и повидимому ничего не могла придумать для облегченія участи раненныхъ, въ районѣ отъ линіи огня до главнаго перевязочнаго пункта и уже въ силу этого *самопомощь* раненныхъ должна имѣть не маловажное значеніе.

Рамки моего доклада не позволяютъ мнѣ приводить здѣсь изъ военно-санитарной исторіи вообще и изъ пережитой мною Русско-турецкой кампаніи въ особенности, массу фактовъ, яро иллюстрирующихъ безпомощное положеніе раненныхъ, въ районѣ между боевой линіи и первыми, болѣе или менѣе сносно устроенными, лечебными заведеніями. Достаточно только указать на то, что даже въ блестящемъ періодѣ этой кампаніи, когда Дунайская армія побѣдоносно спустилась съ Балканъ и остатки Судеймановской арміи, одержимые паникой, находились въ форсированномъ отступленіи, въ дѣлѣ подь Карагачемъ и Баястицой, мнѣ пришлось быть печальнымъ зрителемъ, какъ 4—5 Января равненне (числомъ около 400) 1 бригады 3 пѣхотной Гвардейской дивизіи 2 сутокъ лежали безъ перевязки, за неимѣніемъ перевязочныхъ средствъ. Дивизионный же лазаретъ со всѣмъ санитарнымъ персоналомъ, нагруженный больными, застрялъ въ предмѣстьѣ Филиппополя и не могъ подоспѣть къ раненымъ своей дивизіи, по невозможности переправы черезъ Марицу, такъ какъ мостъ былъ разрушенъ турками. Дальнѣйшая же участь этихъ раненныхъ, собранныхъ потомъ въ Филиппополь, также не была обезпечена правильнымъ уходомъ и леченіемъ; такъ какъ военно временные госпитали находились еще въ Сѣверной Болгаріи и прибыли въ Филиппополь черезъ 1½ мѣсяца ¹⁾. Нельзя также не указать на такую выдающуюся, по мѣсту своего происхожденія, кампанію, какъ Франко-прусскую, дававшую такіа событія, что послѣ Гравелотскаго боя на 10000 раненныхъ было всего 5 врачей и послѣ сраженія подь Мецомъ привезли 3000 раненныхъ въ Горзъ къ профессору Лангенбеку, въ распоряженіе котораго было всего 4 врача. Нѣсколько дней продолжалась одна только сортировка и нельзя было даже приступить къ первоначальной перевязкѣ раненныхъ. И это происходило въ центрѣ культурной Европы, гдѣ имѣлись наилучшіе пути сообщенія, при громадномъ наплывѣ частной добровольной помощи, со всѣхъ государствъ. Но *Sapienti satis* Тактика и медицина всегда преслѣдовали и будутъ преслѣдовать діаметрально-противоположныя цѣли. Взаимное согласованіе этихъ двухъ противоположныхъ теченій въ исторіи человѣческихъ дѣяній принадлежитъ къ числу неразрѣшимыхъ дилеммъ. Творчество

¹⁾ Военно-врачебный отчетъ за войну 1887-8 года.

геніальныхъ тактиковъ и стратеговъ не можетъ существовать и развиваться бокъ о бокъ съ великими принципами истинной медицины, имѣющей предъ собою одни только филантропическіе идеалы. Всякій больной и раненый воинъ,—главнѣйшій объектъ медицины, представляетъ собою для стратегіи лишній тормозъ и бремя при рѣшеніи своихъ задачъ....

На перепутьѣ этихъ двухъ противоположныхъ теченій стоятъ, осѣненные краснымъ крестомъ, военные врачи. Предъ ними развернута грандіозная миссія: путемъ безграничной энергіи наполнять своимъ самоотверженіемъ ту непроходимую пропасть, которая зияетъ между этими двумя нравственными антиподами.

Надвигающаяся на нашу родину война съ коварнымъ, полудикимъ, варварскимъ народомъ, въ дикой, некультурной странѣ еще больше налагаетъ на насъ, военныхъ врачей, святую обязанность работать, не покладая рукъ, и примѣнять все что мы знаемъ и умѣемъ на пользу здоровья нашей доблестной арміи.



По прочтеніи доклада, въ засѣданіи Казанскаго военно-санитарнаго общества, были демонстрированы докладчикомъ слѣдующіе предметы:

1) Искусственныя конечности, на которыхъ можно наглядно показать нижнимъ чинамъ: а) принципъ остановки кровотока, помощью прижатія сосудовъ и гиперфлексіи членовъ. б) Накладываніе личнаго перевязочнаго пакета на огнестрѣльную рану. в) распознаваніе переломовъ и накладываніе шинъ для иммобилизаціи переломленной конечности.

2) Пять рисунковъ, изображающихъ различные способы и моменты самопомощи.

и 3) Индивидуальные пакеты всѣхъ европейскихъ армій, въ томъ числѣ асептической пакетъ, сдѣланный докладчикомъ по идеѣ австрійскаго военнаго врача Ресслера.

Къ вопросу объ искусственныхъ заболѣваніяхъ уха и о притворной глухотѣ у молодыхъ солдатъ вообще*.

Дрѣ О. К. Стефановскій

Не смотря на значительные успѣхи, достигнутые наукой объ ушныхъ болѣзняхъ въ послѣдніе 40 лѣтъ, — публика еще не умѣетъ цѣнить всю важность органа слуха, его функція и вліянія на нашу долговѣчность и жизненные отношенія. — Даже многіе врачи довольно равнодушно относятся къ органу слуха и имѣютъ не вполне ясныя понятія о немъ съ его нормальнымъ и патологическимъ состояніемъ: они очень часто стараются игнорировать страданіе уха, относя таковыя къ „золотухѣ, требующей лишь общаго лѣченія“.

Послѣдствіемъ такового равнодушія къ ушнымъ болѣзнямъ является между прочимъ и то, что военное начальство привыкаетъ смотрѣть на заболѣванія этого органа, какъ на маловажныя.

Не удивительно поэтому, что въ то время, когда предпринимаются всевозможныя мѣры къ предохраненію здоровья солдата отъ различныхъ заболѣваній организма или отдѣльныхъ его частей, одно только ухо оставляется часто почти безъ вниманія; между тѣмъ, изъ отчетовъ о санитарномъ состояніи русской арміи за 1900 и 1901 годъ, видно, что какъ заболѣваемость, такъ и убыль неспособными по ушнымъ болѣзнямъ, начиная съ 1895 года, въ общемъ имѣетъ ясно выраженную наклонность къ возрастанію, что, съ одной стороны, должно свидѣтельствовать объ увеличеніи тяжести ушныхъ заболѣваній въ послѣдніе годы: а съ другой стороны по мнѣнію нѣкоторыхъ врачей, находится въ зависимости отъ искусственнаго происхожденія этихъ заболѣваній,

*) Читано въ засѣданіи Казанскаго Военно-Санитарнаго Общества.

подчасъ трудно поддающихся излеченію; такъ какъ несомнѣнно-ушные болѣзни, искусственно произведенныя, всегда были и будутъ настолько тяжкими, на сколько это необходимо, чтобы удовлетворить соответственнымъ статьямъ закона объ исключеніи въ неспособные по ушнымъ болѣзнямъ.

Ростъ числа исключенныхъ въ неспособные по ушнымъ болѣзнямъ, усиленный не пропорціонально съ ростомъ заболѣваемости по тѣмъ-же болѣзнямъ, долженъ быть отмѣченъ, какъ особенно выдающееся явленіе послѣднихъ 8-ми лѣтъ.—Такъ, мы видимъ, что ушными болѣзнями въ 1900 году заболѣло 10519 чел. или 10,5 на 1000 чел. списочнаго состава, уволено въ неспособные 2168 чел. или 2,2‰ и умерло 77 чел. Въ 1901 году: заболѣло 11,3 на 1000 чел. списочнаго состава, уволено въ неспособные 2,3‰ и умерло 78 человекъ.

Эти цифры показываютъ, что наибольшую убыль въ арміи, послѣ чохотки—3,4‰—3,5‰, дали ушныя болѣзни: 2,2‰—2,3‰.

Госпитальная практика и статистика убѣждаютъ насъ тоже, что ушнымъ заболѣваніямъ подвергается громадный процентъ человечества. Профессоръ А. Триоли утверждаетъ, что число ушныхъ больныхъ чрезвычайно велико, что даже отъ 20-ти до 50-ти лѣтъ человѣческой жизни, среднимъ числомъ изъ 3 людей одинъ не слышитъ нормальнымъ образомъ, по крайней мѣрѣ на одно ухо.—Д-ръ Э. Гейманъ, на основаніи матеріала, собраннаго имъ въ ушномъ отдѣленіи Варшавскаго Уяздовскаго военнаго госпиталя за 3 года, говоритъ, что число временно неспособныхъ доходитъ до 14‰, вовсе негодныхъ къ службѣ до 12‰, а у призывныхъ процентъ этотъ еще больше и доходитъ до 55‰! И такой процентъ неспособныхъ къ военной службѣ вслѣдствіи болѣзненнаго состоянія уха насчитывается среди отборныхъ, здоровѣемъ лицъ! Согласно профессору Nimier, собравшему статистическія данныя объ ушныхъ болѣзняхъ въ французской арміи за шесть лѣтъ, болѣзненность среди солдатъ достигаетъ 10 и 12 на 1000 чел. списочнаго состава, и если смертность весьма незначительна, за то болѣе четверти заболѣвшихъ подвергаются увольненію.

Въ 1895 и 1896 году—д-ръ И. Изачикъ и д-ръ Д. Костроичій написали диссертациі, спеціально посвященныя изслѣдованію ушныхъ болѣзней въ сельскомъ, крестьянскомъ населеніи. Эти весьма солидныя изслѣдованія даютъ полное основаніе думать, что ушныя болѣзни среди крестьянскаго населенія распространены не меньше, а даже больше, чѣмъ глазныя; такъ, д-ръ Изачикъ на 11423 чел. осмотрѣнныхъ—(населеніе земледѣльческаго, русскаго, съ незначительною примѣсью нѣмцевъ и эстовъ—Новгородскій уѣздъ)—нашелъ 1233 чел. ушныхъ больныхъ, что составляетъ

10,8% наличнаго населенія, по отношенію же къ числу заболѣвавшей вообще ушной болѣзни даютъ почти третью общаго числа больныхъ—32,2%; съ ними соперничаютъ только глазныя, занимающія второе по числу мѣсто—24,8% общаго количества больныхъ; у д-ра Кострицкаго среди осмотрѣнныхъ 21731 чел. (населеніе—земледѣльческое, состоитъ, изъ малоросовъ и молдаванъ Бессарабской губ.—отличена неряшливость жителейской обстановки)—оказалось 4318 чел. ушныхъ больныхъ, что составляетъ еще болѣе крупную цифру—19,9% населенія.

Процентъ смертныхъ случаевъ также не малъ.—Бэркеръ собралъ весь матеріалъ за 11 лѣтъ изъ Лондонскаго University College Hospital и его поликлиники—и нашелъ 2,5% смертныхъ случаевъ на 820 острыхъ и хроническихъ гноетеченій изъ уха.—Berold—получилъ на 325 хроническихъ гнойныхъ отитовъ средняго уха—7 смертныхъ случаевъ, т. е. 2,15%. Schwartze—получилъ на 616 стационарныхъ больныхъ 29 смертныхъ случаевъ, т. е. 4,74%. Д-ръ Гейманъ за 6-ти лѣтній періодъ на 2516 больныхъ имѣлъ 34 смертныхъ случаевъ, т. е. 1,31%.

Всѣ эти цифры смертности относятся къ стационарнымъ больнымъ; цифры всѣхъ больныхъ вообще, т. е. амбулаторныхъ и стационарныхъ вмѣстѣ значительно меньше: онѣ колеблются между 0,3% и 0,46%.

Приведенныя вкратцѣ статистическія данныя—даютъ намъ довольно грустную, но правдивую картину: она учитъ насъ, какъ надо быть осторожнымъ съ приѣмомъ на службу людей, одержимыхъ гноетеченіемъ изъ ушей, и какъ старательно нужно смотрѣть за тѣмъ, чтобы это болѣзненное состояніе не развилось на службу; слѣдуетъ твердо помнить, что людей, страдающихъ продолжительнымъ гноетеченіемъ изъ ушей, ожидаютъ два исхода: глухота или преждевременная смерть.

Итакъ, на сколько ушные болѣзни часты, на столько же онѣ и важны.

Теперь невольно возникаетъ вопросъ, почему же въ послѣднее время стали появляться мнѣнія врачей, что возрастаніе ушныхъ болѣзней въ арміи находится въ зависимости отъ искусственнаго происхожденія этихъ заболѣваний; почему на судѣ сразу фигурируетъ нѣсколько десятковъ молодыхъ солдатъ, обвиняемыхъ въ искусственномъ поврежденіи слухового органа, а Казанское уѣздное по воинской повинности присутствіе даетъ данныя, изъ которыхъ видно, что опротестованныхъ по ушнымъ болѣзнямъ молодыхъ солдатъ изъ татаръ съ каждымъ годомъ возрастаетъ?

Отвѣчая на эти вопросы—я долженъ выяснитъ въ самомъ сжатомъ видѣ, что такое искусственно произведенныя ушныя болѣзни и какъ онѣ являются. Искусственно произведенными ушны-

ми болѣзнями нужно назвать травматическія болѣзни, происшедшія не случайно, но при участіи злой воли.

Такія поврежденія слухового органа производятся исключительно съ преступною цѣлью, а именно: съ цѣлью уклониться вовсе или временно отъ военной службы. Причины, почему ухо избирается относительно чаще другихъ органовъ для искусственныхъ поврежденій, можно группировать такъ: 1) поврежденія уха не такъ рѣзко бросаются въ глаза и не такъ легко распознаются кажлымъ врачомъ, за исключеніемъ черезчуръ грубыхъ способовъ поврежденія; 2) поврежденія эти и болѣзни уха вообще, по существующимъ среди публики взглядамъ, считаются маловажными, не опасными и не оставляютъ тѣхъ послѣдствій, какія бывають при поврежденіяхъ другихъ, болѣе важныхъ, органовъ; 3) наклонность къ уклоненію отъ военной службы наблюдается почти исключительно у людей съ низшими степенями развитія и образованіе, со слабо выработанными потерями о своихъ обязанностяхъ; обыкновенно здѣсь не имѣють значенія ни національность, ни вѣроисповѣданіе.—Для этихъ, позволю себѣ сказать, „низшихъ“ людей потеря слуха не можетъ составлять того громаднаго лишенія и nebude такъ губельно отражаться на всѣхъ его жизненныхъ отношеніяхъ— какъ это имѣетъ мѣсто у людей „высшихъ“.

Извѣстно, что чѣмъ выше человекъ по своему умственному развитію, чѣмъ больше онъ чувствуетъ себя способнымъ къ общественной дѣятельности, — тѣмъ мучительнѣе для него будетъ потеря слуха, такъ какъ увѣчые это ограничить его сношеніе съ людьми и даже почти совсѣмъ можетъ отрѣзать его отъ міра сего.

Справедливо сказалъ Трѣльчъ, что теряя слухъ, мы лишаемся самаго человѣчнаго въ жизни, а именно—жизни съ людьми. Если глазъ служить для распознаванія физическаго міра, то ухо можно считать посредникомъ при распознаваніи нравственнаго и интеллектуальнаго міра.

По Монтегандца слухъ прежде всего чувство социальное. Лесат говоритъ: слухъ это одно изъ самыхъ драгоценныхъ чувствъ, потеря его принадлежитъ къ самымъ большимъ несчастіямъ, это родъ преждевременной смерти.

Биллонъ утверждаетъ, что посредствомъ слуха мы воспринимаемъ не только рѣчь, но и самую мысль. Такимъ образомъ, слухъ является чувствомъ наиболѣе благопріятствующимъ развитію идеи, это—дверь, какую Богъ открылъ душѣ нашей для соприкосновенія съ предметами не только вѣшняго, но и съ явленіями внутренняго міра.

Въ глубокой древности ученые и заповѣди обращали тоже вниманіе на роль слуха и придавали ему огромное значеніе для

общественной жизни. Такъ, натуралистъ Плиній, еще въ 50 хъ годахъ послѣ Р. Х., указывая, что вся интеллектуальная жизнь человѣка помѣщается въ слухъ, утверждалъ, что каждый глухонѣмой одновременно идиотъ.

Въ Институціяхъ Юстиніана глухонѣмой признается не правоспособнымъ, наравнѣ съ сумасшедшимъ—„quia mente carent, quoniam mentem non habent“.

На глухонѣмого смотрѣли также, какъ на малолѣтняго; много было споровъ о томъ, со времянь Юстиніана до нашихъ дней, можно ли глухонѣмымъ позволить жениться.

Но всѣхъ этихъ мыслей не знаетъ „низшій“ человѣкъ. Замкнувшись, какъ улитка въ раковинѣ, въ своемъ тѣсномъ кругѣ возрѣній и личныхъ интересовъ—малоразвитый субъектъ не придаетъ такой большой цѣны органу слуха,—тѣмъ болѣе, что онъ не знаетъ тѣхъ печальныхъ послѣдствій, къ какимъ ведутъ поврежденіе ушей. Въ практическомъ же отношеніи эти люди знаютъ, что прободеніе барабанной перепонки и даже большія могутъ всю жизнь оставаться безъ какого—либо вреда для слуха и жизни больного. Можно быть вовсе лишенномъ барабанной перепонки и имѣть сравнительно хорошій слухъ, и наоборотъ можно быть вполне глухимъ при ненарушенной барабанной перепонкѣ.—Поэтому такихъ людей не останавливаетъ то, что отъ такихъ прободеній бываетъ смерть или арестантскіе роты; въ данномъ случаѣ пословица: „авось не богъ, а полубога есть“—вполнѣ оправдывается. Люди эти смотрятъ на свои дѣяніе, какъ на чисто коммерческія предпріянія, а извѣстно, по теоріи вѣроятности (Пуассонъ),—что для начатія того или другого даже серьезнаго дѣла люди довольствуются вѣроятностью 0,5—т. е. еслибы даже половина людей, дѣлающихъ себѣ искусственныя поврежденія, достигала этимъ намѣченной цѣли, то и тогда остальные членовредители считали бы эту вѣроятность достаточной и она не составляла бы для нихъ практическаго серьезнаго сомнѣнія при начатіи своего предпріянія.

Наконецъ, причину членовредительства слѣдуетъ искать еще въ томъ, что какъ гражданскіе, такъ и военные врачи въ воинскихъ присутствіяхъ мало знакомы съ основами ушныхъ болѣзней, такъ напр., каждаго молодого человѣка, у котораго при производствѣ опыта Bancansh слышенъ перфорационный свистъ барабанной перепонки (безъ различія какого бы онъ ни былъ происхожденія)—признавали негоднымъ къ военной службѣ и наоборотъ, когда этого не было—человѣкъ признавался годнымъ.

Послѣдствіемъ было то, что призываемые къ военной службѣ старались преимущественно о томъ, чтобы имѣть продыравленную барабанную перепонку и главное, чтобы у нихъ „свиста-

ло“ изъ уха; но такое пониманіе дѣла влекло за собою двойное неудобство для государства: съ одной стороны, освобождались модель искусственными болѣзнями уха, съ другой дѣйствительно болелье принимаютъ на военную службу.

Основываясь на собственномъ опытѣ и принимая во вниманіе литературныя данныя (Д-ръ О. Гейманъ)—я могу сказать, что произведенныя ушныя болѣзни вызываются преимущественно тремя способами: 1) введеніемъ въ ушной каналъ индифферентныхъ средствъ не вызывающихъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, а только для того, чтобы симулировать глухоту; сюда относятся: хлѣбныя и гороховыя зерна, листья, кусочки дерева, клочки плотно свернутой ваты и проч.; 2) въ наружный слуховой каналъ вводятъ такія средства, которыя или раздражаютъ стѣнки его и барабанную перепонку, вызывая часто ихъ воспаленіе съ отдѣленіемъ настоящего гноя, или же средства эти, находясь въ ухѣ, разлагаются тамъ и производятъ противный запахъ, образуя гноевидную жидкость.—Здѣсь обыкновенно употребляютъ: или испорченный яичный желтокъ, животный клей, гнилой сыръ, зерна перца и проч. Или вливаютъ въ ухо, въ слабомъ растворѣ, разныя раздражающія и разъѣдающія жидкости: карболовую неочищенную кислоту, кротонное масло съ глицериномъ, каепутное масло, скипидаръ, холодную воду и мочу; 3) разрушаютъ барабанную перепонку на болѣе или менѣе значительномъ пространствѣ прокалываніемъ ея при посредствѣ остраго или туповатаго орудія, или же вливая въ ушной каналъ разъѣдающія жидкости въ чистомъ или сильно концентрированномъ видѣ, какъ напр., сѣрную кислоту одну или съ глицериномъ, азотную кислоту одну или съ деревяннымъ масломъ, ѣдкую известь, ѣдкій кали, чистую карболовую кислоту съ кротоннымъ масломъ, кротонное съ сѣрною кислотой.

Конечно, всѣ эти поврежденія барабанной перепонки стараются производить такъ, чтобы не было никакихъ признаковъ поврежденія или раздраженія въ наружномъ слуховомъ проходѣ, на ушной раковинѣ и на сосѣдней съ нею кожѣ лица.—По однимъ, обыкновенно нѣсколько капель ѣдкой жидкости помѣщается въ перышкѣ и оно вставляется противоположнымъ концомъ глубоко въ наружный слуховой проходъ: жидкость медленно стекаетъ на барабанную перепонку; по другимъ, нѣсколько капель ѣдкой жидкости вливаютъ въ шприцъ Проваци и послѣдній безъ иглы вставляютъ въ ухо.

Проколъ барабанной перепонки дѣлаютъ обыкновенно заостренней дубовой палочкой или толстой иглой, послѣ чего заставляютъ членовредителя усиленно производить опытъ Вальсальвы, чтобы такимъ образомъ расширить сдѣланное отверстіе.

Прободеніе барабанной перепонки рѣдко дѣлается самимъ членовредителемъ, обыкновенно эту процедуру продѣлываетъ своего рода „специалистъ“.—Кромѣ поврежденія здоровыхъ ушей, иногда случается видѣть, что повреждаетъ барабанную перепонку уже раньше пораженную хроническою болѣзною, напр. хроническимъ сухимъ катарромъ. Дѣлается это только для того, чтобы „свистало“ изъ уха, такъ какъ членовредителю думается, что безъ этого симптома онъ не достигнетъ желаемой цѣли.

Распознаваніе искусственно—произведенныхъ болѣзней уха, чѣмъ—бы онѣ ни были произведены, не представляетъ затрудненій на первыхъ порахъ. Ясные признаки ожога, или травмы легкого діагностируются и убѣждаютъ насъ въ настоящей причинѣ возникновенія болѣзни.—Но чѣмъ больше проходитъ времени отъ поврежденія, тѣмъ труднѣе бываетъ опредѣлить характеръ поврежденія, т. е. патологическое-ли оно, или травматическое, и только опытный отиатръ можетъ болѣе или менѣе опредѣленно высказать о характерѣ данной болѣзни. Я не стану здѣсь излагать научныхъ пріемовъ, которыми мы руководствуемся въ такихъ случаяхъ, а скажу только, что какъ общее правило, слѣдуетъ помнить: „если у молодого человѣка въ призывномъ возрастѣ наблюдается гнойный процессъ въ одномъ ухѣ, а въ ушномъ каналѣ какъ и на ушной раковинѣ имѣются изъязвленія, припухлости, суженія, неполныя или полныя зарощенія ушного канала, то случай такой уже на первый взглядъ крайне подозрителенъ относительно своего происхожденія, и въ такомъ смыслѣ мы должны смотрѣть на него“ (Гейманъ).

Теперь два слова о притворной глухотѣ.

Притворная глухота и особенно преувеличеніе притупленія слуха наблюдаются относительно рѣдко.

Заинтересованныя лица, убѣдились на примѣрѣ другихъ, что заявленія ихъ обыкновенно легко и скоро распознаются—и потому не достигаютъ цѣли.—Нужно однако сознаться, что во многихъ изъ подобныхъ случаевъ задача врача эксперта очень трудна и кромѣ научной специальной подготовки, требуется много опытности и ловкости, чтобы не быть введеннымъ въ заблужденіе. Во всякомъ случаѣ изслѣдованіе и испытаніе необходимо производить въ лечебномъ заведеніи на общихъ основаніяхъ науки объ ушныхъ болѣзняхъ, пополняя таковыя изслѣдованія въ случаѣ нужды собраніемъ на родинѣ испытуемаго точныхъ свѣдѣній о его болѣзни.

Итакъ, что же дѣлать, чтобы, по возможности, уменьшить въ войскахъ ушныя болѣзни вообще, а искусственно произведенныя въ частности, и тѣмъ самымъ ослабить ихъ вредное вліяніе для будущаго существованія субъекта? Прежде всего, на мой взглядъ,

слѣдуетъ возможно больше распространять въ публикѣ свѣдѣнія о важности слухового органа и гибельныхъ послѣдствій его поврежденія для жизни.—Свѣдѣнія эти, быть можетъ, скорѣе удержатъ новобранца отъ искусственнаго поврежденія ушей, чѣмъ даже страхъ передъ наказаніемъ, котораго онъ можетъ еще избѣгать, такъ какъ наказаніе ожидаетъ его лишь тогда, если будетъ доказано участіе преступной воли въ происхожденіи ушной болѣзни.

Далѣе, мы видѣли, что ушныя болѣзни среди крестьянскаго населенія распространены не меньше, чѣмъ среди солдатъ; слѣдовательно, для предохраненія народоваселенія отъ болѣзней уха, необходимо, чтобы земства старались усовершенствовать своихъ врачей въ столь необходимой въ жизни спеціальности, какъ ушная. Если гражданскіе врачи хорошо будутъ знакомы съ основами ушныхъ болѣзней, то они станутъ распространять таковыя какъ можно больше въ народѣ и такимъ образомъ освобождать общество, въ значительной степени, отъ громадной массы глухихъ и глухонѣмыхъ; болѣе новая статистика показываетъ, что меньше половины всѣхъ глухонѣмыхъ приобрѣло этотъ недугъ отъ рожденія, остальная же половина приобрѣла его вслѣдствіе болѣзни; тѣмъ самымъ армія наша будетъ освобождаться отъ глухихъ и кахектическимъ ушныхъ субъектовъ.

Чтобы врачи могли ознакомиться съ ушными болѣзнями, послѣднія должны быть преподаваемы во всѣхъ университетахъ обязательно, какъ напр. въ Германіи имѣется по отиатріи 20 кафедръ, въ Австріи 4, въ Швейцаріи 5, во Франціи 2. Между тѣмъ какъ въ настоящее время на всю Россію мы имѣемъ одну единственную кафедру ушныхъ, носовыхъ и горловыхъ болѣзней въ Петербургѣ и частную клинику имени Базановой въ Москвѣ. Въ остальныхъ 6-ти университетахъ нашего обширнаго отечества не только нѣтъ самостоятельныхъ клиникъ, но даже и болѣе или менѣе благоустроенныхъ отдѣленій при больницахъ.—Слѣдствіемъ такого порядка вещей, между прочимъ, слѣдуетъ считать огромное у насъ число лицъ, страдающихъ глухотою. По числу глухонѣмыхъ Россія занимаетъ печальное первенство: по вычисленію д-ра Богданова—Березовскаго число глухонѣмыхъ простирается до 150.000 чел.; если даже допустить, что данныя эти не вполне точныя, а считать среднюю чистоту глухонѣмыхъ, какъ она выяснилась изъ работъ западно-европейскихъ ученыхъ, напрѣ. Нартманна—въ 7,7 на 10,000 населенія,—то и тогда при населеніи Россіи въ 132 милліона—число глухонѣмыхъ въ настоящее время должно быть около 102.000 челов.—Работы д-ра Изачка и Кострицкаго показали средній коэффициентъ для Новгородской и Бессарабской губ. 19,2 и 14,7 на 10.000 чел. Необычайно высокимъ числомъ глухонѣмыхъ отличается губернія Калишская—39,1 (на

10.000), Самарская—35,0 и Астраханская—30,5 глухонѣмыхъ на 10.000 ч. осмтрѣнныхъ. Наибольшая частота глухонѣмыхъ наблюдается въ юго-восточной части Европейской Россіи, наименьшая—въ отдаленныхъ губерніяхъ южной полосы—Слѣдѹя по водянымъ путямъ сообщенія, оказывается, что губерніи, расположенныя по системѣ рѣки Волги, даютъ найвысшій коэффициентъ глухонѣмыхъ; губерніи, расположенныя по системѣ Днѣпра, даютъ значительно меньшій коэффициентъ, а лежащія вдоль по Днѣстру (Бессарабская и Каменецъ-Подольская) отличаются самымъ меньшимъ коэффициентомъ глухонѣмыхъ. Во всякомъ случаѣ, средній коэффициентъ для Россіи точно еще не вычисленъ—приблизительно можно его считать около 12 глухонѣмыхъ на 10.000 осмтрѣнныхъ (на основаніи отчетовъ Медицинскаго Департамента).—Наименьшій коэффициентъ глухонѣмыхъ насчитывается въ Нидерландіи—3,35 (на 10.000) и въ Бельгіи—4,39; самый высокій коэффициентъ въ Швейцаріи—24,5 на 10,000 чел., а изъ внѣ—Европейскихъ странъ въ Аргентинской республикѣ.—Въ общемъ, глухонѣмота чаще появляется въ гористыхъ мѣстностяхъ, нежели въ равнинахъ. Изъ трудовъ Verold'a о глухонѣмотѣ видно, что главными причинами ея являются заболѣванія дѣтей скарлатиной и менингитами, ведущими къ пораженію ушей. Поэтому, нѣтъ сомнѣнія, что правильное и своевременное лѣченіе можетъ значительно сократить огромную армію глухонѣмыхъ нашего отечества.

Что касается спеціально военныхъ врачей, то для нихъ, кромѣ университетскаго курса, должны быть примѣнены тѣ же мѣры, какія введены для ознакомленія ихъ съ глазами болѣзнями, т. е. ежегодно извѣстное число врачей слѣдовало бы командировать въ спеціальное заведеніе для изученія ушныхъ болѣзней.—Это уже практикуется въ Германіи, гдѣ проф. Richard Kayser ежегодно читаетъ въ Берлинѣ особые курсы по болѣзнямъ уха, носа и гортани для врачей.

Наконецъ, необходимо учредить должность окружнаго отіатра, на обязанности котораго лежало бы осматривать всѣхъ подозрительныхъ по ушнымъ болѣзнямъ субъектовъ сейчасъ же послѣ пріема ихъ на военную службу. Эта мѣра очень важна, такъ, какъ въ случаѣ искусственно произведенныхъ ушныхъ болѣзней, таковыя немедленно были-бы открываемы, ибо на первыхъ порахъ распознать искусственно произведенную ушную болѣзнь можно безошибочно.

Разпознавъ болѣзнь, слѣдуетъ сейчасъ-же лечить таковую. Извѣстно, что теченіе искусственно произведенныхъ болѣзней, если только прободеніе обнаружено немедленно, вообще кратковременно, а патологическій процессъ въ такихъ свѣжихъ случаяхъ оказываетъ большую склонность къ скорому исчезновенію.

Отдаване подь судь каждаго изъ такихъ субъектовъ, я, съ гуманной и государственной точки зрѣнія, считаю не вполне цѣлесообразнымъ.—Большинство этихъ несчастныхъ не понимаетъ всей важности своего преступленія и не одинъ изъ нихъ, находясь еще въ лечебномъ заведеніи, часто раскаивается въ своемъ грѣхѣ.—Послѣ выздоровленія такой человекъ почти всегда сдѣлается хорошимъ солдатомъ, чего уже не будетъ, если его предадутъ суду и обвинять.

Еслибы людей съ такими болѣзнями освобождать отъ военной службы, то это подѣйствовало бы деморализующимъ образомъ на другихъ—поэтому я думаю, что достаточно ограничиться полнымъ излеченіемъ ихъ и соответственнымъ словеснымъ внушеніемъ.—Здѣсь болѣе чѣмъ гдѣ либо примѣнимо условное осужденіе, когда отсрочивается исполненіе наказанія, съ тѣмъ, что, при выполненіи осужденнымъ въ теченіе опредѣленнаго времени требованій закона, наказаніе не примѣняется вовсе, а при невыполненіи—примѣняется независимо отъ всякаго другого.

Здѣсь—болѣе, чѣмъ гдѣ-либо будетъ кстати сказать осужденному: „иди, но больше не грѣши!“.

Случай стеноза гортани дифтерійнаго происхожденія съ примѣненіемъ интубаціи *).

Ин. Быстрѣнна.

М. Т.

Мотивомъ настоящаго сообщенія является лишь одно желаніе подѣлиться тѣми впечатлѣніями, какія вынесъ я, наблюдая картину болѣзни отъ начала до конца непосредственно у постели больного въ одной изъ палатъ Вятской Губернской Земской больницы, весной прошлаго года. При чемъ какъ въ теченіи, такъ и въ терапіи этого патологическаго процесса пришлось встрѣтиться съ нѣкоторыми неожиданными осложненіями, что и даетъ мнѣ основу выдѣлить его изъ ряда обычныхъ.

Перечень ежедневныхъ записей скорбнаго листа былъ бы однообразенъ, скученъ и трудно уловимъ, поэтому я позволю себѣ развернуть передъ Вами картину болѣзни въ возможно уменьшенномъ видѣ, пользуясь изъ бюллетеней тѣми данными, которыя имѣютъ особенный интересъ.

Въ 3 ч. дня, 3 марта 1902 года, былъ привезенъ въ Губернскую больницу сынъ священника Боря К., 3 лѣтъ, съ рѣзко выраженными симптомами стеноза гортани: затрудненное вдыханіе съ громкимъ и протяжнымъ свистомъ, втягиваніе яремной впадины и надчревной области, синевато-блѣдное лицо съ выпученными, блестящими глазами; кожа горяча, покрыта потомъ; пульсъ нитевидный, очень частый; и при этомъ чрезвычайно апатичное отношеніе больного ко всему окружающему. — Изъ словъ матери больного выяснилось, что мальчикъ въ теченіе недѣли кашлялъ глухо и отрывисто; а въ ночь на 2 марта, т. е. 1¹/₂ сут. тому назадъ, къ

*) Сообщ. въ Обществѣ Казанскихъ врачей 8 ноября 1903 г.

кашлю присоединились еще припадки затрудненнаго дыханія и безголосица.

При дальнѣйшемъ объективномъ изслѣдованіи замѣчено было: мальчикъ тѣлосложенія правильнаго, питанія средняго, температура тѣла наощупь слегка повышена (около $38,5^{\circ}$); на кожѣ никакой сыпи или шелушенія нѣтъ; подчелюстныхъ железъ немного припухли, языкъ влажный съ небольшимъ бѣловатымъ обложеніемъ, слизистая оболочка зева красна; миндалины припухли и покрыты желтовато-сѣрымъ не сплошнымъ, но трудно отстающимъ налетомъ.—Такъ какъ даже малѣйшія волненія самого больного, а тѣмъ болѣе прикосновеніе посторонняго лица, рефлекторно усиливали припадки ларингостеноза, то изслѣдовать полость гортани ларингоскопомъ мы не имѣли возможности не только въ началѣ болѣзни, но и во все время ея теченія.

Остановившись на мысли, что, вѣроятно, здѣсь придется имѣть дѣло съ настоящимъ крупомъ и, быть можетъ, дифтерійнаго происхожденія, сейчасъ-же было впрыснуто ребенку 1000 единиц антидифтерійной сыворотки, въ количествѣ 5 куб. сант.

(Сыворотка получается періодически изъ С.-Пб. Института Экспериментальной медицины). Больной помещенъ въ отдѣльную, просторную палату, воздухъ которой былъ нагрѣтъ до 22° — 24° R. и періодически увлажнялся парами изъ самовара. Къ ребенку были приставлены: его няня, сестра милосердія и больничная сидѣлка.

Спустя 5 часовъ (въ 8 ч. веч.) припадки стеноза настолько усилились, что угрожали задушеніемъ. Немедленно была сдѣлана *интубація*. Послѣ введенія трубочки, соответствующей возрасту больного, дыханіе постепенно возстановилось, явленія ціаноза исчезли; пульсъ поднялся, и самочувствіе больного оживилось. Черезъ $2\frac{1}{2}$ часа (въ $10\frac{1}{2}$ ч. веч.) отъ сильнаго кашля трубочка выпала; при этомъ выдѣлилось обильное количество слизи. Въ теченіе почти 3-хъ часовъ ребенокъ дышалъ довольно сносно безъ трубки; но затѣмъ припадки ларингостеноза вновь усилились, такъ что пришлось вторично ввести въ гортань трубочку, черезъ которую дыханіе опять скоро возстановилось; ребенокъ спалъ съ перерывами 3 часа; затѣмъ опять появился кашель и трубочка выскочила. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа (въ 5 ч. утра) сдѣлана интубація уже въ 3-й разъ.—Весь слѣдующій день (4-го марта) прошелъ довольно сносно: ребенокъ дышетъ черезъ трубочку безъ затрудненія; слизистыя оболочки розоватаго цвѣта; но къ вечеру температура поднялась до $39,6^{\circ}$. Въ этотъ-же день изъ налета съ миндалевидныхъ железъ, а также изъ отдѣлившихся при кашлѣ размягченныхъ пленокъ сдѣланы были микроскопическіе препараты съ окраской по Löffler'у; при этомъ въ полѣ зрѣнія обнаружены типическія Лёффлеровскія палочки съ колбообразно-вздутыми и рѣзко окрашенными концами. Этимъ

ислѣдованіемъ мы считали возможнымъ, почти безъ сомнѣнія, поставить діагнозъ *дифтерійнаго крупа*.

Ровно 17 часовъ ребенокъ дышалъ черезъ трубочку, и только въ 10 ч. веч. (4 марта) отъ сильнаго кашля трубочка снова выпала. Ребенокъ всю ночь, въ теченіе 12 часовъ, оставался безъ трубочки и дышалъ, повидимому, безъ замѣтнаго препятствія; и только утромъ 5 марта дыханіе сдѣлалось затрудненнымъ, поэтому пришлось интубировать уже въ 4-й разъ. Въ теченіе двухъ сутокъ, т. е. до утра 7 го марта, больной дышалъ черезъ трубку и началъ уже привыкать къ ней, такъ что могъ откашливать черезъ нее накопляющуюся слизь, свободно глотать молоко и воду; ко всему окружающему относится вполне сознательно, съ участіемъ и всякое желаніе или протестъ передаетъ своей нянѣ шопотомъ, но довольно повнятно.

Боясь оставлять на долгое время въ гортани трубку въ виду образованія пролежня, мы извлекли её послѣ двухъ сутокъ. Почти 1½ сут. ребенокъ лежалъ безъ трубочки и чувствовалъ себя прекрасно: спалъ спокойно, пилъ много молока; стулъ и мочеотдѣленіе совершались правильно; бѣлка въ мочѣ не обнаружено; налеты съ миндалинъ окончательно исчезли. Но затѣмъ къ вечеру слѣдующаго дня (это было 8 марта) температура сразу поднялась до 39°; дыханіе стридулезное; пульсъ малый и частый; на губахъ замѣтный цианозъ. Была сдѣлана интубація уже въ пятый разъ и слѣдомъ за ней вторично вырывается въ томъ-же количествѣ сыворотка. Ребенокъ оставался съ трубочкой въ теченіе 40 часовъ; за это время хотя температура и повышалась до 38,6°, но самочувствіе больного было хорошее. При этомъ не ускользнуло отъ вниманія, что нашъ маленький пациентъ, видимо, сознаетъ всю пользу интубаціи; сознаетъ, что трубочка для него остается единственнымъ спасеніемъ; поэтому онъ старается иногда подавить кашель или ослабить кашлевые движенія, чтобы только удержать трубку въ гортани; съ такой-же бережливостью и осторожностью онъ, въ присутствіи ея, проглатываетъ размоченную булку, кашу, яйца въ смятку, молоко и другія жидкости.—Спустя 40 часовъ (10 марта въ 10 ч. утра) мы извлекли трубочку съ цѣлью испытать проходимость гортани, восстановившуюся, быть можетъ, подъ вліяніемъ сыворотки. вмѣстѣ съ трубочкой выдѣлилось обильное количество слизистогнойной мокроты; изъ послѣдней мы попробовали снова сдѣлать микроскопическіе препараты съ окраской по Löffler'у и обнаружили очень много стрептококковъ, стафилококковъ и мѣстами войлочка типическихъ дифтерійныхъ палочекъ.

Болѣе пяти сутокъ (до 15 марта) больной оставался безъ трубочки:—температура держалась въ предѣлахъ нормы; дыханіе спокойное—безъ хриповъ и свиста, а во снѣ становилось совершенно

неслышнымъ; лишь подъ вліяніемъ капризовъ симптомы ларингостеноза не надолго возвращались, и то въ легкой степени; одновременно съ этимъ учащался пульсъ и разливался слабый ціанозъ.

Въ виду такого упорнаго существованія припадковъ суженія гортани, не смотря на то, что больному дважды впрыскивалась сыворотка по 1000 единицъ, мы полагали, что должнаго эффекта отъ сыворотки не получилось, быть можетъ, потому, что послѣдняя потеряла силу, будучи получена уже болѣе 2-хъ мѣсяцевъ назадъ. Такого рода предположеніе дѣйствительно вскорѣ подтвердилось слѣдующимъ обстоятельствомъ: въ 2 часа ночи (на 16 марта) у нашего больного, дышавшаго сравнительно хорошо уже болѣе пяти сутокъ безъ трубки, вдругъ появились такіе грозные симптомы ларингостеноза, что пришлось давать кислородъ (по распоряженію дежурнаго врача). Такъ какъ никто изъ товарищей больничныхъ врачей интубаціи не дѣлаетъ, а очередь дежурства въ этотъ день была не моя,—послали за мной. Черезъ часъ я прибылъ къ постели больного и засталъ такую картину, которая едва-ли когда изгладится изъ памяти: ребенокъ лежитъ на кровати пластомъ, безъ сознанія и движенія; глаза закатились, все лицо какъ-то осунулось; челюсть отвисла; на губахъ рта скопилась пѣнистая слюва; полный ціанозъ; кожа мертвеннаго цвѣта, покрыта холоднымъ потомъ; пульсъ исчезъ; тоны сердца часты, аритмичны и глухи, и при этомъ рѣдкое, храпящее и стертоторозное дыханіе. Короче говоря, передъ нами открылась картина рельефно выраженной асфиксіи (resp. agonіи). Казалось, что больной ребенокъ, стоившій столькохъ заботъ, неминуемо долженъ былъ погибнуть, такъ какъ каждое мгновеніе приближало наступленіе смерти отъ задушенія.

Не теряя времени, была сдѣлана интубаціа, которая и на этотъ разъ не обманула нашей надежды, оказавъ въ буквальномъ смыслѣ магическое дѣйствіе: ребенокъ на глазахъ присутствующихъ постепенно сталъ оживать, и опасность миновала. Черезъ часъ ему было впрыснуто 1000 единицъ сыворотки, къ счастью, только что полученной въ этотъ день изъ Петербурга.—На другой день у больного температура поднялась до 40,1; пульсъ 140, малаго наполненія и аритмичный; дыханіе учащенное; самочувствіе подавленное; усиленная жажда; послѣ питья повторная рвота. Мы впрыснули въ 4-й разъ въ томъ-же количествѣ сыворотку, а для поднятія сердечности дѣятельности назначили внутрь: *Inf. Valerianae ex 2,0—100,0. Coffeini natrobenzoici 0,3. MDS.* Черезъ 2 часа по десертной ложкѣ. Вечеромъ того-же дня, т. е. черезъ 14 часовъ послѣ 3-го и черезъ 8 часовъ послѣ 4-го впрыскиванія сыворотки, температура у больного пала на 37,5°; дыханіе спокойное; глубокой и продолжительный сонъ.

Начиная съ 17 марта больной нашъ постепенно, но все же амѣтно, сталъ поправляться. Введенная въ 6-й разъ трубочка оста-

вალასъ у него въ гортани 103 часа (т. е. 4 с. 7 час.); по временамъ появлялось храпящее дыханіе отъ скопленія слизи, но послѣ отхаркиванія оно становилось свободнымъ. Большой такъ освоился съ трубкой, что послѣдняя, повидимому, нисколько не мѣшала ему даже во время приѣма пищи; а ѣлъ онъ вполне достаточно.

20 марта мы рѣшились трубочку извлечь. Съ этого дня припадки стеноза больше не повторялись.—Ребенокъ сталъ много ѣсть, спокойно и долго спать, а съ 25 марта началъ говорить звучно. 21-го апрѣля, послѣ семинедѣльнаго пребыванія въ больницѣ, мальчикъ былъ увезенъ домой, повидимому, выздоровѣвшимъ. Ровно черезъ мѣсяць, а въ послѣдній разъ черезъ полгода послѣ выхода изъ больницы, я видѣлъ своего маленькаго пациента совершенно здоровымъ, бодрымъ и веселымъ.

Вотъ, М. Г., тѣ выдающіеся симптомы, которые хотѣлось мнѣ выдѣлать, какъ наиболѣе рѣзкіе штрихи картины болѣзни.

Анализируя этотъ случай, я считаю необходимымъ указать слѣдующее: за все время болѣзни ребенку впрыскивалась сыворотка 4 раза—3, 8, 15, и 16 марта. Первые двѣ порціи сыворотки, повидимому, не оказали должнаго своего дѣйствія, такъ какъ припадки ларингостеноза повторились 15 марта; отсюда мы не рискуемъ вывести заключеніе, что съ 3 по 15 марта ребенокъ обязанъ своею жизнью исключительно интубаціи. Быть можетъ и сыворотка обнаружила-бы свое благотворное вліяніе, если бы мы сразу впрыснули два флакона (т. е. 2000 един.); но признаемся откровенно, что мы не охотно и, пожалуй, даже съ нѣкоторою боязнью рѣшились употребить первые два флакона сыворотки, полученной уже болѣе двухъ мѣсяцевъ назадъ. Если эта сыворотка не обнаружила положительнаго дѣйствія, то этимъ случайнымъ обстоятельствомъ, зависимымъ или независимымъ отъ насъ, еще больше выдвигается значеніе и достоинство интубаціи. И наконецъ это-же самое обстоятельство и дало основаніе выдѣлать нашъ случай изъ ряда обыкновенныхъ. Такъ что интубація въ данномъ случаѣ оказалась, несомнѣнно, могучимъ средствомъ спасти больного, хотя-бы на время, необходимое для обнаруженія дѣйствія сыворотки.

Въ теченіе опаснаго періода болѣзни интубація примѣнялась нами 6 разъ; при этомъ трубочка лежала въ гортани:

въ 1-й разъ	2 ¹ / ₂	часа;	больной	оставался	безъ	трубочки	2 ³ / ₄	ч.
— 2	—	3 ¹ / ₄	—	—	—	—	—	1 ¹ / ₂ ч.
— 3	—	17	—	—	—	—	—	12 ч.
— 4	—	48	—	—	—	—	—	32 ч.
— 5	—	40	—	—	—	—	—	5 с. 17 ч.
и въ 6	—	103 ч. (4 сут. 7 час.).	—	—	—	—	—	—

Всего трубочка была въ гортани 213³/₄ ч. (около 9 сутокъ).

„Объ интубаціи гортани въ связи съ леченіемъ дифтеріи кровавою сывороткою“ была напечатана довольно подробная статья Д-ра А. А. Полиевктова, Ассистента Дѣтской Клиники при Московскомъ Университетѣ. (См. Дѣт. медиц. за 1896 г., № 1-й, стр. 17). Въ послѣднее время тотъ-же авторъ собралъ весь матеріалъ объ интубаціи и, обработавши, представилъ его въ формѣ диссертациі. Затѣмъ Д-ръ Войновъ также посвятилъ обстоятельную статью интубаціи при дифтерійномъ стенозѣ гортани. (См. Больнич. Газ. Боткина за 1897 г. №№ 12, 15, 17 и 19).—Кромѣ того существуетъ на этотъ счетъ не мало сообщений и другихъ авторовъ, какъ русскихъ, такъ и иностранныхъ.

Я приведу нѣкоторыя литературныя данныя—поскольку онѣ касаются нашего случая. Разбирая недостатки интубаціи, Д-ръ Полиевктовъ говоритъ, что, „во избѣжаніе пролежней, въ Парижѣ обыкновенно не держатъ трубочку долѣе 3-хъ сутокъ, вынимая ее по временамъ для чистки и для отдыха ребенка“, и тутъ-же прибавляетъ, что „въ нѣкоторыхъ, правда, случаяхъ трубочка можетъ оставаться въ гортани до 132 часовъ“, вѣроятно, также съ антрактами.

Ganhofer ¹⁾ сообщаетъ случай, гдѣ пролежень образовался уже черезъ 27 час. пребыванія трубочки. Wiederhofer ²⁾ совѣтуетъ также перемежающуюся интубацію, удаляя трубочку черезъ каждые 24 часа; если-же къ 5 дню улучшенія не наступаетъ, то онъ совѣтуетъ прибѣгать ко вторичной трахеотоміи. Вокал и Вагг указываютъ на отдѣльные случаи, когда трубочка оставалась въ гортани въ теченіе мѣсяцевъ безъ вреда; но не упоминаютъ при этомъ—оставалась-ли она непрерывно или-же періодически вынималась. Я понимаю въ послѣднемъ смыслѣ, т. е. что здѣсь говорится объ интубаціи перемежающейся.

Къ числу другихъ серьезныхъ и даже опасныхъ недостатковъ интубаціи относятъ еще закупорку трубочки слизью или пленками и возможность задушенія; а также и то обстоятельство, что интубированные не могутъ питаться въ присутствіи трубочки, поэтому всякій разъ нужно еѣ вынимать или-же питать влистирами; а нѣкоторые совѣтуютъ въ такихъ случаяхъ вводить пищу въ желудокъ черезъ катетеръ, введенный черезъ носъ.—Противопоказаніемъ къ интубаціи считаютъ, между прочимъ, агонію или асфиксію въ сильной степени.

Въ нашемъ случаѣ, какъ уже извѣстно: 1) трубочка непрерывно оставалась въ гортани безъ вредныхъ послѣдствій 103 ч. или 4 сут. 7 часовъ.

¹⁾—²⁾ Цитир. по Филатову. Лекціи объ инфекціон. болѣз. у дѣтей. 1895 г. 246 стр.

2) Накопленіе слизи въ гортани выкашливалось сначала вмѣстѣ съ трубочкой, а затѣмъ больной научился осторожно отдѣлять мокроту черезъ неѣ.

3) Въ присутствіи трубочки ребенокъ безъ затрудненія глоталъ пищу.

и 4) При сильно развитой асфиксіи интубація всетаки оставалась оживляющимъ средствомъ.

Вотъ тѣ пункты, которые я подчеркиваю и на которыхъ хотѣлось-бы мнѣ остановить Ваше вниманіе, М. Г.

Такимъ образомъ нашъ случай, какъ я уже замѣтилъ, иллюстрируетъ наглядно, какимъ могучимъ и вѣрнымъ оживляющимъ средствомъ оказывается интубація. Поэтому, не умаляя нисколько показанія и значенія трахеотоміи, но находясь лишь подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ только что прочитанной исторіи болѣзни, я считаю возможнымъ рекомендовать интубацію—какъ операцію прежде всего некровавую и не требующую сложныхъ манипуляцій; операцію, которую можно производить почти безъ протеста со стороны родныхъ больного.—Что касается самой техники интубаціи, (см. статью Д-ра Поліевктова) то въ этомъ случаѣ она удавалась очень легко; у дѣтей-же въ возрастѣ 8—10 мѣс. представляетъ, правда, нѣкоторыя затрудненія, главнымъ образомъ, вслѣдствіе слишкомъ ограниченного операціоннаго поля. Но имѣя въ виду опознавательные пункты при производствѣ, мы думаемъ, можно во многихъ случаяхъ избѣгать при интубаціи тѣхъ неприятныхъ осложненій, о которыхъ пишутъ авторы.

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть, что интубированный больной постоянно нуждается въ непосредственномъ наблюденіи лица владѣющаго интубаціей, а потому необходимо присоединиться къ пожеланію, чтобы операція эта получила широкое распространеніе не только среди врачей, но и среди фельдшерскаго персонала. Установленный цифрами фактъ, (см. Lehrbuch der Kinderkrankheiten von Z. Unger. 1901 г. 214 стр.) что интубація въ возрастѣ первыхъ двухъ лѣтъ даетъ болѣе процентъ выздоровленія, чѣмъ трахеотомія, доказываетъ необходимость ввести ее, наравнѣ трахеотоміей, въ кругъ операцій обязательныхъ.

Случай Hemiglossitis dimidiata.

3. И. Язвицкій.

Вообще воспаленія языка встрѣчаются довольно часто, особенно тѣ его виды, которые стоятъ въ зависимости отъ: а) травмы (ожогъ горячей пищею, кислотами, а также отъ разъѣдающихъ жидкостей и праностей, занозы, ужаленіе пчелы, осы, шерстяныя павшихъ въ ротъ съ плодами и медомъ), б) сильныхъ животныхъ ядовъ (откусыванія фокусниками головы ядовитыхъ змѣй, а также перекусыванія жабъ случайныхъ введеній сибирской язвы) и в) общихъ отравленій (при рождѣ, оспѣ, скарлатинѣ, тифѣ, піеміи, уреміи и ртутномъ).

Гораздо рѣже приходится наблюдать одностороннее глубокое (паренхиматозное) воспаленіе тканей языка. Гемиглосситъ описывается какъ наиболее рѣдкое заболѣваніе и о немъ въ литературѣ существуетъ около 20—30 случаевъ описаній, на основаніи которыхъ можно вывести, что отъ него не застрахованы ни полъ, ни возрастъ.

У Вебера Кенига, на основаніи наблюденій другихъ, воспаленія языка относятся къ эпидемическимъ заболѣваніямъ, развивающимся особенно въ холодные и сырые переходные времена года (Демме, Арнольдъ, и Рикорди и др.). У Тильманса не встрѣчается указаній о гемиглосситѣ.

Представившійся нашему наблюденію случай гемиглоссита интересенъ съ точки зрѣнія эпидемическаго заболѣванія, такъ какъ тередъ этимъ наблюдались, подъ рядъ, нѣсколько случаевъ поверхностнаго воспаленія слизистой оболочки языка, разрѣшающихся въ —4 дня, а у даннаго больнаго развитія этого страданія, совпало съ весеннимъ и осеннимъ временемъ.

Первое пораженіе, весной, тянулось болѣе 2-хъ недѣль. мальной явился въ Федоровскую амбулаторію свѣжскаго уѣзда въ слѣднихъ числахъ сентября съ жалобами на трудность поворачивать языкъ и глотать слюну; на первомъ же осмотрѣ было установлено ограниченная, незначительная припухлость и болѣзненность торня языка съ правой стороны. На производство насѣчекъ боль-

ной не согласился. Дня через 2 или 3 больной был доставлен отцемъ для помѣщенія его въ больницу.

Отецъ рассказываетъ, что у его сына языкъ не поворачивается и не помѣщается во рту. Изъ рта течетъ постоянно слюна, были знобы, а теперь постоянный жаръ. Сильные боли въ языкѣ, въ ухахъ и краяхъ челюстей. Даже замѣчены припухшими железы правой стороны шеи.

Больной питанія и сложенія хорошаго, 25 лѣтъ отъ роду, наружные покровы лица какъ бы припухши (одутловаты); кровеносные сосуды слизистой губъ, ноздрей и вѣкъ переполнены кровью слегка цианотичны. Яблоки глазъ напряжены, дыханіе не усилено но кажется, что больной, какъ бы, глубже вдыхаетъ. Ротъ немного полуоткрытъ, и языкъ выдается изъ рта болѣе справа, упираясь концомъ въ спайку губъ. Остальные наружные покровы и видимые слизистые оболочки имѣютъ нормальную окраску. Температура 39,6 утромъ, въ день пріема въ больницу. Не слабило 3-й день. Всѣ внутренніе органы не представляютъ никакихъ отклоненій отъ нормы. Пульсъ частый и твердый, артеріи мягки и эластичны. Со стороны нервной системы никакихъ отклоненій не замѣчается. Моча нормальнаго состава, отдѣляется въ умѣренномъ количествѣ. Лѣвая половина языка представляется, какъ бы придаткомъ опухоли правой стороны. Языкъ налета не имѣетъ. Шейная, челюстная и околоушная лимфатическія железы слегка припухши. Движеніе челюстей не затруднено. Глотать и говорить не можетъ. Можетъ издавать только мычащія звуки.

Тотчасъ было сдѣлано два глубокихъ параллельныхъ разрѣза, у корня языка съ поверхностнымъ продолженіемъ ихъ къ кончику языка въ видѣ насѣчекъ. Клизма. Затѣмъ частые (каждые $\frac{1}{4}$ часа) слизистые обмыванія языка (Dt. *Althaeae* 200, *Borax* 4) и обтираніе ватными тампонами. Обмываніе языка дѣлалось резиновой шприцовой. Вечеромъ t° 39,5., а на слѣдующій день утромъ температура 38 $^{\circ}$; движеніе языка труднѣе, но рано утромъ выдѣдился гной изъ нижней правой половины языка и языкъ, какъ бы расплылся. Вечеромъ температура 37,6. Движеніе языка свободное, возможна рѣчь, глотать съ трудомъ. Черезъ нѣсколько дней выписался здоровымъ.

Очевидно, что тутъ имѣлось дѣло вначалѣ съ простымъ острымъ поверхностнымъ, катарральнымъ воспаленіемъ языка и нужно было незначительной причины, чтобы вызвать переходъ въ глубокое паренхиматозное воспаленіе языка; достаточно было кусочка твердой пищи, чтобы произвести вѣдреніе этого кусочка въ мѣшеччатую железу (*tonsilla linguae*) языка. Попавшая частица какъ постороннее тѣло вызвала ограниченное воспаленіе и закупорку самой железы. А такъ какъ дно мѣшеччатой железы вѣдрается довольно

глубоко, то скопившіяся гнойныя тѣльца не могли выйдти черезъ выходное отверстіе, вслѣдствіе его закупорки слизью, или равеніи и слипчиваго воспаленія, то гнойныя тѣльца проложили себѣ другой путь у дна язвы. Выдѣленіе слизисто-гнойной жидкости даетъ право вывести въ этомъ родѣ заключеніе. Точнаго микроскопическаго изслѣдованія не было сдѣлано за невозможностью достать изъ язвочки чистаго истеченія, безъ слюны.

Въ случаѣ, когда гнойныя тѣльца не могли выйдти черезъ выходное отверстіе, вслѣдствіе его закупорки слизью, или равеніи и слипчиваго воспаленія, то гнойныя тѣльца проложили себѣ другой путь у дна язвы. Выдѣленіе слизисто-гнойной жидкости даетъ право вывести въ этомъ родѣ заключеніе. Точнаго микроскопическаго изслѣдованія не было сдѣлано за невозможностью достать изъ язвочки чистаго истеченія, безъ слюны.

Въ случаѣ, когда гнойныя тѣльца не могли выйдти черезъ выходное отверстіе, вслѣдствіе его закупорки слизью, или равеніи и слипчиваго воспаленія, то гнойныя тѣльца проложили себѣ другой путь у дна язвы. Выдѣленіе слизисто-гнойной жидкости даетъ право вывести въ этомъ родѣ заключеніе. Точнаго микроскопическаго изслѣдованія не было сдѣлано за невозможностью достать изъ язвочки чистаго истеченія, безъ слюны.

Въ случаѣ, когда гнойныя тѣльца не могли выйдти черезъ выходное отверстіе, вслѣдствіе его закупорки слизью, или равеніи и слипчиваго воспаленія, то гнойныя тѣльца проложили себѣ другой путь у дна язвы. Выдѣленіе слизисто-гнойной жидкости даетъ право вывести въ этомъ родѣ заключеніе. Точнаго микроскопическаго изслѣдованія не было сдѣлано за невозможностью достать изъ язвочки чистаго истеченія, безъ слюны.

Опытъ санитарно-экономическаго изслѣдованія деревни въ связи съ заболѣваемостью цингой.

(Изслѣдованіе деревни Кармалы, Спасск. у. Казанск. губ.).

Земскій врачъ Ал. Шибковъ.

I.

Не только среди врачей, но и въ публикѣ установился взглядъ, что цинга—болѣзнь, развивающаяся на почвѣ извращеннаго питанія. Цѣлью нашего изслѣдованія служила мысль цифрами, статистическимъ путемъ провѣрить этотъ, эмпирическимъ образомъ, сложившійся взглядъ. Съ другой стороны, мы поставили себѣ цѣлью тѣмъ же путемъ выяснитъ роль и другого фактора въ этиологіи цинги уже менѣе отмѣченнаго не только публикой, но и врачами,— роль санитарной обстановки, главнымъ образомъ жилого помѣщенія, герр., деревенской избы для различныхъ группъ крестьянскаго населенія.

Для нашей цѣли мы избрали одну татарскую деревню, Кармалу, Спасскаго уѣзда, Казанской губ., сдѣлавъ подворное санитарно-экономическое ея обследованіе примѣнительно къ намѣченной цѣли.

Деревня Кармала находится отъ уѣзднаго города Спасска въ разстояніи 60 верстъ, отъ ближайшей парадной пристани въ 62 верстахъ (Мурзиха на р. Камѣ), и отъ квартиры участковаго врача (село Б. Полянки) въ 27 верстахъ. Населеніе исключительно татарское. Число хозяйственныхъ дворовъ 182. Жителей обоаго пола 988 ч. (510 муж. и 478 жен.)—по переписи 1897 года. Въ 1903 году число жителей по свѣденіямъ волостнаго правленія было 1116 чел. Тоже число получается и изъ выписки, сдѣланной для насъ мѣстнымъ муллоу, заимствованной изъ метрической вѣдомости.

Вотъ эта выписка:

	Умерло.	Свадебъ.	Родилось.
Въ 1897 году	— 28	— 6	— 46.
„ —98	— 15	— 17	— 37.
„ —99	— 33	— 6	— 33.
„ 1900	— 29	— 14	— 41.
„ 1901	— 16	— 6	— 42.
„ 1902	— 14	— 9	— 32.
„ 1903	— 6	— 13	— 38.

Она означаетъ: 1) что послѣ переписи населеніе въ 1903 г. возрасло на 128 чел. (269—141), 2) что средній ежегодный коэффициентъ смертность = 20‰, ежегодный приростъ населенія—18 чел. Естественный же приростъ средній ежегодный 18,4‰ населенія. вмѣстѣ съ тѣмъ выписка съ наглядностью показываетъ, что послѣ неурожайныхъ (1898 и 1901) годовъ количество свадебъ (6 и 9 противъ 10) и рожденій (33 и 32 противъ 38) было уменьшено, количество же умершихъ возрасло противъ средней нормы (въ 1899 г. 33 противъ 20).

Мѣстность, въ которой расположена деревня Кармала съ прилежащей къ ней пахотной и усадебной землей довольно ровная; почва большею частью черноземная; только небольшой участокъ земли на сѣверъ отъ Кармала песчаный и на югъ суглинистый. Питевой водой вся деревня пользуется изъ ключа, незамерзающаго даже и зимой. Вода въ немъ мягкая, прозрачная, вкусная. Для домашнихъ надобностей, для скота вода берется изъ колодезь. Колодцы устроены самымъ примитивнымъ образомъ: большая часть ихъ безъ крыши, безъ укрѣпленія отъ засоренія. Чистятся крайніе рѣдко. Для питья и вообще употребленія вода изъ нихъ почти не идетъ.

Количество земли: пахотной 1200 казенн. десятинъ, усадебной 80, и луговой 25. Выгону, лѣсу и земли подъ кустарникомъ деревня не имѣетъ. Выгономъ служить, смотря по времени, то паровое, то ржаное или яровое поля, а также и луговая земля—каждая послѣ ихъ уборки. Лѣсъ на топливо и постройки покупается изъ сосѣднихъ казенныхъ дачъ или отъ землевладѣльца Аносова. Пахатная земля раздѣлена на 505 ревизскихъ душъ, послѣднія же въ свою очередь разложены по дворамъ сообразно количеству въ семьѣ лицъ мужскаго пола. На каждую ревизскую душу, такимъ образомъ, въ среднемъ приходится около 2 $\frac{1}{3}$ десятинъ въ трехъ поляхъ. Всѣ дворы, сообразно количеству принадлежащихъ на каждый дворъ душъ, можно раздѣлить слѣдующимъ образомъ:

Владѣющихъ одной душой	—	26.
„ двумя душами	—	69.
„ тремя „	—	36.
„ четырьмя „	—	20.
„ пятью и болѣе	—	14.

Какъ здѣсь, такъ и въ дальнѣйшемъ изложеніи, мы будемъ оперировать только со 175 дворами изъ 182 официальныхъ на томъ основаніи, что 7 дворовъ числятся только на бумагахъ:—одной части ихъ совсѣмъ нѣтъ, а другая часть хотя и на лицо, но обыватели ихъ уже нѣсколько лѣтъ оставили по разнымъ причинамъ, большею частью экономическаго характера, свою деревню и разошлись первоначально въ разныя мѣста (Пермь, Уралъ, Казань) на заработки, а потомъ тамъ остались навсегда.

Однако въ дѣйствительности не каждый дворъ пользуется тѣмъ количествомъ душъ, какое ему принадлежитъ по раздѣлу. По причинамъ матерьяльнаго характера нѣкоторые семейства вынуждены сдавать часть своей земли въ аренду, другія же болѣе счастливы,—правда меньшая сравнительно часть—имѣютъ возможность прикупать, геср., арендовать землю. Отсюда представляется возможность сгруппировать крестьянскіе дворы еще двояко: 1) съ точки зрѣнія того, покупаетъ, геср., арендуетъ землю дворъ или сдаетъ въ аренду и 2) съ точки зрѣнія дѣйствительнаго пользованія дворовъ опредѣленнымъ количествомъ душъ:

1) Сдающихъ въ аренду дворовъ	—	48.
Убирающихъ свой надѣлъ	—	99.
Арендующихъ	—	28.
и 2) Убирающихъ меньше одной души дворовъ		6.
„ — 1 душу	—	44.
„ — 2 души	—	48.
„ — 3 „	—	28.
„ — 4 „	—	20.
„ — 5 и болѣе душъ	—	29.

Нормальный урожай хлѣбовъ съ казенной десятины въ пудахъ въ средній годъ для всей Марасинской волости, къ которой принадлежатъ деревни Кармала таковъ: рожь—80; овесъ—120; полба—120; греча—72; горохъ—90; просо 100; чечевица—80.

Ввиду того, что дальнѣйшія изслѣдованія касаются 1901 цивотнаго года, бывшаго 3 года спустя послѣ 1898 также голоднаго и цинготнаго года—мы приводимъ здѣсь же таблицу,

характеризующую деревню Кармалу съ точки зрѣнія урожая въ хлѣбовъ въ эти годы.

ТАБЛИЦА № 1.

Сколько далъ каждый хлѣбъ съ казенной десятины:

СЕЛЕНІЯ.	Въ 1898 году.						Въ 1901 году.					
	Рожь.	Овесъ.	Горохъ.	Полба.	Пшеница.	Греча.	Рожь.	Овесъ.	Горохъ.	Полба.	Греча.	Прессо чечевича.
Алпарово	1—3						25	16	12	18	12	8 12
Старше-Ургагары . .	4—6	Отъ 1/2 до 1 пуда.	Не болѣе 1 пуда.	Менѣе 1 пуда.	Не уроди.	досъ.	20	18	12	12	6	8 12
Новые »	4—6						20	18	12	12	6	8 12
Татарское Муллино .	2—4	Отъ 1/2					20	21	21	24	9	8 12
Кармала	3—5						32	18	15	15	9	8 12

Луговая земля дѣлится подушно ежегодно передъ уборкой сѣна. Усадьбная (10×45 саж.) равномерно распредѣлена по количеству дворовъ. Изъ послѣдней часть (15 саж.) идетъ на дворъ, другая же большая (30 с.) подъ огородъ, который кармалинскіе крестьяне всегда засѣваютъ однимъ картофелемъ. Въ 1898 году картофель уродился. Въ 1901 г. былъ неурожай.

Лошадей во всей деревни въ 1902-ой цыготный годъ было 216, коровъ 147, мелкаго скота 307 головъ. Дворовъ безъ лошади—23, съ 1-ою лошадыю—96, съ 2-мя лошадыми 52, съ 3-мя и болѣе 4. Безъ коровы—50, съ 1-ою коровой—104; съ 2-мя и болѣе—21; безъ мелкаго скота 100; съ 1-ою головой—6; съ 2—3-мя—14; съ 4—5-ью 29; съ 6-ью и болѣе—26.

Землю пашутъ въ Кармалѣ болѣею частью сохой; но есть и плуги. Не имѣющихъ ни плуга, ни сохи—13 дворовъ; убирающихъ сохой—111; плугомъ—51.

Главное занятіе жителей—земледѣліе. Побочныхъ занятій, кромѣ необходимыхъ для обихода деревни, нѣтъ. Необходимыя занятія и промыслы въ деревни принадлежатъ слѣдующимъ дворамъ:

духовныхъ лицъ—3; торговцевъ—4; калачниковъ—3; сапожниковъ—5; кузнецовъ—2; „холодныхъ“ вузнецовъ—3. Всего 20-ти дворами. Отхожіе промыслы систематически не практикуются. Наблюдаются только въ неурожайные годы. Извѣдка ходятъ въ степь. Въ лѣтнее время у сосѣдей—землевладѣльцевъ убираютъ по найму хлѣбъ.

II.

Деревя Кармала состоитъ изъ четырехъ большихъ порядковъ, отъ 35 до 45 дворовъ въ каждомъ. Главная улица имѣетъ два порядка и 2 улицы параллельныя главной и расположенныя по обѣи ея стороны—по одному порядку. Кромѣ этого имѣются проулки, соединяющіе главную улицу съ обѣими другими. Главная улица прямая, тянется болѣе съ сѣвера-на югъ, нежели съ сѣверо-востока на юго-западъ. Между главной улицей и одной изъ побочныхъ, лежащей на востокъ, протекаетъ ручей, берущій свое начало въ томъ ключѣ, о которомъ мы уже упоминали. Ключъ течетъ съ юга на сѣверъ. Въ самое послѣднее время въ 1902 году на протяженіи ручей углубленъ—сдѣлано пѣчто въ родѣ пруда съ противопожарной цѣлью. На главной улицѣ по срединѣ ея стоитъ мечеть; на западъ отъ нея—школа. Какъ и въ громадномъ большинствѣ русскихъ деревень жилища помещенія въ Кармалѣ расположены довольно тѣсно. Избы всѣ безъ исключенія деревянныя, тонкостѣнныя, по фигурѣ почти всѣ квадратныя (имѣющія равныя измѣренія въ длину и ширину). Стѣны у большинства избъ плетенныя. Дворы рѣдко устроены изъ бревенчатого лѣса, чаще плетневые; избы 10 совсѣмъ не имѣютъ дворовъ.

Внутреннее устройство избъ крайне примитивное. Кромѣ печи, занимающей въ маленькихъ избахъ около $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ части всего объема избы, и нарѣ вдоль и сплошь одной или двухъ стѣнъ, длиной въ ростъ человѣка, въ избѣ почти ничего нѣтъ. Отъ печи тянется перегородка, составляющая необходимую принадлежность татарской избы; иногда ее замѣняетъ занавѣска. За перегородкой на деревянныхъ полочкахъ стоитъ посуда: чашки, блюда, ложки, чайныя принадлежности. Гдѣ нибудь въ углу стоитъ самоваръ.

Крыша избы соломенная, кромѣ мечети, домовъ двухъ муллъ, да 2—3 самыхъ зажиточныхъ, богатыхъ крестьянъ. Въ различныхъ измѣреніяхъ избы варьируютъ въ предѣлахъ слѣдующихъ цифръ. Какъ уже сказано, всѣ избы, за небольшимъ исключеніемъ, квадратныя, поэтому, для упрощенія, мы ихъ всѣ привели при вычисленіи къ квадрату:

Размѣръ избъ.	Количество избъ.
до 6×6 аршинъ	57.
„ $7\frac{1}{2} \times 7\frac{1}{2}$ „	59.
„ $8\frac{1}{2} \times 8\frac{1}{2}$ „	51.
больше $8\frac{1}{2}$ „ „	8.

Высота избъ внутри.	Количество избъ.
до 2-хъ аршинъ.	10.
„ $2\frac{1}{2}$ „	57.
„ 3-хъ „	86.
больше 3-хъ „	22.

Объемъ воздуха на избу въ кубич. саженьяхъ.	Количество избъ.
до 2 куб. саж.	10.
„ 3 „ „	17.
„ 4 „ „	34.
„ 5 „ „	24.
„ 6 „ „	25.
больше 6 „ „	65.

Послѣднiя вычисленiя сдѣланы за вычетомъ объема печей.

При вычисленii объема воздуха на человѣка въ избѣ, группировка, избъ получается другая.

Количество воздуха на человѣка.	Количество избъ.
до 0,5 кубич. сажень.	23.
„ 1,0 „ „	88.
„ 1,5 „ „	38.
„ 2,0 к. с.	26.

Большая часть избъ по своимъ измѣренiямъ, какъ видно изъ приведенныхъ цифръ, — далеко не удовлетворяетъ размѣрамъ, требуемымъ нормой. Большая часть избъ въ $1\frac{1}{2}, 2$, а въ нѣкоторыхъ измѣренiяхъ въ 3 и больше раза меньше нормы, устанавливаемой гигиеной. — Стѣны избъ, кромѣ 2—3 ничѣмъ не оклеены, покрыты пылью; нижнiе вѣнцы зимой у большинства избъ сырѣе. Полъ вездѣ деревянный, лежитъ на переводахъ. Большая часть половъ со щелями, изъ которыхъ дуетъ, и чрезъ которыя въ подпольное пространство стекаетъ помойная и всякая другая жидкость и попадаютъ разные мелкiе отбросы... Зимой часть половъ не моется совсѣмъ. Печи топятся соломой и хворостомъ.

Освѣщаются избы 3—5 окнами при среднемъ размѣрѣ окна $1 \times \frac{3}{4}$ аршина. По отношенію оконной поверхности къ площади пола дворы группируются такъ:

Отношеніе оконной поверхности къ площади пола.	Количество избъ.
до $\frac{1}{8}$	14.
” $\frac{1}{10}$	35.
” $\frac{1}{15}$	82.
” $\frac{1}{20}$	20.
отъ $\frac{1}{20}$ и далѣе	24.

Зимой двойныхъ рамъ нѣтъ.

Для болѣе точной характеристики въ санитарномъ отношеніи деревни Кармалы прилагаемъ слѣдующую таблицу, содержащую цифровыя данныя о каждомъ изслѣдованномъ дворѣ. (См. таблицу № 2-ой).

Изъ нея можно видѣть, въ какихъ размѣрахъ варьируютъ различныя измѣренія отдѣльныхъ избъ. Подчеркиваемъ самый плохой дворъ № 53 и самый хорошій № 72 для сравненія. Въ заключеніе мы хотѣли бы указать на различное санитарное состояніе деревенской избы въ зависимости отъ времени года, частью уже отмѣченное нами въ первой нашей работѣ о цингѣ¹⁾. Дѣло въ томъ, что деревенская изба, сообразно съ особенностями, характеризующими каждое отдѣльное время года (зиму, лѣто, осень и весну)—играетъ совершенно различное значеніе, какъ санитарный факторъ. Въ то время какъ лѣтомъ значеніе ея, какъ такового фактора, благодаря экономическимъ, климатическимъ и бытовымъ особенностямъ деревни, сводятся почти къ нулю, зимой рѣзко выступаетъ значеніе ея, какъ антисанитарнаго фактора. Антисанитарный характеръ изба начинается пріобрѣтаетъ постепенно съ наступленіемъ осеннихъ холодовъ,—съ переселеніемъ жильцовъ съ полей, огородовъ, улицы, двора,—гдѣ они проводятъ почти все лѣто отъ мала до велика. Изба начинается съ этаго времени служить своему назначенію. Но уже выше мы видѣли, что, отвѣчать своему назначенію она не можетъ. Измѣреніе избъ указало намъ, что въ большинствѣ избъ тѣсно, низко, мало воздуха и свѣта, а начиная съ осени изба пріобрѣтаетъ помимо этого и новыя свойства также антисанитарнаго характера. Тѣснота, духота не-

¹⁾ А. И. Шибковъ. Казанскій Медіц. Журналъ. 1903 г. Май-Іюнь. «Нѣкоторыя данныя о цингѣ»...

достаточность воздуха и свѣта—качества избы, зависящія отъ свойствъ самой избы,—зимой приобрѣтаютъ сами по себѣ болѣе интензивный отгѣнокъ. За недостаткомъ второй грязной избы или теплаго помѣщенія для скота, вмѣстѣ съ людьми во многихъ избахъ ютятся и мелкій скотъ: ягнята, телята, поросята; куры, а иногда и крупный скотъ, особенно въ сильные морозы. Для скота вносятся кадка или корыто, въ которыхъ держатся постоянно помои. изба такъ загрязняется, что мало чѣмъ разнится отъ помѣщенія для животныхъ. По крайней мѣрѣ съ точки зрѣнія санитарно-гигиенической отличить скотское теплое помѣщеніе отъ только что указаннаго не представляется возможнымъ. Въ этотъ моментъ значеніе различныхъ измѣреній избы, приведенныхъ нами выше, слѣдуетъ считать далеко не отвѣчающимъ дѣйствительности.... Развѣ можно, на самомъ дѣлѣ, говорить объ опредѣленномъ количествѣ воздуха на человѣка въ избѣ, когда часть его идетъ и на животныхъ? Параллельно съ загрязненіемъ избы идетъ прогрессивное оскуднѣніе послѣдней свѣтомъ. Болѣе короткіе дни сами по себѣ даютъ мало свѣта и на крайне непродолжительное время сутокъ; необходимость же укрыться отъ холода въ сильные зимніе морозы закрываетъ окно щитами изъ соломы—лишая подъ часть избы свѣта и днемъ. Вмѣстѣ съ этимъ происходитъ и постепенное насыщеніе избы всѣми вышеуказанными антисанитарными вліяніями. Естественная вентиляція каждой избы перестаетъ отвѣчать своему назначенію съ наступленіемъ холодовъ и сопровождающихъ ихъ: тѣсноты, духоты, грязи. Дѣйствіе ея ограничиваютъ завалины, дѣлаемая кругомъ избы для тепла еще съ осени, лишая послѣднюю вентиляціи подпольнаго пространства. Подпольное пространство на всю зиму получаетъ назначеніе служить складомъ всякихъ не гигиеническихъ отбросовъ: мочи дѣтей, животныхъ, полойной воды, сора. Подпольная почва дѣлается культурой для всякаго рода микроорганизмовъ. Подваливающий зимой изо-дня въ день снѣгъ еще болѣе закупориваетъ избы, устраняя въ очень снѣжную зиму (такъ было въ 1902 г.) тягу изъ избы, даже при открытой двери. Духота дѣлается невыносимой. Тяжелый воздухъ—такое обычное явленіе зимой въ деревенской избѣ, что только онъ служитъ, по заявленію кармалинскихъ крестьянъ, причиной того, почему въ избахъ нѣтъ двойныхъ рамъ. Если бы были двойныя рамы—въ избахъ можно было бы задохнуться. Сырость и холодъ дополняютъ картину санитарнаго неблагополучія деревенской избы въ зимнее время. Всѣ эти антисанитарныя факторы избы производятъ свое антисанитарное дѣйствіе на организмъ жильцовъ въ теченіи цѣлой зимы и даже начала весны. Дѣйствіе ихъ медленное, прогрессирующее, crescendo. Весной оно тѣмъ хуже, что организмъ жильцовъ за зиму сильно ослабѣваетъ. Между тѣмъ

увеличивающаяся весной сырость даетъ возможность избѣ собрать свои послѣднія антисанитарныя силы, чтобы сломить еще не совсѣмъ надломленный организмъ жильцовъ, и только въ концѣ апрѣля, съ наступленіемъ теплаго и благопріятнаго въ санитарномъ смыслѣ времени, изба быстро начинаетъ терять свои антисанитарныя свойства и вліянія и, сраженная возродившейся и оживившейся природой, уходитъ съ поля битвы до новой зимы.

III.

Каждый дворъ въ деревнѣ представляетъ по своимъ санитарно-экономическимъ условіямъ нѣчто цѣльное и однообразное. Общія санитарно-экономическія условія одного двора могутъ рѣзко различаться отъ такихъ же условій всякаго другого двора, но для членовъ одного и того же двора они всегда одни и тѣ-же: всѣ члены двора въ одинаковой степени испытываютъ вліяніе удовлетворительнаго или плохого матерьяльнаго положенія, хорошей или дурной санитарной обстановки. Поэтому-то, какъ выше мы принимали, такъ и въ дальнѣйшемъ изложеніи будемъ принимать за единицу не отдѣльное лицо, а собирательное понятіе — дворъ, — разумѣя подъ нимъ группу людей, испытывающихъ на себѣ различныя вліянія: санитарныя и экономическія въ одинаковой степени.

Если же подъ вліяніемъ общихъ условій заболѣваютъ не всѣ члены семьи — двора, то, очевидно, должны быть еще вліянія, помимо общихъ, находящіяся уже въ индивидуальныхъ особенностяхъ двора, особенностяхъ каждаго члена семьи: его возраста, пола, состоянія здоровья и т. д. Эти особенности двора, равно и отдѣльныхъ членовъ семьи въ настоящее время исключены изъ темы нашего изслѣдованія.

Всѣхъ дворовъ изслѣдованныхъ нами 175, — хотя въ деревнѣ ихъ 182. Ввиду того, что наши изслѣдованія касаются только 1903 цинготнаго года, — мы оставили 7 дворовъ внѣ изслѣдованія потому, что въ 1902 г. семейства этихъ дворовъ были въ отлучкѣ. Выяснимъ сначала связь по заболѣванію цингой деревни Кармалы съ экономическими условіями. Критеріемъ для оцѣнки матерьяльнаго положенія двора могутъ служить всѣ главнѣйшіе и сложные атрибуты крестьянскаго хозяйства. Степень зажиточности обычно опредѣляется съ точки зрѣнія душевого надѣла, приходящагося на дворъ, способности двора прикупить земли на сторонѣ въ аренду или, наоборотъ, сдать свою въ аренду; съ точки зрѣнія капитала двора: количества скота (въ особенности лошадей); ору-

дѣй производства: сохи, плуга: съ точки зрѣнія рабочей силы и т. д., и т. д.

Съ этихъ точекъ зрѣнія мы уже въ предыдущемъ изложеніи разбили двory деревни Кармалы на различныя экономическія группы. Въ настоящее время мы приступимъ къ выясненію того, какія отношенія существуютъ въ цинготное время между такими группами и заболѣваемостью ихъ цингой, есть ли между ними и заболѣваемостью какая либо связь и какая именно?

Уже самыя общія вычисленія, произведенныя по отношенію къ среднему цинготному двору, указываютъ на то, что между дворами не болѣвшими цингой и переболѣвшими есть экономическая разница,—слѣдовательно, и связь съ экономическими условіями. Вотъ данныя имѣющія сюда отношенія.

ТАБЛИЦА № 3.

Отношеніе ихъ къ заболѣваемости цингой.																	
	Д в о р ы .	всего дворовъ.	дѣйствительное количество душъ.	Среднее кол-во земли на одинъ дворъ.	Количество лошадей.	» » на средній дворъ.	Коровъ.	» » на средній дворъ.	Мелкаго скота.	» » на средній дворъ.	Плуговъ.	среднее.	Сохъ.	Среднее.	Количество арендующихъ.	Среднее.	Количество славящихъ въ аренду.
Нецинготные	122	394 ¹ / ₂	3,93	167	1,37	115	0,97	264	2,0	48	0,4	70	0,54	28	0,23	19	0,10
Цинготные.	53	91 ¹ / ₈	1,72	49	0,92	32	0,53	43	0,81	4	0,81	41	0,63	0	0	35	0,68

Изъ нихъ видно, что средній цинготный дворъ по сравненію съ нецинготнымъ обладаетъ меньшимъ количествомъ лошадей, коровъ и особенно мелкаго скота; убираетъ свою землю худшимъ орудіемъ (сохой), и матерьяльно такъ плохо обезпеченъ, что часть своей земли вынужденъ иногда сдавать въ аренду болѣе состоятельному нецинготному двору. Среднія цифры и выводъ, какой изъ нихъ вытекаетъ находятъ себѣ подтвержденіе и при дальнѣйшей подробной разработкѣ соответствующаго матерьяла.

Такъ отношенія между количествомъ душевого надѣла, каковымъ располагаютъ разныя группы дворовъ въ д. Кармалѣ и цинготной видны изъ таблицы № 4.

ТАБЛИЦА № 4.

Группировка дворовъ по душевому надѣлу.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь				
	Количество изслѣ- дованныхъ дво- ровъ.	Количество цин- готныхъ дворовъ.	% ко всему ко- личеству дворовъ.	% ко всему ко- личеству цингот- ныхъ дворовъ.	% отношения меж- ду цинготными и всѣми дворами данной группы.
Имѣющіе 1 душу	26	8	4,57%	15%	30,7%
» 2 »	69	27	15,4%	51%	39,7%
» 3 »	36	9	5,0%	17%	22,2%
» 4 »	20	7	4,0%	13,2%	35%
» 5 и болѣе	24	2	1,02%	3,77%	8,3%

Изъ нея слѣдуетъ, что $\%$ переболѣвшихъ дворовъ въ отдѣль-
ныхъ группахъ тѣмъ меньше, чѣмъ большимъ количествомъ
душъ, resp., земли, располагаетъ дворъ. Такъ дворы, располагаю-
щіе одной—двумя душами въ среднемъ дали 35 $\%$ дворовъ, боль-
ныхъ цингой; дворы же владѣющіе 5 и больше душами перебо-
лѣли всего въ 8,3%. Таблица эта составлена по количеству ре-
визскихъ душъ, приходящихся на каждый дворъ. Однако мы не
наблюдаемъ того, чтобы каждый дворъ въ дѣйствительности вла-
дѣлъ только своимъ надѣломъ.

Правда, большинство дворовъ живетъ только своимъ ревиз-
скимъ надѣломъ, но нѣкоторая часть дворовъ состоятельныхъ арен-
дуетъ, другая болѣе бѣдная отдаетъ свою землю въ аренду. По-
этому мы представимъ новую группировку дворовъ по количеству
дѣйствительнаго землевладѣнія.

ТАБЛИЦА № 5.

Группировка дворовъ по количеству дѣйствительнаго землевладѣнія.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношеніе между цинготными и всѣми дворами данной группы.
Меньше 1 души	6	5	2,8%	9,4%	83,3%
Убирающіе 1 душу	44	25	14,3%	46,7%	56,8%
» 2 души	48	13	7,43%	24,5%	27,3%
» 3 »	28	4	2,3%	7,54%	14,3%
» 4 »	20	4	2,3%	7,54%	20,0%
» 5 и болѣе	29	2	1,14%	3,77%	6,9%

По сравненію съ предыдущей таблицей мы должны здѣсь отмѣтить слѣдующую разницу въ распредѣленіи по рубрикамъ различныхъ крестьянскихъ дворовъ. 1) Въ послѣднюю таблицу мы вынуждены были внести добавочную рубрику: „владѣющіе надѣломъ меньше одной души“; оказались и такіе. 2) Количество владѣющихъ въ дѣйствительности одной душой оказалось значительно больше, чѣмъ имѣющихъ на то право (44 противъ 26 дворовъ). 3) Такое увеличеніе произошло на счетъ слѣдующихъ двухъ группъ: владѣющихъ по праву 3-мя, и, главнымъ образомъ, 2 душами (вмѣсто 69—48). 4) Пользующихся 5 и большимъ количествомъ душъ возросло съ 24 до 29, очевидно, на счетъ уменьшенія душевого надѣла въ группахъ болѣе бѣдныхъ. 5) Какъ результатъ того, что послѣдняя таблица стоитъ къ дѣйствительности ближе, зависимость разбаливанія цингой населенія отъ надѣла—землепользованія получилась ярче. % заболѣвшихъ дворовъ въ бѣдныхъ группахъ получился еще больше. Дворы, владѣющіе количествомъ земли въ размѣрѣ меньшемъ одной души—дали 83%, тогда какъ

владѣльцы 5 душевого надѣла понизили % заболѣваемости до 6,9%.

Однако мы имѣемъ возможность еще точнѣе выяснить отношеніе различныхъ группъ крестьянскихъ дворовъ по заболѣванію цингой къ землепользованію,—гегр., дѣйствительному количественному надѣлу земли. И послѣдняя таблица не точна. Хотя она даетъ точную цифру того размѣра земли, какимъ въ дѣйствительности пользовался дворъ въ извѣстный моментъ, однако во дворѣ могло быть различное количество жильцовъ, гегр., фдоковъ. Поэтому точнѣе раздѣлить дворы на группы по количеству земли, приходящейся на фдока.

ТАБЛИЦА № 6.

Группировка дворовъ по количеству земли приходящейся на фдока.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношение между цинготными и всеми дворами данной группы.
Отъ 0 до $\frac{1}{3}$ десят.	6	5	2,85%	9,4%	33,3
» $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ десят.	40	23	13,0%	43,4%	57,5
» $\frac{2}{3}$ до $1\frac{1}{6}$ десят.	59	16	9,1%	30,2%	27%
» $1\frac{1}{6}$ дес. до $2\frac{1}{3}$ дес.	65	9	5,1%	17,0%	13,8%
» $2\frac{1}{3}$ до $4\frac{2}{3}$ десят.	6	0	0%	0%	0%

При такой группировкѣ дворовъ зависимость цинги отъ количества земли выражается сильнѣе всего. Въ то время, когда на фдока во дворѣ приходилось 1—2 души—отъ 2 до 5 десятинъ,—цинготныхъ не было. При количествѣ земли на фдока отъ 1—2 десятинъ уже получилось 13,8% заболѣваемости. При уменьшеніи земли еще вдвое (отъ $\frac{2}{3}$ до $1\frac{1}{6}$ десят.)—% цинготныхъ заболѣваний увеличился до 27% и т. д. Параллельно съ этимъ мѣняются и

абсолютныя количества дворовъ въ группахъ. При 4 десятинахъ на ѣдока—цинготныхъ дворовъ нѣтъ. При двухъ и даже при одной десятинѣ на ѣдока цинготныхъ дворовъ меньше, чѣмъ на цинготныхъ въ данной группѣ, но въ дворахъ, въ которыхъ на ѣдока приходится меньше одной десятины—цинготныхъ дворовъ уже оказывается больше, и чѣмъ меньше земли, тѣмъ больше. Эта таблица требуетъ слѣдующаго разъясненія. Можетъ показаться, что надо располагать слишкомъ большимъ количествомъ земли на ѣдока, чтобы не болѣть въ эпидемическое цинготное время—цингой (3—4 дес.). Но, не слѣдуетъ забывать, что 1) въ нашемъ случаѣ 3—4 десятины на ѣдока приходятся во всѣхъ трехъ поляхъ, 2) слѣдуетъ помнить урожайность предшествовавшаго эпидемическому году. Какъ уже выше выяснено (таблица № 1) въ 1901 г. урожай въ Кармалѣ въ среднемъ для ржи былъ около 32 пудовъ съ казенной десятины вмѣсто обычныхъ 80 пудовъ. Если изъ 32 пудовъ взять 10—12 пудовъ на обсыяненіе—останется 20 пудовъ на все: уплату податей, пропитаніе, одежду, обувь, инвентарь, прокормъ скота, ремонтъ орудій и на расходы текущіе, какъ то: чай, сахаръ, спички, покрытіе трѣбъ и т. д. Мы затрудняемся привести точный расчетъ на всѣ эти расходы. Мы хотѣли бы только напомнить, что для деревни давно уже миновало то „доброе старое время“,— когда она жила чистымъ натуральнымъ хозяйствомъ. Капитализація коснулась и деревни. Не только предметы одежды: ситца, украшенія; утвари: чашки, ложки, или пищи—чай, сахаръ, приправа къ ѣдѣ—масло, сало,—но даже лапотъ—и тотъ вышелъ изъ предметовъ чистаго натурального производства—хозяйства, и, вмѣстѣ съ многими другими предметами главной необходимости, выѣхалъ на базаръ и вошелъ въ общій кругъ предметовъ товарнаго обмѣна. Слѣдовательно, при существующей системѣ деревенскаго хозяйства изъ 20 пудовъ крестьянину требуется не малое количество пудовъ превратить въ деньги для удовлетворенія своихъ главнѣйшихъ потребностей покупкой разныхъ хозяйственныхъ вещей и предметовъ на рынкѣ. Поэтому неудивительно, что дворы, располагающіе 2 десятинами на ѣдока въ 1902 году дали уже извѣстный % цинготныхъ заболѣваній.

Вѣроятно, что заболѣваніе цингой въ 1899 г. большаго количества дворовъ, чѣмъ въ 1902 г. должно находить себѣ вполне удовлетворительное объясненіе въ урожайности годовъ. Урожайность 1902 года все-же надо признать въ 6—8 разъ выше по сравненію съ неурожайностью 1899 года.

Не менѣе наглядно зависимость по разбавленію отдѣльныхъ крестьянскихъ группъ цингой отъ матеріальныхъ условий явствуетъ изъ таблицы, составленной согласно тому—арендуетъ дворъ, самъ убираетъ свой надѣлъ, или сдаетъ часть его въ аренду.

ТАБЛИЦА № 7.

Группировка дворовъ по способности арендовать или сдавать свой надѣлъ.	Заболѣваемость.				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношеніе между цинготными и всеми дворами данной группы.
Арендующіе	28	0	0%	0%	0%
Убирающіе сами	99	17	9,7%	32%	17,1%
Сдающіе въ аренду.	48	36	20,6%	68%	75%

Какъ и слѣдовало ожидать арендующихъ оказалось меньше, чѣмъ сдающихъ въ аренду. Арендующіе, какъ вполнѣ обеспеченные, не дали совсѣмъ дворовъ больныхъ цингой. На сдающихъ же часть своего надѣла пало 75%. Очевидно, болѣе прочное матеріальное существованіе двора болѣе прочно гарантируетъ его отъ заболѣванія цингой. Мы придаемъ большое значеніе тому, что арендующіе дворы совсѣмъ не дали больныхъ цингой. Дѣло въ томъ, что едва ли какой-либо другой критерій можетъ такъ ясно говорить о прочной, стойкой обеспеченности двора, какъ возможность прикупать, resp., арендовать землю. Эта возможность говорить о большемъ запасѣ матеріальныхъ средствъ даннаго двора, чѣмъ дворъ не располагающій такой возможностью. Семья можетъ быть сравнительно богатой: имѣть много лошадей, прочаго скота, большой сравнительно надѣлъ, но если такая семья не въ силахъ прикупить земли, она не такъ прочно матеріально поставлена, чѣмъ семья, быть можетъ въ этихъ отношеніяхъ и менѣе богатая, но въ состояніи прикупить или заарендовать землю. Мы вернемся еще къ столь интересной таблицѣ въ заключеніе отдѣла о зависимости развитія цинги отъ экономическихъ условий. Теперь же перейдемъ къ слѣдующимъ группамъ дворовъ, составленнымъ съ точки зрѣнія орудій и животныхъ, какими частью убирается земля, частью ведется и поддерживается деревенское натуральное хозяйство.

Въ Кармалу такъ же, какъ и въ большинство деревень не только Казанской губ., но и всей Россіи проникъ плугъ, вытѣснившій своими преимуществами многовѣковую соху. Но, какъ вещь, представляющая большую цѣнность по сравненію съ сохой—онъ и отъ желающаго его приобрести требуетъ бѣдшей зажиточности, матерьяльной обеспеченности. Поэтому орудія, какими убирается земля, даютъ возможность разбить дворы на нѣсколько группъ.

ТАБЛИЦА № 8.

Группировка дворовъ.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество пниготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% къ количеству пниготныхъ дворовъ.	% отношеніе между пниготными дворами и общимъ количествомъ ихъ въ данной группѣ.
Безъ сохи и плуга	13	9	5,1%	17,1%	69,2%
Съ сохой	111	41	23,4%	77,3%	36,9%
Съ плугомъ	51	3	1,7%	5,6%	5,9%

Не имѣющіе не только плуга, но и сохи дали 70% заболѣваний. Плужные же дворы около 6%. Убирающіе сохой занимаютъ средину (36%).

Совершенно такія же отношенія мы наблюдаемъ и въ слѣдующихъ таблицахъ, гдѣ въ основу группировки дворовъ положенъ скотъ.

ТАБЛИЦА № 9.

Группировка дворовъ по количеству дворовъ.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношеніе между цинготными и всѣми дворами данной группы.
Безлошадные	23	14	8%	26,4%	60,9%
Съ 1 лошадыю	96	29	16,6%	54,7%	30,2%
» 2 лошадыми	52	9	5,1%	17%	17,3%
» 3 и болѣе	4	1	0,6%	1,9%	25%

ТАБЛИЦА № 10.

Группировка дворовъ по количеству коровъ во дворѣ.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношеніе между цинготными и всѣми дворами данной группы.
Безъ коровы	50	25	17,3%	47%	50%
Съ одною корою	104	25	17,3%	47%	24%
» двумя коровами	21	9	1,7%	5,6%	14,5%

ТАБЛИЦА № 11.

Группировка дворовъ по количеству мелкаго скота.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество всѣхъ дворовъ.	Количество цин- готныхъ дворовъ.	% ко всему ко- личеству дворовъ.	% ко всему ко- личеству цингот- ныхъ дворовъ.	% отношеніе меж- ду цинготными и всѣми дворами данной группы.
Безъ мелкаго скота	100	39	22,3%	73,6%	39%
Съ 1 головой	6	4	2,28%	7,36%	66,6%
Съ 2—3 головами	14	3	1,7%	5,66%	21,4%
Отъ 3—5 головъ	29	4	2,28%	7,36%	13,8%
Отъ 5 и болѣе	26	3	1,7%	5,66%	11,5%

Помимо того, что эти таблицы, взятая вмѣстѣ, говорятъ о большой или меньшей зажиточности различныхъ крестьянскихъ группъ, каждая изъ нихъ въ отдѣльности имѣетъ и специальное значеніе смотря по роду скота. Лошадь имѣетъ значеніе рабочей силы. Корова улучшаетъ и разнообразитъ питаніе двора; мелкій скотъ—овцы даютъ шерсть, идущую на постройку одежды. Зависимость между цингой и этими факторами видна изъ таблицъ. Чѣмъ лучше орудія, скотъ, питаніе, одежда двора,—тѣмъ меньше или совсѣмъ нѣтъ цинги.

Нѣсколько особнякомъ стоитъ слѣдующая таблица, составленная по количеству человѣческой, рабочей мужской силы во дворѣ.

ТАБЛИЦА № 12.

Группировка дворовъ по количеству рабочей силы.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество ислѣдованныхъ дворовъ	Количество цинговыхъ дворовъ	% ко всему количеству дворовъ	% ко всему количеству цинговыхъ дворовъ	% отношеніе между цингов. и всеми дворами данной группы.
Безъ работника	5	1	0,56%	1,88%	20%
съ 1 работникомъ	116	40	2,27%	75,4%	34%
съ 2 работниками	41	9	5,14%	17%	21,9%
съ 3-мя и болѣе	13	3	1,75%	5,66%	23%

Изъ таблицы видно, что дворы безъ работниковъ заболѣваютъ въ одной и той-же мѣрѣ, какъ и дворы съ 1—2—3 и болѣе работниками, причемъ % отношенія полученныя здѣсь не даютъ возможности установить между рабочей силой и цингой какую либо законность или связь. Казалось бы, что и здѣсь должны-бы получиться аналогичныя отношенія съ предыдущими таблицами т. е. цинги во дворахъ съ большимъ количествомъ работниковъ должно бы быть меньше и наоборотъ.

При болѣе глубокомъ ислѣдованіи этого вопроса, однако, мы убѣждаемся, что въ дѣйствительности такой зависимости и не должно быть. На самомъ дѣлѣ, наше деревенское хозяйство такъ элементарно, надѣлы дворовъ такъ незначительны, современная культура земли предъявляетъ къ себѣ столь небольшое количество рабочей силы, что ей вполнѣ достаточно въ тѣхъ размѣрахъ, въ какихъ располагаетъ дворъ, не имѣющій совсѣмъ мужской рабочей силы т. е. для уборки крестьянской земли и веденія современнаго сельскаго хозяйства вполнѣ достаточно той силы, какой располагаютъ дворы, состоящіе изъ подростковъ и женщинъ. То количество рабочей мужской силы, какой располагаютъ дворы при 2—3 и болѣе работникахъ для веденія хозяйства современнаго двора является избыточнымъ. Оно указываетъ, если такъ можно сказать, на перепроизводство въ деревнѣ рабочей силы, требующей естественнаго

выхода изъ своего застойнаго положенія и находящаго его, какъ мы знаемъ въ дѣйствительности, въ разныхъ отхожихъ промыслахъ, въ уходахъ въ города, на заводы, фабрики, сельско-хозяйственныя работы. Съ другой стороны свободныя рабочія руки ищутъ положенія и на мѣстѣ, гдѣ къ тому представляется возможность: кустарныя артели, разные деревенскіе промыслы. Деревня Кармала также дала извѣстный % ушедшихъ на сторону: выше мы упоминали, что изъ 182 ревизскихъ дворовъ—въ дѣйствительности въ настоящее время сохранилось 175 (передѣлъ въ Кармалѣ былъ въ 1898 году). Что касается побочныхъ занятій и промысловъ въ Кармалѣ, то за недостаткомъ соответствующихъ къ тому условій—(отсутствіе близкихъ хорошихъ рынковъ сбыта, отсутствіе собственного лѣса для деревянныхъ подѣлокъ), таковыхъ нѣтъ. Какъ мы уже упоминали выше, къ дворамъ располагающимъ побочными занятіями можно отнести тѣ, которые служатъ нуждамъ частью своей только, частью своей и сосѣднихъ ближайшихъ деревень: дворы муллъ, пекарей, сапожниковъ, кузнецовъ. Однако и эти занятія все же являются подспорьемъ семьи и такіе дворы не даютъ заболѣваній цингой, какъ видно изъ прилагаемой таблицы.

ТАБЛИЦА № 13.

Дворы имѣющіе и не имѣющіе побочныхъ занятій.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношеніе между цингот. и всеми дворами данной группы.
Имѣютъ	20	1	0,6	1,9%	5%
Не имѣютъ.	155	52	30%	98,3%	33,5%

Мы съ особеннымъ расчетомъ составили таблицу № 12. Она помогаетъ намъ черезъ сравненіе лучше отгнѣнить значеніе и роль главнѣйшихъ факторовъ, обуславливающихъ появленіе цинги въ различныхъ крестьянскихъ группахъ. Мы видѣли выше, что при оцѣнкѣ благосостоянія двора не безразлично съ какой

точки зрѣнія мы группируемъ дворы и устанавливаемъ отношеніе различныхъ группъ дворовъ къ заболѣваемости цингой. Общій выводъ, какой слѣдуетъ сдѣлать здѣсь тотъ,—чѣмъ важнѣй экономическій факторъ, съ точки зрѣнія котораго группируются дворы—тѣмъ рѣзче и рельефнѣй выступаетъ связь различныхъ группъ дворовъ съ заболѣваемостью цингой и наоборотъ. Такъ при раздѣленіи дворовъ на группы съ точки зрѣнія того, арендуетъ или сдаетъ въ аренду дворъ свою землю или часть земли выяснилось, что отношеніе между благосостояніемъ группъ и заболѣваемостью цингой обратно пропорціональное. Если дворъ арендуетъ,—онъ не болѣетъ цингой, если сдаетъ въ аренду—болѣетъ. Таблица № 12 показываетъ, что между заболѣваемостью цингой и группами дворовъ по количеству рабочей силы во дворѣ—глубокой связи не существуетъ. Такъ оно и должно быть, какъ мы уже выяснили, при существующихъ условіяхъ крестьянскаго сельскаго хозяйства.

IV.

Не менѣе рѣзко выражена зависимость цинги и отъ санитарныхъ условій въ деревнѣ Кармалѣ. Говоря о послѣднихъ мы имѣемъ въ виду исключительно тотъ сезонъ (зима и начало весны), въ теченіи котораго обычно наблюдается цинга и когда санитарныя условія дѣлаются наихудшими. Уже одно совпаденіе времени развитія цинги со временемъ наихудшаго санитарно-гигиеническаго существованія деревни должно говорить о коренной связи между этими двумя явленіями. Однако при желаніи подробно изучить деревню въ этомъ отношеніи исследователь наталкивается на большія затрудненія. Ухудшеніе санитарныхъ условій зимой и особенно весной совершается до такой степени, что уравниваетъ по своему санитарному состоянію всѣ „среднія“ избы деревни, а это лишаетъ возможности исследователя имѣть такой критерій, съ точки зрѣнія котораго была бы возможна оцѣнка санитарнаго состоянія избы. Мы остановились на изученіи различныхъ размѣровъ избы съ цѣлью получить объективныя данныя, говорящія о той или другой степени загрязненія деревенской избы, количествѣ воздуха въ ней, свѣта и т. д., получая такимъ образомъ возможность по степени загрязненія, по количеству воздуха классифицировать избы. Предварительно же, по примѣру того, какъ мы сдѣлали въ началѣ изученія зависимости цинготныхъ заболѣваній отъ экономическихъ условій, приведемъ „среднія цифры“—имѣющія сюда отношеніе.

ТАБЛИЦА № 14.

ДВОРЫ.	Отношеніе ихъ къ заболеваемости цингой.											
	Количество избъ.	Среднее на избу.	Въшина избъ въ арш.	Среднее на избу.	Площадь пола на человѣка въ кв. арш.	Среднее на избу.	Объемъ воздуха въ избахъ въ куб. саж.	Среднее на избу.	Объемъ воздуха на человѣка въ куб. саж.	Среднее на избу.	Величина оконной поверхн. въ кв. ар.	Среднее на избу.
Нецинготные	137	1,123	354 ³ / ₄	2,907	138,43	1,134	714,334	5,855	714,334	1,05	531,5	4,35
Цинготные.	54	1,02	138	2,7	42,92	0,81	212,758	4,014	212,758	0,79	163,25	3,08

Она показываетъ, что площадь пола, приходящаяся на человѣка въ средней цинготной избѣ меньше, чѣмъ въ нецинготной, что такая изба ниже, равно меньше въ ней количества воздуха и свѣта. Слѣдовательно, въ цинготныхъ избахъ тѣснѣе, душнѣе, грязнѣе и темнѣе, чѣмъ въ нецинготныхъ.

Переходя къ подробному изложенію соответствующаго матерьяла, мы прежде всего должны остановиться на группахъ семействъ, составленныхъ по количеству избъ во дворѣ, потому что въ санитарномъ отношеніи далеко не безразлично имѣть дворъ одну или двѣ жилыхъ избы.

ТАБЛИЦА № 15.

Группировка дворовъ по количеству избъ.	Заболеваемость.				
	Количество семействъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношеніе между цингот. и всеми дворами данной группы.
Не имѣющіе избы	1	1	0,6%	1,9%	100%
Живущіе въ одной избѣ	160	52	29,9%	98,1%	32,5%
Живущіе въ двухъ избахъ	14	0	0%	0%	0%

Таблица показываетъ, что изъ 175 дворовъ—14 имѣютъ по 2 избы, т. е. одна изъ нихъ зимой и весной по возможности содержится въ сравнительной чистотѣ, скотъ въ нее не пускается (онъ содержится въ другой грязной избѣ), чѣмъ исключается главнѣйшая возможность къ загрязненію избы. И эти избы—дворы, какъ показываетъ таблица не дали цинготныхъ заболѣваній.

При изученіи размѣровъ избы, выяснивъ такимъ образомъ 1) количество воздуха на дворъ—семейство вообще и на отдѣльнаго человѣка въ каждой семьѣ въ частности, 2) количество пола на человѣка во дворѣ и 3) размѣры оконной поверхности, давшіе намъ возможность судить о количествѣ свѣта, приходящагося на избу.

ТАБЛИЦА № 16.

Группировка дворовъ по объему воздуха на избу	Заболѣваемость.				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношение между цингот и всеми дворами данной группы
Объемъ воздуха на избу до 2-хъ куб. саж.	10	8	4,56%	15,2%	80%
Отъ 2-хъ до 3-хъ куб. саж.	17	9	5,14%	16,9%	53%
« 3 « 4 « «	34	17	9,7%	32%	50%
« 4 « 5 « «	24	8	4,56%	15,2%	33,3%
« 5 « 6 « «	25	6	3,4%	11,3%	24%
« 6 и болѣе « «	65	5	2,8%	9,4%	7,7%

Въ этой таблицѣ приведены данныя о количествѣ воздуха, приходящагося на разныя группы крестьянскихъ избы. Изъ нея усматривается, что чѣмъ меньше изба по своимъ размѣрамъ, чѣмъ

меньшимъ количествомъ воздуха располагаетъ дворъ, тѣмъ избы подобной группы дворовъ даютъ большій % цинготныхъ заболѣваній.. Въ то время, какъ дворы съ содержаніемъ 6-ти кубич. саженей воздуха на избу даютъ всего 7,7% цинготныхъ заболѣваній, дворы съ количествомъ воздуха въ 2 куб. саж. — 80%; причеиъ % заболѣваемости избъ постепенно падаетъ отъ избъ съ меньшимъ содержаніемъ воздуха къ избамъ съ большимъ содержаніемъ.

Эта таблица говоритъ скорѣе о значеніи тѣсноты въ избахъ и связанныхъ съ нею санитарныхъ неудобствахъ. Вычисленіе же, сдѣланное съ цѣлью опредѣленія воздуха на каждого отдѣльнаго человѣка въ избѣ, еще точнѣй отгѣняетъ отношеніе количества воздуха въ жиломъ помѣщеніи къ заболѣваемости цингой.

ТАБЛИЦА № 17.

Группировка дворовъ по объему воздуха приходящагося на человѣка.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество избъ дованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношеніе между цингот. и всеми дворами данной группы.
До 0,5 куб. сажен. возд. на челов.	23	16	9,1%	30,2%	69,5%
Отъ 0,5 до 1,0 куб. саж.	88	32	18,2%	60,4%	36,3%
« 1,0 « 1,5 « «	38	5	2,9	9,4%	13,2%
« 1,5 « 2,0 « «	26	0	0%	0%	0%

Въ то время когда на обывателя въ избахъ приходилось 0,5 куб. саж. воздуха, послѣднія подвергались цинготному діатезу въ 69,5%. Обладаніе же воздухомъ отъ 1,5 до 2,0 куб. сажен. совсѣмъ спасало отъ цинги, т. е. съ приближеніемъ количества воздуха въ избѣ на человѣка къ нормальному количеству, требуемому гигиеной,—цинготный діатез не появлялся.

Для характеристики зависимости цинги отъ тѣснаго помѣщенія мы приводимъ слѣдующія 2 таблицы.

ТАБЛИЦА № 18.

Группировка дворовъ по количеству пола на человѣка.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношенію между цингот. и всеми дворами данной группы.
Меньше 0,5 квадр. саж. на челов.	12	7	4%	13,2%	58,5%
« 0,5 до 1,0 « саж.	83	35	20%	66%	43,3%
« 1,0 до 1,5 « «	52	9	5,1%	17%	17,3%
« 1,5 до 2,0 и болѣе квадр. саж.	28	1	0,6%	1,9%	3,56%

ТАБЛИЦА № 19.

Группировка дворовъ по вышинѣ избы внутри.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество изслѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ.	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношенію между цингот. и всеми дворами данной группы.
Вышина избы внутри до 2 арш.	10	7	4%	15,2%	70%
Отъ 2 до 2½ аршинъ.	57	27	15,4%	50,9%	47,4%
« 2½ до 3 «	86	16	9,14%	30,2%	18,6%
« 3 и болѣе	22	3	1,7%	5,6%	13,2%

Таблица № 18 представляет группировку дворовъ съ точки зрѣнія размѣровъ площади пола, приходящагося на человѣка; вторая таблица № 19 сообразно вышины избы. И здѣсь мы видимъ тотъ же параллелизмъ между явленіями: меньше площадь пола, ниже изба, словомъ хуже условія—и больше цинготныхъ заболѣваний. Замѣчательно, что и здѣсь съ приближеніемъ жилого помещенія въ разсматриваемыхъ отношеніяхъ къ нормѣ—понижается % цинготныхъ заболѣваній крайне рѣзко. Однако мы не можемъ сказать, что свелся бы этотъ % на нѣтъ въ томъ случаѣ, если бы въ деревнѣ оказались избы, отвѣчающія по вышинѣ и площади пола санитарному требованію гигиены. Такихъ избы не оказалось. Значеніе высоты избы помимо всѣхъ прочихъ условій вентиляціонное. Въ низкихъ избахъ прозѣтриваніе и вообще вентилированіе крайне затруднительно.

Наконецъ значеніе свѣта въ ходѣ разбаливанія деревни Кармалы слѣдуетъ изъ слѣдующей таблицы:

ТАБЛИЦА № 20.

Группировка дворовъ по отношенію оконной поверхности къ площади пола.	З а б о л ѣ в а е м о с т ь .				
	Количество избѣдованныхъ дворовъ.	Количество цинготныхъ дворовъ	% ко всему количеству дворовъ.	% ко всему количеству цинготныхъ дворовъ.	% отношеніе между цингот. и всеми дворами данной группы.
До $\frac{1}{8}$	14	2	1,2%	3,8%	14,3%
Отъ $\frac{1}{9}$ до $\frac{1}{10}$	35	9	5,1%	17,1%	26,2%
« $\frac{1}{11}$ « $\frac{1}{15}$	82	17	9,7%	32%	20,6%
« $\frac{1}{16}$ « $\frac{1}{20}$	22	11	6,3%	20,7%	50%
« $\frac{1}{21}$ и далѣе	22	14	8%	26,2%	63,6%

Разсмотрѣнію этой таблицы мы должны предпослать нѣкоторыя замѣчанія. Дѣло въ томъ, что получившіяся цифры, хотя и въ достаточной степени устанавливаютъ связь между количествомъ свѣта жилого помѣщенія и цинготными заболѣваніями, однако за ними должно быть признано только относительное значеніе. 1) На количество свѣта падающаго въ избу, помимо оконной поверхности, имѣетъ вліяніе сторона, въ которую обращено окно: сѣверъ или югъ, это тѣмъ болѣе важное обстоятельство, что хотя цинготныя заболѣванія обнаруживаются къ концу зимы и началу весны, но условія ихъ вызывающія и имѣющія значеніе въ развитіи цинготной эпидеміи дѣйствуютъ съ самаго начала зимы, во всю зиму и раннюю весну т. е. въ теченіи того сезона, въ который день и безъ того бываетъ коротокъ... 2) Стекла въ рамахъ большинства избъ содержатся очень грязно. 3) Часто въ холодное время рамы закрываются для большаго тепла соломенными или другими кажими либо щитами. 4) Въ нѣкоторыхъ избахъ оконныхъ стеколъ нѣтъ и они или замѣнены пузыряремъ, или просто тряпьемъ. Если принять все это во вниманіе—ясно будетъ, что цифры послѣдней таблицы точно не выражаютъ дѣйствительности и на самомъ дѣлѣ зависимость между количествомъ свѣта и цинготными заболѣваніями должна быть принята въ большей мѣрѣ, чѣмъ это слѣдуетъ изъ прилагаемой таблицы.

V.

Мы сознаемъ, что приведенныхъ данныхъ о зависимости разбаливанія деревни Кармалы цингой отъ санитарныхъ условій не вполне достаточно. Слѣдовало бы выяснить отношеніе заболѣваемости къ количеству CO_2 въ избахъ, влажности, произвести изслѣдованіе, хотя бы подпольнаго пространства на количество и качество бактерій и т. д. Для такихъ изслѣдованій у насъ многого не доставало, главнымъ же образомъ времени.... Однако и этихъ данныхъ, по нашему мнѣнію, вполне достаточно, чтобы отгнѣнить самостоятельное, а не побочное значеніе санитарнаго фактора въ дѣлѣ разбаливанія деревни цингой. Для всѣхъ считается аксіомой, что голоданіе, гесп., извращенное питаніе играетъ существенную роль въ происхожденіи цинги. Въ пользу такого вывода говоритъ фактъ совпаденія цинготныхъ эпидемій съ неуржайми и недородами. Гораздо труднѣй составить себѣ взглядъ о зависимости цинготныхъ разбаливаній отъ санитарныхъ условій деревни, при томъ же санитарныя условія деревни зимой и весной всегда почти одни и тѣ же, а цинга наблюдается только въ голодные годы. Но помимо всѣхъ соображеній, какія мы приво-

димъ выше, въ пользу зависимости цинги и отъ санитарныхъ условий говоритъ слѣдующій фактъ, такъ же ярко бросающійся въ глаза, какъ и голоданіе, и который мы подчеркиваемъ здѣсь же, а именно,—связь цинги съ маленькими, грязными, самыми плохими по санитарнымъ условіямъ избами. Эта связь непосредственно, безъ всякихъ измѣреній, прямо бросается въ глаза при обходѣ деревни и наружномъ разсматриваніи избъ.... Убѣдившись въ томъ, что чѣмъ грязнѣй, меньше изба тѣмъ больше она имѣетъ шансовъ на дачу цинготныхъ заболѣваній—мы заранѣе до измѣреній и внутренняго обслѣдованія можемъ сказать, что такая то изба цинготная. Такой тѣсной связи съ санитарными условіями избы, не имѣетъ ни одно изъ извѣстныхъ намъ эпидемическихъ заболѣваній. Поэтому то мы и полагаемъ, что изученіе санитарныхъ условий въ ходѣ развитія цинготныхъ заболѣваній должно занять также видное мѣсто среди другихъ ея этиологическихъ моментовъ.

Чтобы выяснитъ взаимоотношеніе между экономическими и санитарными условіями по вопросу о заболѣваемости цингой деревни Кармалы, мы составили въ заключеніе нашего изложенія слѣдующія 4 таблицы (№№ 21, 22, 23, 24).

Двѣ изъ нихъ подробно характеризуютъ санитарно-экономическое состояніе хозяйственныхъ дворовъ, разбитыхъ на экономическія группы: 1) по количеству лошадей, приходящихся на дворъ, 2) по способности двора убирать то или другое количество земли. Двѣ же другихъ таблицы характеризуютъ санитарно-экономическое состояніе дворовъ разбитыхъ на группы санитарнаго характера: 1) по количеству воздуха приходящагося на человѣка въ избѣ и 2) по размѣру избы въ вышину.

Разсматриваніе таблицы № 21 убѣждаетъ насъ, что санитарно-экономическое состояніе дворовъ безлошадныхъ ѣще по сравненію съ дворами однолошадными и то представляется въ худшемъ видѣ. Изъ 23 дворовъ въ группѣ безлошадныхъ только одинъ дворъ имѣетъ плугъ. Остальные убираютъ землю сохой или даже не имѣютъ и таковой. Всѣхъ дворовъ въ деревнѣ, не имѣющихъ сохи—13. Изъ нихъ 9 падаетъ на безлошадныхъ. Группы же дворовъ имѣющія по 2 лошади и болѣе всѣ убираютъ свою землю плугомъ. Рѣзко разнятся другъ отъ друга группы таблицы № 21-ой и по способности убирать то или другое количество земли. Изъ 23-хъ дворовъ безлошадныхъ 17 дворовъ сдаютъ свою землю въ аренду. Арендуетъ всего только одинъ дворъ; между тѣмъ въ группѣ дворовъ двухлошадныхъ изъ 52 дворовъ только 3 двора сдаютъ въ аренду, 30 убираютъ сами а 19 даже и арендуютъ. Соответственно этому безлошадные убираютъ самое небольшое

Table with 40 columns and 4 rows, titled 'П З В Ы'. Columns include 'Количество всѣхъ дворовъ', 'Количество цингот.', 'Изъ нихъ избв.', 'Изъ нихъ цингот.', 'Объемъ воздуха на дворѣ', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Объемъ возд. на челвѣка', 'Изъ нихъ цинготн.', 'Площадь пола на челвѣка', 'Изъ нихъ цинготн.', 'Отношеніе свѣта къ площ. пола', 'Изъ нихъ цинготн.', 'Соха и плугъ', 'Изъ нихъ цингот.', 'Сдача и аренда', 'Изъ нихъ цингот.', 'Количество лошадей', 'Изъ нихъ цинготн.', 'Коровы', 'Изъ нихъ цингот', 'Мелк. скота', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Работн. въ семьѣ', 'Изъ нихъ цинготн.', 'Душевной надѣль', 'Изъ нихъ цинготн.', 'Дѣйствительное количество душъ', 'Изъ нихъ цинг.', 'Количество земли на фдока', 'Изъ нихъ ц.', 'ИЗЪ БЪ'.

Т А Б Л И Ц А № 24.

Table with 40 columns and 4 rows, titled 'И З Б Ы'. Columns include 'Количество избвдов. дворовъ', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Количество избв.', 'Изъ нихъ цингот.', 'Вышина избв.', 'Изъ нихъ цинготн.', 'Площадь пола на челвѣка', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Отношеніе свѣта къ площ. пола', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Душевой надѣль', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Дѣйствительное количество душъ', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Количество земли на фдока', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Коровы', 'Изъ нихъ цингот.', 'Мелкій скотъ', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Работники въ семьѣ', 'Изъ нихъ цинготныхъ', 'Сдача и аренда', 'Изъ нихъ цингот.', 'Соха и плугъ', 'Изъ нихъ цингот.', 'ИЗЪ БЪ'.

количество земли: изъ 23 дворовъ безъ лошадныхъ 18 пользуются землей всего въ размѣрѣ 1-ой души или даже и того меньше. 20 семействъ изъ 23-хъ безлошадныхъ не имѣютъ совсѣмъ коровъ и 22 семейства—мелкаго скота! Напротивъ того двухлошадные дворы являются владѣльцами 3—5 душъ земли, въ ихъ же дворахъ сосредоточивается весь крупный и мелкій скотъ.

Санитарное неблагополучіе безлошадныхъ дворовъ также выражено въ значительной степени. Ни одинъ безлошадный дворъ не имѣетъ 2-хъ избъ. Большинство ихъ избъ—самыя низкія (17 избъ до $2\frac{1}{2}$ арш.). Содержаніе воздуха на человѣка большею частью около 1 куб. саж. или того меньше, т. е. по крайней мѣрѣ вдвое меньше нормы. Площадь пола и количество свѣта ограничено. У двухлошадныхъ дворовъ воздуху, свѣта и площади пола на человѣка въ избахъ сравнительно больше. Поэтому то и $\%$ заболѣваній среди безлошадныхъ дворовъ гораздо больше другихъ группахъ одного наименованія.

Еще рѣзче санитарно-экономическое неблагополучіе бѣднѣйшихъ матерьяльно группъ видно изъ таблицы № 22. Въ то время, какъ арендующіе дворы не дали совсѣмъ цинготныхъ заболѣваній,—изъ 48 дворовъ сдающихъ землю въ аренду переболѣло 38! Но за то и громадная разница получается между этими группами въ санитарно-экономическомъ отношеніи. Арендаторы—владѣлецъ 2—3 лошадей, 2—3 (27 изъ 28) душъ земли или даже 5 душъ и болѣе (17 дворовъ изъ 23-хъ убираютъ по 5 душъ).

—Всѣ 48 дворовъ сдающихъ часть своей земли въ аренду пахутъ сохой. 9 дворовъ изъ нихъ не имѣютъ даже собственной сохи. 18 дворовъ не имѣютъ лошадей, въ 28 дворахъ нѣтъ коровъ и въ 44 мелкаго скота. Количество земли на фодка въ среднемъ меньше одной десятины (въ трехъ поляхъ).

Санитарное состояніе избъ арендующихъ дворовъ также рѣзко отличается отъ избъ дворовъ сдающихъ въ аренду. Изъ 14 дворовъ въ деревнѣ, имѣющихъ по 2 избы—8 т. е. болѣе половины падаетъ на арендующихъ. Но и по своимъ измѣреніямъ избы арендующихъ больше, просторнѣй, свѣтлѣй. Такъ количество воздуха на человѣка въ избахъ 18-ти дворовъ—отъ 1 до $1\frac{1}{2}$ куб. сажени, тогда какъ въ избахъ дворовъ, сдающихъ въ аренду, большею частью воздуху меньше 1 куб. сажени (въ 41 избѣ изъ 48), а въ 13 избахъ меньше даже $\frac{1}{2}$ куб. саж. У арендующихъ площадь пола на человѣка для большинства избъ больше 1— $1\frac{1}{2}$ кв. сажени; у сдающихъ въ аренду у большинства меньше 1 кв. саж. Вышина избъ въ 27 случаяхъ изъ 28-ми арендующихъ дворовъ выше $2\frac{1}{2}$ аршинъ; у сдающихъ въ аренду въ 35 избахъ изъ 48-ми меньше $2\frac{1}{2}$ арш. и т. д. Такимъ образомъ выясняяся отношеніе различныхъ экономическихъ группъ къ санитарнымъ и

экономическимъ условіямъ деревни по заболѣваемости ихъ цингой, мы должны сказать, что какъ тѣ такъ и другія условія одинаково имѣли мѣсто въ смыслѣ своего вліянія на ходъ цинготныхъ заболѣваній въ различныхъ группахъ и отгнѣнить какія либо особенности специфическія для санитарнаго и для экономическаго вліянія не представляется возможности.

Нѣсколько въ иномъ видѣ представляются отношенія санитарнаго и экономическаго факторовъ къ развитію цинготныхъ заболѣваній при изученіи группъ санитарнаго характера. Таблица № 23.

Группы дворовъ съ избами вышиной меньше $2\frac{1}{2}$ аршинъ внутри—самыя бѣдныя въ санитарномъ смыслѣ. На долю дворовъ избы которыхъ ниже $2\frac{1}{2}$ арш.—выпало всего два двора, имѣющихъ по двѣ избы. Количество воздуха, приходящагося на цѣлый такой дворъ меньше 3—4 куб. сажени, и значительно меньше 1 куб. саж. на человѣка. Площадь пола на человѣка едва достигаетъ одной квадратной сажени, и отношеніе свѣта къ площади пола для большинства избъ данныхъ группъ выражается цифрами $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{20}$ и даже еще менѣе. Въ группахъ же дворовъ съ избами вышиной больше $2\frac{1}{2}$ арш. и особенно больше 3-хъ арш., чаще встрѣчаются дворы съ двумя избами: изъ 14 дворовъ въ деревнѣ съ двумя избами—12 приходятся на данныя группы. Объемъ воздуха для большей части избъ равняется 5,6 и болѣе куб. сажени на дворъ, и отъ 1— $1\frac{1}{2}$ и даже 2 куб. саж. на человѣка. Площадь пола на человѣка также чаще больше 1— $1\frac{1}{2}$ квадр. саж. Отношеніе оконной поверхности къ площади пола выражается цифрами отъ $\frac{1}{8}$ до $\frac{1}{15}$. И цинготныхъ дворовъ соотвѣтственно такому санитарному различію въ избахъ—значительно меньше въ группахъ благополучныхъ.

Параллельно санитарному здѣсь наблюдается и экономическое различіе между группами, хотя уже и не въ такой рѣзкой степени, какъ это было видно изъ таблицъ № 21 и 22. Здѣсь въ группахъ съ высокими сравнительно избами плужные дворы встрѣчаются пополамъ съ сошными; даже въ группахъ дворовъ, избы которыхъ выше 3-хъ арш.—наблюдаются и сдающіе въ аренду, и съ душевнымъ надѣломъ въ 1—2 душу на дворъ и меньше 1 десятины на ѣдока.

Еще меньше экономическое неблагополучіе въ группахъ слѣдуетъ за санитарнымъ при разборѣ таблицы № 24.

Санитарная характеристика группъ дворовъ, составленныхъ по количеству воздуха въ избахъ на человѣка крайне рѣзко отгнѣняетъ связь между количествомъ воздуха въ избѣ на человѣка съ заболѣваемостью. Мы уже знаемъ, что въ группѣ съ наименьшемъ количествомъ воздуха, до 0,5 куб. саж. на человѣка, былъ самый большой % заболѣваній дворъ—около 70%. Но въ груп-

пахъ съ большимъ количествомъ воздуха $\%$ заболѣваній рѣзко уменьшается. Когда на человѣка въ избѣ приходилось около 1 куб. саж. $\%$ уменьшился до 36, при увеличеніи воздуха до $1\frac{1}{2}$ куб. саж. $\%$ упалъ до 13,2 и при обладаніи обывателя воздухомъ въ размѣрѣ больше $1\frac{1}{2}$ куб. саж.— $\%$ заболѣваній сошелъ на нѣтъ. Параллельно съ этимъ измѣняются въ группахъ и абсолютныя цифры дворовъ. Въ группѣ съ наименьшимъ количествомъ воздуха цинготныхъ дворовъ больше, чѣмъ нецинготныхъ. Но уже въ слѣдующей группѣ не цинготныхъ дворовъ больше, чѣмъ цинготныхъ. Въ группѣ съ количествомъ воздуха на человѣка отъ 1 до $1\frac{1}{2}$ куб саж. цинготныхъ дворовъ только 5 изъ 38, а въ послѣдней ихъ совсѣмъ нѣтъ.

Съ такими количественными отношеніями по заболѣванію дворовъ стоятъ въ тѣсной связи и прочія санитарныя условія. Въ группѣ дворовъ съ наименьшимъ количествомъ воздуха мы не встрѣчаемъ такихъ, которые имѣли бы по 2 избы. Двухизбные дворы встрѣчаются въ слѣдующихъ группахъ. Въ 20-ти дворахъ изъ 23-хъ первой группы высота избы меньше $2\frac{1}{2}$ арш., изъ нихъ въ 9 избахъ высота меньше даже 2-хъ арш. Между тѣмъ въ группѣ избъ съ содержаніемъ воздуха на человѣка отъ 1,5 до 2-хъ куб. саж. высота въ 23-хъ избахъ изъ 26-ти больше $2\frac{1}{2}$ арш., а въ 9-ти отъ 3 арш. и больше. Въ группѣ дворовъ съ наименьшимъ содержаніемъ воздуха на человѣка—площадь пола въ 19-ти избахъ меньше 1 квад. саж.; въ группѣ дворовъ съ наибольшимъ содержаніемъ воздуха въ 25 изъ 26 площадь пола больше 1 квад. саж., а въ 20 избахъ больше $1\frac{1}{2}$ кв. саж. Отношеніе свѣта къ площади пола въ половинѣ избъ наибѣднѣйшей воздухомъ группѣ—отъ $\frac{1}{16}$ до $\frac{1}{21}$ и менѣе. Въ 23 изъ 26 избъ съ наибольшимъ количествомъ воздуха это отношеніе—отъ $\frac{1}{8}$ до $\frac{1}{15}$.

Но характеристика группъ дворовъ таблицы № 24 съ точки зрѣнія экономическихъ условій не даетъ такого строгаго параллелизма, какой мы только что видѣли между санитарными условіями этихъ группъ и ихъ заболѣваемостью; больше того, выводить здѣсь какую либо законность и связь между заболѣваемостью группъ и ихъ экономическимъ положеніемъ было бы натяжкой. Но перейдемъ опять къ цифрамъ. Въ 21 изъ 23-хъ дворовъ съ количествомъ воздуха меньше 0,5 куб. саж. земля обрабатывается сохой, но и въ самой богатой воздухомъ группѣ въ 14 изъ 26 дворовъ она также обрабатывается сохой. Душевой надѣлъ въ 15 изъ 23 дворовъ наибѣднѣйшей воздухомъ группѣ=1—2 душамъ; въ самой богатой воздухомъ изъ 26 въ 17 дворахъ онъ также=1—2 душамъ. Дѣйствительное количество душъ въ 19 изъ 23 дворовъ первой группы=1—2 душамъ земли; но и въ лучшей груп-

пѣ тоже самое въ 14 дворахъ изъ 26-ти оно=1—2 душамъ. Количество земли на Ёдока въ лучшей группѣ, въ 11 дворахъ изъ 26 равно 1 десятинѣ.... Въ обѣихъ крайнихъ группахъ: съ наименьшимъ количествомъ воздуха на человѣка въ избѣ и съ наибольшимъ одинаково есть безлошадные (3 двора въ первой группѣ и 2 во второй).; безъ коровы въ первой 11, во второй—6, и безъ мелкаго скота въ первой—16, во второй—15. Съ одной лошадыю въ обѣихъ группахъ по 17 дворовъ (въ первой изъ 23 дворовъ, во второй изъ 26-ти) и т. д. и т. д.

Такимъ образомъ мы должны установить тотъ фактъ, что лучшіе въ санитарномъ смыслѣ дворы нельзя считать наилучшими и въ экономическомъ. Правда мы не исключаемъ того, что все же дворы съ просторными избами въ общемъ и матерьяльно поставлены нѣсколько лучше, а дворы съ плохими избами хуже, но строгой законности, какъ это видно изъ приведенныхъ цифръ здѣсь установить нельзя.

Слѣдовательно, не смотря на то, что группы дворовъ съ лучшими санитарными условіями въ матерьяльномъ отношеніи мало чѣмъ разнились отъ экономическаго состоянія группъ съ худшими санитарными условіями—все же они не даютъ совсѣмъ цинготныхъ заболѣваній, тогда какъ дворы съ наихудшими санитарными условіями переболѣли въ 70%. Это даетъ намъ право сдѣлать выводъ, что деревенская изба сама по себѣ какъ таковая, по своей санитарной обстановкѣ играетъ несомненную и самостоятельную роль въ этиологіи цинги....

Таковы взаимоотношенія между санитарными и экономическими условіями.

Могутъ, однако, сказать, что все же нельзя экономическія и санитарныя условія считать равно значущими по отношенію къ заболѣваемости деревни цингой. Санитарныя условія сами по себѣ стоятъ въ тѣсной связи и зависимости отъ экономическихъ—по этому фактъ совпаденія развитія цинготныхъ эпидемій со временемъ наихудшаго санитарнаго неблагополучія деревни—простое сопутствующее явленіе и нисколько не долженъ говорить о какой либо связи между явленіями. Это справедливо, быть можетъ, въ общемъ смыслѣ, но въ данномъ случаѣ дѣло представляется нѣсколько иначе. Уже фактъ зависимости цинги отъ одной санитарной обстановки деревенской избы безъ отношенія къ матерьяльнымъ условіямъ—говоритъ за самостоятельное и независимое значеніе санитарныхъ условій въ этиологіи цинги. Къ этому же приводитъ и анализъ самыхъ общихъ данныхъ за и противъ о зависимости цинги какъ отъ экономическихъ, такъ и санитарныхъ условій.

А) Данныя въ пользу значенія экономическихъ условій.

- 1) Фактъ совпаденія цинготныхъ эпидемій съ неурожаями.
- 2) Развитіе цинги исключительно среди наибѣднѣйшихъ группъ.
- 3) Ходъ разбаливанія, начиная съ бѣдныхъ крестьянскихъ группъ.
- 4) Появленіе цинги по мѣрѣ оскуднѣнія матерьяльныхъ средствъ въ деревнѣ.

В) Факты противъ исключительнаго значенія голоданія.

- 1) Не всегда неурожай, ведутъ къ цингѣ.
- 2) Отсутствіе параллелизма между временемъ развитія цинготныхъ эпидемій (главнымъ образомъ въ мартѣ и апрѣлѣ) и сезономъ недоѣданія (начиная съ момента оскуднѣнія средствъ, который можетъ быть измѣняемъ, вплоть до новаго хлѣба, слѣдовательно до іюля мѣсяца).

А) Факты въ пользу значенія санитарныхъ условій.

- 1) Фактъ совпаденія цинготныхъ эпидемій со временемъ наихудшаго санитарнаго неблагополучія деревни.
- 2) Развитіе цинги въ семьяхъ, живущихъ въ низкихъ, грязныхъ и въ другихъ отношеніяхъ санитарно-неустроенныхъ избахъ.
- 3) Начало разбаливанія деревни цингой съ такихъ избъ.
- 4) Полный параллелизмъ между явленіями: временемъ развитія цинги и наихудшаго санитарнаго состоянія деревни.
- 5) Совпаденіе между временемъ остановки развитія эпидеміи со временемъ улучшенія санитарныхъ условій деревни.

В) Факты противъ исключительнаго значенія санитарныхъ условій.

- 1) Не каждый годъ даетъ весной цингу, не смотря на то, что населеніе ежегодно переживаетъ сезонъ весьма неблагополучнаго санитарнаго состоянія своихъ жилыхъ помѣщеній.

Оперирова въ предѣлахъ только этихъ положеній мы должны придти къ выводу, что исключительнаго значенія какъ за экономическими, такъ и за санитарными условіями въ дѣлѣ развитія цинготныхъ эпидемій признать нельзя: какъ тѣ, такъ и другія условія играютъ совершенно самостоятельныя роли въ ходѣ развитія цинготнаго діатеза въ населеніи. Но уже изъ этихъ положеній мы можемъ заключить, что экономическія условія имѣютъ отно-

шеніе къ началу эпидемій, къ ихъ возникновенію, оказывая вліяніе на ихъ теченіе и характеръ, но не вліяютъ на заканчиваніе эпидемій, такъ какъ послѣднія, если не совсѣмъ прекращаются, такъ значительно ослабѣваютъ, гораздо ранѣе улучшенія экономическаго положенія деревни. Напротивъ того, санитарныя условія имѣютъ отношеніе не только къ началу и ходу, но и къ концу эпидемій. Прекращеніе вліянія антисанитарныхъ условий весной дѣйствуетъ какъ-бы абортивнымъ образомъ на цинготный діатезъ, и онъ быстро начинаетъ исчезать изъ деревни съ наступленіемъ теплаго благопріятнаго времени.... Отсюда роль обоихъ факторовъ слѣдуетъ представлять слѣдующимъ образомъ. Для развитія массовой цинги въ деревнѣ—нужда, обусловленная неурожаемъ необходимое условіе. Какъ окрашивание безъ програвы безъ него не можетъ быть цинги.... Однако цинга появляется только въ избахъ—семействахъ дурно устроенныхъ и обставленныхъ въ санитарно-гигіеническомъ отношеніи. Нужда такимъ образомъ подготавливаетъ населеніе къ воспріятію цинготнаго симптомокомплекса, а создается онъ уже санитарными условіями деревенскаго общества въ извѣстный сезонъ. Исключительное отношеніе антисанитарныхъ условий къ цинготному симптомо-комплексу видно, главнымъ образомъ, изъ того, что съ прекращеніемъ дѣйствія ихъ только однихъ—цинга исчезаетъ изъ деревни. Не разрѣшенными остаются два вопроса: 1) почему цинга не появляется всегда въ годы неурожаевъ? и 2) почему не бываетъ эпидемій цинги ежегодно, такъ какъ дѣйствіе антисанитарныхъ условий ежегодно зимой одно и то же?

Если мы будемъ держаться того взгляда, что нужда только подготавливаетъ организмъ къ цингѣ, а самый симптомокомплексъ складывается антисанитарными условіями, то въ послѣднихъ и должно искать отвѣта на первый вопросъ

Мы видѣли выше, что антисанитарныя условія не тотчасъ вызываютъ цингу. Сначала организмъ подъ вліяніемъ недоѣданія хилѣетъ, но силы его такъ или иначе противустоятъ антисанитарнымъ вліяніемъ. Только когда кончается запасъ этихъ силъ—организмъ заболѣваетъ. Благопріятное въ санитарномъ смыслѣ время можетъ наступить раньше надлома силъ,—тогда организмъ переживаетъ зиму не подвергаясь цинготному діатезу. Поэтому характеръ зимы и весны, ихъ продолжительность, обиліе снѣга и т. д., словомъ все, что ухудшаетъ антисанитарное состояніе деревни и затягиваетъ ихъ дѣйствіе на болѣе продолжительное время, благопріятствуетъ цингѣ. Наоборотъ и въ неурожайный годъ, но въ теплую зиму, короткую, съ ранней теплой весной—цинги не будетъ.

Почему не бываетъ цинги ежегодно?

1) Не всегда недоѣданіе столь сильное, какъ въ годы неурожаевъ. 2) Недоѣданіе которое все же слѣдуетъ признать существующимъ для нѣкоторыхъ наибѣднѣйшихъ группъ ежегодно, только въ меньшей степени, чѣмъ въ годы неурожаевъ, создаетъ благоприятныя условія для появленія болѣзней на почвѣ истощенія, каковыя мы и наблюдаемъ ежегодно весной: малокровіе, гингивиты, ревматизмъ, куриная слѣпота—обычныя весенніе амбулаторныя диагнозы... Рѣдкая же весна за послѣдніе годы проходитъ и безъ спорадическихъ случаевъ цинги.

Но разъ такъ, то мы должны сказать, что цинга сообразно съ условіями ее вызывающими и наблюдается ежегодно, но или въ спорадической формы, или даже въ видѣ предвѣстниковъ, какъ бы въ скрытомъ состояніи. Не бываетъ же ежегодно только эпидемической цинги. Но для ея появленія, какъ мы видѣли выше требуется болѣе напряженное, извѣстнымъ образомъ комбинированное и нарастающее дѣйствіе тѣхъ факторовъ, въ условіяхъ которыхъ только и можетъ въ настоящее время развиваться эпидемическая цинга въ нашей мѣстности.

Нѣтъ сомнѣнья, что общими санитарно-экономическими условіями вопросъ о происхожденіи цинги не исчерпывается. Остается еще очень много открытыхъ вопросовъ: почему дворы, находящіеся въ одинаковыхъ сравнительно санитарно-экономическихъ условіяхъ одни даютъ заболѣваніе цингой, другіе нѣтъ. Почему одни члены семьи болѣютъ, другіе нѣтъ? Почему у одного больного цинга приняла такую-то форму, у другого другую и т. д....

Для выясненія такихъ подробностей кромѣ изученія бытовыхъ и культурныхъ особенностей деревни слѣдуетъ провести детальное изученіе особенностей кажлаго двора, познакомиться съ состояніемъ здоровья кажлаго жильца избы и т. д. Мы этихъ вопросовъ не затрогивали, такъ какъ наша задача заключалась въ томъ, чтобы выяснитъ отношеніе только общихъ санитарно-экономическихъ условій къ заболѣванію цингой.

В Ы В О Д Ы:

1) Цинга-болѣзнь наибѣднѣйшихъ группъ крестьянскаго населенія.

2) Заболѣваемость цингой стоитъ въ обратномъ отношеніи къ матерьяльной обезпеченности крестьянскихъ группъ: чѣмъ меньше въ группахъ надѣлъ земли, возможность прикупить гесп., заарендовать землю, обдѣлѣ инвентарь, земледѣльческія орудія и скоть—тѣмъ больше цинги.

3) Деревенская изба по своему устройству не удовлетворяет самымъ элементарнымъ требованіямъ гііены.

4) Неудовлетворительное устройство ея, не принося особеннаго вреда жильцамъ лѣтомъ, благодаря хорошей вентиляціи, провѣтриванію, а также и тому, что лѣтомъ крестьяне мало пользуются ею, — поздней осенью, зимой и въ началѣ весны въ связи съ особенностями давнаго времени: климатическими, санитарными и бытовыми, неминуемо ведетъ къ такому ухудшенію санитарно-гигіенической обстановки жилого помѣщенія, что его слѣдуетъ считать весьма неблагополучнымъ въ санитарномъ смыслѣ и имѣющимъ несомнѣнное отношеніе къ сюрбутическому діатезу.

5) Поэтому цинга имѣетъ склонность развиваться болѣе всего въ самыхъ неустроенныхъ и плохихъ деревенскихъ избахъ, resp., жилыхъ помѣщеніяхъ.

6) Какъ экономическій, такъ и санитарный факторы, каждый порознь имѣютъ самостоятельное и независимое значеніе въ этиологіи цинги.

7) Повидимому экономическая недостаточность бѣднѣйшихъ группъ крестьянскаго населенія имѣетъ, главнымъ образомъ, значеніе предрасполагающаго момента, а санитарныя условія жилого помѣщенія и быта имѣютъ отношеніе къ созданію самаго скорбутаго діамеза симптомокомплекса.

8) Подробности въ ходѣ развитія цинготныхъ эпидемій и самаго симптомокомплекса у отдѣльныхъ индивидуумовъ не могутъ быть выяснены въ предѣлахъ однихъ общихъ санитарно-экономическихъ условій: для выясненія ихъ необходимо знакомство съ одной стороны съ бытовыми и культурными особенностями предрасположеннаго къ діатезу населенія, съ другой стороны необходимо подробное ознакомленіе съ особенностями специфическими для каждаго двора, знакомство съ состояніемъ здоровья отдѣльныхъ индивидуумовъ населенія, среди котораго цинга развивается.

Къ казуистикѣ осложненій при мѣстной анестезіи (по Schleich'у) въ глазной хирургіи.

(Изъ Земской Галкиныхъ-Враскихъ больницы).

Ал. Шибковъ.

1. Случай. Евфимія Казаева, 25-ти лѣтъ, крестьянка мордовка изъ с. Лягушкина, Спасскаго уѣзда, Казан. губ. явилась въ амбулаторію 2-го января 1902 г. съ диагнозомъ: Trachoma chronica utriusque; atrophia bulbi oculi sinist. post trachomam, entropion utriusque palpebr. super.; pannus crassus oculi dextr. Pannus занималъ $\frac{3}{4}$ верхняго отдѣла роговицы. Роговица свободной отъ pannus'a была, слѣд., всего на $\frac{1}{4}$ часть своей величины. Вслѣдствіе этого зрѣніе почти отсутствовало. Объяснивъ существованіе pannus'a заворотомъ верхняго вѣка, мы приступили къ операціи выворота по Snellen-Hotz'у. Анастезія по Шлейху пропитываніемъ. Послѣ вкола иглы отъ шприца Prowaz'a подъ кожу вѣка больная стала беспокоиться: стонать, всхлипывать. Послѣ же введенія подъ вѣко пинцета Snellen'a у больной начался истерическій припадокъ, который сначала нами не былъ распознанъ и мы позволили себѣ сдѣлать кожный линейный разрѣзъ. Послѣ разрѣза припадокъ усилился и былъ такъ ясно выраженъ, что о продолженіи операціи, не успокоивъ предварительно больной, нельзя было и думать. Припадокъ (плачъ, смѣхъ, рыданія, всхлипыванія, судорожныя подергиванія) продолжался около 4—6 минутъ, послѣ чего постепенно стихъ. Когда больная успокоилась, было приступлено къ продолженію операціи. Однако одно прикосновеніе къ краю раны пинцетомъ снова вызвало припадокъ. Рѣшено было снова выждать окончанія припадка и продолжать операцію въ полухлороформенномъ наркозѣ. Однако и это не удалось. Въ то время, когда казалось, что больная уже почти спитъ (регидность мышцъ

исчезла, зрачекъ реагировалъ слабо) прикосновеніе пинцетомъ пробудило больную и снова въ 3-ій разъ вызвало плачь, рыданія. Только полный наркозъ далъ возможность кончить операцію. На слѣдующій день во время перевязки больная вела себя крайне безпокойно: плакала, рыдала, при чемъ плачь сопровождался конвульсивными подергиваніями, да и вообще во все послѣоперационное время вплоть до окончательнаго заживленія раны и снятія швовъ была неспокойна.

2-ой. Случай. Гафифія Гималетдинова, крестьянка-татарка 28 лѣтъ изъ д. Б. Тиганъ, Спас. уѣз. Казан. губ. поступила въ больницу 24-го Января 1902 г. съ болѣзнью: *Entropion utriusque palpebrae sup. et infer; leucoma ocul. sinist. cent. adhae* Рѣшено сначала исправить при мѣстномъ обезболиваніи по *Schleich'y* сразу оба вѣка сверху и снизу, сдѣлать, слѣд., 4 операціи. Тотчасъ послѣ вырыскиванія основнаго Шлейховскаго раствора подъ кожу праваго верхняго вѣка, введенія пинцета *Snellen'a* подъ вѣко и линейнаго разрѣза наступило острое малокровіе: лицо и конечности сдѣлались, какъ полотно, бѣлыми, пульсъ исчезъ, конечности похолодѣли. Въ кистяхъ рукъ непроизвольный треморъ съ очень маленькой амплитудой. Кожа и подкожная кѣлѣчатка въ разрѣзѣ очень дряблы, на подобіе бѣлаго варенаго мяса. Больная вдругъ сдѣлалась такъ слаба, что, на невольный вопросъ: „что съ ней?“ не могла отвѣчать, хотя по глазамъ и лицу было видно, что сознание у ней полное. Минуты чрезъ 3—4 больная мимикой спросила пять, послѣ чего у нея выступилъ довольно обильный потъ. Блѣдность продолжалась еще 3—4 минуты, потомъ цвѣтъ лица сталъ измѣняться къ лучшему, появился сначала нитевидный пульсъ, который скоро выровнился до нормы. Кожа и подкожная кѣлѣчатка также порозовѣли. Минуть чрезъ 10 послѣ начала малокровія можно было уже оперировать: ей сдѣлано, какъ и предполагалось ранѣе 4 операціи; причемъ больная во всё время операціи вела себя очень хорошо.

При разсмотрѣніи этихъ двухъ случаевъ бросается въ глаза быстрота, съ которой развивается картина истерическаго припадка въ первомъ случаѣ и остраго малокровія во второмъ. Производит-ся уволь, кладется пинцетъ, ножъ въ первомъ случаѣ еще не коснулся операціоннаго поля, а во второмъ случаѣ удалось сдѣлать только разрѣзъ, какъ уже предъ нами и припадокъ и малокровіе. Одно это говоритъ за то, что въ происхожденіи обоихъ припадковъ едва-ли сколько-нибудь принимала участіе анестезирующая жидкость. Для происхожденія такихъ припадковъ приходится искать другихъ причинъ. Въ нашихъ случаяхъ оказалось, что одна больная была истеричка—она рассказывала: „и дома со

мною бывало, затрясетъ меня, затрясетъ, я начну плакать, заплачусь, тогда и успокоюсь“. Вторая больная боялась умереть во время операціи. Ясно, что при опѣнкѣ анестезирующаго средства слѣдуетъ быть крайне осторожнымъ: возможна переопѣнка. Въ нашемъ случаѣ нѣтъ никакого сомнѣнія въ томъ, что анестезирующая жидкость не имѣла значенія въ происхожденіи описанныхъ припадковъ—она не успѣла еще всосаться, какъ развилось и малокровіе и истерическій приступъ. Въ обоихъ нашихъ случаяхъ предъ операціями было недостаточно обращено вниманія на больныхъ. Въ первомъ случаѣ, если бы обратить болѣе тщательное вниманіе на анамнезъ больной, можно было бы избѣгнуть истерическаго приступа, сдѣлавъ операцію прямо подъ хлороформнымъ наркозомъ, а во второмъ можно было бы, понаблюдавъ больную, замѣтить, какъ она боится операціи и лишнимъ ласковымъ словомъ, теплымъ участіемъ, такъ сказать, внушить ей не бояться, успокоить и такимъ образомъ предупредить шокъ, развившейся вслѣдствіе испуга. Оба наши случаи должны быть отнесены къ разряду тѣхъ неожиданностей, съ которыми возможно встрѣтиться всякому врачу, особенно дѣлающему много глазныхъ операцій—предупредить товарищей о такихъ возможностяхъ и составляло цѣль нашей скромной задачи.

Бактеріологическое изслѣдованіе сухихъ молочныхъ препаратовъ фабрики Эмиля Пасбурга въ Берлинѣ. Berlin, N. W. Brücken—Ailee № 33.

старшаго ординатора казанскаго военнаго госпиталя.

д-ра А. Д. Никольскаго,

Молочные сухіе препараты Эмиля Пасбурга получилъ я изъ Казанскаго Окружнаго Военно-Медицинскаго Управленія съ предположеніемъ ознакомиться съ этими препаратами и представить заключеніе относительно пригодности ихъ, какъ пищевыхъ продуктовъ. Они присланы были изъ Москвы отъ представителя фабрики Эмиля Пасбурга для Россіи Э. О. Вурцингера при письмѣ въ закупоренномъ и запечатанномъ ящикѣ. По вскрытіи ящика въ немъ оказалось девять жестяныхъ банокъ, плотно закрытыхъ такими же крышками, обклеенныхъ бумагою, на которой подробно изложено пищевое значеніе содержащагося въ банкѣ молочнаго препарата, способъ употребленія и Химическій анализъ. Каждая банка въсомъ $\frac{1}{4}$ кію.

Въ числѣ девяти банокъ оказалось семь сортовъ сухихъ молочныхъ препаратовъ, а именно: въ трехъ банкахъ было сушеное молоко въ порошокѣ, а въ остальныхъ—дѣтская мука, молоко-какао, молоко-солодъ, и еще три сорта сушеннаго молока въ порошокѣ съ различнымъ процентнымъ содержаніемъ жира.

Приступая къ изученію молочныхъ консервовъ Пасбурга я рѣшилъ руководствоваться мненіемъ на этотъ предметъ Парижскаго Профессора Гигіены Vaillard'a (Professeur au Val de Grâce), который на послѣднемъ X международномъ гигиеническомъ конгрессѣ, бывшемъ въ Парижѣ въ 1900 году, (который и я посѣщаль въ качествѣ члена), доложилъ, что въ послѣднее время во французской арміи стали часто обнаруживаться случаи отравленія при употребленіи консервовъ. Послѣ сдѣланныхъ изслѣдованій выяснилось, что яды въ консервахъ производятся бактеріями, остав-

шимися въ коробкахъ послѣ недостаточной стерилизацій. Въ 70% изслѣдованныхъ коробокъ находились бактеріи, между которыми иногда встрѣчались и болѣзнетворныя.

Помня этотъ докладъ я и началъ изученіе съ того, что изъ трехъ банокъ, содержавшихъ сушеное молоко въ порошокѣ, я сдѣлалъ послѣвъ на глицериновомъ агарь-агарѣ въ трехъ чашкахъ Petri и поставилъ эти чашки въ термостатъ при 37°C., чтобы испытать—не выростутъ ли на агарь-агарѣ микробы? На слѣдующій день по приложеннымъ наставленіямъ приготовилъ изъ порошка сушеннаго молока и $\frac{1}{2}$ литра сливокъ; то и другое попробовалъ самъ. Оба напоминаютъ молоко и сливки но гораздо менѣе вкусны, чѣмъ натуральное коровье молоко и сливки. Приготовленная мною изъ вышеупомянутаго порошка сушеннаго молока искусственное молоко и сливки оказались, не бѣлаго цвѣта, а бѣловато-мутнаго съ большимъ осадкомъ на днѣ посуды. Пробуя искусственное молоко и сливки я старательно взбалтывалъ послѣднія, какъ это рекомендуется и въ наставленіи.

Черезъ часъ послѣ пробы я почувствовалъ небольшую рѣзь въ желудкѣ, и потомъ еще черезъ три часа было два небольшихъ послабленія. Имѣющимъ въ бактериологическомъ кабинетѣ Госпиталя лактоскопомъ Feser'a я опредѣлилъ % содержаніе жира въ искусственномъ молокѣ и въ сливкахъ Пасбурга, при чемъ въ первомъ оказалось отъ $\frac{1}{2}$ —1% жиру, а въ сливкахъ $3\frac{1}{2}$ %. Наше Госпитальное молоко, доставляемое подрядчикомъ, неснотое даетъ $3\frac{1}{2}$ % жиру. Такимъ образомъ по содержанію жира искусственное молоко Пасбурга въ шесть разъ ниже натурального коровьяго молока; натуральное коровье молоко должно содержать жиру не меньше 3%.

Таковые опыты я повторилъ нѣсколько разъ и всякій разъ вновь приготовленное молоко и сливки имѣли бѣловато-мутный видъ съ громаднымъ осадкомъ, не такъ вкусны, какъ натуральное молоко и сливки, и каждый разъ послѣ пробы у меня получалось кратковременное раздраженіе желудка, и % содержаніе жира оставалось неизмѣннымъ, не смотря на усиленное взбалтываніе: въ молокѣ отъ $\frac{1}{2}$ —1%, а въ сливкахъ $3\frac{1}{2}$ —0%.

Искусственное молоко и сливки я предлагалъ пробовать нѣкоторымъ сослуживцамъ; у однихъ получалось легкое раздраженіе желудка, у другихъ нѣтъ. Всѣ пробовавшіе нашли, что искусственное молоко и сливки по Пасбургу далеко не такъ вкусны, какъ натуральныя. Три раза по приложенному наставленію приготовлялъ какао, получался вкусный напитокъ, похожій на какао, но и какао изъ консерва Пасбурга у нѣкоторыхъ, пробовавшихъ его, вызывалъ раздраженіе желудка. Остальныхъ вышеупомянутыхъ образцовъ молочныхъ препаратовъ я не подвергалъ изслѣдованію,

такъ какъ всѣ они составлены главнымъ образомъ изъ сушеннаго молока въ порошкѣ.

Изъ вышеупомянутыхъ посѣвовъ на агарь-агарѣ въ чашкахъ Petri черезъ недѣлю выросло нѣсколько бактеріальныхъ колоній, по тщательномъ изслѣдованіи которыхъ оказалось, что одни состояли изъ бѣлаго стафилококка, и другія образованы были какимъ-то бациллою. Съ цѣлю извѣченія свойствъ полученныхъ микробовъ я эмульсію изъ ихъ культуръ вприскивалъ подъ кожу двумъ морскимъ свинкамъ и двумъ кроликамъ. Первымъ я вприскивалъ эмульсію стафилококка, а вторымъ эмульсію бацилла. У одной морской свинки и у обоихъ кроликовъ на мѣстѣ укола черезъ нѣсколько дней развилось ограниченное нагноеніе въ подкожной клѣтчаткѣ въ видѣ маленькихъ гнойничковъ, а у другой свинки на мѣстѣ укола образовался плотный инфильтратъ въ подкожной клѣтчаткѣ. Таковыя результаты прививокъ животнымъ доказываютъ патогенность микробовъ, полученныхъ изъ консервовъ Пасбурга. Вѣроятно присутствіемъ этихъ микробовъ или ихъ токсиновъ и обуславливалось вышеописанное раздраженіе въ желудкѣ и въ кишкахъ при пробованіи мною и другими лицами напитковъ изъ консервовъ Пасбурга.

На основаніи всего выше изложеннаго слѣдуетъ придти къ заключенію, что молочные препараты Пасбурга суть образцы не только консервовъ неудачныхъ, но и не безвредны, такъ какъ содержатъ въ себѣ два вида поточенныхъ микробовъ. Мы только осторожно пробовали консервы Пасбурга, но что получилось бы при продолжительномъ ихъ употребленіи?

РЕФЕРАТЫ.

Внутреннія болѣзни.

О связи сахарнаго мочеизнуренія съ туберкулезомъ и артеріосклерозомъ на основаніи 100 клинически прослѣженныхъ случаевъ діабета. Wilhelm Croner. Deutsch Medicin. Wochenschrift № 45. 5 Ноября 1903 г.

На основаніи 100 случаевъ діабета, прослѣженныхъ въ Берлинской поликлиникѣ въ послѣдніе 3 года, авторъ приходитъ къ выводу, что въ большинствѣ случаевъ діабетъ возникаетъ на почвѣ наследственнаго предрасположенія, но кромѣ наследственности на существованіе предрасположенія къ діабету оказываетъ вліяніе еще туберкулезъ и артеріосклерозъ.

Изъ 100 діабетиковъ у 47 авторъ могъ констатировать туберкулезъ или у самихъ больныхъ, или у ихъ родственниковъ: 16 больныхъ сами страдали туберкулезомъ, при чемъ у одного изъ нихъ была больна одновременно жена, у одного—отецъ, мать, жена и два брата, у одного—отецъ и т. д. Въ 5 случаяхъ была больна мать; въ одномъ—мать и три брата; мать и двѣ сестры и т. д. Въ 5 случаяхъ были больны братья и сестры, въ одномъ случаѣ—два брата и двое дѣтей и т. д. У одного пациента одинъ братъ былъ боленъ туберкулезомъ, другіе діабетомъ и т. д.

Это частое совпаденіе туберкулеза съ діабетомъ различные авторы объясняютъ различно; такъ на примѣръ Leyden и др. видятъ склонность діабетиковъ къ чахоткѣ въ большей ранимости въ легкихъ вслѣдствіе ослабленнаго ихъ питанія и неправильнаго обмѣна веществъ въ организмѣ; другіе, какъ Leo, Preyss, Blumenfeld, Nebelthan объясняютъ это тѣмъ, что организмъ діабетиковъ, какъ богатый сахаромъ, представляетъ очень благоприятную среду для развитія въ немъ Коховской палочки.

Ни то, ни другое объясненіе по автору не выдерживаетъ строго научной критики и овъ за недостаткомъ въ настоящее время въ медицинѣ по этому вопросу свѣденій предлагаетъ назвать эту связь діабета съ туберкулезомъ предрасположеніемъ, оставляя открытымъ вопросъ о томъ, гдѣ искать это предрасположеніе, въ недостаточной

ли самозащитѣ организма, или въ существованіи какого-то токсиче-скаго вещества.

Что-же касается артеріосклероза, то связь его съ діабетомъ не-сомнѣнна, по крайней мѣрѣ въ этомъ смыслѣ высказываются, какъ многіе клиницисты, такъ и авторъ, который изъ 100 въ 32 случаяхъ констатированъ чистый артеріосклерозъ, помимо случаевъ артеріоскле-роза, протекающаго совмѣстно съ другими заболѣваніями. Въ чемъ-же заключается эта связь? Въ томъ-ли, что діабетъ вызываетъ артеріо-склерозъ, или обратно? Этотъ вопросъ рѣшается авторомъ въ пользу послѣдняго предположенія и объясняется церебральной теоріей, по которой благодаря артеріосклерозу нарушается питаніе—головного мозга, а это въ свою очередь влечетъ за собою неправильный обмѣнъ веществъ и скопленіе сахара въ организмѣ. Въ пользу этого мнѣнія говорятъ по автору случаи, гдѣ съ появленіемъ припадковъ грудной жабы или *asthma cardiale* появляется и сахаръ въ мочѣ до 3%, а съ исчезновеніемъ ихъ, исчезаетъ и сахаръ, такъ и случаи, гдѣ наблю-дается наклонность къ апоплексіямъ и даже прямо апоплексіи, вслѣдъ за которыми появляется гликозурия съ 5% сахара, исчезающая вмѣ-стѣ съ исчезновеніемъ апоплексіи. Съ панкреатической же теоріей діабета Minkowsk'аго Норре—Seiler'а и др. авторъ не согласенъ, такъ какъ путемъ леченія вытяжкой изъ панкреатической железы ни въ од-номъ случаѣ еще не удалось получить не только излѣченія, но даже улучшения. Наибольше частымъ этиологическимъ моментомъ артеріоскле-роза является по автору хроническій алкоголизмъ, такъ какъ изъ 100 діабетиковъ 41 были потаторы. По профессіямъ они распредѣля-ются такъ: 26 принадлежали къ желѣзнодорожнымъ служащимъ, далѣе идутъ торговцы, агенты, путешественники, трактирщики (12 чел.) и очень небольшое количество рабочихъ, между тѣмъ какъ послѣдніе всего болѣе злоупотребляютъ алкоголемъ, а слѣдовательно и чаще другихъ должны были-бы заболѣвать діабетомъ. Это противорѣчащее какъ-бы явленіе объясняется авторомъ въ Mering'у и Fink-ler'у сгораніемъ сахара у рабочихъ благодаря постоянной усиленной мышечной работѣ. Finkler путемъ только одного массажа добивался у діабетиковъ того, что сахаръ у нихъ значительно уменьшался, а иногда даже совершенно исчезалъ, несмотря на то, что они получали много хлѣба и пива.

Dr. R. Lenzmann. *Къ вопросу о показаніи и противопоказаніи операциѣ Talma при атрофическомъ циррозѣ печени* (Deutsch. medic. wochenschr. № 48 1903 г.

Клинически, какъ извѣстно, различаютъ двѣ формы цирроза печени: гипертрофическую и атрофическую; послѣдняя носитъ названіе еще Laennec'овскаго цирроза или цирроза цыяницъ. При первой печень представляетъ увеличенной и гладкой вслѣдствіе развитія сое-

динительной ткани въ органѣ по ходу желчныхъ протоковъ и капилляровъ вокругъ и внутри каждой печеночной дольки, вслѣдствіе чего этотъ циррозъ протекаетъ съ желтухой, но безъ брюшной водянки. При второй соединительная ткань развивается по ходу вѣтвей *v. portae* вокругъ нѣсколькихъ долекъ, вслѣдствіе чего въ первомъ періодѣ болѣзни печень представляетъ обыкновенно увеличенной, а затѣмъ, когда наступаетъ атрофія печеночныхъ клѣтокъ, оно уменьшается, сморщивается и дѣлается нѣсколько бугриста. Такъ какъ здѣсь система желчныхъ протоковъ и капилляровъ не затронута, то желтуха не наблюдается, но за то почти, всегда имѣется брюшная водянка, происхождение которой объясняется тѣмъ, что вслѣдствіе сдавленія разросшеюся соединительною тканью вѣтвей *v. portae* въ печени просвѣтъ ихъ значительно сужень, откуда застой крови въ во всей системѣ *v. portae* и какъ слѣдствіе этого—брюшная водянка. Но клиническія наблюденія показываютъ, что не для всѣхъ случаевъ атрофическаго цирроза печени допустимо подобное объясненіе происхожденія водянки. Описано не мало случаевъ (Leichtenstem, Frerichs, Liebermeister и др.), гдѣ наблюдалась значительная водянка въ первомъ періодѣ атрофическаго цирроза печени, когда печень увеличена, тогда какъ въ атрофическомъ его періодѣ, когда печень сильно сморщена и когда слѣдовательно должны бы быть всѣ условія для образованія водянки, ее не было. Здѣсь очевидно присутствіе или отсутствіе брюшной водянки зависитъ не только отъ застоя крови *v. portae*, но и отъ другихъ моментовъ. Эти моменты по автору кроются въ большей или меньшей способности сердца къ правильной дѣятельности и въ большемъ или меньшемъ развитіи путей коллатеральнаго кровообращенія между корнями *v. portae v. cavae inferioris et superioris*. Пути же эти, какъ извѣстно, существуютъ между *v. haemorrhoidalis interna* и *v. pudenda*, между *v. v. ligamenti coronarii hepatis* и венами діафрагмы, между *v. mesenterica* и венами задней и боковой стѣнки живота, между *v. coronariae ventriculi* и венами діафрагмы и пищевода и наконецъ между самой *v. portae* и случайно открытымъ *ductus venosus Arantii*.

Поэтому въ тѣхъ случаяхъ атрофическаго цирроза печени, гдѣ дѣятельность сердца хороша, гдѣ слѣдовательно нѣтъ застоювъ крови въ *v. cava superior* и *inferior*, кровь *v. portae* можетъ течь съ одной стороны въ *v. cava inferior* по *v. hepatica*, а съ другой при наличности хорошо развитаго коллатеральнаго пути, черезъ послѣдній и брюшной водянки не будетъ. А тамъ, гдѣ дѣятельность сердца слаба (порокъ сердца и т. п.), коллатеральное кровообращеніе развито плохо, можетъ быть очень значительная водянка, несмотря на то, что въ печени не наступилъ еще процессъ сморщиванія и для циркуляціи крови по портальной системѣ печени нѣтъ препятствій. Въ этихъ случаяхъ можно улучшить коллатеральное кровообращеніе искусственно путемъ операціи Talma и достигъ даже полнаго излѣченія.

Операція Talma показана:

1) въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ еще сморщиванія печени, но уже зачѣтны признаки брюшной водянки.

2) въ случаяхъ, гдѣ печень хотя и значительно сократилась, но водянка умѣренная или даже отсутствуетъ; при чемъ нужно принимать во вниманіе въ достаточной мѣрѣ сохранившуюся функциональную способность печени (едва замѣтную или отсутствующую желтуху, нормальное питаніе и не убывающій вѣсъ больного).

Противопоказана:

1) въ случаяхъ съ рѣзко выраженной желтухой и отсутствіемъ желчи въ испражненіяхъ,

2) въ случаяхъ, гдѣ имѣется уробилиновая желтуха,

3) въ случаяхъ, гдѣ наблюдаются кровоизліянія въ слизистыя оболочки, бредъ, припухлость десенъ, словомъ, гдѣ имѣются симптомы ахоліи, указывающей на полную атрофію печеночныхъ кѣттокъ.

Панъ.

Психіатрія.

Подъ редакціей В. И. Левчаткина.

Martin Thiemich. *Объ истеріи въ дѣтскомъ возрастѣ.* Переводъ съ рукописи автора, переданной имъ для „Журнала имени С. С. Корсакова“ 1903 г. книга 6-я.

Авторъ говоритъ, что дѣтская истерія значительно разнится отъ истеріи взрослыхъ и характеризуется главнымъ образомъ отсутствіемъ стигматъ при наличности прочихъ истерическихъ явленій. Диагнозъ дѣтской истеріи чрезвычайно труденъ и нерѣдко ведетъ къ ошибкамъ при леченіи дѣтей. Сущность истеріи у дѣтей по мнѣнію автора развивается вслѣдъ за органическими страданіями и возникаетъ путемъ самоподражанія, аутоимитатіи. Въ подтвержденіе этого мнѣнія онъ даетъ примѣры истерическаго запора у дѣтей, поноса, prolapsus ani, такъ называемое «закачываніе» 2—3 лѣтнихъ дѣтей и т. п. Не малую роль возникновенію дѣтской истеріи играетъ и имитатія изъ окружающихъ ребенка лицъ. Но чтобы возникла картина дѣтской истеріи, въ самихъ дѣтяхъ должна быть какая нибудь аномалія; и дѣйствительно всѣ они производятъ впечатлѣніе невпропаговъ. Лечение—удаленіе изъ вредной среды и психическое.

А. Цареградскій.

Ю. Бѣлицій. *Къ вопросу объ амбулаторномъ леченіи алкоголиковъ гипнозомъ.* Обзорніе психіатріи, неврологіи и экспериментальн. псих., 1903, № 11.

Въ публикѣ распространено неправильное убѣжденіе, что гипнозъ лишь только въ томъ случаѣ дѣйствителенъ и приноситъ пользу, когда больнаго удастся привести въ глубокія степени гипнотическаго сна; благодаря этому укоренившемуся мнѣнію, больные иногда прекращаютъ къ сожалѣнію леченію въ самомъ началѣ, заявляя, что врачу не удастся ихъ загипнотизировать.

Гипнотическое состояніе не всегда необходимо для успѣха терапіи, и послѣдній, хотя и не часто, достигается внушеніемъ въ бодрственномъ состояніи, при чемъ въ такихъ случаяхъ важное значеніе должно быть приписано самовнушенію, такъ какъ больные, находясь иногда въ состояніи «выжидательнаго вниманія» легко самовнушаемы. Желая иллюстрировать это положеніе авторъ приводитъ изъ своей практики въ амбулаторіи для леченія гипнозомъ алкоголиковъ при клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней проф. В. Н. Бехтерева два случая. Въ одномъ 40-лѣтній купецъ, уже въ теченіи 10 лѣтъ сильно злоупотреблявшій алкоголемъ, прекратилъ пьянство, послѣ соответственной бесѣды съ авторомъ и послѣ назначенія послѣднимъ гигиено-діетическаго режима. Другой аналогичный случай относится къ болѣе молодой дамѣ. Авторъ указываетъ на отсутствіе въ Россіи правильной постановки борьбы съ алкоголизмомъ и высказывается за желательность устройства амбулаторій для гипнотическаго леченія алкоголиковъ.

А. А. Цареградскій, *Психозы ранняго lues'a.* Обзорніе психіатріи, неврологіи и эксперим. псих., 1903, № 12.

Психозы при раннемъ сифилисѣ занимаютъ очень скромное мѣсто въ клиникѣ душевныхъ болѣзней. Они не внесены въ номенклатуру; при довольно опредѣленномъ этиологическомъ моментѣ, симпто-матологія ихъ не представляется достаточно ясной. Между тѣмъ извѣстныя заболѣванія въ нѣкоторыхъ случаяхъ позволяютъ намъ говорить объ опредѣленныхъ формахъ душевнаго разстройства, что тѣмъ болѣе допустимо, что при сифилисѣ мы имѣемъ разлитой интоксикаціонный процессъ, захватывающій организмъ по извѣстному закону и могущій въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ поражать любые функциональные органы человѣка, не дѣлая исключенія и для областей, завѣдующихъ высшей функціей—психической жизнью организма.

Авторъ приводитъ два собственныхъ наблюденія 1) Рагапоа аси-та (по словамъ автора въ данномъ случаѣ, принимая во вниманіе спу-

танность сознания, наблюдающуюся на высотѣ болѣзненного процесса картину бурнаго теченія бреда и галлюцинацій можно съ достаточнымъ правомъ высказаться и за amentia) 2) Amentia (Meunerti).

Основываясь на анализѣ своихъ случаевъ и на разборѣ соответственной литературы, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Къ клиническимъ формамъ, въ которыя могутъ выливаться сифилитическіе психозы, должно отнести острую паранойю и аменцію.

2) Сифилитическіе психозы—суть психозы органическіе.

3) Подорванное питаніе, трудовая жизнь, несогласная съ правилами гигиены, злоупотребленіе алкоголемъ, хотя-бы и въ умѣренномъ количествѣ, являются первыми и самыми главными агентами въ возникновеніи душевнаго заболѣванія у сифилитика.

4) Душевное заболѣваніе идетъ параллельно съ проявленіями вторичнаго lues'a кожи и лимфатическихъ железъ.

5) Своевременное специфическое лѣченіе при сифилитическихъ психозахъ, быстро останавливаетъ ихъ развитіе.

6) Душевное разстройство у нервныхъ субъектовъ, какъ психическая реакція на заболѣваніе сифилисомъ, возможно, но не сопровождается органическими явленіями, оно бываетъ переходящее и нуждается главнымъ образомъ въ психическомъ лѣченіи.

Н. Топорковъ.

Д-ръ Вл. Яновенно. *Наслѣдственность у душевно-больныхъ.* Жур. невропат. и псих. имени С. С. Корсакова 1904 г. Кн. 1—2.

Болѣе или менѣе критическая оцѣнка уже имѣющагося въ литературѣ статистич. матеріала и гипотезъ относ. размноженія и наслѣдствен. (д-ръ Игнатьевъ, проф. Оршанскій, д-ръ Тутышкинъ, Ч. Дарвинъ, Вейсманъ и др.) указываетъ, что точ. данныя по этому биологич. вопросу отсутствуютъ, а потому всякъ матеріаль въ этомъ отношеніи со временемъ мож. оказаться не бесполезнымъ. Авторъ имѣлъ въ своемъ распоряж. 3072 анамнестич. карточ. (регистрац. душ. бол. въ Моск. Губ. во время переп. 1893 г.), изъ котор. пользовался, какъ годными для обработ., только 1865-хъ. Данныя наслѣдст. касались различн. категорій: 1) внѣшн. сходство душ. бол. съ ихъ родителями; 2) возрастн. составъ родителей у душ. бол.; 3) болѣзни отцовъ у душ. бол.; 4) болѣзни матерей; 5) болѣзни родственниковъ по отцу (т. е. дѣда, бабки, дядей, тетокъ и ихъ дѣтей); 6) болѣзни родствен. по матери; 7) болѣзни братьевъ и сестеръ. Въ каждой изъ указан. категорій приводятся подробн. числов. данныя съ соответствен. мотивировкой, разсужденіями, возможн. сравнен. тѣхъ или др. выводовъ съ так. же у др. авторовъ—дѣлаются обоснован. заключе-

нія. Комбиниру и сопоставляя полученн. результаты авторъ общей сводкѣ данныхъ посвящаетъ цѣлую главу. Признаки вырожд., конституціонал. болѣзни и, особенно, алкоголиз., говоритъ авторъ, чаще встрѣч. у отцовъ; душ. болѣзни—немн. чаще у матерей; нервн. болѣзни одинаковы по частотѣ у тѣхъ и др. Родственники по отцовск. и по материнс. линиямъ одинак. часто страдаютъ душ., нервн. и конституціонал. болѣзнями; алкогол. и признаки вырожд. немн. чаще среди родствен. по отцу, чѣмъ по матери; у родн. братьевъ и сест. чаще встрѣчаются алкогол. и душ. заболѣванія, чѣмъ конституц. и нервн. болѣзни. Въ общемъ нѣтъ особенной разницы (кромѣ алкогол.) въ патол. отягощеніи по отцовск. и матер. линиямъ. Интенсивность психопатіи среди родствен. больныхъ, среди группы родителей и, наконецъ, среди ихъ дѣтей возраст. въ геометр. прогрессіи. Если у кажд. родствен. по отцу и по матери имѣется въ крови около $\frac{1}{57}$ — $\frac{1}{58}$ доли психопат. элемента, а у каждого отца и матери около $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{17}$, то одинъ изъ 5 дѣтей съ бол. степ. вѣроятн. будетъ душ. больнымъ, эпилепт. или слабоумн. отъ рождения. Шансы на душ. заболѣванія дан. поколѣнія равны суммѣ шансовъ на душ. и нервн. болѣзни у отцовъ и матерей этого поколѣнія—отсюда вырожденіе нѣкоторыхъ семей и родовъ. Статья заканчивается нѣкот. данными о 8) двусторонн. и односторон. болѣзненномъ отягощеніи: одновремен. существованіе душ. болѣзни, эпилепс. и врожден. слабоум. въ отцовск. и материнс. линии (двухсторон. наслѣдствен.)—оч. рѣдко. Разработка статистич. матеріала кромѣ того иллюстрируется 11-ю подробно составленными таблицами.

Д-ръ І. В. Вяземскій (Саратовъ). *Алкоголизмъ и леченіе его шпитальнымъ внушеніемъ.* Журн. невропат. и псих. имени С. С. Коре. 1904 г. Кн. 1—2.

Различаются три вида алкоголизма—случайн., привычн. и періодическій или запой. Причины развитія каждого изъ нихъ кроются то въ укѣпившихся обычаяхъ употребл. алкоголя—свадьба, именины, юбилей, для аппетита и пр.—то въ тяжел. морал. условіяхъ окружающ. среды, то въ условіяхъ к.—л. потрясающ. событій семейн. характера и т. п. Въ появл. привычнаго и періодич. алкоголизма не малую роль у нѣк. субъектовъ играютъ и дегенератив. свойства нервн. системы—усиленн. возбудимость послѣдней и быстрая смѣна настроенія съ наклоннос. къ тосклив. состояніямъ: при ничтож. неудачѣ—упадокъ энергіи, сознан. беспомощности—отсюда наклонность къ повтор. выпивки. Запой иногда развив. и у совершенно здоров. людей, когда чел. не находитъ въ себѣ силы бороться съ постигш. его несчастіемъ, доходить до отчаян.—одни станов. морфинистами и пр., др. алкоголиками. Нѣскол. семейн. женщинъ, брошенн. мужьями: одна

отнесется къ этому поверхностно, другая найд. утѣшен. въ религіи, третья найд. забвеніе въ винѣ и т. п. Словомъ, въ развит. алкоголиз-психика субъекта играетъ выдающ. роль: главн. задача—уничтож. у алкоголика желаніе пить; могуществ. средствомъ въ этомъ отнош. является гипнозъ. Авторъ примѣнялъ гипнозъ у 319 алкогол.—3 случайн. 142 привычн. и 174 запойн. достиг. гипнотич. сна удается весьма легко. Первые три дня дѣлаются ежедневн. внуш., затѣмъ черезъ 3 дня, черезъ 5 дн, черезъ недѣлю, черезъ 2 недѣли, черезъ 1 мѣс. и черезъ 2 мѣс. и такъ до конца года. Каждый сл. д. б. индивидуализированъ: д. б. наличность желан. бросить водку—пьяныхъ не подвергать гипнозу. Если субъектъ послѣ 1-го и 2-го сеансовъ продолж. выпивать, или, бросивъ пить послѣ 1-го сеан., позволяетъ выпивку черезъ 2—3 недѣл.—лечен. д. б. прекращено: выздоровл. сомнительно. Медикамент. лечен. какъ наст. строфанта, рвотн. орѣх. служить подспорьемъ къ гипнозу. Изъ 142 привыч. алкогол. неудачн. сл. леченія гипн. было 11, изъ 174 запойн.—14; болѣе полов. всѣхъ лечившихся было пользовано до 1 мѣс. и мен.; въ общемъ результаты авторъ считаетъ оч. благоприят.: одинъ привыч. алкогол., лечивш. 8 мѣс., не пьетъ 1 г. 8 мѣс; запойн., лечивш. 6 1/2 мѣс., не пьетъ 3 года; 2 привыч. и 2 запойн., лечивш. по 1 году, не пьютъ уже 4 года—алкоголики, лечивш. 1 годъ, даютъ высок. % выздоровл. (92%). Желательно и безусл. необходимо возм. широкое распростран. леченія алкоголиковъ гипнотич. внушеніемъ.

Д-ръ В. М. Нарбутъ. *Гипнозъ и его судебно-медицинское значеніе.* Юбилейн. сборн. трудовъ по псих. и невроп., посвящен. В. М. Бехтереву. Т. I. 1903 г.

Предпославъ историч. данн. развитія ученія о гипн. въ Россіи, авторъ разбираетъ два полож., видимо, послуживш. основаніемъ извѣстн. циркуляра Мед. Департ. относит. гипноза при врачевн. практикѣ—отрицател. стороны гипнотизир. и возможность преступн. намѣреній. По Шарко гипнозъ есть принадлеж. истеричныхъ; многіе также указывали, что послѣ сеанса м. б. самопроизвол. гипн. ухудшеніе нервн. болѣзни, помѣшатель., развитіе эпилепт. припад. (напр. 17 лѣт. юноша, гипнотиз. Донато), даже параличъ сердца (случ. Vichor'a, котор. за-гипнотизир. свою жену—она вдругъ вскрикн. и умерла) и т. п. Однако, наблюден. Bernheim'a, Obersteiner'a Liebaul'a Wetterstraud'a Moll'a, Eulenburg'a и др. говорятъ иное. Въ гипнот. состоян. м. привести огромн. число лицъ вовсе не страдающ. истер.; появл. судорогъ, припад. и пр. во время сеан. или послѣ него есть свойств. психоневрн. возбудимости субъекта (припад. даже отъ прост. шума, стука), а не послѣдст. гипноза, не говоря уже о др. случайн., никогда не надо забыв.—post hoc, non est propter hoc; тѣмъ б гипн. не м. б. при-

равненъ къ наркозу: объ асфикс. при гипн. не приходится и говор., а поражен. сердечн. нервн. сплетеніи.—какъ при хлороформн. нарк. (опис. проф. Виноградовымъ), не только никѣмъ не доказано, но никто не рѣшался даже и высказ. подобн. предполож. По наблюден. Kraftebing'a, Ringier'a, Scholz'a, Акад. Бехтерева и др. съ безусловн. увѣренностью м. говор. о полной безопасн. гипноза. Возмож. преступн. намѣреній м. б: 1) надъ гипнотизируемыми какъ бы при пассивн. ихъ участ. въ преступленіи: 2) активн. участіе гипнотика (подъ вліян. внушенія). Больш. ч. гипнотич. преступленій касается посягатель. на честь женщины—изнасилован. съ растлѣн. и одно изнасилованіе. Въ перв. случ. необычайность ощущеній и послѣдующ. явленія могутъ послуж. къ открыт. преступленія; во второмъ—судебно-медиц. фактовъ нѣтъ, по эксперимент. же наблюденіямъ Mesnet'a въ полов. органы дефлорирован. женщины м. ввести посторон. тѣло безъ сохраненія ею объ этомъ воспоминанія. Путемъ внуш. м. б. достигнута, однако, лишь частичн. амнезія, а потому преступл. будетъ обнаружено. Одни учен. считаютъ невозможн. исполненіе гипнотиками преступл., если послѣднія противорѣчатъ ихъ нравствен. природѣ и возмущаютъ нравствен. чувство, другіе—убѣждены въ возможн. внушеннхъ преступл. Авторъ приводитъ казуистич. матеріалъ, какъ отечественн., такъ и иностран. литературы (Wolfram Liégeoy, Crosq, Белинь и др.): 11 случ. посягательства на честь женщ; 1 случ. убійства, совершен. надъ гипнотикомъ; 2 случ. похищ. дѣтей подъ вліян. гипнот. воздѣйствія; 2 случ. т. наз. ретроакт. галлюцинацій; 1 случ. кражи; 1 случ. активн. отдачи себя для обезчестенія, совершеной яко бы по внуш. другого лица; 5 случ. убійств, совершен. будто бы по внушенію; 2 случ. кражи и 2 случ. подложн. завѣщанія—по внушенію. Если въ приведенныхъ случаяхъ опираться тоько на факты, то послѣднія не подтверждаютъ предположен. о возможности сокрытія истиннаго виновника преступленія.

В. Левчаткинъ.

БИБЛЮГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

1. Книги и монографіи.

Акушерка книжка 1-я, 1904 г. январь.

Архивъ Біологическихъ наукъ томъ X выпускъ 3-й 1903 г.—
Лебедевъ Н. М. О морфологіи крови при искусственной недостаточности полудунныхъ клапановъ аорты у собакъ.—Омелянскій В. Къ вопросу о дифференціальной діагностикѣ нѣкоторыхъ патогенныхъ бактерій.—Крыловъ П. Отчетъ по пастеровской станціи Самарскаго земства за 1899 г.—Лебедевъ Н. М. О бѣлыхъ кровяныхъ шарикахъ при злокачественномъ эндокардитѣ у собакъ.—Мендивовъ И. X. Объ отношеніи *Leuconostoc hominis* къ рожистому стрептококку.—Селиновъ А. Е. О бѣлыхъ кровяныхъ шарикахъ при отведеніи лимфы наружу изъ грудного протока на шеѣ.—Маевскій Ф. А. Къ ученію о преципитинахъ.

Архивъ Ветеринарныхъ наукъ 1904 г. книга 1-я.—Нагорскій В. Основные принципы и условія борьбы съ эпизоотіями.—Тварьяновичъ В. К. Сравнительное испытаніе хунчунской и читинской противочумныхъ сыворотокъ на корейскомъ кр. рог. скотѣ.—Блюменфельдъ М. Л. Изъ наблюденій надъ эпизоотіями ленточно-глистной болѣзни овецъ въ Московской губ.—Лега-Долгополовъ. Свиноводство и свиноторговля въ Волынской губерніи.

Варшавскія Университетскія Извѣстія 1903 г. VIII.—Мессингъ С. Нѣкоторыя данныя къ вопросу о воспаленіи у низшихъ безпозвоночныхъ животныхъ.

1903—IX.—Митрофановъ П. И. О строеніи, образованіи и способѣ дѣйствій трихоцистъ у парамеци.

Ветеринарное Обзоріе № 1 январь 1904 г.—Андреевъ П. Воспаленіе въ Россіи по официальнымъ даннымъ.—Ивановъ И. Искусственное оплодотвореніе млекопитающихъ и его значеніе для зоотехніи.—Schmidt A. Клещевая болѣзнь рогатаго скота—Болъ К. Э. Къ этиологіи коликъ.

Военно-Медицинскій журналъ, январь 1904 г.—Диаманди Н. И. Къ вопросу о борьбѣ съ чахоткой въ русской арміи.—Мурзинъ М. И. Санитарно-статистическій матеріалъ медицинскихъ листовъ 133-го пѣх. Симферопольскаго полка.—Ортенбергъ П. И. Случай діосинкразіи къ мясу.—Терищенко Н. А. Хирургическая дѣятельность войскового лазарета за пять лѣтъ.—Войцеховскій Н. Ф. Новый способъ леченія сартовой язвы.—Шиманскій Э. В. Къ вопросу о смертельныхъ кровотеченіяхъ изъ средняго уха.—Пылковъ В. Н. Снарядъ для обеспложиванія перевязочнаго матеріала текучимъ паромъ подъ давленіемъ.—Сысоевъ Э. Э. Къ казуистикѣ энтеролитовъ.—Никольскій В. М. Попытка борьбы съ маляріей въ арміи.—Тихомировъ В. В. Эпидемія инфлюэнцы въ 111-мъ пѣхотномъ Донскомъ полку.—Калиновскій Н. И. Къ вопросу о причинахъ упорнаго существованія фурункулеза въ рядахъ нашей арміи.—Воячекъ В. И. О подслизистой резекціи носовой переродки.—Селицкий А. И. Къ вопросу объ излечимости паршей.—Окмянскій К. О. Favus въ войскахъ.

Февраль 1904 г.—Шульгинъ К. Я. Къ вопросу объ увольненіи въ неспособные въ русской арміи.—Захаровъ Н. Ф. О вольныхъ работахъ строевыхъ солдатъ.—Добровольскій Н. Н. Клиническій обзоръ 43-хъ оперативныхъ случаевъ каменной болѣзни.—Губаревъ И. А. Случай резекціи придатка яичка по способу профессора В. И. Разумовскаго.—Стержеминскій Г. И. Огнестрѣльное раненіе мочевого пузыря. Дилататоръ мочевого пузыря.—Терешенко Н. А. Хирургическая дѣятельность войскового лазарета за пять лѣтъ (съ нояб. 1897 г. по нояб. 1902 г.)—Гиршъ А. П. О нѣкоторыхъ мѣрахъ предохраненія здоровья воспитанниковъ военно-учебныхъ заведеній отъ заразныхъ болѣзней и ихъ угрожающихъ симптомовъ.—Ларинъ Е. А. О привитіи предохранительной оспы молодымъ солдатамъ.—Вертеповъ Н. А. О холерной эпидеміи 1892 г. въ станицахъ Михайловскаго участка, Терской области.—Голубинцевъ П. И. Отопленіе казармъ.—Мареничъ С. Т. Къ вопросу о реформахъ военно-аптечнаго дѣла.—Эриксонъ Э. В. Изъ наблюденій надъ нервно-больными въ Тифлисскомъ военномъ госпиталѣ.

Врачебный Вѣстникъ, № 1 1904 г.—Афанасьевъ, М. И. Къ вопросу о специфическомъ лекарственномъ леченіи заразныхъ болѣзней.—проф. Raymond'a. Клиническія формы и патогенезъ раковыхъ заболѣваній периферической нервной системы.—Жуковскій В. И. О теченіи коклюша на Южномъ берегу Крыма.

№ 2-й, —IX Пироговскій съѣздъ.—Малисъ Ю. Г. Случай огнестрѣльнаго пораненія бедра.—Вейншенкеръ О. Б. Къ IX Пироговскому съѣзду. По вопросу о кумысо-лечебномъ дѣлѣ.—Афанасьевъ М. И. (Окончаніе).

№ 3-й 1904 г.—Догель И. Растворимое металлическ. серебро *Argentum colloidale Crede*, по отношенію его къ кровообращенію и къ крови.—проф. Raymond'a. Клиническія формы и патогенезъ раковаго пораженія периферической нервной системы.

№ 4-й—Бурлаковъ В. М. Еще къ вопросу о томъ, въ какой мѣрѣ необходимо общее и мѣстное леченіе гоннореи (трипера), какъ болѣзни обще-инфекціонной?—Raymond. (продолженіе).

№ 5-й—Якимовичъ Н. Н. Объ естественно-діетическомъ способѣ леченія Шрота и курортъ его въ Нидеръ-Линдевицѣ.—Бурлаковъ В. М. (продолженіе).—проф. Raymond. (окончаніе).

№ 6. 1904 г.—Якимовичъ Н. Н. Объ естественно-діетическомъ способѣ леченія Шрота и курортъ его въ Нидеръ-Линдевицѣ.—Бурлаковъ В. М. Къ вопросу о томъ, въ какой мѣрѣ необходимо общее и мѣстное леченіе гоннореи (трипера) какъ болѣзни обще-инфекціонной?

№ 7.—Тагеръ Н. Н. Случай полного перемѣщенія внутренностей—Бурлаковъ В. М. (окончаніе).

1904 г. № 8.—Ахшарумовъ Д. Д. О возможности успѣшнаго противодѣйствія нарастающей старческой глухотѣ, зависящей отъ измѣненной слизистыхъ оболочекъ, выстилающихъ полости и каналы внутренняго уха.—Reichmann. Ed. Объ обнаруженныхъ за послѣдніе два года слабительныхъ и вяжущихъ средствахъ.

Врачебная Газета № 1 1904 г.—Чистовичъ Н. Я. и Шестаковичъ О. А. О морфологическихъ измѣненіяхъ крови при краснухѣ.—Сухановъ С. А. О навязчивыхъ психическихъ сочетаніяхъ по контрасту при меланхолическихъ состояніяхъ.—Преображенскій С. С. Девять случаевъ инородныхъ тѣлъ въ носу и ринолитовъ—Зеленскій Р. Д. Къ казуистикѣ эхинококковъ головного мозга.—Лобасъ Н. С. Нѣкоторыя черты изъ психо-физики преступниковъ.

№ 2-й—Догель И. М. Нѣкоторые препараты мышьяка по отношенію ихъ къ животному организму.—Преображенскій С. С. (окончаніе) Бобовичъ С. А. Къ вопросу о травматическихъ заболѣваніяхъ желудка. Случай ахолии и слипчиваго перитонита, происшедшихъ послѣ ушиба живота.—Васильевъ В. В. Наблюденія надъ физиологическими проявленіями половой жизни у киргизовъ Актыбинскаго уѣзда Тургайской области.—Лобасъ Н. С. (продолженіе).

№ 3 1904 г.—Гейнацъ В. Н. Наблюденія надъ адреналично-кокаиновой анестезіей.—Гербсманъ І. И. Нѣкоторыя темныя стороны въ современномъ ученіи о сифилисѣ.—Лобасъ Н. С. Нѣкоторыя черты изъ психофизики преступниковъ. (окончаніе).—Бобовичъ С. А. Къ вопросу о травматическихъ заболѣваніяхъ желудка. Случай ахолии и слипчиваго перитонита, происшедшихъ послѣ ушиба живота. (окончаніе).

№ 4.—Львовъ И. М. Рижское взморье, какъ курортъ.—Гейнацъ В. Н. (окончаніе).—Гербсманъ І. И. (окончаніе).—Линтваревъ С. И. Нѣсколько рѣдкихъ случаевъ сибирской язвы у человѣка.

1904 г. № 5-й—Львовъ И. М. Рижское взморье, какъ курортъ. (окончаніе).—Оедоровъ П. И. Борьба съ дѣтской смертностью—Перцевъ К. Н. Случай бо-

лѣзни Weil'я съ рѣдкимъ осложненіемъ.—Михновскій А. И. Къ вопросу о перевозкѣ тяжело-раненныхъ. Случай трагическаго разрыва печени.

№ 6-й, 1904 г.—Новиковъ А. Гдѣ искать опорныхъ пунктовъ для діагностики опухолей брюшной полости?—Гюбертъ И. И. Къ вопросу о заразительности проказы.—Перцевъ К. Н. Случай болѣзни Weil'я съ рѣдкимъ осложненіемъ Оедоровъ П. И. Борьба съ дѣтской смертностью.

№ 7.—Златогоровъ С. И. По поводу москитной теоріи распространенія малярии—Жалковъ А. С. Къ казуистикѣ огнестрѣльныхъ раненій желудка.—Оедоровъ П. И. (окончане).—Гюбертъ И. И. (продолженіе).

Врачебно-Санитарный Листокъ № 1—2-й.

Вѣстникъ Душевныхъ болѣзней № 1904 г.—Орбели Д. И. Зобъ и кретинизмъ въ сванетіи.—Топорковъ Н. Н. Попытка психологическаго анализа руководѣлій душевно-больныхъ.—Образцовъ. Анализъ письма параноиковъ.—Топорковъ. Истерическій мутизмъ, аграфія и клептоманія.—Донсковъ. Манія въ судебномедицинскомъ отношеніи.

Вѣстникъ общественной Гигіены судебной и Практической медицины янв. 1904 г.—Фроловъ П. И. Къ характеристикѣ порубовъ черепнаго свода.—Кириловъ Н. Холерная эпидемія 1902 года на Дальнемъ Востоцѣ.—Ярусовъ С. Н. Къ вопросу о вліяніи пола и возраста на заболѣваемость возвратной горячкой и смертность отъ нея.

Дѣятель № 1 январь 1904 г.

Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней. Декабрь 1903 г.—Добронравовъ В. А. Судебно-акушерскіе суперарбитриумы по Кіевской губ. за 12 лѣтъ съ 1891—1903 г.—Жученковъ М. Къ казуистикѣ ложныхъ опухолей живота.—Гольдбергъ О. Л. Къ вопросу о леченіи женскихъ болѣзней на минеральныхъ водахъ.—Егоровъ Г. Медицинскій отчетъ родильнаго пріюта бесплатной лѣчебницы О-ва Курскихъ Врачей.

Журналъ Медицинской химіи и органотерапіи. 1904 янв. № 29—30.—Тархановъ Пель и Ваксъ. Основы рациональной органотерапіи.—Пель А. В. Примѣненіе физиологическихъ катализаторовъ въ качествѣ лечебныхъ средствъ.—Максимовичъ И. И. Замѣтки о терапевтическомъ примѣненіи спермина-Пеля при артеріосклерозѣ и болѣзняхъ сердца.—Ломакинъ А. Къ вопросу о терапевтическомъ примѣненіи спермина-Пеля при болѣзняхъ глаза.—Iacobu. Случай излеченія tabes'a сперминомъ.—Панченко В. Къ вопросу о совмѣстномъ дѣйствіи сперминомъ и церебринъ при алкоголизмѣ.—Кубли Ф. М. Показанія для примѣненія Adrenalohrid, а въ глазной практикѣ.—Александровъ. Гемоглобинъ и его значеніе при леченіи малокровія, худосочія и пр.—Любомудровъ П. В. Къ вопросу объ искусственной серотерапіи, respective солевыхъ вливаніяхъ.—Шкаринъ А. Матеріалы къ изученію организованныхъ бѣлковъ мозговой коры.—Гуладзе

И. С. Нѣсколько случаевъ примѣненія іодипина.—Ross. Практическія замѣтки о Sperminum Poehl.

Журналъ Русскаго О-ва охраненія народнаго здравія 1903 г. сентябрь № 9-й—Коровинъ А. М. Проектъ устава заведеній для алкоголиковъ.—Скворцовъ И. П. О физико-химическихъ условіяхъ жизни и здоровья.

№ 10 октябрь—Пѣвницкій А. А. Къ вопросу объ амбулаторномъ лѣченіи алкоголиковъ.—Лаунштейнъ А. Ф. Сравнительная оцѣнка нѣкоторыхъ упрощенныхъ способовъ опредѣленія углекислоты въ воздухѣ.—Контковскій Е. Б. По вопросу о наилучшемъ обезвреживаніи грязныхъ водъ изъ больницъ.

Записки Императорскаго Новоросійскаго Университета томъ девяносто пятый 1903 г.—Костинъ С. И. Исслѣдованія по механизму и инервации дыханія.—Амнатовъ А. И. Разрѣшеніе душевно-больного. (Греческое послѣдствіе по рукописи XVII вѣка).

Записки Императ. Харьковскаго университета книга 4-я 1903 г.— по медицинѣ статей нѣтъ.

Извѣстія Импер. Военно-медицинской Академіи 1904 г. Фев. № 2.—Зимницкій С. С.—Къ ученію алексинахъ.—Петровъ Ф. Д. О пищеварительномъ лейкоцитозѣ у брюшно-тифозныхъ больныхъ.—Редлихъ А. А. Къ вопросу о патогенсвѣ кистъ малыхъ срамныхъ губъ—Орловскій В. Ф. Обзоръ работъ по пищеварительнымъ органамъ за 1902 г.—Ивановъ А. Н. Питательно-значеніе блюдъ по новому росписанію и раскладкѣ въ С.-Петербургскомъ Клиническомъ Военномъ Госпиталѣ.

Извѣстія Московскаго сельскохозяйственнаго института книга 4-я 1903 г.

Извѣстія Кіевскаго Политехническаго Института Императора Александра II 1903 г. Книга 3-я.

Медицинскій Журналъ Д-ра Окса книга 12-я, 1903 г.—Калнингъ И. И. Краткій курсъ фармакогновіи для фельдшерскихъ школъ.—Ліонъ М. Е. Словарь практическихъ медицинскихъ знаній для помощниковъ врачей.

Неврологическій Вѣстникъ томъ XI вып. 4-й 1903 г.—Вишневскій А. В. Къ вопросу о периферической иннервации прямой кишки.—Левинъ І. А. Къ ученію о перекрестномъ спиваніи нервовъ.—Орловъ К. Х. Къ ученію объ измѣненіяхъ глаза при хроническомъ отравленіи спорыньей и ея препаратами—Айхенвальдъ Л. Метиленовая синька какъ *sedativum*. и *hypnoticum* при психозахъ.—Рудневъ В. И. О состояніи двигательной области мозговой коры при умственной дѣятельности.—Чирковскій В. Къ вопросу о движеніяхъ радужной оболочки послѣ перерѣзки зрительнаго нерва у млекопитающихъ.

Отчетъ о дѣятельности Дѣтской больницы св. Ольги въ Москвѣ за 1902 г.

Отчетъ по С.-Петербургской городской больницы св. Пантелеймона для Душевно-больныхъ за 1902 г.

Отчетъ по Ялтинской санаторіи для недостаточныхъ чахоточныхъ больныхъ въ память Импер. Александра III. за время съ 9 декабря 1899 по 1 января 1903 г.

Практическій Врачъ. № 51-й, 1903 г.—Байковъ В. Ф. 2 случая разрыва матки во время родовъ.—Гиляровский В. А. О терапевтическомъ значеніи подкожныхъ вливаній солевого раствора у душевно-больныхъ.—Бирюковъ И. Лечение прокамы масломъ гинокардіи и антилепровой смвороткой. (окончан).

№ 52-й 1903 г.—Топаловъ С. Къ вопросу о серотерапіи рожи.—Гиляровский В. А. (окончаніе).

1904 г. № 1-й—Ростовцевъ М. И. Грыжи червеобразнаго отростка.—Черепнинъ С. Н. Характеристика эпидеміи сыпнаго тифа въ С.-Петербургѣ 1902—3 г. Клиническій этюдъ.—Гейкингъ Э. А. О хирургическомъ леченіи гнойныхъ выпотовъ околосердія.—Львовъ И. М. Лечение климактерическихъ кровотеченій.

№ 2-й.—Бандалинь Я. Г. Какодилловая терапія при chorea Sydenham'a дрожательномъ параличѣ, нейрастеніи и диабетѣ.—Черепнинъ С. Н. (продолженіе).—Гейкингъ Э. А. (продолженіе).—Львовъ И. М. (окончаніе).

1904 г. № 3-й—Штейнгадъ С. и Айхенвальдъ Л. Наблюденія надъ примененіемъ веронала у душевно-больныхъ.—Черепнинъ С. Н. (окончан).—Гейкингъ Э. А. (продолженіе).

№ 4-й—Mikuliz. Къ патологіи и терапіи кардіоспазма.—Гейкингъ Э. А. О хирургическомъ леченіи гнойныхъ выпотовъ околосердія. (прод.)—Бандолинъ Я. Г. Какодилловая терапія при chorea Sydenham'a дрожательномъ параличѣ нейрастеніи и диабетѣ.—Штейнгаусъ С. и Айхенвальдъ Л. (окончаніе).

№ 5-й—Цитринъ М. Г. Къ вопросу о леченіи проникающихъ ранъ брюшной стѣнки съ выпаденіемъ сальника.—Гейкингъ Э. Л. (окончаніе). Бандалинь Я. Г. (окончаніе).

Работы произведенныя въ лабораторіяхъ зоологическаго и зоотомическаго кабинетовъ Императорскаго СІІВ университета № 14 1904 г.

Русскій Врачъ № 2, 1904 г.—Угрюмовъ Н. К. О химическихъ измѣненіяхъ въ организмѣ животныхъ, рожденныхъ отъ истощенныхъ голоданіемъ производителей.—Китаевъ Ф. Я. Къ ученію о секреторныхъ депрессивныхъ неврозахъ.—Бертенсонъ Л. Б. Къ вопросу о предупрежденіи несчастныхъ случаевъ среди сельско-хозяйственныхъ рабочихъ при работахъ съ орудіями и машинами и о подачѣ первой помощи увѣчнымъ.—Веберъ Ф. К. Къ вопросу объ оперативномъ леченіи выпаденій прямой Кашки.

№ 3 1904 г.—Груздевъ В. С. Къ терапіи пузырныхъ свищей у женщинъ.—Зельдовичъ Я. Б. Разлитыя перитониты, вызываемыя болѣзнями женскихъ половыхъ органовъ.—Гергерштедтъ А. Ф. О техникѣ количественнаго опредѣленія бѣл-

ка въ мочѣ и другихъ жидкостяхъ по Brandberg'у.—Веберъ Ф. К. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи выпаденіи прямой кишки. (окончаніе).—Останчукъ В. С. Естественное зараженіе болотной лихорадкой въ лазаретѣ въ Ноябрь.

№ 4 1904 г.—Михновъ С. Д. О цѣлительной силѣ природы.—Хольцовъ Б. Н. Сравнительная оцѣнка способовъ оперативнаго лѣченія при гипертрофії предстательной железы и покаванія къ нимъ.—Совинскій З. В. О токсинѣ мягкошанкросной палочки.—Рыбаковъ Ѳ. Е. Обь организаціи амбулаторій для алкоголиковъ.—Демичъ В. Ѳ. Русскія народно-врачебныя средства отъ пьянства.

1904 г № 5-й.—Цейдлеръ Г. Ф. Обь острой непроходимости кишокъ въ связи съ заболѣваніями женскихъ половыхъ органовъ.—Грейденбергъ Б. С. Солевья вливанія въ терапіи душевныхъ болѣзней.—Букоемскій Ф. В. Къ вопросу о фагоцитозѣ и лейколизѣ при вприскиваніи въ брюшную полость вирулентныхъ стрептококковъ.—Эккъ А. А. О лѣченіи недостаточности сердечной мышцы по средствомъ ваннъ з фось з-фазнымъ синусоидальнымъ переменнымъ токомъ.—Порышевъ Д. А. О грязелеченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Его исторія и особенности.

№ 6-й.—Орловъ Б. Н. Къ вопросу о коренномъ лѣченіи рана матки.—Бочаровъ Н. И. Къ фармакологіи веронала.—Парышевъ Д. А. О грязелѣченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Его исторія и особенности (продолженіе).

Русскій Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней январь 1904 г.—Шиле В. А. О волчанкѣ.—Фроловъ П. И. По поводу случая Пенинскоі язвы.—Барабашевъ П. Н. Нѣсколько словъ о радіи и терапевтическомъ его примѣненіи.—Главче Е. С. Два случая вѣроятной реинфекціи.—Быстровъ А. В. Нудragatum albuminatum при леченіи сифилиса.—Маргулисъ М. Къ вопросу о приапизмѣ.—Чистяковъ М. А. Къ вопросу о борьбѣ съ сифилисомъ въ лужскомъ уездѣ.

Русскій Медицинскій Вѣстникъ № 1 1904 г.—Граціановъ П. А. По поводу проекта новаго «Положенія о СПБ. Врачебно-Полицейскомъ Комитетѣ».

№ 2-й.—Ларинъ У. А. Народная медицина Астраханской губер.

№ 3 1904.—Ларинъ У. А. Народная медицина Астраханской губ.—Раухфусъ О парадоксальныхъ явленіяхъ при перкуссіи грудной клеткѣ—Руссовъ О брюшномъ тифѣ у дѣтей.—Шкаринъ. О вобной остмѣ у дѣтей.—Китерманъ. Обь измѣненія вѣса тѣла больныхъ при скарлатинѣ.—Соколовъ. О положеніи скопляющейся въ полости плевры жидкости.—Дегіо. О цѣлебномъ дѣйствіи искусственно вызванной лихорадки на различныхъ болѣзненныхъ процессы.

Рѣчь и Отчетъ читанія въ торжественномъ собраніи Императ. Московскаго университета 12 января 1904 года.

Санитарное положеніе г. Одессы и дѣятельность Одесской Врачебно-санитарной организаціи въ 1903 г.

Санитарный Обзоръ Тамбовской губерніи, 1903 г. № 10 октяб. № 11 нояб. № 12-й Декабрь.

Сибирскія Врачебныя Вѣдомости № 3.

Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи въ Московской губерніи № 1 1903 г.

Свѣдѣнія о ходѣ заразныхъ болѣзней въ Тверской губерніи за ноябрь 1903 годъ.

Свѣдѣнія о Врачебно-санитарной организаціи и эпидемическихъ заболѣваніяхъ г. Одессы. № 2-й.

Современная Медицина и Гигіена № 12—Афанасьевъ и Вахъ П. Азиатская холера. (окон.).—Олеманъ М. Новѣйшая терапия глаза.—Тобу Сопп. Электродиагностика и электротерапія.—Гравицъ Э. Клиническая патологія крови со включеніемъ методики изслѣдованія крови и частной патологіи и терапіи болѣзней крови. (окон.):

Современная Терапія № 1 1904 г.—Виніере. Физикотерапія въ примѣненіи къ лѣченію рака.—Никольскій. Дальнѣйшія сообщенія по терапіи бугорчатки легкихъ.

Труды О-ва Русскихъ Врачей въ Москвѣ съ приложеніемъ протоколовъ засѣданій О-ва за второе полугодіе 1902 г.—за первое полугодіе 1903 г.

Труды О-ва Русскихъ Хирурговъ въ Москвѣ (1902—1903).

Труды Импер. С.-Петербургскаго О-ва Естествоиспытателей томъ XXXIII выпускъ 3-й.

Ученія Записки Императорскаго Казанскаго университета книга 1-я янв.—Боголюбовъ въ Резекціи придатка яйца (при туберкулезѣ) и операціи анастомоза на сѣменныхъ путяхъ.

Февраль книга 2-я.—Боголюбовъ В. (продолженіе).—Пильновъ М. Къ вопросу о лѣченіи волчанки (*Lupus vulgaris*) концентрированнымъ свѣтомъ по способу Niels R. Finsen'a.

Ученія записки Казанскаго ветеринарнаго института 1904 г. февраль—Громп. Химическія защитительныя силы животнаго организма при отравленіяхъ.—Автократовъ Д. М. Современное возвращеніе на адреналинъ и его отношеніе къ животному организму.—Ильинъ Н. А. Процессъ патолого-гистологическихъ измѣненій въ периферическихъ нервныхъ узлахъ при бѣшенствѣ.—Калашниковъ С. Нѣсколько словъ о свиноводствѣ Южной части Астраханской губ.

Университетскія Извѣстія № 12 декабрь 1903 г.—Константиновичъ В. Н. Къ вопросу о жировомъ перерожденіи. Физиологическое отложеніе жира въ организмѣ различныхъ позвоночныхъ животныхъ.—Гавриловъ П. И. О выдѣленіи желатинны почки.—Черновъ В. Е. Смертность грудныхъ дѣтей и иску-

ственное вскармливаніе.—Своехотовъ А. С. Дальнѣйшія наблюденія надъ альбумозуріей у больныхъ.—Колесниковъ. Отчетъ Клиническаго Судебно-Медицинскаго отдѣленія Кіевскаго военнаго госпиталя.—Своехотовъ А. С. Протоколы къ работѣ «Положеніе Желудка».

Хирургія № 85 январь 1904 г.—Старковъ А. В. Общая анатомія мужскаго малаго таза. (предварительное сообщеніе).—Красинцевъ В. Къ казуистикѣ и лѣченію эхинококка.—Никольскій Н. М. Воздушная опухоль головы.—Розановъ В. Н. Полное удаленіе гортани и резекція пищевода.—Дешинъ А. и Шмидтъ В. Къ вопросу о лѣченіи врожденныхъ мочевыхъ свищей пупка.—Шмидтъ В. Къ хирургіи ущемленныхъ грыжъ.—Дзирне И. X. Оцѣнка нѣсколькихъ оперативныхъ способовъ лѣченія геморрое на основаніи 200 оперированныхъ случаевъ.

№ 86 Фев. 1904 г.—Шеголевъ Н. А. Положеніе современ. хирургіи среди другихъ мед. наукъ и задачи изученія и преподаванія хирургической патологіи и терапія.—Морковитинъ А. П. Къ техникѣ операціи бедр. грыжи.—Хворостанскій М. Новообразование мочевого пузыря.—Потѣенко В. В. Семь высокихъ сѣченій мочевого пузыря съ глухимъ пузырнымъ швомъ.—Маргулієсъ М. Перепончатъ-гангренозное воспал. моч. пузыря.—Кофманъ С. В. Первый отчетъ дѣятельности поликлиники ортопедической и механической хирургіи въ г. Одессѣ.

Электричество 1904 г. № 1-й № 2-й № 3-й.

Аптекманъ І. В. Алкоголизмъ и борьба съ нимъ на западѣ.

Проф. F. g. Kraus. Клиника новообразований печени и желчныхъ путей клиническія лекціи январь 1904 г.

Посудзѣвскій Н. З. Санитарное изслѣдованіе растительныхъ консервовъ продаваемыхъ рынкахъ города Кіева.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

„ВѢСТНИКЪ ОФТАЛМОЛОГИИ“.

Съ 1904 г. издается въ Москвѣ профессорами *Д. Г. Белярминовымъ* (Петербургъ), *С. С. Головинымъ* (Одесса), *Ө. О. Евецкимъ* (Юрьевъ) и *А. А. Крюковымъ* (Москва), подъ редакціей проф. *А. А. Крюкова*.

Вѣстникъ Офтальмологіи выходитъ каждыя два мѣсяца книжками въ 5—6 и болѣе листовъ по слѣдующей программѣ (нѣсколько измѣненной): 1) Самостоятельныя статьи. 2) Систематическіе рефераты. 3) Отчеты Офтальмологическихъ Обществъ. 4) Русская Офтальмологическая библиографія. 5) Офтальмологическая хрон.

Подписная цѣна шесть руб. въ годъ съ пересылкою и доставкою.

Подписка принимается въ редакціи, а также въ книжныхъ магазинахъ *А. А. Ланга* (Москва Кузнецкій мостъ, д. вн. Гагарина) и *А. А. Карцева* (Москва Мясницкая, Фуркасовскій пер., д. Обидина).

Авторы статей получаютъ вознагражденіе въ размѣрѣ 15 р. за листъ и 25 отдѣльныхъ оттисковъ своей статьи; рефераты—20 руб. за листъ.

Всю переписку по дѣламъ журнала (статьи для напечатанія, обмѣнныя изданія, объявленія и т. п.) просятъ направлять на имя редактора Проф. *А. А. Крюкова* (Москва, Малая Никитская, 22).

ОБЪЯВЛЕНІЯ

ПОДПИСКА НА 1904 ГОДЪ

„Будьте здоровы!“

Гигиенический семейный журналъ

(11-й годъ изданія)

Выходятъ два раза въ мѣсяць.

Популярныя статьи о здоровьѣ и болѣзняхъ. Общедоступныя статьи о чело-
вѣческомъ тѣлѣ и уходѣ за нимъ. Сохраненіе здоровья, предохраненіе отъ бо-
лѣзней, леченіе домашними средствами. Гигіена мужчины и женщины. Школьная
гигіена и воспитаніе дѣтей. Практическія свѣдѣнія по до и хозяйству. Домашняя
аптека и домашній лечебникъ. Бесплатныя медицинскіе совѣты подписчикамъ,
касательно ихъ здоровья и болѣзней.

Всякій интеллигентный читатель, дорожащій своимъ здоровьемъ, найдетъ
много полезнаго для себя въ журналѣ БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ! Въ провинціальной
семьѣ, гдѣ часто приходится не только лечиться самому безъ помощи врача, но
и лечить окружающихъ, этотъ журналъ можетъ замѣнить собой домашняго врача.
Дешевая подписная цѣна дѣлаетъ его доступнымъ для каждаго.

Подписная цѣна съ пересылкой: годъ 4 рубля, полгода 2 руб.

Адресъ: С.-Петербургъ; журналу Будьте Здоровы!

Редакторъ-Издатель Д-ръ И. Зарубинъ.

Открыта подписка на 1904 годъ.

Ж У Р Н А Л Ъ

„ТЕХНОЛОГЪ“.

Годъ изданія 7-й.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

1) Описаніе техническ. новѣйшихъ изобрѣтеній и усовершенствованій.
Техническ. описаніе городскихъ хозяйствъ. Электричество. 2) Описаніе цѣлыхъ
техническихъ производствъ. 3) Смѣсь:—краткія техническ. и сельско-хозяйствен-
ныя новости. 4) Техн. библиографія. Техническ. образованіе. 5) Распор. касающ.
заводской промышленности. Привилегіи. 6) Чертежи, рисунки, планы. 7) Объявленія.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

Въ 1904 г. будетъ помѣшено:

ПРИЛОЖЕНІЯ.

Рецепты для промышленности и хозяйства.

Въ 1904 г. будетъ приложена книжка: Денатурализація спирта и значеніе ея въ промышленности (За лучший способъ Денатурализаціи спирта Министерство Финансовъ назначило премію въ 50000 руб).

Обширная программа съ рисунками.

Цѣна журнала за годъ съ прилож. и перес. 5 р. Адр. редакціи журнала «Технологъ», Одесса, Театральн. пер., д. № 12.

Подписка принимается у К. Риккера СПБ. Въ книжныхъ магазинахъ «Новое Время» въ Петербургѣ, Москвѣ, Харьковѣ, Кіевѣ, 1 г. Оглоблина въ г. Кіевѣ и въ конторѣ редакціи—Одесса, Театральн. пер. с. д. № 12.

Приложенія въ журналу „Технологъ“:

Въ 1898, 1899, 1900, 1901 и 1902 г. были приложенія: Пастеризованный виноградный сокъ (ц. 50 к.).—Кальціумъ карбиды и карборундуъ (ц. 50 к.).—О поляхъ орошенія (цѣна 30 к.).—Успѣхи кожевеннаго производства (ц. 1 руб.).—Объ оползняхъ и обвалахъ въ г. Одессѣ и др. (ц. 50 к.).—Рецепты для промышленности и хозяйства продолженіе въ №№ (ц. по 30 к. №). Профильная сталь.—Бактеріи урожая (ц. 50 к.). Успѣхи техники передъ началомъ XX вѣка, съ многими рисунками (ц. 1 р.) Рецепты. Производство соснового масла (ц. 50 к.) Мальцевъ и Мальцовскіе заводы.—Вискоза и значеніе ея въ техники и др.

Въ 1904 г. при журналѣ «Технологъ» будетъ приложена Премія «Ситцевые полы»—привилегія Инженера-Технолога Н. Мельникова—подробное описаніе и образцы. Постороннія лица, не подписчики журнала «Технологъ» получаютъ подробное разъясненіе о ситцевыхъ и обойныхъ полахъ, прилагая двѣ 7 коп. марки.

Ситцевые полы—на что выдана въ Россіи привилегія Инженеру Н. Мельникову на 15 лѣтъ исполнѣ замѣняютъ окраску половъ въ домахъ маслянной краской оклейка половъ ситцемъ или обоями производятся въ одинъ два—дня, что можно мыть водою.

Одесса. Инженеръ Н. П. Мельниковъ соб. домъ. Театр. пер.

Оставшееся небольшое колич. журн. «Технологъ» за 1898, 1899, 1900 1901 и 1902 1903 г. продается въ ред. по 6 р. за годъ съ перес.

Редакторъ Н. П. Мельниковъ, Инженеръ-Технологъ.

открыта подписка на 1904 годъ
НА
МЕДИЦИНСКУЮ ГАЗЕТУ ВЪ СИБИРИ
„Сибирскія Врачебныя Вѣдомости.“

Второй годъ изданія.

Газета будетъ издаваться въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи и выходить 2 раза въ мѣсяцъ (1 и 15 числа) въ размѣрѣ отъ 1 до 2-хъ печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

1. Правительственныя распоряженія по врачебной части вообще и относительно Сибири особенно.
2. Статьи по общественной и частной гигиенѣ, анатоміи, физиологіи патологіи и терапіи, хирургіи, акушерству и друг. частямъ врачебной науки.
3. Медицинская статистика.
4. Аптечное дѣло.
5. Статьи по врачебной казуистикѣ.
6. Отчеты больницъ. Сельская медицина.
7. Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющимъ близкое отношеніе къ медицинѣ; медико-и этнографическія описанія Сибири.
8. Врачебно-бытовые вопросы.
9. Народная медицина; врачебныя замѣтки.
10. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ.
11. Переводныя статьи и рефераты по медицинѣ изъ повременныхъ и иностранныхъ изданій.
12. Протоколы медицинскихъ больничныхъ совѣщаній.
13. Корреспонденціи; врачебная хроника.
14. Смѣсь; отвѣты редакціи (въ предѣлахъ программы).
15. Объявленія.

Первый № выдетъ 1-го ноября 1904 года.

Подписная цѣна за годъ съ доставкою и пересылкой 5 рублей.

Подписка принимается въ г. Красноярскѣ, Енисейской губерніи. Гостинская улица, домъ В. М. Крутовскаго. Въ Томскѣ и въ Иркутскѣ въ книжныхъ магазинахъ П. И. Макушина.

Редакторъ-издатель А. Смирновъ.

Открыта подписка на 1904 годъ

(т. XXI—годъ двадцать первый).

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

КАЗАНСКАГО ВЕТЕРИНАРНАГО ИНСТИТУТА

ИЗДАЮТСЯ

Казанскимъ Ветеринарнымъ Институтомъ

ПО СЛѢДУЮЩЕЙ ПРОГРАММѢ:

- I. Отдѣлъ естественно-историческій.
- II. Отдѣлъ гигиеническій и сельско-хозяйственный.
- III. Отдѣлъ нормальной и патологической зооміи, гистологіи и физиологіи
- IV. Отдѣлъ клиническій (клиника терапевтическая, хирургическая и акушерство).
- V. Отдѣлъ инвазіонныхъ и инфекціонныхъ болѣзней.
- VI. Отдѣлъ ветеринарно-полицейскій.
- VII. Отдѣлъ критики и библиографіи.
- VIII. Отдѣлъ научно-практическихъ свѣдѣній.
- IX. Извѣстія и замѣтки.

«Ученныя Записки» выйдутъ въ 1904 году въ количествѣ 6 вып., составивъ томъ болѣе 20 печатн. листовъ (томъ XXI). Цѣна 3 руб. съ пересылкой; за границу—4 рубля.

Для студентовъ Ветеринарнаго Института 2 рубля.

Съ требованіями на журналъ и авторовъ, желающихъ помѣстить свои статьи въ журналъ, просятъ обращаться исключительно въ Казанскій Ветеринарный Институтъ на имя редактора.

Редакторъ *Гр. Кирилловъ.*

Открыта подписка
НА
„РУССКІЙ ЖУРНАЛЪ
КОЖНЫХЪ И ВЕНЕРИЧЕСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ“.

(4-й годъ изданія).

Съ 1901 г. выходитъ ежемѣсячно „Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней“, преслѣдующій научно-практическія цѣли.

Программа журнала слѣдующая:

I отдѣлъ. Кожныя болѣзни.

II отдѣлъ. Сифились и мягкій шанкръ.

III отдѣлъ. Перелой и его осложненія.

Въ этихъ отдѣлахъ будутъ помѣщены оригинальныя работы теоретическаго и практическаго характера, рѣдкіе случаи, описаніе новыхъ лечебныхъ способовъ и средствъ, рефераты изъ русской и иностранной литературы.

IV отдѣлъ. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Кромѣ отчетовъ и корреспонденцій изъ различныхъ русскихъ и иностранныхъ обществъ, здѣсь будутъ помѣщаться полностью протоколы сифилидологическаго и дерматологическаго общества въ Петербургѣ, Кіевскаго сифилидологическаго и дерматологическаго Харьковскаго и Одесскаго дерматологическаго и венерологическаго общества.

V отдѣлъ. Критическія обзоры—будутъ посвящены современному состоянію различныхъ вопросовъ научно практическаго характера.

VI отдѣлъ. Рецензіи и библиографія.

VII отдѣлъ. Хроника, въ которой будетъ обращено вниманіе на различныя событія дня, имѣющія значеніе въ дѣлѣ развитія и характеристики специальности.

Къ статьямъ могутъ быть приложены рисунки.

Цѣна—8 р. за годъ; 4 р.—за полгода. Для гг. студентовъ 5 р. за годъ.
Заграницу—10 р. за годъ.

Адресъ редакціи: Харьковъ, Сумская ул., 6. Проф. И. Ф. Зеленову

ТАКСА ОБЪЯВЛЕНІЙ

Цѣлая страница—15 руб.; половина—8 руб. За 10 разъ и болѣе—уступка—10%. Плата вносится впередъ.

Коммисіонерамъ уступка—50 коп. съ экземпляра.

Редакторъ-издатель проф. И. Ф. Зеленьевъ.

РУССКОЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОЗРѢНІЕ

журналъ, издаваемый Обществомъ Россійскихъ Хирурговъ.

Программа изданія:

1. Протоколы засѣданій русскихъ хирургическихъ обществъ съ ауторефератами или рефератами читанныхъ въ этихъ засѣданіяхъ докладовъ.

2. Труды съѣздовъ русскихъ хирурговъ съ ауторефератами докладовъ, отчетами о засѣданіяхъ, отчетами должностныхъ лицъ.

3. Обзоры, рефераты, рецензіи русскихъ хирургическихъ работъ: а) журнальныхъ статей, б) диссертаций, в) монографій; г) сообщеній въ засѣданіяхъ медицинскихъ обществъ.

4. Обзоры текущей литературы по отдѣльнымъ вопросамъ хирургіи.

5. Разныя извѣстія изъ области научной и практической медицины, главнымъ образомъ хирургіи; хроника; новыя назначенія, неврологи.

6. Приложенія: хирургическіе отчеты, диссертации, монографіи.

7. Объявленія.

Выходитъ 6 разъ въ годъ.

Подписная цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой 8 рублей.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: МОСКВА, Гранатный пер., Ритгихъ, кв. № 12 и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Редакторы, *И. П. Алексинскій. А. В. Мартыновъ.*

Открыта подписка

на **МЕДИЦИНСКАЯ БЕСТЪДА** "18-й
1904 г.,, годъ.

ЖУРНАЛЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ГИГИЕНЫ.

(Издается съ 1887 г. подъ редакцію А. Х. САВИНИНА).

(Большая золотая медаль на 1-й Всероссийской Гигиенической Выставкѣ 1893 г. въ С.-Петербургѣ).

ПРОГРАММА.

1. Правительственный распоряженія по врачебной части и вѣдомству.
2. Статьи по общественной и частной гигиенѣ, анатоміи, физиологіи, патологіи, терапіи, хирургіи, акушерству и другимъ частямъ врачебной науки. Медицинская статистика. Школьная гигиена. Аптечное дѣло.
3. Статьи по земской медицинѣ.
4. Исторія медицины.
5. Переводные статьи и рефераты изъ повременныхъ иностранныхъ медицинскихъ изданій.
6. Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющія близкое отношеніе къ медицинѣ.
7. Врачебная хроника и смѣсь.
8. Врачебно-бытовые вопросы.
8. Народная медицина. Врачебныя замѣтки.
10. Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Протоколы больничныхъ медицинскихъ совѣщаній, отчеты о дѣятельности больницъ и подобнаго рода больничныхъ учрежденіяхъ.
11. Объявленія.

Журналъ выходитъ два раза въ мѣсяцъ. Годовая цѣна съ доставкой и пересылкой—5 р., для фельдшеровъ и акушерекъ—3 р. Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ книжномъ магазинѣ К. Д. Риккера; въ Воронежѣ, въ конторѣ редакціи и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.
Гг. фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушерокъ просятъ обращаться съ подпискою въ контору редакціи.

Редакторъ А. Савининъ.

Съ 1-го Января 1904 г. Принимается подписка

НА ОБЩЕДОСТУПНОЙ ЖУРНАЛЬ

(Второй годъ изданія).

ПРОМЫШЛЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

(Вѣстникъ профессиональной гигиены и фабричнаго законодательства)

Подписная цѣна на годъ (девять книгъ отъ 10 печатныхъ листовъ и болѣе, съ чертежами въ текстѣ и съ отдѣльными приложеніями)—шесть рублей съ доставкой и пересылкою; на три мѣсяца (съ 1-го января до 1-го апрѣля 1904 г.)—

ОБЪЯВЛЕНІЯ

2½ рубля. Журналъ выходитъ ежемѣсячно за исключеніемъ трехъ лѣтнихъ мѣсяцевъ (іюнь, іюль, и августъ).

Оставшіеся экземпляры журнала съ 1-го Октября 1902 г. по 1 Октября 1903 г., за исключеніемъ распроданнаго № 8 (май—августъ 1903 г.) продаются по три рубля за восемь книгъ, съ пересылкою и доставкою—четыре рубля.

Адресъ Редакціи и конторы: С.-Петербургъ, Кузнечный переулокъ, д. 22.

Редакторъ-издатель А. В. Покожевъ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

НА

Военно-Медицинскій Журналъ

1904 года.

Военно-Медицинскій Журналъ выходитъ ежемѣсячно книжками въ 15 и болѣе листовъ и содержитъ, кромѣ официальной части, слѣдующіе отдѣлы: А) Вспомогательныя отрасли медицины (анатомія, физиологія, патологія, біологія и исторія медицины). Б) Практическія медицина: 1) хирургія, 2) внутреннія болѣзни, 3) военно-санитарное дѣло и гигиена, 4) прочія отрасли практической медицины В) Обзоръ текущей медицинской литературы. Г) Критико-библіографическіе очерки, Д) Отчеты и корреспонденціи. Е) Извѣстія касающіяся врачебнаго быта. Ж) Отвѣты на запросы сотрудниковъ и подписчиковъ „Воен.-Мед. Журнала“

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ редакціи Военно-Медицинскаго Журнала (при Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи), Караванная улица, д. № 1.

Цѣна на годовое изданіе для Военныхъ врачей 6 рублей съ пересылкою, а для частныхъ подписчиковъ безъ пересылки или доставки 6 руб. 50 коп., а съ пересылкою 8 руб. Допускается разсрочка подписной платы по полугодіямъ.

Для личныхъ переговоровъ по дѣламъ редакціи отвѣтственный редакторъ принимаетъ по Понедѣльникамъ, Средамъ и Субботамъ отъ 11—1 ч. дня, въ Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи.

Отвѣтственный Редакторъ А. С. Тауберъ.

дѣятелей русской медицины,—объединенія, столь важнаго для расширенія научно-практическаго кругозора и сословнаго самознанія каждаго русскаго врача.

Программа газеты „Врачебный Вѣстникъ“:

1. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всѣмъ вопросамъ медицины.—2. Новыя способы распознаванія болѣзней.—3. Новыя данныя по вопросу о происхожденіи болѣзней.—4. Новыя врачебныя средства.—5. Новыя способы леченія.—6. Лечебныя приборы и инструменты (съ рис.).—7. «Изъ практики».—8. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, климатотерапіи, пнеймотерапіи, механотерапіи, свѣтолеченію, рентгенотерапіи, электротерапіи и радіотерапіи.—9. Рефераты по всѣмъ медикохирургическимъ спеціальностямъ: внутреннимъ болѣзнямъ, хирургіи, гинекологіи и акушерству, психіатріи и нервнымъ болѣзнямъ, дѣтскимъ болѣзнямъ, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и сифилису, болѣзнямъ носа, зѣва, гортани уха и зубовъ.—10. Изъ засѣданій русскихъ медицинскихъ обществъ и сѣздовъ.—11. Изъ засѣданій иностранныхъ медицинскихъ обществъ и конгрессовъ.—12. Діететика и діетотерапія.—13. Гигіена, общественная и личная.—14. Рецензіи и библиографія.—15. Письма въ редакцію.—16. Врачебный бытъ и врачебная этика.—17. Рецептныя формулы.—18. Практическія замѣтки.—19. Хроника и смѣсь.—20. Вопросы и отвѣты.

Подписная цѣна на «Современ. Мед. и Гиг.» на годъ съ дост. и пер. 10 р., безъ пер. 9 р., причѣмъ допускается разсрочка—при подпискѣ 5 р., въ маѣ 5 р., безъ пер. 4 р.

Несмотря на увеличенный въ сравненіи съ «Терапевтическимъ Вѣстникомъ» объемъ,—«Врачебный Вѣстникъ» будетъ выходить еженедѣльно въ размѣрѣ около 2 печатныхъ листовъ большаго формата—подписная цѣна на «Врачебный Вѣстникъ» за годъ остается та-же: съ дост. и пер.—5 р., безъ дост.—4 р. 50 к., причѣмъ допускается разсрочка—3 р. при подпискѣ и остальные 2 р. (1 р. 50 к.) въ маѣ.

Подписывающіеся одновременно на «Совр. Мед. и Гиг.» и «Врачебн. Вѣстн.» платятъ, на прежнихъ основаніяхъ, вмѣсто 15 р. только 13 р. съ доставкой и пересылкой и 12 р. безъ доставки, причѣмъ могутъ пользоваться разсрочкой: 5 р. при подпискѣ, 5 р. въ маѣ и остальные 3 р. (2 руб.) въ сентябрѣ.—За границу: «Совр. Мед. и Гиг.» 12 р., «Врачебн. Вѣстн.» 6 р.; оба изданія 16 руб.—Оставшіеся полн. экземпляры «Совр. Мед.» за 1896—97 и 1899—1903 гг. можно получать по 10 руб. безъ пер.; таковыя же экземпляры «Терап. Вѣстн.» за 1898—1903 гг. по 5 руб. съ пер.

Подписчики «Совр. Мед. и Гиг.» пользуются уступкой въ 25% со всѣхъ изданій редакціи, помѣщенныхъ въ каталогъ ея, который можно получить бесплатно въ конторѣ редакціи: С.-Петербургъ, Литейный проспектъ, № 33.

О Т К Р Ы Т А П О Д П И С К А
НА ЖУРНАЛЬ
СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ
ВЪ 1904 ГОДУ (Годъ 9).

Современная Терапія,—обозрѣніе успѣховъ врачеванія по всѣмъ отраслямъ практической медицины и хирургіи у насъ и за границей,—въ 1903-мъ году будетъ выходить по прежней программѣ, ежемѣсячно въ объемѣ не меньше четырехъ печатныхъ листовъ.

О Т Д Ѣ Л Ы Ж У Р Н А Л А: I. Оригинальныя сообщенія и обзоры.—II. Изъ періодической печати. 1. Общая терапия.—2. Хирургія и зубоврачеваніе.—3.—Болѣзни глаза.—4. Болѣзни уха, носа и горла.—5. Болѣзни органовъ дыханія и кровообращенія.—6. Болѣзни органовъ пищеваренія.—7. Болѣзни мочеполовыхъ органовъ, сифились и кожныя.—8. Болѣзни крови, обмѣна и заразныя.—9. Болѣзни нервной системы и душевныя.—10. Болѣзни дѣтскаго возраста.—11. Акушерство и гинекологія.—12. Токсикологія, фармакологія и рецептура.—13. Краткія терапевтическія замѣтки.—14. Рецептурныя формулы.—III. Библиографія.—IV. Хроника и разныя извѣстія.—V. Объявленія.

П О Д П И С Н А Я Ц Ъ Н А.

съ пересылкой: на годъ 4 рубля, на полгода 2 рубля. За границу въ простой бандероли 4 руб. 50 коп. Заграницу въ заказной 5 руб. 50 коп.

Цѣна объявленій 20 коп. за мѣсто строчки петита.

Подписка и объявленія принимаются ежедневно, въ конторѣ и редакціи журнала и въ большихъ книжныхъ магазинахъ Москвы, Петербурга и другихъ городовъ.

Иногороднихъ подписчиковъ покорнѣйше просятъ обращаться прямо въ контору журнала.

Экземпляры «Новостей Терапіи» за 1891, 1892, 1893, 1894, и 1895 г.г. 2 руб. 50 коп. для подписчиковъ на «Современную Терапію» 1904 г. по 3 руб. другимъ Экземпляры «Современной Терапіи» 1896—1902 г.г. 3 руб. для подписчиковъ на «Современную Терапію» 1904 года и 3 руб. 50 к. другимъ.

Адресъ конторы и редакціи: Москва, Цвѣтной бульваръ домъ Торопова.

Редакторъ-Издатель К. В. Скурховичъ.

Открывается подписка на ежемѣсячный журналъ

IX г. **СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА** 1904 г.

и еженедѣльную газету

VII г. **ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ** 1904 г.

(бывшій «Терапевтическій Вѣстникъ»,

Издаваемые и редактируемые проф. М. И. АФАНАСЬЕВЫМЪ.

Въ наступающемъ IX-мъ году журналъ «Современная Медицина и Гигиена» будетъ издаваться по той же программѣ, какъ и въ предъидущіе годы, т. е. подписчикамъ будутъ даны новѣйшія, вполне современно изложенныя, сочиненія (руководства, учебники, монографіи, обзоры и новости медицины и пр.) по различнымъ отраслямъ медицинскихъ наукъ и гигиены, столь необходимыя въ дѣятельности врача-практика, санитаря и врача-эксперта. Намѣчены слѣдующія переводныя, отчасти и оригинальныя сочиненія:

Д-ръ А. А. Щепинскій. Школьная гигиена. Съ рис. Составлена по руководству Burgerstetn'a и Netolitzk'ago (изд. 1902 г.) и по другимъ лучшимъ, русскимъ и иностраннымъ, источникамъ.

2) Проф. М. И. Афанасьевъ—д-ръ П. В. Ваксъ. Инфлуэнца, различные виды ея и осложненія. Патологія и терапія. Съ рис.

3) Они-же. Малярія, ея происхожденіе, симптоматологія, распознаваніе и леченіе. Съ рис. Оба послѣднія сочиненія въ сжатомъ монографическомъ изложеніи.

4) Проф. А. Schmidt (Дрезденъ). Учебникъ общей патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней. Съ 15 рис. Оригинально и практично составленный учебникъ.

5) Проф. E. v. Bergmann (Берлинъ), O. Liebreich (Берлинъ), C. Gerhard (Берлинъ), A. Martin (Грейфсвальдъ) и G. Meyer (Берлинъ). Первая врачебная помощь при внезапныхъ заболѣваніяхъ и въ несчастныхъ случаяхъ. Съ 5 рис.

6) Доц. F. Blumenthal (Берлинъ). Патологія мочи у постели больного. Для врачей и студентовъ. Съ 39 рисунками, частью цвѣтными.

7) Проф. A. Forel (Цюрихъ). Гипнотизмъ и леченіе внушеніемъ. Перев. съ 4-го переработаннаго изданія. Съ прибавленіемъ статьи о леченіи алкоголизма внушеніемъ.

8) Д-ръ В. Vuhbaum (Вѣна). Руководство по гидротерапіи. Съ предисловіемъ проф. W. Winternitz'a. Съ 34 рисунками и 24 таблицами. Перев. со 2-го расширеннаго изданія.

9) Проф. F. Dumont (Бернъ). Руководство по общей и мѣстной аналгезіи. Для врачей и студентовъ. Съ 116 рис.

ОБЪЯВЛЕНИЯ

10) Д-ръ М. Joseph. Учебникъ кожныхъ болѣзней. Для врачей и студентовъ. Съ 51 рисунковъ въ текстѣ и 2 таблицами. Перев. съ 4-го расширеннаго и исправленнаго изданія.

11) Проф. Fournier (Парижъ). Руководство по патологiи и терапiи сифилиса. Вып. V (въ случаѣ появленiя его на французскомъ языкѣ).

12) Доц. L. Deutsch (Будапештъ) и д-ръ С. Feistmantel (Будапештъ) Прививочныя вещества и сыворотки. Основы этиологической профилактики и терапiи заразныхъ болѣзней. Для врачей, ветеринарныхъ врачей и студентовъ Съ 2 рис. въ текстѣ.

13) Проф. Л. Кларр (Прага). Основы гинекологическаго массажа. Для студентовъ и врачей. Съ 6 рис.

14) Обзоры и новости медицины за 1903 г.

VII г. „ВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ“, 1904 г.

(бывшiй «Терапевтическiй Вѣстникъ»), еженедѣльная газета, посвященная всѣмъ медико-хирургическимъ специальностямъ, гигиенѣ общественной и личной, а также вопросамъ врачебнаго быта.

Вниманiе которымъ «Терапевтическiй Вѣстникъ» пользовался за истекшiе 6 лѣтъ своего существованiя, а также выяснившаяся въ послѣднее время настоятельная необходимость въ появленiи безпристрастнаго и независимаго еженедѣльнаго органа врачебной печати, побуждаютъ насъ преобразовать названный двуехнедѣльный журналъ въ еженедѣльную газету подъ названiемъ «Врачебный Вѣстникъ».—Имѣя въ виду преимущественно практическаго врача, главнаго двигателя всего нашего врачебнаго дѣла, «Врачебный Вѣстникъ» поставитъ своей задачей тотчасъ же освѣщать читателю все, что является новаго въ области медико-хирургической науки, особенно-же въ области этиологiи, диагностикѣ и столь сильно разросшейся терапiи; въ виду важности для цѣлей леченiя вопросъ питанiя, онъ обратитъ особое вниманiе на отдѣлъ дiететики и дiетотерапiи.—Считая предупрежденiе болѣзней одной изъ благороднѣйшихъ задачъ современнаго врача, онъ удѣлитъ подобающее мѣсто всѣмъ вопросамъ гигиены, общественной и личной.—Въ то-же время онъ постарается сдѣлаться безпристрастнымъ истолкователемъ всѣхъ нуждъ и чаянiй рускаго врача, въ сферѣ его общественной и профессиональной дѣятельности,—истолкователемъ, который всѣ явленiя врачебнаго быта будетъ разсматривать съ общей, принципиальной точки зрѣнiя, не вторгаясь въ интимную область частной жизни и не морализируя по заученнымъ, нерѣдко плохо усвоеннымъ шаблонамъ.—Въ новомъ отдѣлѣ «Вопросы и Ответы» редакцiя съ готовностью будетъ давать сильныя отвѣты на всѣ обращенныя къ ней запросы научнаго или бытоваго характера, чѣмъ надѣется установить живую связь между читателемъ и газетой.—Широко открывая столбцы послѣдней всѣмъ желающимъ въ какой-бы то ни было формѣ, подѣлиться съ товарищами своими знанiями, идеями и впечатлѣнiями по вопросамъ ея программы, редакцiя надѣется внести сильную лепту и въ великое дѣло объединенiя

РУССКІЙ ВРАЧЪ,

органъ, основанный въ память В. А. Манассеина,

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

проф. В. В. Подвысоцкаго и д-ра С. В. Владиславлева.

(Третій годъ изданія)

ПРОГРАММА:

1) Статьи оригинальныя и переводныя по всѣмъ отраслямъ теоретической и клинической медицины, а также общественной и частной гигиены, съ рисунками и таблицами.

2) Статьи по вопросамъ врачебнаго быта.

3) Рефераты о заграничныхъ и русскихъ работахъ по всѣмъ отраслямъ медицины.

4) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, о докторскихъ диспутахъ и вообще о всѣхъ событіяхъ, касающихся врачей.

5) Письма изъ главнѣйшихъ западно-европейскихъ культурныхъ центровъ о состояніи медицинскихъ и врачебныхъ вопросовъ въ иностранныхъ государствахъ.

6) Рецензіи и библіографія русскихъ и иностранныхъ книгъ по медицинѣ и гигиенѣ.

7) Корреспонденціи, письма въ редакцію, касающіяся вопросовъ врачебнаго быта.

8) Мелкія извѣстія, новости, слухи и т. д., касающіеся врачебныхъ вопросовъ.

9) Жизнеописанія и некрологи съ портретами выдающихся лицъ на поприщѣ медицины.

10) Списокъ защищенныхъ диссертацийъ въ русскихъ медицинскихъ факультетахъ.

11) Служебныя назначенія и перемѣщенія врачей по военному и по гражданскому вѣдомствамъ.

12) Приложение: Краткое содержаніе текущей литературы за истекшіе мѣсяцы и мѣсяцы.

Журналъ выходитъ еженедѣльно по субботамъ. Подписная цѣна, съ доставкой и пересылкою, въ предѣлахъ Россіи на годъ 9 руб.

Рукописи статей и писемъ въ редакцію а также отдѣльные оттиски и книги, предназначаемыя для «Русскаго Врача», просятъ присылать одному изъ Редакторовъ его: проф. В. В. Подвысоцкому (Одесса, зданіе Медицинскаго факультета) или д-ру С. Владиславлеву (С.-Петербургъ, Ивановская № 4).

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ О. А. Риккертъ въ С.-Петербургѣ (Невскій. 14), а также во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова,

издаваемый Правленіемъ Общества,

въ 1904 году (X-й годъ изданія) будетъ выходить книжками, отъ 5-ти до 8-ми листовъ каждая, 6 разъ, а именно: въ январѣ, мартѣ, маѣ, августѣ, октябрѣ и декабрѣ.

Въ „Журналѣ“, согласно программѣ его, помѣщаются:

1) Протоколы засѣданій (полностью) Правленія Общества и Организационнаго Комитета и сообщенія о мѣропріятіяхъ и предположеніяхъ Правленія и Комитета, касающіяся дѣятельности Общества и сѣздовъ.

2) Протоколы (полностью или сокращенныя) засѣданій и отчеты о дѣятельности всѣхъ состоящихъ при Правленіи Общества комиссій: по распространенію гигиеническихъ знаній въ народѣ, по борьбѣ съ туберкулезомъ, маляріей, по призрѣнію покиннутыхъ дѣтей, справочно-посреднической и проч.

3) Статьи, корреспонденціи и замѣтки по всѣмъ медицинскимъ вопросамъ какъ чисто научнымъ, такъ и общественно-санитарнымъ и врачебно-бытовымъ.

4) Хроника, касающаяся организаціи и дѣятельности медицинскихъ ученыхъ Обществъ, различныхъ врачебныхъ и другихъ научныхъ сѣздовъ, а также дѣятельности общественныхъ учреждений по врачебно-санитарнымъ вопросамъ.

5) Списки членовъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

6) Объявленія.

Болѣе объемистыя «Своды», «Обзоры», «Труды» комиссій и совѣщанія, «Сборники» и проч. составляютъ приложенія къ «Журналу».

Въ 1903 году въ видѣ такихъ приложеній были выданы: сборникъ о состояніи врачебно-санитарной части въ городахъ подъ заглавіемъ «Городская Медицина въ Европейской Россіи», обработанный А. А. Чертовымъ. «Обзоръ остро-заразныхъ заболѣваній въ 15-ти земскихъ губерніяхъ за 1901 г.», составл. К. И. Шидловскимъ, «Сводъ постановленій и работъ I—VII-го всероссійскихъ сѣздовъ по специальнымъ научнымъ и научно-практическимъ вопросамъ» (хирургія, акушерство, болѣзни горла, уха и носа, фармація и фармакогнозія, патологія и эмбриологія, венерическія и кожныя болѣзни), «Труды малярійной комиссіи и проч.

Члены Общества, а также члены IX-го Пироговскаго сѣзда въ качествѣ членовъ Общества на 1904 годъ получаютъ «Журналъ» бесплатно.

Подписная цѣна (для не—членовъ Общества) пять рублей.

Гонораръ за оригинальныя статьи и корреспонденціи 30 р. съ печатнаго листа. Авторы имѣютъ право на 25 оттисковъ.

Объявленія принимаются по слѣдующей таксѣ: за 1 стран. 10 р., за 1/2 стр. 7 р., за 1/4 стр. 4 р., менѣе 1/4 стр. 3 р. за 1 разъ.

Адресъ копторы редакціи: Москва, Дѣвичье поле, Трубечкой пер. д. № 10.

подписка на 1904 годъ на журналъ „ДЪЯТЕЛЬ“.

ДЕВЯТЫЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

- | | |
|---|--|
| <p>1) Правительственныя распоряженія.
2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго, педагогическаго и медицинскаго содержанія.
3) Повѣсти, разсказы, стихотворенія и другія статьи бытового, нравственнаго и историческаго содержанія.
4) Письма изъ провинціи.
5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни.
6) Изъ жизни и печати.</p> | <p>7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учрежденій.
8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ.
9) Свѣдѣнія о дѣятельности Обществъ Трезвости въ Россіи и за границею.
10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости.
11) Критика и библиографія.
12) Объявленія.</p> |
|---|--|

Подписная цѣна за годъ 2 рубля. Полугодовая подписка не принимается.

Журналъ за 1897 годъ допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министер. Народ. Просвѣщ. въ бесплатныя народныя библіотеки и читальни.

Выписывающіе за 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, и 1904 годы платятъ 16 рублей.

Адресъ редакціи (Казань, Типографія Университета).

Черезъ редакцію журнала „ДЪЯТЕЛЬ“ можно приобрѣтать книги, допущенныя Ученымъ Комитетомъ для бесплатныхъ народныхъ читальнь и народныхъ чтеній:

- Царь-Освободитель, преобразователь и просвѣтитель Россіи, Императоръ Александръ II. Изд. 3-е. Проф. А. И. Александрова. » р. 30 к.
- Отчего гибнутъ люди. Вино-ядъ. Защитникамъ умѣреннаго употребленія вина. Русскимъ матерямъ. За сотню. 2 р. « к.
- Слова отца Іоанна Ильича Сергіева противъ пьянства. За сотню. 1 р. « к.
- Вино для человѣка и его потомства—ядъ. За сотню. 2 р. « к.
- Спиртные напитки, какъ располагающая причина къ разнаго рода заболѣваніямъ человѣка. Проф. И. М. Догеля (Одобрен. Ученымъ Комит.). » р. 40 к.
- Знаніе и довѣріе какъ лекарство. Его-же » р. 30 к.
- Высокопреосвященнѣйшій Владиміръ (некрологъ), съ портретомъ. » р. 10 к.
- Проф. А. И. Александрова » р. 50 к.
- Исторія Казани. К. Ф. Букса » р. 50 к.
- Развалины Болгаръ и древніе Болгары. Турнерелли. » р. 30 к.
- Письма С. А. Рачинскаго духовному юношеству о трезвости. » р. 30 к.
- Царь и народъ Русь православная въ Саровѣ. Архиман. Андрея » р. 10 к.

Редакторъ-издатель А. Т. Соловьевъ.

ГОДЪ IV. ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1904.

Журналъ Невропатологіи и Психіатріи

ИМЕНИ С. С. КОРСАКОВА,

издаваемый Обществомъ Невропатологовъ и Психіатровъ при
Императорскомъ Московскомъ Университетѣ,
выходить 6 разъ въ годъ выпусками въ 10—12 листовъ и
болѣе.

Подписная цѣна на годъ съ пересылкой и доставкой—
10 руб., за границу—12 руб.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи: Москва,
Дѣвичье поле, Клиника Нервныхъ Болѣзней.



РУССКІЙ

ХИРУРГИЧЕСКІЙ АРХИВЪ

въ 1904 году (XX годъ изданія) будетъ выходить по прежней
программѣ и въ прежнемъ объемѣ: каждыя два мѣсяца книжка-
ми не менѣе 10 листовъ каждая.

РЕДАКТОРЪ-ИЗДАТЕЛЬ

Н. А. Вельяминовъ,

Профессоръ Академической Хирургической Клиники.

РЕДАКТОРЫ:

А. А. Бобровъ. Профессоръ Факультетской Хирургической Клиники въ
Москвѣ. В. И. Разумовскій. Профессоръ Факультетской Хирургической Кли-
ники въ Казани. И. Ф. Сабанѣевъ. Старшій Врачъ Одесской Городской боль-
ницы. К. М. Сапѣжко. Профессоръ хирургіи Императорскаго Новороссійскаго
Университета. К. П. Серапинъ. Ассистентъ Академической Хирургической
Клиники. В. А. Тиле. Приватъ-доцентъ Императорской Военно-Медицинской
Академіи. Цеге фонъ-Мантейфель. Профессоръ хирургіи Императорскаго
Университета въ Юрьевѣ. Г. Ф. Цейдлеръ. Приватъ-доцентъ Императорской
Военно-Медицинской Академіи.

ОБЪЯВЛЕНІЯ

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

I. Оригинальныя статьи по всѣмъ отдѣламъ хирургіи и родственныхъ ей специальностей.

II. Критика и библиографія.

III. Рефераты.

IV. Отчеты и протоколы русскихъ и иностранныхъ хирургическихъ Обществъ и Съездовъ.

V. Корреспонденціи.

VI. Объявленія.

Рукописи (въ заказныхъ бандероляхъ и написанныя, по возможности, четко и на одной сторонѣ листа) просятъ направлять на имя К. П. Серапина (Шпалерная, 30, кв. 1). Статьи, гдѣ-либо уже напечатанныя, не принимаются. Редакція оставляетъ за собою право, въ случаѣ надобности, дѣлать сокращенія и нѣкоторыя измѣненія въ текстѣ печатныхъ статей. Рукописи ненапечатанныхъ самостоятельныхъ работъ хранятся въ редакціи, для возвращенія авторамъ, по ихъ требованію (почтой—на ихъ счетъ), въ теченіе 2 лѣтъ; возвращеніе ненапечатанныхъ рефератовъ, рецензій корреспондентій и пр. необязательно.

Цѣна за годъ съ пересылкою и доставкою 8 р., за полгода 4 р.

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

Секретарь редакціи д-ръ Б. Е. Гершуни (Подольская, 19, кв. 8).

ЕЖЕМѢСЯЧБЫЙ ЖУРНАЛЪ

Медицинскія Прибавленія

къ

МОРСКОМУ СБОРНИКУ

бываетъ выходить и въ 1904 году книжками отъ 4 до 5 листовъ.

Журналъ посвященъ по преимуществу разработкѣ вопросовъ, имѣющихъ отношеніе къ санитарному сословію флота.

Достатокъ отведено также мѣста и вопросамъ общей и практической медицины.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ Главномъ Адмиралтействѣ, въ Управленіи Главнаго Медицинс. Инспектор. Флота.

Цѣна за годовое изданіе 4 руб. съ пересылкою.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію дѣлается безплатное объявленіе въ слѣдующемъ № журнала.

Завѣдующій редакціей М. О. Перфильевъ.