

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА

Проф. А. Н. КАЗЕМЪ-БЕНА.

ТОМЪ VII

СЕНТЯБРЬ-ОКТЯБРЬ.

1907 Г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1907.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫИ.

Изъ Факультетской терапевтической клиники проф. А. Н. Каземъ-Бекъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Сухо-воздушныя и продолжительныя водяныя (термически индифферентныя) ванны при лѣченіи хроническихъ нефритовъ.

Ординатора клиники Р. Ундрицева.

Однимъ изъ наиболѣе употребительныхъ и дѣйствительныхъ физическихъ способовъ лѣченія нефритовъ считаются сухо-воздушныя и водяныя ванны. Онѣ примѣняются при нефритахъ уже давно и, слѣд., утратили интересъ новизны. Однако нѣчто новое внесено въ эту область позднѣйшими наблюденіями надъ продолжительнымъ (1—1 1/2 часа) дѣйствіемъ на почки такъ называемыхъ „термически индифферентныхъ“ водяныхъ ваннъ (въ 34°С).

Въ № XIV-мъ „Berliner Klinische Wochenschrift“ (1906-го года) появилась статья докторовъ Alois Strasser и R. Blumenkranz, посвященная терапіи нефрита сухо-воздушными и „термически-индифферентными“ водяными ваннами. при чемъ особенное вниманіе обращается на результаты, получаемые примѣненіемъ водяныхъ ваннъ и заключающіеся въ значительномъ повышеніи диуреза и связанномъ съ этимъ явленіемъ уменьшеніи процентнаго содержанія бѣлка въ мочѣ; его абсолютное количество то нѣсколько уменьшалось, то оставалось неизмѣннымъ, то, наконецъ, немного увеличивалось; колебанія были, въ общемъ, незначительны.

Одновременно увеличивалось количество N—содержащихъ продуктовъ выдѣленія и NaCl (количества послѣдняго увеличивались въ 3—6 разъ сравнительно съ количествами его, выдѣлявшимися до примѣненія ваннъ). Увеличеніе выдѣленія названныхъ веществъ совершалось не только во время ваннъ, но и въ послѣвадный періодъ времени. На основаніи такого эффекта авторы цитируемой статьи высказываютъ заключеніе: „въ дни примѣненія тепловатыхъ продолжительныхъ ваннъ не могло быть и рѣчи о задержкѣ въ организмѣ нефритиковъ N—содержащихъ продуктовъ выдѣленія и NaCl. Альбуминурія подъ вліяніемъ ваннъ про-

текаетъ относительно хорошо". Сказанное авторы считают вполне приемлемымъ какъ по отношенію къ легкимъ, такъ и по отношенію къ тяжелымъ формамъ нефрита (съ отеками и безъ нихъ). Сущности благоприятнаго дѣйствія водныхъ ваннъ на нефриты авторы видятъ въ томъ, что подъ вліяніемъ ваннъ въ почкахъ происходитъ активная гиперемія, представляющая собою наиболѣе благоприятное условіе для циркуляціи крови въ почкахъ (въ противоположность инеміи или стазу, неизмѣнно ведущимъ къ выдѣленію мочею бѣлка). Такой взглядъ авторы подтверждаютъ ссылкой на онкометрическія изслѣдованія, произведенныя надъ почками и наглядно показывающія, что сопряженіе периферіи тѣла животнаго съ холодной средой вызываетъ судорожное сокращеніе почекъ (съ теплою расширеніе ихъ), которое бываетъ то длительнымъ, то кратковременнымъ и вызываетъ повышеніе діуреза въ значительномъ большинствѣ случаевъ. Въ полномъ соотвѣтствіи съ этимъ фактомъ находится, по нашему мнѣнію, другой общеизвѣстный фактъ: купанье въ прохладной (12° — 16° R) водѣ вызываетъ позывы къ мочеиспусканію чаще, чѣмъ это бываетъ при всѣхъ аналогичныхъ условіяхъ, но при болѣе высокой T° среды, непосредственно сопрягающейся съ тѣломъ. Кроме того, позывы къ мочеиспусканію (при одинаковыхъ суточныхъ количествахъ вводимой въ организмъ жидкости) бываютъ у одного и той же субъекта зимою чаще, чѣмъ лѣтомъ, когда T -ра воздуха значительно выше зимней его T -ры. Самые количества выдѣляемой зимою мочи больше у нормальнаго человѣка, по сравненію съ мочею выдѣляемою лѣтомъ.

Возможно, что, кроме вліянія на почки при помощи раздраженія, передающагося на нихъ съ периферіи тѣла, вода дѣйствуетъ еще и на кожу силою собственной тяжести, обуславливающей сокращеніе сосудовъ кожи и, вслѣдствіе этого, приливъ крови (пассивную гиперемію) ко всѣмъ внутреннимъ органамъ и, между прочимъ, къ почкамъ, что также можетъ вліять на повышеніе діуреза.

Наилучшимъ кровообращеніе въ почкахъ будетъ тогда, когда на периферію тѣла дѣйствуетъ постоянное раздраженіе, имѣющее мѣсто и въ термически индифферентныхъ и водныхъ ваннахъ.

Производя опыты надъ животными, авторы сдѣлали рядъ наблюденій надъ нефритиками. Особенно важенъ слѣдующій опытъ, гдѣ авторы слѣдили за діурезомъ нефритика (*Nephritis chronica parenchymatosa*) и колебаніями въ количествахъ N, NaCl и бѣлка мочи въ продолженіе $4\frac{1}{2}$ часовъ: $2\frac{1}{2}$ часа передъ ванной, $1\frac{1}{2}$ часа во время водной ванны въ 34°C и $1\frac{1}{2}$ часа послѣ ванны. Каждые полчаса больному давали строго опредѣленное количество пищи и питья [что именно — въ статьѣ, къ сожалѣнію, не поясне-

но] и определяли выводимые количества мочи, N—содержащих продуктов выделения и NaCl. Изъ прилагаемой къ статьѣ таблицы видно увеличеніе количества мочи во время ванны и послѣ нея (первое значительно больше второго), пониженіе уд. вѣса мочи (наименьшій уд. вѣсъ—во время ванны, нѣсколько большій—послѣ ванны и наибольшій—передъ ванной).

Количество азота (безъ азота бѣлка) было больше во время ванны, меньше послѣ ванны и еще меньше передъ ванной. Тоже слѣдуетъ сказать и объ азотѣ бѣлка. Количество самаго бѣлка подчинялись правилу, только-что указанному для выделения азота. Количество NaCl увеличивалось почти въ 3 раза во время ванны и въ 2 раза послѣ ванны сравнительно съ количествомъ NaCl передъ ванной, но не въ 6 разъ, какъ указываютъ въ текстѣ разбираемой статьи авторы ея.

Кровяное давленіе повышалось на 5 mm. во время ванны (90 mm. передъ ванной, 95 mm. во время ванны и 90 mm.—послѣ ванны). Въ другой таблицѣ статьи помѣщены результаты анализовъ суточныхъ количествъ мочи больного съ *Nephritis acuta post Scarlatinam*, какъ въ дни примѣненія ваннъ, такъ и въ дни безъ ваннъ: количества мочи были больше въ дни ваннъ, чѣмъ въ дни безъ ваннъ, а ея уд. вѣсъ (для большей части наблюдений) ниже въ дни повышенія діуреза. Количество NaCl было больше на 1,0—2,0 грамма въ дни ваннъ сравнительно съ количествами NaCl въ дни безъ ваннъ, но опять-таки не въ 3—6 разъ, какъ это указано въ статьѣ. Количества азота (безъ азота бѣлка) больше въ дни ваннъ. Количества азота бѣлка измѣнялись пропорціонально количествамъ бѣлка, колебанія котораго не носили правильнаго характера.

Указывая, что въ одномъ случаѣ нефрита, дѣйствомъ электрическими тепловыми ваннами, не смотря на полное отсутствіе задержки воды и NaCl, у больного все-таки были замѣчены: усиленіе отека лица, достигшее значительно степени въ теченіе нѣсколькихъ дней, головокруженіе, головная боль и раздраженіе—симптомы уремїи, авторы объясняютъ увеличеніе отековъ лица дѣйствіемъ уремической интоксикаціи: „токсины, вызывающіе нефритъ, повреждаютъ вмѣстѣ съ тѣмъ и самые сосуды (сущность измѣненія сосудовъ авторы не указываютъ).

Способъ примѣненія водяныхъ ваннъ простъ: въ ванну наливается вода въ 34°—35°C. Больной погружается въ воду по шею, остается въ такомъ положеніи 1½ часа и затѣмъ, обернутый на сухо простынею, ложится въ постель, закрываясь одеяломъ. Ванна болѣе 1½ часовъ, по наблюденіямъ Strasser'a и Blumenkranz'a, не особенно благоприятна для больныхъ, такъ какъ вызываетъ головные боли, не оказывая, въ тоже время, никакого благоприятна-

го эффекта въ смыслѣ повышенія діуреза и увеличенія количествъ выводимыхъ N и NaCl. Поэтому, за Maximum продолжительности сеанса термически индифферентныхъ водяныхъ ваннъ въ 34°—35°C надо считать 1—1½ часа. Сухо-воздушныя ванны назначались авторамъ на 15 минутъ, какъ можно объ этомъ думать на основаніи статьи. Т-ра сухо-воздушныхъ ваннъ не указана.

Во время этихъ ваннъ больной терялъ въ вѣсѣ тѣла отъ 200,0 до 270,0 граммовъ. Діурезъ не только не уменьшался, но въ нѣкоторые дни даже увеличивался. Количество выводимаго N иногда нѣсколько уменьшалось, но можно предположить, что недостающее количество азота выделялось въ неизслѣдованномъ потѣ. Количество NaCl въ одни дни увеличивалось очень значительно, а въ другіе, во всякомъ случаѣ, не уменьшалось (больной, у котораго было замѣчено увеличеніе отѣка лица, хотя задержка въ организмѣ воды, NaCl и N-содержащихъ продуктовъ выделения исключалась совершенно.)

Вотъ вкратцѣ выводы изъ наблюденій Strasser'a и Blumenkranz'a.

Наши наблюденія надъ дѣйствіемъ тепловыхъ сухо-воздушныхъ и термически индифферентныхъ водяныхъ ваннъ проведены почти въ такомъ же направленіи. Существенное отличіе заключается лишь въ томъ, что вмѣсто опредѣленія количествъ азота мочи мы ограничились опредѣленіемъ количествъ ея мочевины, такъ какъ послѣдняя является главнѣйшимъ содержащимъ азотъ продуктомъ выделения (въ количественномъ отношеніи).

Объектомъ наблюденій были 7 стационарныхъ больныхъ—нефритиковъ, находившихся на излѣченіи въ факультетской терапевтической клиникѣ.

Способъ примѣненія водяныхъ ваннъ въ клиникѣ былъ вполне аналогиченъ съ описаннымъ выше.

Способъ примѣненія сухо-возд. ваннъ былъ таковъ: больного, подъ котораго подложена клеенка, покрыта сверху простыней, служащая для обертыванія тѣла во время пребыванія больного въ ваннѣ, накрываютъ сверху рѣшеткой аппарата Hilzinger'a (Cirkulations-Heissluftapparates System Hilzinger—рѣшетчатый полудилиндръ, состоящій изъ соединенія нѣсколькихъ обручей, раздвигающихся въ продольномъ направленіи), который закрываютъ сверху чернымъ сукномъ (для уменьшенія отдачи теплоты воздуха ванны) и 2—3 одеялами.

Вверху рѣшетки черезъ отверстіе въ сукнѣ укрѣпляютъ нормальный термометръ для опредѣленія Т-ры ванны. Больной лежитъ въ ваннѣ 30—50 минутъ (время считается съ того момента, когда установится постоянная желательная для каждого сеанса, Т-ра ванны). По истеченіи срока ванны больного освобождаютъ отъ

рѣшетки и закутываютъ въ 2—3 одѣяла, подъ которыми больной лежитъ, смотря по самочувствію, отъ $\frac{1}{2}$ до 1 часа. Затѣмъ, по прекращеніи пота, больного переодѣваютъ въ сухое, чистое бѣлье и оставляютъ лежать уже подъ однимъ одѣяломъ около полчася, послѣ чего, если больной можетъ ходить, ему разрѣшается встать съ постели, избѣгая, конечно простуды и продолжительныхъ или быстрыхъ движеній, которыя, какъ и переутомленіе, вредно вліяютъ на теченіе нефритовъ.

Случай I. Больная А. М. 30 лѣтъ, крестьянка, занимающаяся домашнимъ хозяйствомъ. Поступила въ клинику 21-го февраля 1906-го года съ жалобами на отеки лица, живота, рукъ и ногъ, на боли въ области почекъ, на головокруженіе, слабость и отсутствіе аппетита. Считаетъ себя больною около $2\frac{1}{2}$ недѣль и болѣзнь ставитъ въ зависимости отъ простуды ногъ, полученной 3 недѣли тому назадъ. 3-го февраля больная разрѣшилась отъ бремени пятымъ ребенкомъ. Роды прошли благополучно дома, но дня черезъ 2 послѣ этого у больной появились боли въ нижней части живота, сопровождавшіяся сильнымъ лихорадочнымъ состояніемъ. Черезъ 4 дня лѣченія въ Уѣздной Земской Больницѣ М. выписалась оттуда безъ болей и лихорадки, но все еще съ ощущеніемъ значительной физической слабости.

Мѣсяцевъ 6 по временамъ больная чувствуетъ „ломоту“ въ рукахъ, ногахъ и головѣ. Всѣ четверо родовъ, бывшихъ раньше, окончились благополучно. Трое дѣтей уже умерло: двое—въ возрастѣ 7—9 мѣсяцевъ (отъ какой болѣзни—не извѣстно), а одинъ 3 лѣтъ—отъ болѣзни съ сильнымъ жаромъ и кашлемъ. Венерическими болѣзнями и алкоголизмомъ не страдаетъ.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Костно-мышечный скелетъ и слой подкожной жировой кѣлѣчатки развиты достаточно. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Имѣются незначительный ascites и рѣзко выраженная anasarca. Границы сердца, легкихъ, печени и селезенки нормальны. Патологическихъ явленій въ указанныхъ органахъ не найдено.

Объемъ живота на уровнѣ umbilici— 87 cm.

Окр. пр. и лѣв. голеней 32—21,5 cm.

33—20,8 cm.

Моча темно-желтаго цв., сильно кислой реакціи, съ большимъ осадкомъ темно-краснаго цв., состоящимъ изъ мочекислыхъ солей и красныхъ кров. тѣлецъ. Микроскопически въ мочевомъ осадкѣ эритроциты и лейкоциты, въ большомъ количествѣ (у больной еще продолжалось послѣродовое очищеніе), почечный эпиа-

телій, гiалиновые цилиндры, какъ простые, такъ и съ наслоеніемъ изъ лейкоцитовъ, и крупно зернистые эпителиальные цилиндры. При изслѣдованіи глазного дна—картина слабой гипереміи.

Больная пробывала въ клиникѣ съ 21-го февраля по 11-ое марта 1906-го года и припала за это время 11 сухо-воздушныхъ ваннъ (въ 110° — 120°C и продолжительностью въ 30—40 минутъ, считая съ указанной Т-ры).

Изъ прилагаемыхъ таблицъ видно, что сухо-воздушныя ванны не оказываютъ никакого замѣтнаго вліянія на утренніе и вечерніе: пульсъ, дыханіе и Т ру тѣла. Въ отношеніи мочи можно отмѣтить слѣдующее: реакція мочи не зависитъ отъ ваннъ и остается кислой за все время примѣненія послѣднихъ въ рассматриваемомъ случаѣ.

Количество мочи значительно меньше въ дни ваннъ, чѣмъ въ дни безъ ваннъ, что объясняется потерей жидкости путемъ усиленнаго потоотдѣленія, усиленнаго кожного дыханія (perspiration insensible) и дыханія легочнаго, имѣющихъ мѣсто при примѣненіи сухо-воздушныхъ ваннъ. Въ общемъ, количество мочи колеблется между 720 и 2200 куб. смт. въ сутки, а уд. вѣсъ ея между 1006 и 1012. Уд. вѣсъ мочи не находится въ зависимости отъ суточного количества ея: часто при одинаковыхъ количествахъ мочи за сутки мы сталкиваемся съ различными уд. вѣсами. Иногда же для большаго суточного количества мочи получается болѣе уд. вѣсъ, чѣмъ для меньшаго количества ея, и наоборотъ. Количество мочевины, NaCl и фосфатовъ мочи вообще значительно ниже нормы (обычное явленіе при нефритахъ). Абсолютное количество указанныхъ веществъ то прямо, то обратно пропорціонально суточному количеству мочи; впрочемъ, для большинства анализовъ можно принять за правило увеличеніе количествъ хлоридовъ, фосфатовъ и мочевины при повышеніи діуреза. Въ такой же—то прямой, то обратной, пропорціональности къ количеству мочи находятся количество ея бѣлка (въ граммахъ и pro mille). Вѣсъ тѣла падалъ подъ вліяніемъ ваннъ съ каждымъ днемъ, уменьшаясь въ сутки на 0,2—1,7 kilo grm., и за 18 дней клиническаго лѣченія вѣсъ больной понизился на 7 kilogramm.. Параллельно съ уменьшеніемъ вѣса тѣла шло уменьшеніе ascitae и anasarcae, исчезнувшихъ совершенно въ 18 дней. Пульсъ учащался во время ваннъ на 24—32 удара въ 1', дыханіе—на 8—10 экскурсій, кровяное давленіе повышалось на 10—15 м.м. (опредѣленіе производилось сфигмоманометромъ Riva-Rocci in art. brachialis dextras. Количество пота, выдѣлявшагося подъ вліяніемъ ванны за 40—50 минутъ пребыванія больной въ воздушномъ ящикѣ, равнялось 145—600 куб. смт., а количества NaCl пота=0,91—3,85 grm. Вѣсъ тѣла послѣ каждой ванны повышался на 0,2—0,7 kilogramm. Т-ра

тѣла падала въ зависимости отъ большаго или меньшаго потѣнія на $0^{\circ},1-0^{\circ},4\text{C}$. Относительно вліянія ваннъ на патологическій процессъ въ почкахъ можно сказать, что послѣдній нѣсколько ослабѣлъ: количество форменныхъ элементовъ мочевого осадка, характерныхъ для страданія почекъ, замѣтно уменьшилось къ концу лѣченія по сравненію съ количествами тѣхъ же элементовъ, наблюдавшимися въ мочевомъ осадкѣ больной въ первые дни ея пребыванія въ клиникѣ.

Изъ побочныхъ явленій у разбираемой больной слѣдуетъ указать на головную боль—результатъ высокой Т-ры ваннъ и вліянія газообразныхъ продуктовъ горѣнія денатурированнаго спирта, употреблявшагося для нагрѣванія воздуха ванны. Въ предупрежденіе головныхъ болей приходилось прибѣгать къ помощи пузыря со льдомъ, помѣщаемого на голову больной, лишь только замѣчалось учащеніе пульса во время ваннъ. Кромѣ сказаннаго, необходимо упомянуть о запорахъ, на которые больная не жаловалась до примѣненія ваннъ, и которые повторялись у больной нѣсколько разъ въ силу быстраго отнятія довольно большихъ количествъ жидкости организма во время ваннъ при помощи усиленія дѣятельности кожи.

Кромѣ ваннъ, больная пользовалась молочной діетой и полнымъ покоемъ въ постели. Средняя Т-ра воздуха, окружавшаго тѣло больной во время ваннъ, равнялась $80^{\circ}-89^{\circ}\text{C}$. На нагрѣваніе ванны до указанной постоянной Т-ры требовалось отъ 16 до 22 минутъ.

Большая А. М.

[illegible]

Месяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.	Суточное количество мочи и ее уд. вѣст.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тела утромъ и вечеромъ	Вѣстъ тѣла въ килограмм.	Окруж. живота на уров. umbilicus см.	Окружность правой и левой голени въ см.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной во время нея и черезъ 30 м. по окон. ея.	При какой т° и черезъ сколько минутъ.	Кров. давленіе въ мм. Riva-Rocci art. brachialis.	Колич. жидкости принят. больнымъ во время ваннъ.	Колич. пота въ куб. см.	NaCl пота въ граммахъ.	Т° ванны.				Вѣстъ тѣла до ваннъ и послѣ нея въ кг.	Вѣстъ тѣла до ваннъ и послѣ нея черезъ 30 минутъ.	Черезъ сколько времени послѣ приема пищи или питья съдана ванна.	Время (въ минутахъ) насытив. ванной т°.	Примѣчаніе.		
				Мочевин.	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ граммахъ.	Pro mille.													Въ плоскости постели.	Въ области боковъ и верх. пов. тѣла б.	Потъ желто-бѣлый сверху.								
II																															
27	68—18 76—22	1600 1008	кис.	—	—	—	3,20	2 ⁰⁰ / ₁₀₀	36° 2 36° 9	60,7	84	31,5—20 31,5—19,5	120°С	40 м.	—	—	—	600	3,85	—	—	—	61,3 60,6	36° 9 36° 7	Черезъ 2 часа послѣ утр. чая.	20 м.	Головная боль въ серединѣ сеанса.				
28	80—20 80—22	2000 1010	кис.	—	—	—	3,00	1,5 ⁰⁰ / ₁₀₀	36° 3 36° 5	59,8	84	31,5—20,0 31,5—19,5	120°С	40 м.	—	—	—	не	изслѣд.	овал	о.	—	59,8 59,6	36° 8 36° 7	Черезъ 1 1/2 часа послѣ утр. чая.	22 м.	Idem,				
III																															
1	80—20 72—22	1350 1066	кис.	—	—	—	0, 675	0,5 ⁰⁰ / ₁₀₀	35° 5 36° 3	59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванны не было.		
2	64—18 88—21	720 1012	кис.	15,22	6,40	0,68	0, 360	0,5 ⁰⁰ / ₁₀₀	36° 1 36° 3	58,6	83,5	31,5—20,0 31,5—19,0	120°С	40 м.	76—24 92—26 96—26 100—26 108—28 112—32 84—26	120°С 10 м. 20 м. 30 м. 40 м. 11 в.	100 103 105 108 110 116 102	—	520	3,15	49°С	88°С	120°С	58,7 58,2	36° 2 36° 0	Черезъ 2 часа послѣ утр. чая.	23 м.	Пузырь съ льдомъ на голову въ предупрежденіе головной боли.			
3	80—22 72—84	2000 1003	кис.	—	—	—	1,00	0,5 ⁰⁰ / ₁₀₀	36° 3 36° 3	58,2	83,5	31,5—20,0 31,5—19,0	—	—	—	—	—	—	—	—	80°С	—	—	—	—	—	—	Ванны не было.			
4	80—20 88—22	1700 1007	кис.	30,16	19,34	1,52	0, 425	0,25 ⁰⁰ / ₁₀₀	35° 7 36° 2	58,2	83,0	31—20 31—20	120°С	40 м.	80—20 82—22 88—24 96—24 100—26 108—28 96—22	120°С 10 м. 20 м. 30 м. 40 м. 11 в.	102 103 105 110 113 118 107	—	150	1,12	47°С	80°С	120°С	58,2 58,0	36° 7 36° 5	Черезъ 3 часа послѣ утр. чая.	20 м.	Пузырь съ льдомъ на голову въ предупрежденіе головной боли.			

[illegible]

Случай II-ой. Больной И. Б., мѣщанинъ, 21-го года, владѣлецъ водяной мельницы, живущій почти постоянно па ней. Поступилъ въ клинику 11-го марта 1906-го года съ жалобами на лихорадку, сильную одышку, отѣкъ лица, туловища и конечностей. До 6-ти лѣтняго возраста перенесъ вѣсколько „лихорадочныхъ и безлихорадочныхъ“ болѣзней (какихъ именно—не помнитъ). Около 2 лѣтъ страдаетъ лихорадкой. Послѣдняя появляется то черезъ 2—3 недѣли, то черезъ мѣсяць, и продолжается иногда 2—4 дня, иногда—недѣлю, а иногда и цѣлый мѣсяць. Лихорадочному приступу предшествуетъ обычно значительный ознобъ съ послѣдующимъ повышеніемъ т—ры, за которымъ иногда появляется потъ, то очень слабый, то обильный. Въ октябрѣ 1905-го года у больного была сильная *Diarrhoea*, продолжавшаяся около 3 недѣль и крайне истощившая его. Въ декабрѣ 1906-го года больной замѣтилъ у себя появленіе отѣковъ сначала на лицѣ, а потомъ отеки руки, ноги и животъ. Алкоголизмъ и веперическія болѣзни отрицаетъ.

Больной высокаго роста, правильнаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Костно-мышечный скелетъ и слой подкожной жировой кѣлѣчатки развиты вполне удовлетворительно. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Имѣются значительныя *Anasarca* и *ascites*.

Нижнія границы легкихъ приподняты кверху приблизительно на одно межреберье, равно какъ и верхнія границы печени и сердца. Правая граница послѣдняго—между *Linea sternalis* и лѣвымъ краемъ *sterni*. Толчекъ сердечной верхушки—въ IV мѣ межреберьѣ по *L. manillaris sinistra*. I-ый тонъ сердца вѣскольکو глуховатъ. II-ой тонъ *Aortae* акцентуированъ. Пульсъ *art. radialis*—высокій, полный, значительнаго напряженія. Печень и селезенка не прощупываются. Границы селезенки перкуторно увеличены: съ нижняго края VII-го по нижній край X-го ребра (по *Linea axillari media dextra*). Моча свѣтло-желтаго цв., кислой реакціи, содержитъ много бѣлка. Уд. вѣсъ = 1015. Въ мочевомъ осадкѣ небольшое количество эпителиальныхъ, гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ, немного лейкоцитовъ, мочевой кислоты и мочеислаго натра.

При изслѣдованіи крови, взятой у больного во время повышенія т—ры, микроорганизмовъ *febris intermittens* не обнаружено.

Больной пробывъ въ клиникѣ съ 11-го марта по 27-ое апрѣля 1906-го года. За этотъ періодъ времени больной принималъ 21 сухо-воздушную ванну (20—въ 120°C, продолжительностью въ 30—50 минутъ и одну—въ 140°C, продолжительностью въ 40 минутъ, считая съ указанной т—ры.

Кромѣ того, больному сдѣлано 20 водяныхъ ваннъ въ 34°C (продолжительностью въ $1\frac{1}{2}$ часа). Ванны проведены въ слѣд. порядкѣ: сначала сдѣлано сухо-воздушныхъ ваннъ, затѣмъ 12 водяныхъ, потомъ 8 сухо-воздушныхъ и, наконецъ, 8 водяныхъ ваннъ.

Утренніе и вечерніе пульсъ, дыханіе и тѣмѣра тѣла не мѣнялись подъ вліяніемъ сухо-воздушныхъ и водяныхъ ваннъ, оставаясь такими же въ дни ваннъ, какими бывали въ дни безъ ваннъ. Суточные количества мочи при сухо-воздушныхъ ваннахъ колебались между 500 и 2450 куб. см.: для 16-ти ваннъ эти количества были ниже нормы, а для 5 заключались въ предѣлахъ нормы или же немного превышали ее. При водяныхъ ваннахъ суточные количества мочи заключались въ предѣлахъ между 700 и 3000 куб. см.: для 11 сутокъ количества мочи были больше нормы, а для 9—въ предѣлахъ нормы или вѣскольکو ниже.

Присоединяя къ суточнымъ количествамъ мочи, выдѣлявшимся при сухо-вод. ваннахъ, количества пота, выведеннаго изъ организма вліяніемъ ваннъ, мы получимъ слѣдующія данныя: для 9 ваннъ общее количество жидкости, удалившейся изъ организма въ теченіе каждаго сутокъ, остается все таки ниже нормы, и только 4 изъ 13 опредѣленій общихъ количествъ пота и мочи даютъ числа вѣскольکو больше нормы. Часть жидкости удалялась при сухо-воздушныхъ ваннахъ путемъ усиленія легочнаго и кожного дыханія, а часть успѣвала высыхать тотчасъ по удаленіи изъ организма, благодаря высокой t -ваннъ, но все-таки для даннаго случая надо признать болѣшій благоприятный эффектъ отъ ваннъ водяныхъ, чѣмъ отъ сухо-воздушныхъ ваннъ. Уд. вѣсъ мочи при сухо-возд. ваннахъ былъ равенъ 1005—1021; при водяныхъ ваннахъ=1004—1005. Суточные количества бѣлка при сухо-возд. ваннахъ=4‰—18‰, при водяныхъ 4‰—10‰. Общее количество бѣлка при всѣхъ сухо-вод. ваннахъ=176,77 grm., а при водяныхъ 172,46 grm. Принимая въ соображеніе, что нѣкоторое количество бѣлка выдѣлялось изъ организма потомъ, мы должны придти къ заключенію: количества бѣлка, выдѣляемаго изъ организма при ваннахъ сухо-возд., равно или немного больше количествъ бѣлка, выдѣляемаго изъ организма за такой же промежутокъ времени при ваннахъ водяныхъ. Абсолютныя количества мочевины, NaCl и фосфатовъ мочи меньше при ваннахъ сухо-воздушныхъ и больше при ваннахъ водяныхъ. Последнее положеніе исходитъ изъ ряда анализовъ мочи, помѣщенныхъ въ таблицы. Отношеніе количествъ мочевины, NaCl и фосфатовъ мочи къ суточному количеству ея (при сухо-возд. и вод. ваннахъ) подчиняется тому же правилу, какое указано по данному вопросу въ I-мъ случаѣ (см. больная А. М.).

Кров. давление in art. brachialis (приборъ Riva—Rocci) принималось болѣе значительно при сухо-возд. ваннахъ (5—18 mm.), чѣмъ при водяныхъ (3—5 mm.). Пульсъ учащался при сухо-возд. ваннахъ и замедлялся при ваннахъ водяныхъ: для первыхъ учащеніе равнялось 28—60 ударамъ въ 1' (съ 80 до 140 = см. ваппу 13-го марта въ 140°C—40 мин.). Замедленіе пульса для вторыхъ было незначительно (на 4—8 ударовъ въ 1'). Количество пота при сухо-возд. ваннахъ равнялось 150—700 куб. снт. (большой потѣлъ во время ванны и часть — по прекращеніи ея). Количество NaCl пота = 0,85—4,2 grm. Для усиленія пота больной пилъ во время ванны по 225—450 куб. снт. теплаго, жидкаго, чая, при чемъ иногда количество пота превышало очень значительно количество введенной въ организмъ жидкости (чая), иногда же получались обратные результаты, что бывало сравнительно рѣдко. Въ общемъ, введеніе теплой жидкости во время ванны съ высокой t^o-ой можно рекомендовать, такъ какъ съ одной стороны количество пота (для большинства случаевъ) покрываетъ съ избыткомъ количество вводимой жидкости, и, слѣд., нечего бояться увеличенія отековъ за счетъ жидкости, выпиваемой во время ванны, а съ другой стороны безъ введенія жидкости часто бываетъ трудно вызвать съ первой же ванны потъ у больного, между тѣмъ какъ, появившійся въ первую ванну, потъ начинаетъ выдѣляться значительно легче въ последующіе сеансы.

Вѣсъ тѣла падалъ при сухо-возд. ваннахъ на 0,2—1,7 Kilogrm въ сутки. Въ нѣкоторые же дни замѣчалось не уменьшеніе вѣса тѣла, а, напротивъ, увеличеніе, что можно поставить въ связь съ пониженіемъ діуреза, съ уменьшеніемъ потоотдѣленія, наконецъ, — съ состояніемъ желудочно-кишечнаго тракта, такъ-какъ при сухо-возд. ваннахъ съ высокой t^oрой запоры наблюдаются довольно часто. Возможно, что увеличеніе вѣса тѣла вмѣсто ожидаемаго уменьшенія, явленіе, замѣчаемое у нефритиковъ и при ваннахъ водяныхъ, имѣетъ въ основаніи причину, указанную Strasser'омъ и Blumenkranz'омъ — увеличеніе отековъ въ силу поврежденія сосудистыхъ стѣпокъ токсинами, обуславливающими собою нефритъ. Въ нѣкоторые дни вѣроятно, имѣли мѣсто все-только-что перечисленные моменты. Водяныя ваппы въ 34°C совершенно не вызывали пота, и, не смотря на это, вѣсъ тѣла все-таки падалъ за сутки, хотя и значительно меньше, чѣмъ при ваннахъ сухо-возд. (0,1—1,1 Kilogrm. въ сутки). При сухо-возд. ваннахъ вѣсъ тѣла падалъ непосредственно послѣ ванны (взвѣшиваніе производилось по прекращеніи пота) на 0,2—0,9 Kilogrm., а при ваннахъ водяныхъ вѣсъ оставался послѣ ванны такимъ же, какимъ онъ былъ до ванны; слѣд., уменьшеніе вѣса тѣла за сутки при ваннахъ водяныхъ надо поставить въ связь съ усиленіемъ функцій почекъ и

съ повышеніемъ діуреза. За время клиническаго лѣченія больного вѣсъ тѣла упалъ на 5,8 Kilogrm. Дыханіе учащалось при сухо-возд. ваннахъ на 6—16 экскурсій въ 1' (24—30, 20—36) и на 2—4 въ 1' при ваннахъ водяныхъ. Т°-ра тѣла при сухо-возд. ваннахъ падала на 0°,1—0°,3С (за время отъ начала ванны и черезъ 30 минутъ по окончаніи ея). Такое же паденіе Т—ры тѣла замѣчалось и при ваннахъ водяныхъ, но тамъ—съ прекращеніемъ ванны—Т—ра начинала немного повышаться, между тѣмъ какъ при сухо-возд. ваннахъ Т—ра тѣла падала именно съ момента прекращенія ванны, когда удалялся источникъ теплоты, нагрѣвавшій периферію тѣла во время ванны на 0°,3—0°,9С, несмотря на усиленное потѣніе и связанную съ нимъ отдачу теплоты тѣла. Средняя Т°—ра воздуха, соприкасавшагося съ тѣломъ больного при сухо-возд. ваннахъ, колебалась между 75°С и 98°С. На нагрѣваніе воздуха ванны до 120°С (въ высшей точкѣ нагрѣваемого замкнутого воздушнаго пространства, представляющаго собою ванну) требовалось 15—23 минуты. На этомъ больномъ былъ сдѣланъ опытъ наблюденія во время водяной ванны въ теченіе 4½ часовъ (см. табл. № 3).

Просматривая эту таблицу, не трудно замѣтить, что наименьшее количество мочи было выдѣлено больнымъ передъ ванной, больше—во время ванны и меньшее, но все-таки больше, чѣмъ передъ ванной, послѣ нея. Уд. вѣсъ мочи больше передъ ванной и меньшій, но равный послѣ-ванному, во время ванны. Наибольшее количество NaCl получено во время ванны, меньше—послѣ ванны и еще меньше—передъ ванной, но не въ 3—6 разъ. Во время ванны немного повышалось кровяное давленіе, дѣлавшееся меньше послѣ ванны и бывшее еще меньше передъ ванной. Азотъ и бѣлокъ мочи не былъ опредѣленъ. Второй опытъ былъ произведенъ съ сухо-воздушной ванной (120°С—30 мин.). Въ 1½ часа передъ ванной больной выдѣлялъ большее количество мочи, чѣмъ въ 30 минутъ ваннаго періода. Наименьшее количество мочи приходится на 30 минутъ послѣ ванны. Уд. вѣсъ значительно увеличивается, дѣлаясь наибольшимъ послѣ ванны. Количества NaCl мочи, напротивъ, уменьшаются. Количество пота во время ванны и послѣ нея=210 куб. снт. Количество NaCl пота=1,89 grm. Сопоставляя яѣкоторые данныя обѣихъ таблицъ, мы можемъ сдѣлать слѣдующій выводъ: количество мочи, выдѣлившейся (при вод. ваннѣ въ 34°С) за 3 часа,=460 куб. снт. Количество NaCl мочи за тотъ же промежутокъ времени=2,8582 grm. Количество мочи при сухо-возд. ваннѣ за 1½ часа=85 куб. снт. Количество NaCl этой мочи=0,4575 grm. Присоединяя къ количеству мочи количество пота, получаемъ 295 куб. снт. выдѣленной изъ организма жидкости при 2,3475 grm. NaCl ея; другими словами, количество жидкости и

содержащагося въ ней NaCl , удаленныхъ изъ организма подѣ влияніемъ водяной $1\frac{1}{2}$ часовой ванны въ 34°C , больше, чѣмъ при ваннѣ сухо-воздушной. Правда, сравненіе на первый взглядъ даже невозможно въ виду неодинаковой продолжительности дѣйствія обѣихъ ваннъ ($1\frac{1}{2}$ часа и полчаса), но уравнивать эту продолжительность ради удобства сравненія нельзя по той простой причинѣ, что ни одинъ больной не перевеситъ ванну въ 120°C при продолжительности въ $1\frac{1}{2}$ часа, считая начала ея съ этой Т—ры.

Третій опытъ (табл. VIII ая) былъ поставленъ съ цѣлью выяснить роль молочной діеты при лѣченіи нефритовъ. Количество мочи, выдѣлившейся у больного безъ ваннъ, благодаря исключительно приему опредѣленныхъ количествъ молока, было на 180 куб. снт. меньше количества мочи при вод. ваннѣ и на 87 куб. снт. меньше общаго количества мочи и пота (при ваннѣ сухо-возд.), (за известный промежутокъ времени) Что касается NaCl мочи, то больше всего его выдѣлилось при водяной ваннѣ съ молочной діетой, меньше при молочной діетѣ и ваннѣ сухо-воздушной и еще меньше—при одной молочной діетѣ.

Относительно количества мочи въ дни безъ ваннъ (въ данномъ случаѣ) мы должны замѣтить, что иногда эти количества бывали больше, но чаще значительно меньше количества мочи, выдѣлявшейся больнымъ въ тѣ дни, когда онъ принималъ сухо-возд. или водяныя ванны.

Количество элементовъ мочевого осадка, зависящихъ отъ страданія почекъ, значительно уменьшилось подѣ влияніемъ лѣченія, но сказать—въ зависимости отъ какой группы ваннъ послѣдовало улучшеніе, мы не можемъ, такъ какъ оно составляетъ результатъ совместнаго дѣйствія сухо-возд., водяныхъ ваннъ, молочной діеты и покоя. Изъ явленій, наблюдавшихся у даннаго больного и связанныхъ съ ваннами сухо-воздушными, необходимо отмѣтить головныя боли, на которыя иногда жаловался больной во время ванны. Запоры, въ противоположность I-му случаю, у больного Б. бывали рѣдко.

Таблица № I.

Больной И. Н. Б. Сухо-воздушная
ванны.

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.	Суточное количе- ство мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тела утромъ и вечеромъ.	Вѣсъ тела въ килограмм.	Сред. вѣсн. на 1 килограммъ сухо- вѣсу.	Сред. вѣсн. на 1 килограммъ жира и жира соли въ граммахъ.	Т° ванны по С.	Продолж. ваннъ въ указанной Т°	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечеромъ, до и послѣ ванны.	При какой Т° и черезъ сколько ми- нутъ.	Кров. давленіе въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis.	Колич. жидкости, принят. больнымъ во время ваннъ.	Колич. поглаб. въ куб. см.	NaCl поглаб. въ граммахъ.	Т° ванны.				Вѣс. тела до ванн. и посл. (въ кг.)	Т° тела до ваннъ и послѣ нея чрезъ 30 минутъ.	Черезъ сколько вре- мени послѣ приема пищи или питья сдѣлана ванна.	Время (въ мину- тахъ) нагрѣв. ванн. до данной Т°.	Примѣчаніе.	
				Мочевинн.	NaCl.	Фосфатоз.	Въ грам- махъ.	Pro mille.													Въ постелѣ.	Въ ваннѣ.	Въ ваннѣ.	Въ ваннѣ.						
III 11	100-28							38°	66,7	82	37-26 37-26																			Отмѣчена только вечерняя Т°.
12	100-28 96-24	500 1015	кис.	11,3	4,1	1,28	5,5	11‰	37° 8 36° 7	66,8	79	36,7-25,5 37-26	120°C	50 м.	100-22 108-24 112-26 120-28 124-30 128-32 136-34 108-24	120°C	113 116 119 126 128 130 135 118	250 куб. снѣг. теп- лаго жид- каго чая.	200	0,96	43°C	75°C	120°C	66,7 66,0	37° 9 37° 6	Черезъ 2 часа послѣ обѣда.	15 м.	Ванну перенесъ легко.		
13	88-24 80-20	1300 1007	кис.	20,18	9,15	1,82	6,5	5‰	36° 5 37° 0	65,1	79	36,5-25 37-26	140°C	40 м.	80-20 100-24 108-28 112-30 120-32 140-36 160-28	140°C	110 118 121 125 130 137 117	450 куб. снѣг. теп- лаго жид- каго чая.	700	4,2	72°C	93°C	140°C	65,3 64,6	36° 8 37° 7 т. п. в.	Черезъ 1 1/2 часа послѣ утренняго чая.	22 м.	Ванну перенесъ легко.		
14	78-22 80-22	700 1016	кис.	—	—	—	3,5	5‰	36° 7 37° 0	63,9	80	33,5-24 34-25	120°C	50 м.	—	—	—	225 куб. снѣг. теп- лаго жид- каго чая.	430	2,7	—	—	120°C	63,8 63,4	36° 7 36° 5	Черезъ часъ послѣ утр. чая.	17 м.	Ванну перенесъ легко.		
15	88-22 92-24	800 1021	кис.	13,75	6,32	1,39	4,0	5‰	36° 8 36° 7	63,3	79	33,5-24 33,5-25	120°C	50 м.	88-20 100-22 112-24 116-26 120-28 124-30 132-34 108-22	120°C	115 117 120 123 128 131 138 120	Idem.	410	2,59	45°C	81°C	120°C	63,2 62,6	36° 6 36° 4	Черезъ 2 часа послѣ утр. чая.	20 м.	Ванну перенесъ легко.		

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утроемъ и вечер.	Суточное количество мочи и ея уд. вѣсъ.	Реакція мочи	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. бол. бѣлка моч.		Т° тела утроемъ и вечеромъ.	Вѣсъ тѣла въ kilogramm.	Окруж. живота на уров. umbilici (centm.)	Окружность правой и лѣвой голени въ centm.	Т° ванны по C°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и чрезъ время послѣ ванны.	При какой Т° и чрезъ сколько минутъ.	Кров. давленіе въ мм. (Hiva Kocce) art. brachialis	Колѣя, жидкости, принят. большаго во время ваннъ.	Колѣя пота въ куб. смт.	NaCl пота въ грамммахъ.	Т° ванны.			Вѣсъ тѣла до ванн. и послѣ нея (въ кг.)	Т° тѣла до ваннъ и послѣ нея чрезъ 30 минутъ.	Чрезъ сколько времени послѣ пріема ванны или питья сдѣлана ванна.	Время въ минутахъ, потребъ. ванн. до данной Т°.	Примѣчаніе.		
				Мочевины.	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ грамммахъ.	Pro mille.													Въ области боковъ и верх. пов. тѣла 6	Полъ желобомъ вверху.								
III																														
16	84-22 90-22	700 1019	кис.	12,43	5,98	1,14	8,4	14‰	36°7 36°8	62,0	80	35-23 34-24	120°С	40 м.	72-20 88-20 96-20 104-20 112-20 120-20 130-20	120°С	111 113 118 120 м. 122 127 130 м. 130 П. в. 114	0	235	1,49	50 С	85°С	120°С	62,0 61,5	36°8 36°5	Черезъ 1 1/2 часа послѣ утр. чая.	18 м.	Ванну перенесъ легко.		
17	82-26 84-22	700 1019	кис.	—	—	—	7,0	10‰	36°8 37°0	62,2	80,5	34-23 33-23	120°С	40 м.	—	—	—	0	150	0,85	—	—	120°С	62,1 61,8	36°7 36°6	Черезъ 3 часа послѣ утр. чая.	16 м.	Ванну перенесъ легко.		
18	88-24 84-22	1000 1013	кис.	14,21	7,66	1,84	9,0	9‰	36°8 36°9	61,9	78,0	34-23 33-22,5	120°С	40 м.	92-20 96-20 108-20 116-20 124-20 132-30 112-20	120°С	117 120 122 126 128 134 118 П. в.	225 куб. смт. теплаго жидкаго чая.	240	1,58	53 С	90°С	120°С	61,7 61,2	36°8 36°5	Черезъ 2 1/2 часа послѣ утр. чая.	15 м.	Ванну перенесъ легко. Снята кривая пульса съ Art. rad. dextra.		
19	96-24 92-24	1100 1013	кис.	14,48	8,12	1,97	8,8	8‰	36°6 36°7	61,1	77	34-22,5 34-22,5	120°С	40 м.	96-20 100-20 108-20 116-20 120-20 128-20 104-20	120°С	115 116 118 123 125 130 П. в. 117	0	180	0,92	16°С	93°С	120°С	60,0 59,7	36°7 36°0	Черезъ 1 1/2 часа послѣ утр. чая.	23 м.	Ванну перенесъ легко.		
20	88-22 88-24	1400 1010	кис.	—	—	—	9,8	7‰	36°6 36°7	61,5	77	34-22 34-22	120°С	40 м.	—	—	—	0	200	1,15	—	—	120°С	61,3 60,6	36°7 36°0	Черезъ часъ послѣ утр. чая.	20 м.	Ванну перенесъ легко.		

Мѣсяцъ и число.	Пульсъ и дыханіе утромъ и вечер.	Суточное количество мочи и ея уд. вѣсѣ.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. бѣлка моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ	Вѣсъ тѣла въ килограмм.	Окруж. живота на уровнѣ пупка (centm)	Окружность правой и левой голени въ centm.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°.	Пульсъ и дыханіе передъ ванной, во время нея и черезъ 30 м. по окон. ея.	При какой Т° и чрезъ сколько минутъ.	Кров. давленіе въ мз. (Riva-Rocci) art. brachialis.	Колич. жидкости, принят. больнымъ во время ванн.	Колич. пота въ куб. снт.	NaCl пота въ граммахъ.	Т° ванны.				Вѣсъ тѣла до ванн. и посл. нея въ Kil.	Т° тѣла до ваннъ и послѣ нея чрезъ 30 минутъ.	Чрезъ сколько времени послѣ пріема пищи или питья сдѣлана ванна.	Время (въ минутахъ) прогрѣв. ванн. до данной Т°.	Примѣчаніе.
				Мочевины	NaCl.	Фосфатовъ.	Изъ граммахъ.	Pro mille.													Въ плоскостяхъ постели	Въ области боковъ и верх. пов. тѣла б.	Подъ желобомъ сверху.						
III 21	88—24 92—24	1700 1010	кис.	28,14	16,82	2,18	13,6	8 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,5 37 ⁰ ,0	61,7	77	34—22 34—22	120°C	40 м.	—	—	—	225 к. снт. т. жид. чая.	350 б. с.	3,11	—	—	—	61,4 60,7	36 ⁰ ,6 36 ⁰ ,4	Черезъ часть послѣ утр. чая.	19 м.	Ванну перенесъ легко.	
22	88—24 86—22	1600 1010	кис.	25,63	14,17	1,89	12,8	8 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,6 36 ⁰ ,8	62,5	77	34—22 34—22	Ванн	ны	— не —	было.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	80—22 92—22	1650 1008	кис.	24,10	12,43	1,22	8,25	5 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,5 36 ⁰ ,8	62,3	77	34—22 34—22	Ванн	ны	— не —	было.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	80—22 92—24	1650 1009	кис.	24,52	13,48	1,25	11,55	7 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,5 36 ⁰ ,7	61,2	77	34—22 34—22	120°C	40 м.	84—22 96—24 108—24 116—26 124—28 132—30 112—26	120°C 10 м. 20 м. 30 м. 40 м. П. в.	118 121 125 127 131 136 122	225 к. снт. т. жид. чая.	285 б. с.	2,83	61°C	98°C	120°C	61,1 60,2	36 ⁰ ,7 36 ⁰ ,5	Черезъ 2 часа послѣ утр. чая.	23 м.	Ванну перепесъ легко. Пузырь со льдомъ на голову— въ виду головной боли, бывшей до ванны и усилившейся во время ванны.	
25	76—24 90—26	700 1021	кис.	10,88	6,43	0,67	9,8	14 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,5 36 ⁰ ,8	60	77	34—22 34—22	Ванн	ны	— не —	было.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	100—22 92—26	650 1020	кис.	10,56	6,28	0,43	11,7	18 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,4 36 ⁰ ,7	60,1	77	34—22 34—22	120°C	40 м.	—	—	—	потъ	былъ, но	количество	его не	измѣнено.	1½ часа спустя послѣ утр. чая.	20 м.	Ванну перенесъ легко. Пузырь со льдомъ на голову въ предупрежденіе голов. боли.				
27	96—24 104—24	2450 1005	кис.	38,95	21,12	2,89	9,8	4 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,5 36 ⁰ ,6	59,8	76,5	33,5—21,5 33—21,0	120°C	40 м.	—	—	—	потъ	былъ, но	количество	его не	измѣнено.	3 часа спустя послѣ утр. чая.	22 м.	Ванну перенесъ съ трудомъ. Головная боль во время ванн. Пузырь со льдомъ на голову.				

Таблица №. II. Больной И. Н. В.

Месяц и число.	Пульсъ и анжание утротъ и вечер.	Суточное количество мочи и ея уд. вѣст.	Реакція мочи	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. белка моч.		Т° тѣла утротъ и вечеромъ.	Вѣсѣ тѣла въ килограмм.	Окруж. живота на уров. umbilici (centim.)	Окружность правой и левой голени въ снѣм.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°	Пульсъ и анжание передъ ванной, во время нея и черезъ 30 м. по оконч. ея.
				Мочевинн.	NaCl.	Фосфатотъ.	Въ граммахъ.	Pro mille.							
III 28	100-24 92-22	2400 1005	кис.	43,67	30,17	2,18	9,6	4% ₁₀₀	36° ₂ 36° ₅	59,8	76,5	33,5-21,5 33,5-21	Ванн	ны	не было.
29	92-22 108-24	2780 1094	кис.	45,18	31,63	1,85	11,12	4% ₁₀₀	36° ₄ 36° ₅	59,9	76,5	33,5-21,5 33,5-21,0	36°	90 м.	96-22 92-24 88-24 88-22
30	100-24 112-22	2000 1008	кис.	38,33	20,16	1,14	14,00	7% ₁₀₀	36° ₅ 36° ₅	59,6	77	34-22 34-22	36°	90 м.	92-22 90-22 88-24 92-22
31	88-28 98-22	2500 1005	кис.	40,81	22,39	1,92	17,50	7% ₁₀₀	36° ₀ 36° ₉	61,5	77	34-22 34-22	34°С	90 м.	84-22 82-24 80-24 84-22
IV 1	92-20 88-22	3000 1005	кис.	46,39	28,63	2,11	24,00	8% ₁₀₀	36° ₁ 36° ₈	62,6	77	34,5-22,5 34-22	34°С	90 м.	88-20 84-22 82-24 86-22
2	78-20 92-24	2400 1007	кис.	—	—	—	19,2	8% ₁₀₀	36° ₀ 36° ₈	61,5	77	34,5-22,5 34-22	Ванн	ны	не было.
3	80-20 92-22	2200 1007	кис.	—	—	—	11,0	5% ₁₀₀	36° ₅ 36° ₇	61,3	76	34-22 34-22	24°С	90 м.	—

Водяныя ванны.

При какой Т° и черезъ сколько минутъ.	Кров. давленіе въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis.	Колѣч. жидкости принятъ больнымъ во время ванны.	Колѣч. пота въ куб. смт.	NaCl пота въ граммахъ.	Т° ванны.				Вѣсѣ тѣла до ванн. и послѣ нея въ кг.	Т° тѣла до ванны и послѣ нея черезъ 30 минутъ.	Черезъ сколько времени послѣ приема пищи или питья сдѣлана ванна.	Время (въ минутахъ) нагрѣв. ванн. до данной Т°.	Примѣчаніе.
					Въ плоскости постели.	Въ области боковъ и верх. пов. тѣла б.	Подъ желодкомъ вверху.	Въ тѣлѣ до ванн. и послѣ нея въ кг.					
36°С 45 м. 90 м. П. в.	116 118 119 117	—	—	—	—	—	—	59,8 59,8	36° ₅ 36° ₃	Черезъ 3 часа послѣ утр. чая.	—	—	Къ концу ваннъ больной немного озябъ.
36°С 45 м. 90 м. П. в.	115 118 119 118	—	—	—	—	—	—	59,6 59,6	36° ₆ 36° ₅	Черезъ 2 часа послѣ утр. чая.	—	—	Ванну перенесъ безъ непрятныхъ ощущеній.
34°С 45 м. 90 м. П. в.	118 120 122 119	—	—	—	—	—	—	61,4 61,4	36° ₂ 35° ₉	Черезъ 1 1/2 часа послѣ утр. чая.	—	—	Больной началъ зябнуть приблизительно за полчаса до конца ванны.
34°С 45 м. 90 м. П. в.	114 117 119 116	—	—	—	—	—	—	62,6 62,6	36° ₃ 36° ₀	Черезъ 1 1/2 часа послѣ утр. чая.	—	—	Больной началъ зябнуть передъ окончаніемъ ванны.
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Черезъ 2 часа послѣ утр. чая.	—	—	Въ ваннѣ больной не зябнетъ.

Месяц и число.	Пульс и давление		Суточное количество мочи и ее уд. вѣсъ.	Реакция мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. белка моч.		Тѣмн. утренняя и вечерняя	Вѣсъ тела въ килограмм	Окруж. живота на уровне пупка	Окружность груди и животъ голыми въ согн.	Тѣмн. ванны по С.	Продолж. ванны съ указанной тѣмн.	Пульс и давление передъ ванной, по времени и чрезъ 30 м. по оконч. ея
	утромъ и вечер.				Мочевина	NaCl.	Фосфатовъ.	въ граммахъ.	Pro mille.							
IV	74—22	1700	кис.	—	—	—	6,5	4%	30° 1	61,1	76	34—21,5	34°	90 м.	—	
	92—24	1011							36° 8			33,8—21,0				
5	84—22	1800	кис.	14,17	8,96	1,94	14,4	8%	36° 2	61,1	76	34—21,5	34°C	90 м.	82—20	
	92—24	1013							37° 3			32,5—21			80—20	
6	88—22	1880	кис.	—	—	—	18,5	10%	36° 3	60,9	76	34—21,5	34°C	90 м.	—	
	88—20	1013							37° 0			33—22,5			78—22	
7	86—20	1250	кис.	18,21	13,10	0,87	12,5	10%	36° 1	60,6	76	34—22			80—20	
	88—20	1012							37° 0			33,5—21,5				

При какой Т° и черезъ сколько ми- нутъ.	Кров. давленіе въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis	Колѣч. жидкости, принят болыномъ во время ванны.	Колѣч. пота въ куб. смт.	NaCl пота въ граммахъ.	Въ плоско- сти постели	Изъ области боковъ и верх. нов. тѣла б.	Подъ жезло- бомъ сверху.	Вѣсъ тѣла до ванн. и посл. нея (въ кіл.)	Т° тѣла до ваннъ и послѣ нея чрезъ 30 минутъ.	Черезъ сколько вре- мени послѣ пріема пищи или питья сдѣлана ванна.	Время (въ мину- тахъ) нагрѣт. ванн. до данной Т°.
34°С	114										
45 м.	117							61,0	36°,4	Черезъ	
90 м.	119							61,0	36°,0	2½ часа	
П. в.	116									послѣ утр. чая.	

Примѣчаніе.

Таблица № II-ой. Опытъ относительно выдѣленія мочи, ея уд. вѣса и NaCl безъ водяной ванны и подъ влияніемъ ея.

Больной И. Н. Б.

Мѣсяцъ и число.	Кол. мочи въ куб. смт.	Уд. вѣсъ мочи.	Реакція мочи.	Колѣчъ NaCl въ граммахъ.	Время.	Колѣчъ. молока въ куб. смт.	Т° вод. ванны.	Продолжит. ванны	Кровяное давленіе въ ммиллм. (приборъ Riva-Rocci).
IV 7	52	1015	кисл.	0,286	8 ч. утра	110	—	—	112
	56	1015	кисл.	0,294	8 ч. 30 м.	110	—	—	—
	70	1015	кисл.	0,350	9 ч. —	110	—	—	113
	178	1015	кисл.	0,930	60 м.	330	—	—	—
	35	1015	кисл.	0,210	9 ч. 30 м.	110	34°C	90 м.	116
	51	1015	кисл.	0,306	10 ч. —	110	—	—	—
	64	1015	кисл.	0,416	10 ч. 30 м.	110	—	—	117
	115	1012	кисл.	0,7762	11 ч. —	—	34°C	—	—
	265	1014	кисл.	1,7082	90 м.	330	—	—	—
	80	1012	кисл.	0,480	11 ч. 30 м.	—	—	—	115
	50	1014	кисл.	0,325	12 ч. —	—	—	—	—
	65	1015	кисл.	0,345	12 м. 30 м.	—	—	—	113
	195	1014	кисл.	1,150	60 м	—	—	—	—
	Общее время опыта 4½ часа.								

Таблица № IV.

Больной И. Н. Б.

Исход. и число.	Пульс и давление утром и веч.	Суточное количе- ство мочи и ее уд. вѣс.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ. бѣлка моч.					Т° тела утром и вечеромъ.	Вѣс. тела въ kilogram	Окруж. живота на уров. пупка (см)	Окружность пра- вой и левой гол- ни въ сгибѣ	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной Т°	Пульс и давлѣніе передъ ванной во время леж. и черезъ 30 м. по окон. ея.	При какой Т° и черезъ сколько ми- нутъ.	Кров. давлѣніе въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis.	Кол-во жидкости, принят. больнымъ во время ваннъ.	Кол-во пота въ куб. смт.	NaCl пота въ граммахъ.	Т° ваннъ.				Вѣс. тела до ванн и посл. ней въ кг.	Т° тела до ваннъ и посл. ней черезъ 30 минутъ.	Черезъ сколько вр- мени послѣ приема пищи или питья сбрана моча.	Время (въ мину- тахъ) нагрѣв. ваннъ до данной Т°.	Примѣчаніе.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
				Мочевина.	NaCl.	Фосфаты.	Въ грам- махъ.	Pro mille.													Въ плоско- сти постели.	Въ области боков и верх. пов. тела б.	Подъ жело- бомъ сверху.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
IV																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

Таблица №. V-й.

Мѣсяцъ и число.	Кол. мочи въ куб. смт.	Уд. вѣсъ мочи.	Реакція мочи.	Колнч. NaCl въ граммахъ.	Время.	Колнч. молока въ куб. смт.	Т° вод. ванны.	Продолжит. ванны	Кровяное давленіе въ ммдм. (приборъ Riva-Rocci).
IV 12	—	—	—	—	8 ч. утра	110	—	—	116
	70	1015	кисл.	0,455	8 ч. 30 м.	110	—	—	—
	48	1015	кисл.	0,2784	9 ч. —	110	—	—	—
	132	1015	кисл.	0,8448	9 ч. 30 м.	110	120°С	30 м.	118
	250	1015	кисл.	1,5782	9 ч. —	440	—	30 м.)	—
	45	1016	кисл.	0,3915	10 ч. —	110	120°С	кон.)	129
	8	1017	кисл.	0,016	10 ч. 30 м.	110	—	—	137
	32	1021	кисл.	0,05	11 ч. —	—	—	—	116
	40	1019	кисл.	0,066	—	110	—	—	—
IV 22	—	—	—	—	8 ч. утра	110	—	—	114
	40	1015	кисл.	0,268	8 ч. 30 м.	110	—	—	—
	52	1015	кисл.	0,271	9 ч. —	110	—	—	115
	59	1015	кисл.	0,278	9 ч. 30 м.	110	—	—	—
	126	1015	кисл.	0,332	10 ч. —	110	—	—	—
	120	1015	кисл.	0,326	10 м. 30 м.	110	—	—	115
	61	1015	кисл.	0,161	11 ч. —	—	—	—	116
	458	1015	кисл.	1,636	3 часа	—	—	—	—

Больной И. Н. Б.

Количество пог.	NaCl пог. въ грам.	Т° тѣла до и послѣ ванны.	Вѣсъ тѣла до и послѣ ванны.	Т° ванны.			Примѣчаніе.
				На уронѣ постели.	Изъ обл. бокъ и верх. конечн. члѣн болѣе.	Вода жидкая брызжущая.	
210	1,59	36°,4—36°,2	61,4	43°С	38°С	120°С	Ванну перенести зѣлѣю.
			60,8				

Таблица №. VI.

Большой И. Н. Б.

Имя и число.	Пульс и анализ утромъ и вечер.	Суточное колич. уд. вѣс.	Реакція мочи.	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.		Сут. бол. бѣлки моч.		Т° тѣла утромъ и вечеромъ.	Вѣс тѣла въ kilogram.	Окруж. живота на уров. пупка (cm).	Окружность пра- вой и лѣвой голе- ни въ см.	Т° ванны по С°.	Продолж. ваннъ съ указанной т°.	Пульс и дыха- ніе передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по окон. ея.	При какой т° и чрезъ сколько ми- нутъ.	Кров. давленіе въ мм. (Riva-Rossi) арт. brachialis	Колич. жидкости, принятъ больнымъ во время ваннъ.	Колич. пота въ куб. см.	Хватъ ноги въ граммахъ.	Т° ваннъ.		Вѣс тѣла до ванн. и посл. нея (въ кг)	Т° тѣла до ваннъ и послѣ нея чрезъ 30 минутъ.	Чрезъ сколько вре- мени послѣ приема пищи или питья сѣлана ванна.	Время (въ мину- тахъ) нагрев. ванн. до данной т°.	Примѣчаніе.	
				Мочевина.	NaCl.	Фосфатовъ.	Въ грам- махъ.													Pro mille.	Въ области боковъ и верху по тѣла б						Потъ жето- божь вверху
16 82-26	1080	кис.	—	—	8,64	8 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	60,5	—	—	—	120°С	30 м.	—	—	Потъ былъ,	до	количе-ство	его	не измѣрено.	—	Ванну перенесъ легко.					
17 92-24	1600	кис.	—	—	11,20	7 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	60,8	—	—	—	120°С	30 м.	—	—	I	—	d	e	—	—	m — — —					
18 96-21	1150	кис.	—	—	9,2	8 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	61,2	—	—	—	120°С	30 м.	—	—	I	—	d	e	—	—	m — — —					
19 88-20	1380	кис.	—	—	7,68	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	60,9	—	—	—	120°С	30 м.	—	—	I	—	d	e	—	—	m — — —					
20 96-24	1100	кис.	12,47	6,60	0,72	7,70	7 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	60,5	—	—	120°С	30 м.	—	—	I	—	d	e	—	—	m — — —					
21 84-22	1000	кис.	10,65	4,81	0,49	8,00	8 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	60,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Ванны не было.				
22 92-22	1000	кис.	—	—	8,00	8 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	60,3	—	—	—	—	—	—	—	Ся.	т	а	б	л	в	ц	у	ж	У-й.	—	Ванны не было.
23 72-21	1300	кис.	—	—	7,80	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	61,2	—	—	—	34°С	90 м.	утромъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Бод. ванна ут- ромъ и вечеромъ.	
24 88-20	1500	кис.	18,29	15,00	1,16	9,00	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	61,7	—	—	34°С	90 м.	утромъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Бод. ванна ут- ромъ и вечеромъ.	
25 84-21	1700	кис.	28,76	16,83	2,00	11,20	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	61,7	—	—	34°С	90 м.	утромъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Бод. ванна ут- ромъ и вечеромъ.	
26 100-24	1000	кис.	25,63	10,15	0,99	6,00	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	61,2	—	—	34°С	90 м.	утромъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Бод. ванна ут- ромъ и вечеромъ.	
27 90-26	700	кис.	16,17	6,32	0,29	4,2	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ / ₁₀	61,0	76	34-22	—	—	—	—	Ванны не было.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Болѣной выни- сается изъ клиники.	

Случай III-й. Больной П. К., 25 лѣтъ, учитель сельской школы. Поступилъ въ клинику 14-го апрѣля 1906-го года съ жалобою на отеки лица и обѣихъ ногъ и на сильный кашель, бывающій, гл. обр., по утрамъ, причемъ обычно выдѣляется мокрота, содержащая мелкія крупинки зеленовато-желтаго цвѣта. Въ концѣ апрѣля 1900-года у больного былъ лѣвосторонній экссудативный плевритъ, которому, въ теченіе приблизительно 2 недѣль, предшествовало лихорадочное состояніе съ обильными, холодными потами по ночамъ. Въ іюнѣ 1900-го года у К. заболѣлъ лѣвый бокъ, и появился кашель то съ безцвѣтной, то съ зеленовато-желтой мокротой, отдѣлявшейся, преимущественно, утромъ и, притомъ, въ небольшомъ количествѣ. Оба эти симптома наблюдались до конца года. Весною 1903-го года здоровье нѣсколько улучшилось, но въ августѣ того же года у больного „пропалъ голосъ“. Въ такомъ состояніи больной находился до осени 1904-го года, когда кашель значительно ослабѣлъ, и вновь возстановился голосъ. Лѣтомъ 1905-го года голосъ сталъ нормальнымъ. Въ декабрѣ 1905-го года больной перенесъ сильную diarrhoeam. Съ 18-го января 1906-го года вновь появилось лихорадочное состояніе, продолжавшееся до 24-го января, послѣ чего вторично началась diarrhoea, длившаяся около 2 недѣль. 26-го февраля 1906-го года обнаружались отеки — сначала на лицѣ, а потомъ на ногахъ и груди, отличавшіеся наклонностью къ легкому перемѣщенію при перемѣнѣ положенія тѣла.

Венерическими болѣзнями К. не страдалъ. Спиртные напитки употреблялъ рѣдко и въ очень умеренномъ количествѣ. Мать больного умерла отъ легочной чахотки, достигнувъ 43-хъ лѣтняго возраста. Младшая сестра К. страдаетъ сухимъ плевритомъ.

Больной немного выше средняго роста, правильнаго тѣлосложенія и слабаго питанія. Костно-мышечная система и слой подкожной жировой кляѣчатки развиты очень плохо. Кожа и видимыя слизистыя оболочки крайне блѣдны. Имѣется anasarca лица, туловища и конечностей. Обѣ fossae supraclaviculares значительно западали.

Начиная съ уровня *Anguli inferioris scapulae sinistrae* и копчая нижнимъ краемъ XI-го ребра по *lineis scapul., axil. poster. et praevert. sinistris*, при перкуссии получается притупленіе съ постепеннымъ (въ области его) ослабленіемъ дыханія по направленію сверху внизъ. Обѣ верхушки стоятъ довольно низко: лѣвая — на 2 *ctm.*, правая — на 3,5 *ctm.* надъ соответствующими *claviculis*. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго — рѣзкій бронхиальный выдохъ, въ верхушкѣ праваго и въ остальныхъ областяхъ обоихъ легкихъ — жесткое везикулярное дыханіе, принимающее вреженами неопредѣленный характеръ, благодаря появленію въ большомъ количествѣ

влажныхъ и сухихъ хриповъ. Границы *lien*is перитонеально несколько увеличены. Границы *hepat*is et *cordis* нормальны. Тоны сердца чистые, но немного глухие. Пульсъ *art. radialis* среднего напряженія, довольно высокій, полный, нормальной частоты.

Моча желтовато-красная, сильно кислой реакціи. Микроскопически въ мочевомъ осадкѣ: жирно-перерожденный почечный эпителий, жирно-перерожденные эпителиальные цилиндры, галиновые цилиндры съ наслоеніемъ изъ лейкоцитовъ и безъ нихъ и немного эритроцитовъ. Кромѣ того, мочеваа кислота, мочекислый натръ и щавелево-кислая известь.

Въ мокротѣ—*bacill. Koch*'a—по 3—4 штуки въ полѣ зрѣнія и до 20 штукъ—въ мазкѣ.

Окр. живота на уровнѣ *umbilici* = 78 *ctm.*

— пр. и лѣв. голеней = 39—24 } *ctm.*
38—23 }

Больной пробывъ въ клиникѣ съ 14-го апрѣля по 10-ое мая 1906-го года и принявъ за это время 24 сухо-возд. ванны (въ 120°C—40 минутъ). Относительно дѣйствія ваннъ на выдѣлительную функцію почекъ можно сказать то же самое, что было сказано по этому поводу въ 2 первыхъ случаяхъ: разница заключается въ цифрахъ, но не въ выводахъ, которые можно сдѣлать на основаніи приведенныхъ въ таблицахъ данныхъ. Состояніе мочевого осадка въ концѣ лѣченія см. въ таб. № V-й.

Особенность этого случая, заслуживающая нѣкотораго вниманія, состоитъ въ томъ, что ванны съ высокой Т—рой примѣнялись здѣсь, не смотря на туберкулезъ лѣваго легкаго, и только одинъ разъ, но не во время ванны, а черезъ 7—8 часовъ послѣ нея, наблюдалось вызванное ваншемъ слабое двукратное haemoptoe, прекратившееся само собою и больше не повторявшееся, хотя ванны продолжались и въ слѣдующіе дни.

Измѣдка во время ваннъ бывали головныя боли. Подъ вліяніемъ ваннъ исчезла апатія, и даже немного ослабѣлъ кашель. Общее состояніе, самочувствіе и питаніе значительно улучшились. Особенной слабости больной во время ваннъ не замѣчалъ. Средняя Т—ра ваннъ = 60°—80°C (при 120°C въ верхней части нагрѣтаго возд. пространства).

Кровяное давленіе повышалось у этого больного подъ вліяніемъ сухо-возд. ваннъ очень значительно (на 29—31 *mm.*). У всѣхъ послѣдующихъ больныхъ оно бывало меньше.

Месяц и число.	Пульс и дыхание утром и вечер.	Суточное количество мочи и ее уд. вѣс.	Реакция мочи	Суточное колич. содерж. въ мочѣ.			Сут. кол. белка моч.		Т° тела утромъ и вечеромъ.	Вѣс. тела въ kilogram	Обруж. живота на ур. umbilicum	Окружность грудной и лѣвой голени въ cm	Т° ванны по C°	Продолж. ваннъ съ указанной Т°	Пульс и дыхание передъ ванной, во время нея и чрезъ 30 м. по окон. ея.
				Мочевины.	NaCl.	Фосфатовъ.	въ грам. махъ	Pro mille							
1920	84—24	900	кис.	16,29	4,95	0,49	8,10	9 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,3	64,2	83	38—23	120°C	40 м.	88—24 92—24 96—24 104—26 108—26 116—28 100—24
	84—28	1020							37 ⁰ ,0			37—24			
21	84—24	1500	кис.	—	—	—	9,00	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,4	63	81	37—23	120°C	40 м.	—
	80—24	1014							37 ⁰ ,1			36,5—24			
22	80—22	1850	кис.	30,25	10,26	1,07	11,10	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,4	62,3	79	37—24	120°C	40 м.	80—22 84—22 92—24 100—24 104—24 108—26 96—22
	78—22	1010							37 ⁰ ,0			38—24			
23	84—22	1700	кис.	—	—	—	10,20	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,4	61,5	81	36—23	120°C	40 м.	—
	80—20	1014							37 ⁰ ,0			37—25			
24	86—24	2300	кис.	—	18,40	—	11,50	5 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,7	59,9	80	36—22	120°C	40 м.	—
	84—20	1011							37 ⁰ ,2			35,3—22,5			
25	84—24	1500	кис.	—	—	—	9,00	6 ⁰ / ₁₀₀	36 ⁰ ,5	58,4	79	34,5—23	120°C	40 м.	—
	80—22	1015							37 ⁰ ,0			35—22			

При какой темп. и чрезъ сколько минутъ.	Крѣв. давленіе въ мм. (Riva-Rocci) art. brachialis	Колѣч. жѣлѣсти прижит. болѣзныя, во время ванны.	Колѣч. нота въ куб. смт.	Наша нота въ грамммахъ.	Въ пласко-сти постели	Въ области боков. и верх. чов. тела б	Полъ жѣло-бомъ вверху.	Всѣъ тела до ванн. и послѣ. нѣя (въ км.)	Тѣъ тела до ванн. и послѣ. нѣя чрезъ 30 минутъ.	Чрезъ сколько времени послѣъ пріема пищи или опѣя едѣлана ванна.	Время (въ мину-тахъ) нагрѣвъ. ванн. до данной темп.	Примѣчаніе.
120°С 10 м. 20 м. 30 м. 40 м. п. в.	106 109 115 120 125 130 108	—	216	1,92	53°С	80°С	120°С	64,2 63,6	36°,3 36°,5 тотъ- часъ послѣ ванны	Черезъ 2 1/2 часа послѣ утр. чая.	10 м.	Нузырь со льдомъ гол. боли не было.
—	—	по тѣ	бы лѣ,	но	колѣ	чест во	неизмѣ рено	Idem.				
120°С 10 м. 20 м. 30 м. 40 м. п. в.	103 106 110 115 122 132 108	—	267	2,34	49°С	76°С	120°С	62,3 61,7	36°,4 36°,3 1 часъ по- слѣ утр. чая.	Черезъ 22 м.	Idem.	
—	—	по тѣ	бы лѣ,	но	колѣ	чест во	неизмѣ рено	Idem.				
—	—	l	—	d	—	—	—	e	—	—	m.	Idem.
—	—	l	—	d	—	—	—	e	—	—	m.	Idem.

Къ характеристикѣ Японской военной санитаріи *).

Доктора Е. М. Идельсона.

Прогрессивное, умственное и политическое движеніе, охватившее все сознательное населеніе нашего отечества, выдвинуло насущную потребность въ точномъ и правдивомъ подведеніи итоговъ минувшей, безславной, Русско-Японской кампаніи. Итоги эти пожалуй отчасти уже подведены и достаточно ясно указали намъ на нашу неподготовленность и на косность нашего государственнаго механизма, работавшаго весьма неудовлетворительно, подъ эгидою отжившаго приказнаго строя.

Фактъ неслыханнаго пораженія ископа доблестной, и до полнаго самоотверженія храброй, русской арміи, заслуживаетъ, чтобы надъ нимъ крѣпко и всесторонне призадумались наши будущіе тактики, стратеги и организаторы охраны вѣнчиваго, политическаго могущества Россіи. Мы же врачи, въ силу принциповъ и міровоззрѣній, свойственныхъ нашему призванію, не можемъ участвовать въ обсужденіи и рѣшеніи подобныхъ дилеммъ. Оставаясь вѣрными поборниками гуманитарныхъ идей и традицій нашей врачебной науки, въ самомъ широкомъ и моральномъ значеніи ея, мы врачи, во всякой войнѣ, прежде всего интересуемся, не успѣхами оружія, а главнымъ образомъ появленіемъ, среди воюющихъ народовъ, тѣхъ или другихъ гуманитарныхъ порывовъ и культурныхъ стремленій, въ дѣлѣ облегченія участи раненыхъ и больныхъ воиновъ. Исторія всѣхъ войнъ даетъ намъ слишкомъ обильную массу фактовъ, указывающихъ намъ на то, что альтруистическая медицина и военное искусство навсегда останутся нравственными антиподами, имѣющими предъ собою діаметрально противоположныя задачи и дѣла. Исходя съ такой точки зрѣнія, у насъ врачей является насущная потребность знать, до мельчайшихъ подробностей, что именно сдѣлаво для уменьшенія жертвъ, принесенныхъ суровому богу войны, и какіе свѣтлые, врачебно-гуманитарные лучи удавалось провести въ темное царство, минувшей Русско-Японской войны. Къ

*) Читано въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ 5-го Октября 1907 г.

сожалѣнію, официальные свѣдѣнія о характерѣ проявленія нашей военной санитаріи, не смотря на то, что уже прошло больше 2-хъ лѣтъ, по окончаніи войны, не сдѣлались еще достояніемъ широкаго общественнаго мнѣнія, а пока не лишне будетъ для насъ ознакомиться, въ общихъ чертахъ, съ организаціей военно-санитарнаго дѣла, у нашихъ бывшихъ политическихъ враговъ, у Японцевъ; тѣмъ болѣе, что о Японской военной санитаріи, еще въ запрошломъ году, много трактовалось, какъ въ общей, такъ и спеціальной медицинской прессѣ, откуда мною сгруппированы нѣкоторые факты для сегодняшняго доклада. Но прежде чѣмъ перейти въ изложенію этихъ фактовъ, я позволю себѣ указать на одну характерную черту японцевъ. Черта эта, уже отмѣченная многими въ прессѣ и въ литературѣ, ярко иллюстрируетъ намъ необыкновенную прогрессивную подвижность японцевъ, ихъ необыкновенную бдительность и продуктивность, по отношенію къ *интересамъ своей родины*, и возрождающейся у нихъ культурѣ, вызывающей удивленіе всего образованнаго міра.

Бой подъ Цусимой, какъ извѣстно, происходилъ 27 и 28 Мая и уже въ Августѣ этого года, т. е. чрезъ 2 мѣсяца, медицинскій шефъ Японской эскадры адмирала Того, д-ръ Шигимиша Зузуки стремится подводить научный итогъ продуктивной дѣятельности японской санитаріи и дѣлаетъ докладъ въ 14-годиномъ собраніи американскихъ военныхъ врачей, въ Detroit, о военно-хирургической и санитарно-гигіенической дѣятельности Японскихъ врачей. Докладъ этотъ, сопровождавшійся многими диаграммами и наглядными фотографическими снимками, по свидѣтельству присутствовавшихъ въ засѣданіи врачей, возбудилъ къ себѣ громаднѣйшій интересъ. Другой не менѣе любопытный для насъ фактъ. Военныя дѣйствія кончились приблизительно въ концѣ іюля 1905 года и уже въ Апрель 1906 года, т. е. чрезъ 9 мѣсяцевъ, Японскій генералъ-штабъ-докторъ Кунке сообщаетъ, въ одномъ изъ засѣданій Японскаго военнаго медицинскаго общества, свѣдѣнія о санитарной дѣятельности всего врачебнаго персонала, за послѣднюю кампанію. Свѣдѣнія эти основаны на цифровыхъ данныхъ, опубликованныхъ уже въ это время Японскимъ медицинскимъ департаментомъ военнаго вѣдомства. Подобная быстрая, совершающаяся по стопамъ событий, научная оцѣнка пережитыхъ санитарныхъ условій войны, несомнѣнно имѣетъ громадное практическое значеніе и можетъ служить хорошимъ стимуломъ для дальнѣйшаго усовершенствованія и улучшенія данной отрасли. Отмѣченныя мною факты своевременнаго появленія въ свѣтъ данныхъ о Японской санитаріи, имѣютъ для насъ особенное поучительное значеніе; такъ какъ у насъ въ этомъ отношеніи, остается желать многого. Достаточно вспомнить здѣсь условія появленія нашего пресловутаго военно-санитарнаго отчета, за Русско-Турецкую кампанію 1877-78 годовъ.

Черезъ годъ только послѣ этой войны, въ 1879 году, въ Петербургѣ былъ собранъ цѣлый ареонагъ врачей, для составленія санитарнаго отчета объ этой войнѣ. Врачи, въ довольно солидныхъ чинахъ, съ подобающими суточными, подъемными и прогонами, возсѣдали для этого 2 года и отчетъ появился въ 1886 году, т. е. черезъ 8 лѣтъ по окончаніи войны. Не взирая однакожь на 8-лѣтнее высиживаніе, отчетъ этотъ, не имѣя никакихъ діаграммъ и даже предметнаго указателя, не оказался на высотѣ своей задачи и лишентъ, по мнѣнію тогдашней критики ¹⁾, всякой научной цѣнности.

Перехожу къ обзору военно-санитарной службы въ Японіи, за минувшую войну. Такъ какъ первый фазисъ войны происходилъ на морѣ, то я сначала коснусь военно-морской санитаріи. Предъ началомъ войны, главный врачъ Японской эскадры, д-ръ Зүзүки предписалъ подвѣдомственнымъ ему врачамъ строго соблюдать, въ предстоящихъ бояхъ, асептическое леченіе ранъ и немедленно сдѣлалъ распоряженіе о заготовленіи на всѣхъ судахъ все необходимое, для проведенія строгой асептики. Всѣмъ врачамъ вмѣнялось въ обязанность держаться на судахъ исключительно консервативнаго, хирургическаго метода леченія ранъ; избѣгать на судахъ ампутацій и всякаго крупнаго хирургическаго вмѣшательства. Взамѣнъ этого стремиться къ скорѣйшей передачѣ раненныхъ на госпитальныя суда, а также къ быстрой эвакуаціи раненныхъ въ тыловыя, сухопутныя, лечебныя учрежденія, гдѣ имѣлись всѣ подходящія условія для выполненія самой строгой и тщательной асептики. По мнѣнію д-ра Зүзүки на судахъ, даже при мирной обстановкѣ, весьма трудно провести правильную асептику, не говоря уже о времени боя, когда вслѣдствіе стрѣльбы изъ орудій и другихъ военныхъ манипуляцій, всѣ помѣщенія судовъ наполнены дымомъ и всевозможною пылью.

Перевязочный матеріалъ у японцевъ стерилизовался паромъ и хранился въ герметически-закрытыхъ жестяникахъ. Такъ какъ на судахъ всегда имѣется паръ, то стерилизація перевязочныхъ матеріаловъ была тамъ гораздо доступнѣе, чѣмъ на полевыхъ перевязочныхъ пунктахъ.

Хирургическіе инструменты вываривались въ содовомъ растворѣ. Руки врачей и окружающіе рапы очищались стерилизованной водою, щетками и мыломъ, ополаскивались сначала растворомъ сублимата и наконецъ стерилизованной водою. Если не имѣлось стерилизованной воды и мыла, то окружающую рану очищали алкоголемъ.

¹⁾ См. Jahresbericht über die Leistungen des Militär-sanitätswesens von Dr. W. Roth за 1887 годъ.

Хирургическая помощь на борту подавалась въ двухъ этапахъ. Во время самого боя представлялась только возможность оказывать наименѣе необходимой помощь, какъ: перевязка и прижатіе кровоточащихъ сосудовъ, временная иммобилизація членовъ при переломахъ и закрываніе ранъ мягкихъ частей стерилизованной повязкой. Настоящая интенсивная хирургическая работа начиналась обыкновенно по окончаніи боя, при первой возможности врачамъ функционировать, на перевязочномъ пунктѣ. При перевязкѣ раненыхъ соблюдалась очередь, начиная съ болѣе тяжелыхъ случаевъ пораненій. Тутъ же отмѣчались болѣе точные диагнозы, съ указаніемъ важнѣйшихъ явленій ранъ, свободные осколки костей, а равно и пропавшіе въ раны куски одежды, удалялись. Наружные покровы ранъ зашивались по мѣрѣ надобности. Хотя зашивание наружныхъ покрововъ многими хирургами не одобряется, но японцы, путемъ опыта, убѣдились, что зашивание наружныхъ покрововъ во многомъ служить хорошею защитой, при дальнѣйшемъ теченіи ранъ. Сложные переломы не трогались и ихъ только снабжали соответственными повязками, способными выдержать транспортировку. На второмъ этапѣ врачебной помощи также долго не возились со сложными пораненіями: такъ какъ главная задача состояла въ томъ, чтобы оказывать массовую помощь всѣмъ раненымъ, безъ исключенія. Что же касается вообще принципиальнаго значенія перевязочныхъ пунктовъ на бортахъ судовъ, то д-ръ Зүзукъ *откровенно* сознается, что на боевыхъ японскихъ судахъ не было никакой физической возможности устраивать ихъ удовлетворительно и соответственно тѣмъ условіямъ, которыя должны быть предъявляемы къ перевязочному пункту, а именно: чтобы имѣть закрытое подъ ватерлиней мѣсто съ достаточнымъ количествомъ свѣта и воздуха, хорошей вентиляціей помѣщенія и удобными элеваторамъ, для перепоски раненыхъ. Д-ръ Зүзукъ утверждаетъ, что на русскихъ судахъ, попавшихъ къ японцамъ въ плѣнъ, ему приходилось наблюдать гораздо болѣе удовлетворительное устройство перевязочныхъ пунктовъ. Японцы обыкновенно на своихъ броненосцахъ и большихъ крейсерахъ устраивали свои перевязочные пункты на нижней палубѣ, на мелкихъ же крейсерахъ въ одномъ изъ помѣщеній верхней палубы, или на вахтѣ. На большихъ судахъ всегда было устроено по 2 перевязочныхъ пункта, на случай, если бы одинъ былъ разрушенъ снарядами. Отъ госпитальныхъ судовъ не требовалось, чтобы они находились въ сферѣ огня; послѣ того какъ одно госпитальное судно было повреждено 10 августа 1904 г. На вѣботорыхъ малевькихъ крейсерахъ устраивали, кругомъ перевязочныхъ пунктовъ наметы, или навѣсы изъ парусовъ, для защиты отъ осколковъ снарядовъ. Мѣра эта оказалась весьма практичной и подтвердилась случаями предохраненія отъ осколковъ

на канонирской лодкѣ „Хокай“ подъ Портъ-Артуромъ. Дальнѣйшее пребываніе раненыхъ, послѣ оказанной имъ первоначальной помощи, представляло собою довольно большія затрудненія. На броненосцахъ и бронированныхъ крейсерахъ, раненые и больные, въ количествѣ 60—70 человекъ, размѣщались въ нижней палубѣ, по главнымъ корридорамъ, съ обѣихъ сторонъ судна. Въ трюмахъ судовъ, большие, по недостатку тамъ свѣта и воздуха, а также вслѣдствіе очень крутыхъ лѣстницъ, не могли быть размѣщены. На небронированныхъ крейсерахъ, размѣщеніе больныхъ было вездѣ не безопасно и обыкновенно ихъ размѣщали на нижней палубѣ. Трупы умершихъ хранились въ разныхъ импровизированныхъ покойничихъ. Всѣ нестроевые команды Японскаго флота какъ: писаря, музыканты, вѣстовые, пожарные подробно обучались правиламъ подачи первоначальной помощи и переноски раненыхъ. Остальнымъ матросамъ преподаются лишь краткія *свидѣніи о самопомощи*¹⁾. На практикѣ однакожь, по наблюденіямъ д-ра Зузуки, выходило, что, даже наилучше обученные санитары, въ разгарѣ боя и въ боевой суматохѣ, забывали все то, что знали и обыкновенно лишь 3-ья часть раненыхъ доставлялась на перевязочный пунктъ правильно перевязанными первоначальной повязкой и на носилкахъ. Остальные двѣ трети раненыхъ прибывали безъ всякой перевязки и на рукахъ у носильщиковъ. Такова видно суровая дѣйствительность войны, разбивающая всѣ гуманныя людскія стремленія. До войны, Японцы заготовили богатый запасъ перевязочныхъ матеріаловъ, въ которыхъ не было недостатка во все время войны, даже при тѣхъ случаяхъ, когда приходилось перевязывать русскихъ раненыхъ. Съ пакетами первоначальной помощи произошла, во время кампаніи, слѣдующая перемѣна. Въ виду того, что въ морскомъ бою, на судахъ, бываютъ иораненія главнымъ образомъ отъ большихъ снарядовъ, то перевязочные пакеты полевого типа были обыкновенно недостаточны по своимъ размѣрамъ и такимъ образомъ приходилось для перевязки одной раны откупоривать нѣсколько жестянокъ. Послѣ первыхъ боевъ, въ февралѣ 1904 года, по требованію главнаго врача эскадры, были немедленно присланы другіе пакеты, соответствующе размѣрамъ пораненій отъ большихъ снарядовъ. Пакеты эти состояли изъ сулемовой марли и большихъ косынокъ, и были герметически заклеены въ мѣшкахъ, изъ восковой бумаги. Подобные пакеты раздавались матросамъ и также находились на судахъ, въ различныхъ мѣстахъ. Для того, чтобы врачи и ихъ помощники, послѣ подачи первоначальнаго пособія, могли бы приступить къ дальнѣйшей хирургической работѣ, существовалъ на судахъ запасъ бѣлыхъ хала-

¹⁾ См. о самопомощи въ боевой линіи. Докладъ Каванскому военно-санитарному Обществу Е. М. Идельсона, за 1904 годъ.

товъ, по 3 халата на каждаго. Не безынтересны также нѣкоторые частныя и общія профилактическія мѣры, практиковавшіяся у японцевъ противъ различныхъ травматическихъ поврежденій. Предъ каждымъ боемъ, на всѣхъ судахъ удалялись, кромѣ безусловно-необходимыхъ вещей, всѣ лишніе предметы. Такъ напр. во время боя на Желтомъ морѣ, на броненосцѣ „Миказо“, при паденіи разстрѣленного семафора, погибли 23 матроса. Если бы этотъ семафоръ былъ бы удаленъ раньше боя, то этого несчастія не было бы. Разные командирскіе мостики, коммандные домики и прочія необходимыя, для управленія судовъ, предметы, завѣшивались особыми матами. Японцы дѣлали въ этихъ матахъ и занавѣскахъ массу петель и кармановъ, захватывавшихъ много осколковъ отъ разрывающихся снарядовъ и такимъ образомъ удавалось уменьшать число раненыхъ. Во время боя, при обстрѣливании непріателемъ какого нибудь борта, вся судовая команда обыкновенно переходила въ сторону огня и этотъ, на первый взглядъ странный, маневръ объясняется тѣмъ, что копусъ отъ разрывающагося снаряда наноситъ вдали гораздо больше вреда, чѣмъ вблизи. Для предохраненія или по крайней мѣрѣ для уменьшенія ожоговъ отъ лопающихся паровыхъ трубъ, матросы старались, по возможности, имѣть всѣ части тѣла закрытыми. При взрывѣ паровыхъ трубъ, людямъ рекомендовалось избѣгать вантъ и лѣстницъ, а скорѣе ложиться плашмя на палубу. Нельзя также не отмѣтить здѣсь распоряженія д-ра Зүзуки, что-бы матросы, предъ каждымъ боемъ, одѣвались въ чисто-вываренное бѣлье для того, чтобы предохранять раны отъ зараженія кусками одежды, проливающими въ тѣло, вмѣстѣ съ пулями и осколками снарядовъ. Сильное сотрясеніе воздуха при стрѣльбѣ изъ тяжелыхъ орудій вызываетъ, какъ извѣстно, среди артилерійской прислуги, поврежденіе слухового органа; барабанныя перепонки разрушаются и получается въ результатъ глухота. Для предупрежденія этого явленія, всѣ команды снабжались стерилизованной ватой для закрытія ушей. Такъ какъ острота зрѣнія имѣетъ, какъ извѣстно, громадное вліяніе на ту или другую успѣшность стрѣльбы, то зрѣніе у всѣхъ артилерійскихъ наводчиковъ изслѣдовалось предъ боемъ и, при малѣйшемъ пониженіи у нихъ остроты зрѣнія, замѣнялись другими, обладающими хорошимъ зрѣніемъ. Въ каждой батарее имѣлся запасъ 1% раствора борной кислоты, для періодическаго промыванія соединительной оболочки глазъ, засоряющейся отъ дыма и копоти.

О характерѣ ранъ, получаемыхъ въ морскихъ сраженіяхъ, д-ръ Зүзуки сообщаетъ слѣдующія данныя. Почти при всѣхъ пораненіяхъ получались обширныя разрушенія тканей, какъ мягкихъ частей, такъ и костей. Обыкновенно входныя отверстія ранъ были

гораздо меньше выходныхъ. Были также рѣдкія исключенія, что отверстія ранъ имѣли обратные размѣры, т. е. выходные меньше входныхъ. Причины этого страннаго явленія не могли быть констатированы. Случалось наблюдать, что частицы снарядовъ, застрѣвавшія въ слѣдшихъ равнинахъ каналахъ, по своимъ размѣрамъ были больше входного отверстія. Кровеносные сосуды въ ранахъ большею частью были какъ бы срѣзаны и раненіе ихъ не сопровождалось большими кровотечениями; сосуды ссучивались и замыкались. Осколки снарядовъ повидимому имѣли стерильный характеръ. Нагноеніе наблюдалось чаще всего въ тѣхъ ранахъ, гдѣ вмѣстѣ со снарядомъ попадались также въ рану куски одежды. Весьма тяжелое впечатлѣніе производила во время морскихъ боевъ, множественность пораненій у одного и того же матроса. Попадались случаи, что насчитывали около ста ранъ у одного человѣка.

Д-ръ Зузуки въ своемъ докладѣ даетъ также статистическія свѣдѣнія объ убитыхъ и раненыхъ въ морскихъ сраженіяхъ за періодъ времени, съ февраля 1904 года по 15 августа 1905 г. Общая потеря Японскаго флота, за все это время, была 3682 человѣка, изъ нихъ: 1891 убитый и 1791 раненый; такъ что число убитыхъ было больше, чѣмъ число раненыхъ. На 1891 убитаго приходится 1445 человѣкъ, погибшихъ во время утопленія судовъ, при взрывахъ отъ подводныхъ минъ. Изъ общаго числа раненыхъ умерло въ послѣдствіе еще 117. Изъ общаго числа раненыхъ только 647 человѣкъ, или 36,1% пуждались въ дѣлѣйшемъ стаціонарномъ леченіи, въ постоянныхъ госпиталяхъ.

Что же касается гигиеническихъ и профилактическихъ мѣръ, предпринятыхъ въ Японскомъ флотѣ, то д-ръ Зузуки прежде всего подчеркиваетъ то обстоятельство, что вообще служба на военноморскихъ судахъ, даже не во время самаго боя, въ высшей степени тяжелая и до крайности изнурительная. Постоянная готовность паровыхъ машинъ обуславливается необыкновенной бдительностью и энергическою работоспособностью, со стороны команды, и время для отдыха и сна доведено до минимума. Во время минувшей войны приходилось, по цѣлымъ недѣлямъ, а иногда по мѣсяцамъ, держать въ полномъ напряженіи всѣ наличныя физическія и нравственныя силы команды. Для поддержки бодрости въ морскихъ командахъ практиковалось любимое въ Японіи національное единоборство, въ родѣ англійскаго бокса (Jiu-jutsu). Громадную поддержку бодрости оказывали также газеты и корреспонденція, получавшіяся изъ родины въ обильномъ количествѣ.

Пищевое довольствіе матросовъ, во время минувшей войны, подвергалось также коренному измѣненію къ лучшему. Въ прежнее время, при переходѣ на суда, матросы получали прибавочный паекъ деньгами. Большинство матросовъ обыкновенно ограничивалось

покупкой одного рису, къ которому Японцы привыкли. Но рисъ, по незначительному въ немъ содержанію азотистыхъ единицъ, служитъ предрасполагающимъ моментомъ къ заболѣванію болѣзною *каке* или *берн-бери*. Въ виду этого, людямъ отпускался въ патурѣ суточный раціонъ, состоящій изъ мяса или мясныхъ консервовъ, сухарей или хлѣба, рису, толченого ячменя, свѣжихъ или сушеныхъ овощей, чаю, сахару и жареного ячменя. Одиѣзъ разъ въ недѣлю отпускался горохъ или бобы. Кромѣ этого, отпускались еще разныя приправы.

Для обезпеченія флота жизненными припасами, при эскадрѣ постоянно находились 2 продовольственныхъ судна, на которыхъ находился живой скотъ на мясо и, кромѣ того, на этихъ судахъ были устроены ледники, для храненія мяса битого скота; такъ что во все время кампаніи, эскадра была обезпечена свѣжимъ мясомъ. Только на крейсерахъ, носившихъ дальнюю развѣдочную службу, матросы вынуждены были довольствоваться сухарями и мясными консервами.

Особенное вниманіе посвящалось въ Японскомъ флотѣ водоснабженію. Броненосцы и другія большія суда имѣли свои аппараты для дестилляціи воды. На маленькія суда и на торпедныя лодки питьевая вода подвозилась. Съ этой цѣлью, при эскадрѣ функционировали два спеціальныхъ парохода, которые ежедневно дестиллировали по 300 тоннъ воды и 2 парохода съ резервуарами, совмѣщавшими въ себѣ 5000 тоннъ дестиллированной воды. Кромѣ питьевой воды, на мелкія суда доставлялась вода для варки пищи, стирки и даже для купанья. Купанье особенно поощрялось въ командахъ, такъ какъ содержаніе тѣла въ чистотѣ имѣетъ, въ тѣхъ широтахъ, огромное профилактическое значеніе.

Обмундированіе матросовъ потребовало не мало заботливости, особенно въ холодное время года. Офицеры и у.-офицеры были снабжены муфтами, перчатками, фуфайками и теплыми шинелями. На каждаго матроса отпускалось: по 2 пары шерстяныхъ перчатокъ, чулокъ, носковъ, фланелевыхъ кальсовъ, пара соломенныхъ башмаковъ и теплая шинель. Кромѣ того, на торпедныхъ лодкахъ отпускалось на каждаго матроса и по 5 теплыхъ шерстяныхъ одѣялъ. Благодаря этимъ мѣрамъ, среди морскихъ командъ не было никакихъ случаевъ отмороженія. Профилактическія мѣры противъ распространенія инфекціонныхъ заболѣваній во флотѣ составляли одну изъ главнѣйшихъ задачъ морскаго врачебнаго персонала и нельзя сказать, чтобы эти мѣры не увѣнчались успѣхомъ; такъ какъ случаи заболѣванія тифомъ и дизентеріею наблюдались во флотѣ, въ относительно маломъ числѣ. Тифозныя заболѣванія встрѣчались преимущественно среди сухопутнаго вой-

ска. На военныхъ же судахъ не было констатировано, чтобы гдѣ нибудь особенно гвѣздились какія либо инфекціонныя заболѣванія. Съ самого начала войны до конца іюля 1905 года насчитывалось во флотѣ 241 случай тифа.

Дизентерія появлялась, въ августѣ и сентябрѣ 1904 года, на судахъ, принимавшихъ участіе въ блокадѣ Портъ-Артура. Всего было 131 случай. Д-ръ Зузуки объясняетъ заносъ этой болѣзни москитами и мухами, которые, при загрузкѣ судовъ китайскимъ углемъ, являлись въ несмѣтномъ количествѣ и загрязняли пищевые продукты. Въ числѣ мѣръ было обращено бдительное вниманіе на то, чтобы всѣ продукты употреблялись въ вареномъ видѣ и чтобы всѣ пищевые продукты тщательно оберегались отъ загрязненія мухами.

Для временнаго пріюта больныхъ и раненыхъ въ распоряженіи Японскаго флота находились 2 госпитальныхъ судна Кобе Мару и Заікію Мару. Суда эти, емкостью въ 3000 тоннъ, вмѣщали по 186 больныхъ. Въ числѣ ихъ было отведено по 18 мѣстъ, изолированныхъ для инфекціонныхъ больныхъ. Госпитальные суда, во время морскихъ сраженій, всегда находились вѣ боевой линіи и только по окончаніи боя присоединялись къ эскадрѣ.

Перехожу теперь къ изложенію нѣкоторыхъ данныхъ по санитарной организаціи въ Японской сухопутной арміи. Война продолжалась 21 мѣсяць. Общее число всѣхъ раненыхъ было 220,812. Изъ нихъ умерло на поляхъ сраженія 47387 или 21,46%. Всѣхъ больныхъ, поступавшихъ въ лечебныя заведенія было 236223, въ числѣ которыхъ было 27158 инфекціонныхъ больныхъ, такъ что число больныхъ было немногимъ больше числа раненыхъ. Кромѣ больныхъ и раненыхъ въ районѣ дѣйствующей арміи, насчитывалось еще внутри страны (въ томъ числѣ и на островѣ Формозѣ) 97850 раненыхъ и больныхъ, разбѣянныхъ по лазаретамъ. Такимъ образомъ общая цифра всѣхъ больныхъ и раненыхъ, за все время войны въ Японіи, была 554.855. Кромѣ того, на попеченіе японскихъ врачей, поступило 74803 человѣка изъ русской арміи. Военныхъ врачей убито 19, ранено 104, итого 123, что составляетъ 2,7% на общее число 4517 военныхъ врачей. Помощь раненымъ подавалась въ боевой линіи. Исполнявшіе обязанности санитарной службы въ войскахъ подвергались на передовыхъ боевыхъ позиціяхъ одинаковой опасности, какъ и строевые.

Санитарный персоналъ состоялъ: изъ 4517 военныхъ врачей, 639 военныхъ фармацевтовъ, итого 5156. Низшій санитарный персоналъ состоялъ изъ 33597 человѣкъ. Итого весь санитарный персоналъ насчитывалъ 38.753. человѣка.

Общество Японскаго Краснаго Креста доставило въ распоряженіе арміи врачей, аптекарей и низшихъ санитарныхъ служителей

3470 лицъ. Кромѣ того 239 специалистовъ врачей гражданскаго вѣдомства принимали участіе въ военно-санитарной службѣ. Такимъ образомъ общее число санитарныхъ дѣятелей въ японской арміи было 44,465, въ томъ числѣ 5131 врачъ. Сопоставляя это число врачей съ числомъ раненыхъ и больныхъ выходитъ 1 врачъ на 123 больныхъ и раненыхъ; не считая, конечно, тѣхъ легкихъ больныхъ и раненыхъ, которые находились при войскахъ.

Потребность въ санитарномъ матеріалѣ, со включеніемъ сюда хирургическихъ инструментовъ, перевязочныхъ средствъ и лекарствъ, была колоссальная; по тѣмъ не менѣе всегда и вездѣ средствъ этихъ имѣлось въ изобиліи и не было случая гдѣ бы ихъ не доставало. Армія снабжалась санитарнымъ матеріаломъ главнымъ образомъ изъ санитарнаго депо военнаго министерства. Врачебныя средства большею частью раздавались въ формѣ пилюль и порошковъ, которые большею частью были заготовлены также въ военно-санитарномъ депо.

Для транспортировки больныхъ и раненыхъ пользовались носилками, обозными повозками и дженныриками, которые перемещали въ районѣ отъ этапныхъ лазаретовъ до желѣзно-дорожной линіи, по которой больные подвергались дальнѣйшей эвакуаціи. Всѣ Манжурскія рѣки и рѣчки, насколько позволяли ихъ судноходныя условія, использовались для перевозки больныхъ и раненыхъ. 20 хорошо устроенныхъ госпитальныхъ судовъ, 6 госпитальныхъ пароходовъ и многіе другіе транспортные пароходы, находились въ распоряженіи арміи для эвакуаціи больныхъ. Тяжело-раненые и тяжелые инфекціонные больные исключительно эвакуировались на госпитальныхъ судахъ. Число тяжелыхъ больныхъ и раненыхъ, эвакуированныхъ обратно съ театра войны на родину, достигло 320000. Общее число больныхъ и раненыхъ, транспортированныхъ съ театра войны, давало выздоровѣвшихъ 63,23%, умершихъ 7,49%. Если же взять только число перевезенныхъ раненыхъ, то изъ послѣднихъ выздоровѣло 71,58% умерло 6,83%. Въ мирное время число лазаретныхъ больныхъ давало 75,05% выздоровленій и 1,18% умершихъ.

Для предохраненія здоровья въ дѣйствующихъ войскахъ, медицинскій департаментъ издалъ маленькую карманную книжку, состоящую изъ 80 параграфовъ, подъ заглавіемъ „Полевая гигиена“, и разослалъ въ каждую роту известное число экземпляровъ. Въ этой книжкѣ изложены, общедоступнымъ языкомъ, гигиеническія правила по сбереженію здоровья: о чистотѣ тѣла и одежды, о пищѣ и питѣ, о томъ какъ вести себя въ походѣ и на стоянкахъ, о маршевыхъ болѣзняхъ, объ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, объ устройствѣ отхожихъ мѣстъ и т. подоб. Войсковые врачи обязывались постоянно обучать и знакомить солдатъ съ изложенными

правилами, но отвѣтственность за ихъ выполненіе возлагалась на ротныхъ командировъ. По мнѣнію австрійскаго ин. доктора Штейнера, Японская армія была одна изъ первыхъ, которая позаботилась о популяризаціи санитарно-гигіеническихъ свѣдѣній среди офицеровъ и солдатъ. Результаты получились поразительные, не смотря на то, что на многихъ стоянкахъ приходилось преодолевать массу затрудненій. Особенно много приходилось весной и лѣтомъ бороться съ мухами и насѣкомыми. Конскій навозъ и разные хозяйственные отбросы и мусоръ, гдѣ особенно размножаются мухи и москиты, замѣчательно быстро и неотложно удалялись изъ района расположенія, или сжигались на мѣстѣ. Кромѣ того, въ арміи придумывались всевозможныя ловушки и сѣтки для предохраненія отъ укусовъ насѣкомыхъ.

Солдатская пища состояла изъ рису, говядины, рыбы и овощей. Рисъ отпускался въ количествѣ 6 го (около 2 фунтовъ) въ сутки. Мясные консервы давались, отъ 160 — до 360 грам. (безъ костей) въ сутки, со свѣжими или сушеными овощами. Большое вниманіе обращалось на разнообразіе въ пищѣ. Нѣсколько разъ въ недѣлю выдавались солдатамъ различныя сласти, а также и табакъ. При возможности отпускалось 2 раза въ недѣлю по 200 грам. саки (національный напитокъ, приготовленный изъ рису). Люди, отказывавшіеся отъ саки, получали взаменъ ея сласти. При каждой усиленной, сверхъ 8-и часовъ, работѣ въ сутки, прибавлялось по 2 го рису или 1 порцію сухарей. Французскій военный врачъ Simonin говоритъ, что пищевое довольствіе японскаго солдата подвергалось въ 1904 году, предъ войной, коренному измѣненію къ лучшему. Въ прежнее время, раціонъ японскаго солдата состоялъ преимущественно изъ рису, въ разныхъ его видахъ и формахъ. Исключительное питаніе рисомъ служило, по мнѣнію многихъ ученыхъ, главною причиною заболѣванія Берри-берри (Кавке) Вслѣдствіе этого, пища солдата приравнена была къ раціонамъ Европейскихъ армій и, съ 1904 года, питаніе солдата стало гораздо обильнѣе. Хлѣбъ отпускается исключительно бѣлый.

Въ походѣ у каждаго солдата имѣются обѣденная порція сушеного рису и соевыя сливы. Носимая съ собою порція рису, въ лѣтнее время, не портилась. Въ зимнее же время, порція варенаго рису носилась подъ шинелью, въ алюминиевой посудѣ, завернутой шерстянымъ платкомъ; въ противномъ же случаѣ, рисъ замерзалъ и дѣялся негоднымъ къ употребленію. Во время сильныхъ холодовъ отпускались преимущественно сухари.

Обмундированіе солдата было весьма раціональное, примѣнительно къ разнообразнымъ климатическимъ условіямъ Маньчжуріи. Во время зимнихъ холодовъ, отпускались шерстяныя рубашки, а также и различныя мѣховыя вещи.

Необыкновенная, профилактическая дѣятельность и энергія обнаружены была Японскимъ врачебнымъ персоналомъ, по отноше-
 нію къ питьевой водѣ, въ арміи. Вода развозилась по отрядамъ въ
 специальныхъ тѣлѣгахъ—цистернахъ, запряженныхъ четверкой ло-
 шадей. Изъ этихъ цистернъ, каждый солдатъ имѣлъ возможность
 наполнить свою манерку чистой и здоровой водой. На врачей воз-
 ложена была обязанность размѣщать запасы воды, по лѣніи пере-
 движенія отрядовъ. При вторженіи въ Манчжурію медицинскіе
 развѣдчики разсмѣлились впереди отрядовъ, для изслѣдованія всѣхъ
 источниковъ водоснабженія. Если вода въ колодезь или рѣкѣ ока-
 залась негодной къ употребленію, то на этихъ мѣстахъ выстав-
 лялась объявленія, указывавшія на вредъ для здоровья данного
 источника. Если требовалось кипяченіе воды, то объ этомъ также
 было соответственное объявленіе. У загрязненныхъ источниковъ
 водоснабженія выставались караулы, не давашіе людямъ упот-
 реблять эту воду; такъ какъ извѣстно, что въ походѣ, подъ влія-
 ніемъ томительной жажды, солдаты обыкновенно бываютъ нераз-
 борчивы. Не малая опасность угрожала японской арміи отъ за-
 носа инфекціонныхъ заболѣваній, господствующихъ эндемически,
 почти во все время года, среди Манчжурскаго населенія, какъ:
 оспа, брюшной тифъ и дизентерія. Такъ какъ войска, въ большин-
 ствѣ случаевъ, были расквартированы въ китайскихъ фанзахъ, то
 на это было обращено особенное вниманіе и заботливость со сто-
 роны санитарнаго персонала Японской арміи. Предъ тѣмъ, какъ
 занимать какую либо деревню или поселокъ, изъ отряда посы-
 лались войсковые врачи, въ качествѣ квартирьеровъ, для обстоя-
 тельнаго и подробнаго обследованія, пѣтъ ли среди мѣстныхъ
 жителей какихъ нибудь инфекціонныхъ болѣзней а также и за-
 раженныхъ фанзъ, которыя могли бы сдѣлаться очагами заразы,
 для прибывающихъ командъ и отрядовъ.

Почти каждое семейство, каждая фанза были тщательно ос-
 мотрѣны и обследованы и всѣ зараженные фанзы исключались
 изъ района расположенія отряда. Здѣсь кстати необходимо упо-
 мянуть, что всѣ санитарные отряды были снабжены микроскопами
 и всеми необходимыми приборами для бактериологическаго изслѣ-
 дованія. При каждомъ дивизионномъ штабѣ находился врачъ, свѣду-
 ющій въ бактериологію. Оказавшіеся, среди мѣстнаго населенія,
 больные пользовались также уходомъ и врачебною помощью, со сто-
 роны Японскихъ врачей. Ограниченіе числа заразныхъ больныхъ
 въ Японской арміи несомнѣнно пахотилось въ зависимости отъ
 тѣхъ предохранительныхъ мѣръ, которыя принимались заблаговре-
 менно. Дезинфекція производилась въ самыхъ широкихъ размѣрахъ.
 Люди, до отправления въ походъ, тщательно осматривались и при
 всякомъ подозрѣніи на присутствіе у нихъ какого либо инфек-

ціоннаго заболѣванія, выдѣлялись изъ команды. Транспорты, на которыхъ отправлялись войска, дезинфицировались до и послѣ отправки. Въ Херошимѣ была устроена дезинфекціонная станція, гдѣ въ 24 часа могли быть дезинфицированы до 6000 человекъ. Наше вторженіе въ Манчжурію, выразился извѣстный японскій врачъ Токаки, было *антисептическое вторженіе*. Въ нашей побѣдѣ, дезинфекціонныя аппараты сыграли такую же роль, какъ и наши пушки.

Въ общемъ приходится отмѣтить, что не только по отзывамъ Японскихъ врачей, которыхъ можно было бы заподозрить въ пристрастіи и утрировкѣ, подъ вліяніемъ національнаго чувства самообольщенія, но и по мнѣнію многихъ врачей нашихъ и другихъ культурныхъ странъ, Японцы, благодаря принятымъ раціональнымъ здравоохранительнымъ мѣрамъ, достигли, небывалыхъ въ исторіи военной санитаріи, блестящихъ результатовъ. Такъ напримѣръ, американскій санитарный майоръ Seaton докладывавъ на военно-медицинскомъ конгрессѣ въ с. Луи о впечатлѣніяхъ, вынесенныхъ имъ, послѣ 4 мѣсячнаго пребыванія въ японской арміи, въ слѣдующихъ выраженіяхъ: Военные врачи пользуются въ Японіи особеннымъ уваженіемъ и вниманіемъ. Своимъ выдающимся значеніемъ и положеніемъ въ арміи, военные врачи обязаны, не за врачеваніе больныхъ и раненыхъ, а за свою санитарно-гигіеническую дѣятельность, дающую весьма благотворныя результаты для благополучія армій. Преслѣдуя главнымъ образомъ профилактическія цѣли по отношенію къ питанію, снаряженію и расквартированію солдатъ, Японскіе врачи развиваютъ свою военно-походную дѣятельность *впередѣ фронта* армій, сопутствуютъ выдвинутымъ передовымъ постамъ и отрядамъ, съ цѣлью подробнаго изслѣдованія мѣстности, населенія, водоснабженія, для предотвращеній всевозможныхъ инфекцій. Сопровождая интенданскіе транспорты и команды, врачи подвергаютъ самому тщательному анализу всѣ пищевые продукты данной мѣстности. Сказанными условіями д-ръ Seaton также объясняетъ то явленіе, что инфекціонныя болѣзни получили весьма слабое распространеніе въ Японской арміи.

Нашъ соотечественникъ д-ръ Падлевскій, изучавшій на мѣстѣ въ Японіи военно-медицинскую организацію, говоритъ слѣдующее: Авторитетъ военнаго врача въ Японіи настолько великъ, что всѣ его совѣты и указанія, не только исполняются въ точности военными властями, но фактически врачи являются даже какъ бы контролерами всѣхъ дѣйствій и распоряженій, военныхъ начальниковъ, по отношенію къ санитарнымъ условіямъ войсковыхъ частей. Благодаря такимъ традиціямъ, въ Японской арміи создалось такое положеніе, что всѣ требованія врача почти никогда не встрѣчаютъ препятствій, со стороны военныхъ начальниковъ.

Нельзя также не упомянуть здѣсь о той практичности и цѣлесообразности, которыя, по свидѣтельству иностранныхъ врачей, посѣщавшихъ Японію, проглядываютъ у Японцевъ, въ дѣлѣ организаціи военныхъ госпиталей. Прежде всего нужно отмѣтить, что во многихъ военныхъ госпиталѣхъ была замѣчательно низкая цифра смертности. Такъ въ госпиталѣ Шибуя перебивало 32421 больной, въ томъ числѣ 11136 раненыхъ, а умерло всего 167 человекъ. Въ госпиталѣ Тоима, въ теченіе апрѣля, мая и іюня 1905 года, перебивало 15759 больныхъ и раненыхъ и за это время всего умерло 41 человекъ (?) Помимо своей обновленной, нормальной лечебной дѣятельности, военные госпиталѣ специализировались, по отдѣльнымъ группамъ болѣзней, подъ руководствомъ, находившихся тамъ лучшихъ специалистовъ, по той или другой отрасли хирургіи. Такъ напримѣръ главная специальность госпиталя Тоима состояла въ операціяхъ надъ плохо-сросшимися переломами конечностей и челюстей, во врачебной гимнастикѣ и массажѣ. Госпиталь Хиро имѣлъ обширное зуболечебное отдѣленіе, снабженное всѣми новѣйшими, техническими приспособленіями. Въ госпиталѣ Сандага пользовались наиболѣе тяжелыми хирургическими случаями. Тутъ же преимущественно производились всѣ пластическія операціи. Главная специальность госпиталя Шибуя проявлялась въ леченіи повреждений головного и спинного мозга, глазъ, уха, носа и горла. Находившійся на коммуникаціонной линіи госпиталь Херосима, не смотря на громадное число, перебивавшихъ тамъ больныхъ (среднимъ числомъ около 12 тысячъ въ мѣсяцъ), имѣлъ прекрасно устроенный кабинетъ для изслѣзованія лучами Рентгена и, ко времени посѣщенія иностранныхъ врачей, имѣлъ уже 6000 снимковъ. Вообще можно сказать, что функція Японскихъ военныхъ госпиталей не ограничивались и не стѣснялись тѣми шаблонными, бюрократическими рамками, которыя обыкновенно парализируютъ и умерщвляютъ въ зародышѣ всякую разумную инициативу, проявляющуюся, въ силу индивидуальныхъ и мѣстныхъ особенностей каждаго даннаго общественнаго учрежденія. Такъ напр въ одномъ госпиталѣ можно было встрѣтить хорошо-организованную бібліотеку, со всѣми періодическими изданіями, выходящими въ Японіи; въ другомъ образцовое зало, для игръ и всевозможныхъ развлеченій для больныхъ, устроенное въ Японскомъ вкусѣ; въ третьемъ зало для развлеченія больныхъ въ Европейскомъ стилѣ; въ четвертомъ госпиталѣ хороший и доступный, по своей дешевизнѣ, буфетъ и т. подобное.

Карантинныя условія, для предупрежденія заноса инфекционныхъ заболѣваній, выполнялись во всѣхъ госпиталяхъ съ особенной тщательностью и заботливостью; такъ что, за все время войны, въ госпиталяхъ не наблюдалось никакихъ гнѣздъ заразныхъ болѣзней,

а попадавшіе въ госпиталь инфекціонныя больныя умѣло и своевременно изолировались. Отсутствие канцелярской волокиты сказывалось рельефнѣе всего въ той замѣчательной быстротѣ, съ которой Японцы формировали свои лечебныя учрежденія, по пятамъ своей двигающейся арміи. Лучшей иллюстраціе можетъ служить госпиталь, устроенный въ Лаоянѣ, уже въ ноябрѣ 1904 года. Японцы, немедленно по занятіи Лаояна, воспользовались пачими кирпичными зданіями, находящимися около стаціи, соединили ихъ крытыми галлереями. Черезъ этотъ госпиталь проходило огромное число раненыхъ 51745 и больныхъ 41170 и. не взирая на такое громадное число больныхъ, госпиталь былъ такъ хорошо устроенъ, что даже не забыты были сѣтки, для защиты больныхъ, отъ мухъ и пасѣкомыхъ.

Для контраста не могу не припомнить здѣсь аналогическаго факта, изъ пережитой мною Турецкой кампаніи. Мы побѣдовоспо завязли Болгарскою столицу Софію, наканунѣ новаго 1878 года. Въ Софіи, послѣ предшествовавшихъ боевъ, накопилась масса раненыхъ, а въ особенности было много больныхъ съ отмороженными ногами. Казалось бы, что, при побѣдовоспомъ вступленіи нашей арміи, мы имѣли полную возможность обезпечить раненыхъ и больныхъ правильной, нормальной, лечебной обстановкой, но, вслѣдствіе постоянного передвиженія различныхъ канцелярскихъ учрежденій, вышло, что первый военно-временный госпиталь явился въ Софіи, только въ іюлѣ, т. е. ровно чрезъ 6 мѣсяцевъ послѣ того, какъ мы заняли Софію, а до того времени больныя валялись по холоднымъ мечетямъ и пустымъ домамъ, оставленнымъ бѣглыми жителями. Больныя лежали на соломѣ, въ собственной походной одеждѣ и въ собственномъ бѣльѣ, почти безъ всякаго санитарнаго ухода и надзора. Вслѣдствіе недостатка врачебнаго надзора бывали случаи, что тифозныя больныя въ бреду выбрасывались на улицу со 2-го этажа и убивались на смерть. Не было врачей, фельдшеровъ и прислуги; все лежало въ тифѣ, не было даже писарей, которые бы могли записывать имена и фамилія умирающихъ страдалцевъ и вѣроятно всѣ умершіе, въ это время въ Софіи, фигурировали потомъ, въ качествѣ безъ вѣсти пропавшихъ; такъ какъ въ общемъ отчетѣ о кампаніи про эту вопіющую санитарную обстановку въ Софіи, за сказанные шесть мѣсяцевъ, совершенно не упомянуто.

Насколько Японцы утилизируютъ на практикѣ все то, что проповѣдывается и вырабатывается наукой, лучше всего доказываетъ намъ тотъ необычайный въ культурной Европѣ фактъ, что вся Японская армія, въ количествѣ около 800000 человекъ, подвергалась, при возвращеніи изъ Манджуріи на родину, самой тщательной дезинфекціи. Dr. Mortignon подробно описываетъ (Presse

Medical, за 1907 г. стр. 66) процедуру, какъ вся возвращающаяся Японская армія дезинфицировалась. Для этого были устроены громадныя карантинныя станціи, снабженныя банями, паровыми стерилизаторами, формалиновыми камерами и формалиновыми пульверизаторами. Сюда съ войсками останавливались на разстояніи километра и болѣе отъ берега. Солдаты спинались съ пароходовъ на маленькихъ баркасахъ, командами въ 50 человѣкъ, и доставлялись со своимъ багажемъ на берегъ, около карантинныхъ зданій. Здѣсь, предъ карантиннымъ помещеніемъ, люди снимали ранцы, бѣлье и сапоги. Въ залѣ, гдѣ осматривались люди, каждому выдавались мѣдное кольцо съ 6 деревянными этикетками, мѣшокъ для цѣнныхъ вещей. бамбуковая коробка и веревка въ 1 1¹/₂ метра длины. Мѣдное кольцо подъ номеромъ оставалось на рукахъ у солдата, до выхода его изъ карантиннаго помещенія. Цѣнныя вещи, часы, бумаги и серебро укладывались въ мѣшокъ. Шинель, одѣяло и всѣ шерстяныя вещи связывались веревкой въ одинъ узелъ. Кожаныя вещи укладывались въ коробку. Всѣ вещи и святая одежда, съ привязанными къ нимъ этикетками, направлялась, чрезъ паровыя камеры, для дезинфекціи. Купанье людей, въ теплыхъ морскихъ купальняхъ, продолжалось обыкновенно $\frac{1}{4}$ часа. По выходѣ изъ купальни, каждый солдатъ получалъ „вемона“. (Японская накидка). По выходѣ изъ бани, въ залѣ, гдѣ ожидалась дезинфицированная вода, раздавались сигареты и чай съ пирожнымъ. Среднимъ числомъ, дезинфекція людей съ ихъ вещами продолжалась часъ и 10 минутъ. Дезинфекція совершалась непрерывно днемъ и ночью. Кромѣ этого, все имущество, находившееся въ хозяйственныхъ учрежденіяхъ арміи, подвергалось самой тщательной дезинфекціи.

Краткій очеркъ мой оказался бы еще болѣе неполнымъ и отрывочнымъ, если бы я не упомянулъ здѣсь, хотя бы вскользь, о Японскомъ Красномъ Крестѣ. Первоначально Общество Краснаго Креста сформировалось въ 1877 г., во время возстанія южныхъ провинцій. Надлежащую же организацію, въ Европейскомъ смыслѣ, Общество Краснаго Креста получило со времени присоединенія его къ Женевской Конвенціи, въ 1887 году. Въ короткое время Общество Краснаго Креста получило весьма широкое развитіе и процвѣтаніе. Такъ въ 1903 году, Общество это насчитывало около 890.000 членовъ, а съ тѣхъ поръ прибавилось еще 21.000, такъ что на каждыя 50 человѣкъ Японскаго населенія приходится 1 членъ Общества Краснаго Креста. Такимъ образомъ подобное учрежденіе, по его широкой популярности, можно вполнѣ считать народнымъ. Запасный капиталъ Общества простирается до 7.400000 іенъ (около 8 миліон. руб.). Въ Токіо, гдѣ находится центральное управленіе Общества Краснаго Креста, существуетъ на его иждивеніи госпиталь на 250 больныхъ и школа для профессіо-

нальных сидѣлокъ. Частная помощь, оказываемая Краснымъ Крестомъ, настолько скомбинирована и переплетена съ военнымъ въдомствомъ, что наиримѣрь даже и женскій персоналъ, служащій въ Красномъ Крестѣ, вполне подчиненъ законамъ и порядкамъ военной дисциплины.

Кромѣ госпитальныхъ судовъ, снаряженныхъ для флота, Общество Краснаго Креста располагаетъ 91 отрядомъ, изъ которыхъ 21 отрядъ для флота и 70 отрядовъ для сухопутной арміи. Отряды эти работали частью въ боевой линіи и частью въ тылу арміи. Каждый отрядъ обыкновенно состоитъ изъ 2-хъ врачей, 1 фармацевта, 1 дѣлопроизводителя, 2-хъ надзирателей и 20 сидѣлокъ. Въ концѣ сентября 1904 года, Красный Крестъ послалъ въ дѣйствующую армію болѣе 2700 лицъ. Команды носильщиковъ, снаряжаемыя Обществомъ Краснаго Креста, состоятъ болѣею частью изъ отставныхъ солдатъ, которые должны прослужить 2-хъ мѣсячный курсъ и упражняться въ транспортировкѣ раненыхъ и больныхъ. Команды эти состоятъ изъ 1-го командира, 1 врача, писаря, 2 старшихъ и 3-хъ младшихъ надзирателей и 120 носильщиковъ. Госпиталь Краснаго Креста въ Токио устроенъ по барачной системѣ и рассчитанъ на размѣщеніе въ немъ нѣсколькихъ тысячъ войскъ. Въ Мацуямѣ на островѣ Сикоку, гдѣ сосредоточены были всѣ военно-плѣнные, имѣется также госпиталь Краснаго Креста. Въ Общество Краснаго Креста, какъ самое популярное учрежденіе въ Японіи, поступаетъ масса жертвованій, отъ всѣхъ слоевъ населенія.

Такимъ образомъ уже изъ приведенныхъ отрывочныхъ данныхъ вытекаетъ, что молодая Японская военная санитарія, представляющая собою только отпрыскъ, маленькій осколокъ широко-развивающейся Европейской медицины, успѣла однакожъ, въ самое короткое время, использовать и примѣнить, для блага своей арміи, все то, что выработано теоріей и практикой, въ культурныхъ странахъ стараго и новаго свѣта. Подготовленность японцевъ къ этой кампаніи поистинѣ замѣчательная и достойная подражанія. Еще задолго до войны, исколесивъ всю Манчжурію вдоль и поперекъ, Японцы изучили топографическія, экономическія, этнографическія и санитарныя условія страны до мельчайшихъ подробностей и благодаря этому, имъ удалось довести до минимума причины инфекціонныхъ заболѣваній, которыя обыкновенно бываютъ постоянными спутниками воюющихъ армій. И въ этомъ отношеніи японцы опередили многихъ культурныхъ народовъ. Японцы достигли того, чего не могли добиться французы въ своей экспедиціи на Мадагаскаръ, американцы во время Испанской войны и англичане въ Южной Африкѣ, въ войнѣ съ бурами. Повсюду умирали въ вой-

свахъ, отъ болѣзней, въ 4—5 разъ больше, чѣмъ отъ непріятельскаго оружія.

Говоря о Японской военной санитаріи, въ силу ассоціаціи идей, невольно является вопросъ, какъ обстояло дѣло у насъ. Много ли мы успѣли сдѣлать, для сокращенія числа жертвъ, въ минувшую войну. Воспользовались ли мы тѣмъ горькимъ опытомъ, который мы вынесли изъ предыдущихъ кампаній: Крымской и Русско-Турецкой 1877—78 годовъ, минувшаго столѣтія. Отвѣчать что либо на этотъ вопросъ, не имѣя точнаго и безпристрастнаго отчета, было бы пока рискованно и преждевременно, ибо легко власть въ ошибки, которыя далеко не безразличны, или вѣрнѣе сказать, весьма чувствительны для нашего общественнаго самосознанія. Нѣтъ сомнѣнія, что отзывчивость къ нуждамъ больныхъ и раненыхъ, въ минувшую войну, проявлялась у насъ въ широкихъ, можно сказать, даже въ небывалыхъ размѣрахъ. Обильнымъ потокомъ полилась частная добровольная помощь изъ разныхъ сферъ и уголковъ нашего отечества. Всѣ, по силѣ возможности, вносили свою лепту для облегченія страданій мучениковъ, пролившихъ свою кровь въ защиту славы и могущества родины. Участвовали въ этомъ дѣлѣ, помимо членовъ Царской фамиліи и Краснаго Креста, земства, города, дворянство, университеты и многія частныя лица.

Частная добровольная помощь насчитывала въ итогъ 332 учрежденія, съ 22400 лазаретными мѣстами. Къ концу войны, частная помощь имѣла въ своемъ распоряженіи 5018 лицъ. Между ними было 455 врачей 168 формацевтовъ 2240 фельдшеровъ 1960 сестеръ милосердія. Израсходовано массу денегъ. Въ одинъ только Красный Крестъ поступило за время войны до 40 миліоновъ, изъ коихъ израсходовано 29 миліоновъ. И что же, не взирая на громадное сочувствіе всѣхъ слоевъ населенія, положеніе нашихъ больныхъ и раненыхъ въ Японскую войну заставляло желать очень многого, судя по тѣмъ печальнымъ отелшкамъ войны, которые все больше и больше раздаются, какъ въ общей, такъ и въ спеціальной прессѣ. Корпусный врачъ Германской арміи Кортингъ, хорошо освѣдомленный, по донесеніямъ прусскихъ военныхъ врачей, командированныхъ на Манчжурскій театръ военныхъ дѣйствій, говоритъ, что отсутствіе добросовѣстной и умѣлой организаціи въ военно-санитарномъ дѣлѣ создало порядки, гораздо худшіе, чѣмъ во время зимняго похода 1877 г., отъ которыхъ всѣ тогда приходили въ ужасъ.

Русско-турецкая война, какъ извѣстно кончилась побѣдою надъ политически-разлагающеюся Турціей и побѣдителей говорятъ не судать. Но праздновали эту побѣду и ликовали только одни интенданты и разные штабные карьеристы, потомки тѣхъ воен-

ныхъ карьеристовъ, которыхъ такъ художественно воспроизвелъ Левъ Толстой въ своемъ очеркѣ „Севастополь“. Испанка этой побѣды меньше и видѣе была врачамъ, участвовавшимъ въ этой кампаніи. Обширныя и густо-населенныя кладбища, оставленныя намъ въ Болгаріи и Румѣліи, вслѣдствіе свирѣпствовавшихъ тамъ заразныхъ болѣзней, служили самымъ нагляднымъ протестомъ противъ сказанныхъ ликованій; и когда врачи, участники этой кампаніи, задумали въ началѣ 80-хъ годовъ передавать гласности все то, что они пережили и всѣ тѣ санитарныя безобразія, которыя приходилось имъ наблюдать и испытывать, во время этой войны, косная бюрократія усмотрѣла въ этомъ якобы подрывъ ложно-поптовой ею военной дисциплины, и издававшійся тогда органъ „Военно-санитарное дѣло“ былъ прикрытъ, подъ вліяніемъ безпопальной реакціи, на 28 номерѣ, по приказанію тогдашняго военного министра.

Даже авторитетныя указанія безсмертнаго Пирогова, на недостатки и пробѣлы нашей военной санитаріи, остались гласомъ вопіющаго въ пустынь. Все, что было высказано Пироговымъ въ своемъ отчетѣ о русско-турецкой войнѣ, было правда передано въ комиссію, но эта комиссія *непроизводительно* засѣдала 30 лѣтъ, пока не была застигнута Японской войной.

Нашъ военный врачъ, участникъ Русско-турецкой войны, д-ръ Кехеръ напечаталъ, въ заграничномъ году въ Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, весьма обстоятельный разборъ нашего военно-санитарнаго строя. Привожу сдѣланные имъ главные выводы. Все, говорятъ онъ, что выработывалось и предлагалось благомыслящими военными врачами, въ началѣ 80-хъ годовъ, прошлаго столѣтія, не принято во вниманіе и отвергнуто высшей бюрократіей. Мобилизація и призывъ запасного врачебнаго персонала, по его мнѣнію, совершаются у насъ медленно и неудовлетворительно. Поставленный во главѣ санитарной службы въ арміи, кавалерійскій генералъ Треповъ совершенно не знакомъ и не подготовленъ, для своего спеціальнаго назначенія. Самостоятельности въ дѣйствіяхъ главныхъ врачей не существуетъ. Эвакуація и транспортировка больныхъ и раненыхъ имѣютъ массу недостатковъ и пробѣловъ. Организациія первой помощи на поляхъ сраженія была крайне неудовлетворительна. Раненымъ приходилось на далекомъ разстояніи пробираться пѣшкомъ, или ползкомъ, до перевязочныхъ пунктовъ. Неправильное распредѣленіе врачебнаго персонала, сообразно расположенію и передвиженію арміи. Врачей было всегда меньше тамъ, гдѣ въ нихъ наибольше нуждались. Врачи вообще были недостаточно подготовлены для правильнаго выполненія санитарно-полевой службы.

Частная добровольная помощь не всегда согласовалась, и далеко не гармонировала съ войсковою санитарною службой.

И дѣйствительно, прислушиваясь къ докладамъ, сдѣланнымъ, въ послѣднее время, въ различныхъ медицинскихъ обществахъ, врачами - участниками и очевидцами Японской войны, нельзя не согласиться съ мнѣніемъ, что наша военная санитарія осталась *in statu quo*, и не сдѣлала ни одного шага впередъ, за послѣдніе 30 лѣтъ, со времени Турецкой кампаніи. Въ Японскую войну процвѣталъ тотъ же военно-санитарный *дуализмъ*, который парализуетъ, съ давнихъ временъ, всякую инициативу и подрываетъ научно-нравственный престижъ врачей арміи. Мы отправились въ Манджурію съ тѣми же старыми, тяжелыми фургонами и двуколками, для транспортировки раненыхъ, не будучи освѣдомлены о мѣстныхъ условіяхъ страны, о бездорожьи и объ особенностяхъ Манджурской почвы, требующей совершенно другой сваровки и другихъ приѣмовъ транспортированія. Ученый военно-медицинскій комитетъ, только во время самой войны, узналъ о непригодности нашихъ двуколокъ — этихъ орудій пытки, какъ ихъ называютъ многіе и многіе очевидцы. По свидѣтельству врачей-очевидцевъ, многіе раненные умирали, не вслѣдствіе полученныхъ ими ранъ, а отъ условій убійственной транспортировки. За недостаткомъ или отсутствіемъ перевозочныхъ средствъ, раненные подъ Тюренченомъ, Вафангоу, съ ранами полостей, притащились ишкомъ, за 20 — 30 верстъ, въ ближайшій госпиталь, для полученія первой помощи. Подъ Лаояномъ, на Шахѣ и подъ Мукденомъ, по заявленію врачей-очевидцевъ, разыгрывались такіе потрясающія сцены, которыя не поддаются описанію и предъ которыми блѣднѣетъ извѣстная картина перевозочнаго пункта, нарисованная художникомъ Верещагинымъ. Финляндскія повозки оказались единственными удобными для транспортировки раненыхъ, но эти повозки появились, со стороны добровольной помощи, въ исходѣ кампаніи и въ ограниченномъ числѣ. Носилки, болѣе усовершенствованныя также явились только по окончаніи войны.

Д-ръ Кочетовъ, описывая организацію лечебной части въ Портъ-Артурѣ, рассказываетъ, что къ началу войны тамъ не оказалось ни одного врача хирурга, не было въ наличности лекарствъ, перевозочныхъ средствъ и хирургическихъ инструментовъ. Число врачей также было весьма недостаточно. Врачи, призванные изъ запаса, были крайне неумѣло использованы, для болѣе продуктивной дѣятельности, въ арміи. Специальныя знанія этихъ врачей болѣею частью игнорировались. Главнымъ критеріемъ, при назначеніи и распредѣленіи врачей, служила табель о рангахъ. Военно-медицинская бюрократія чаще всего руководствовалась въ этихъ случаяхъ полосками и звѣздочками на погонахъ.

Оттого нерѣдко случалось, что окулистамъ поручали лечить венериковъ, хирурговъ назначали въ обозы, транспорты, парки и тому подобныя мѣста, гдѣ меньше всего нуждаются въ хирургию, а психіатрамъ и терапевтамъ приходилось пользоваться хирургическихъ больныхъ. Что же касается душевныхъ больныхъ, то однимъ высокопоставленнымъ медицинскимъ чиновникомъ отрицалась даже возможность появленія ихъ въ арміи. Мало того, военно-медицинскіе чиновники, въ своемъ стремленіи угождать страсовому начальству, прибѣгали даже къ выдумкѣ небывалой терминологіи, какъ напримѣръ исевродизентерія, манджурскій коллитъ или febris Manjurica, вмѣсто тифа—термины весьма удобные, для того, чтобы, съ усердіемъ, достойнымъ лучшей доли, засвидѣтельствовать предъ начальствомъ о томъ, что „все обстоитъ благополучно“. Пріемъ этотъ, правда не новый, онъ также практиковался, не безъ бюрократическаго успѣха, во время турецкой войны, когда свирѣпствовавшій тифъ долго фигурировалъ, въ дописаніяхъ по начальству, подъ именемъ Болгарской лихорадки. Подъ влияніемъ двойственности начальства, нерѣдко случалось, что работа госпиталей была неравномѣрная, какъ напр. изъ двухъ госпиталей, расположенныхъ въ одной мѣстности, одинъ остается по нѣскольку мѣсяцевъ неразвернутымъ и весь служебный персоналъ бездѣйствуетъ, а другой, рядомъ расположенный, госпиталь переполняетъ тройнымъ числомъ больныхъ, положенныхъ по штату.

Неравномѣрная и неодинаковая помощь, оказываемая раненымъ со стороны Краснаго Креста и войсковой медицины, возмущавшая еще Пирогова, во время Турецкой войны, проявлялась, въ послѣднюю кампанію, еще въ болѣе рѣзкой формѣ и съ болѣе поражающими контрастами. Съ одной стороны наблюдались шикарныя поѣзда, обставленные самымъ изысканнымъ комфортомъ, какъ: обильнымъ врачебнымъ персоналомъ, самыми новѣйшими средствами и приспособленіями по уходу за больными, домашнимъ для приготовленія искусственнаго льда и фотографическаго аппарата включительно, а съ другой—теплушечные товарныя поѣзда, туго набитые тяжело ранеными, до 700 ч. и болѣе, поѣзда, лишеныя свѣта, воздуха и теплоты, съ насланной трухой, перемѣшанной навозомъ, отъ помѣщавшихся предъ тѣмъ лошадей, поѣзда, сопровождаемые однимъ или двумя мучениками врачами, физически усталыми и нравственно удрученными, вслѣдствіе сознанія своего безсилія помогать чѣмъ нибудь этой массѣ, сваленныхъ въ одну кучу, страдальцевъ.

Подобныя рѣзкіе контрасты, безъ сомнѣнія, имѣли въ высшей степени деморализирующее вліяніе на настроеніе всей арміи и порождали одни только отрицательные результаты, въ постановкѣ врачебной помощи неизбѣжнымъ жертвамъ войны.

Я считаю лишнимъ, и даже неумѣстнымъ, утомлять Ваше вниманіе дальнѣйшимъ приведеніемъ разныхъ выдержекъ, изъ многочисленныхъ грустныхъ откликовъ, о нашихъ санитарныхъ неурядицахъ, въ минувшую Японскую войну. Отклики эти, безъ сомнѣнія, слишкомъ знакомы всѣмъ тѣмъ, кто живо интересуется судьбою нашихъ больныхъ и раненыхъ защитниковъ отечества. Скажу только, что пора наконецъ давать намъ отвѣтъ на вопросъ, давно поставленный Пироговымъ, этимъ величайшимъ активомъ въ нашемъ умственномъ и нравственномъ балансѣ, за прошлое столѣтіе. И почему, сиракизалъ Пироговъ, мы такъ мало знаемъ о нашемъ прошедшемъ, такъ скоро забываемъ его, и такъ легко относимся къ тому, что насъ ожидаетъ въ ближайшемъ будущемъ?....

Л И Т Е Р А Т У Р А:

Militärarzt за 1905 годъ. Deutsche Militärärztliche Zeitschrift за 1905 годъ. Allgemeine Militärärztliche Zeitschrift за 1906 г. Beiträge zur klinische Chirurgie 53 томъ 1 выпускъ. Transport und Unterkunft Dr. Kettner. Пироговъ. „Военно-врачебный отчетъ за время Турецкой войны 1877-78 г. Военно-Медицинскій журналъ за 1905 г. Русскій врачъ за 1906 и 7 г. Presse Medicale. за 1907. Врачебная газета за 1907 г.

РЕФЕРАТЫ.

Внутреннія болѣзни.

Dr. Friedrich Teichmann (Отдѣленіе проф. Stadelman Berlin). *Къ вопросу о дигаллотерапіи* (Die Therapie der Gegenwart. май 1907).

Въ этой статьѣ Dr. Friedrich Teichmann дѣлится съ читателями своими наблюденіями надъ дѣйствіемъ дигалена. Въ большинствѣ случаевъ Digalen употреблялся per os. Въ большинствѣ это были случаи, въ которыхъ показаніемъ къ назначенію дигалена служило хроническая сердечная слабость съ затрудненнымъ наполненіемъ крови въ артеріяхъ и застоємъ въ венахъ. Такимъ образомъ Дигаленъ назначался при нарушеніяхъ кровообращенія въ случаяхъ стеноза и недостаточности клапановъ, при сердечной слабости въ теченіи хроническаго нефрита, затѣмъ при простой міодегенераціи. Дѣйствіе дигалена во всѣхъ этихъ случаяхъ было весьма удовлетворительное. Пульсъ дѣлался болѣе сильнаго наполненія и не частымъ, діурезъ повышался, одышка, отеки и трансудаты исчезали. Результатъ употребленія дигалена сказывался обычно на третій, рѣже на второй день. Болѣе скорое дѣйствіе дигалена, чѣмъ Inf. Digitalis Teichman не наблюдалъ. Optimum дѣйствія получался при восьмидневномъ употребленіи 3×100m. Digalen'a. При болѣе продолжительномъ употребленіи Digalen'a наступали явленія раздраженія со стороны желудка, ввидѣ рвоты и отсутствія аппетита. Кромѣ вышеупомянутыхъ явленій ничто иное не наблюдалось, за исключеніемъ интоксикаціи въ одномъ случаѣ, каковую онъ приписываетъ нѣкоторымъ случайностямъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ употребленіе Digalen'a оказалось безрезультатнымъ.

Какъ извѣстно Digalen дѣйствуетъ еще только въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется достаточно функціонально способной субстанціи для желаемого увеличенія сокращенія сердечнаго мускула. Поэтому

не получается желаемого результата при тяжелых случаях Myodegenerat'ii полисарки и т. д. Въ этихъ случаяхъ не только не наступало улучшенія, но появлялись всѣ признаки ухудшенія. Также противопоказывался дигаленъ при далеко зашедшихъ случаяхъ артеріосклерозовъ, въ особенности при склерозѣ вѣнечныхъ сосудовъ. Въ трехъ случаяхъ, гдѣ дигаленъ оказывался не дѣйствующимъ, наблюдалось улучшеніе отъ Diuretin'a, Theocinum nativum асѣдсит. Teichmann, ввиду несприятныхъ для паціента манипуляцій и рѣзкой болѣзненности, не совѣтуетъ вводить подкожно Digalen. Ввиду болѣзненности столь же рѣзкой, какъ и въ случаяхъ введенія Digalen'a подъ кожу, Teichmann не совѣтуетъ его вспрыскивать въ мышцу.

Въ случаяхъ острой слабости сердца, а также въ тѣхъ случаяхъ хронической сердечной слабости, въ которыхъ требовалось получить быстрый эффектъ, вводился дигаленъ съ успѣхомъ въ вену. Быстро наступало повышеніе кровяного давленія, увеличеніе діуреза, удлиненіе діастолы и усиленіе систолы и т. д.

Въ случаяхъ рѣзко выраженного заболѣванія сердечнаго мускула, въ особенности связаннаго съ артеріосклерозомъ, авторъ предостерегаетъ отъ назначенія введенія въ вену дигалена.

М. Э. Тицнеръ.

Обращеніе Московскаго Комитета Общественной Помощи Голодающимъ.

Снова и снова голодъ виситъ надъ значительной частью Россіи. По официальнымъ даннымъ въ помощи на продовольствіе и обѣщаніе будетъ нуждаться населеніе 21 губерніи: Витебской, Волынской, Воронежской, Вятской, Забайкальской области, Казанской, Калужской, Кіевской, Минской, Могилевской, Новгородской, Оренбургской, Орловской, Подольской, Псковской, Самарской, Смоленской, Таврической, Тобольской, Херсонской и Черниговской. Министерство внутреннихъ дѣлъ предполагаетъ внести въ смѣту 1908 г. на продовольственную помощь 7.732.000 руб. Но что эта помощь будетъ далеко недостаточна, видно изъ мѣстныхъ сообщеній по нѣкоторымъ губерніямъ. Губернская комиссія Подольской губ. опредѣляетъ недородъ почти въ $2\frac{1}{2}$ милліона пудовъ, и губернскій земскій комитетъ ходатайствуетъ о безвозмездномъ отпускѣ изъ казны 800.000 руб. Для Волынской губерніи по вычисленію губ. зем. комитета нужно 655.000 пудовъ хлѣба. Для Минской губ. только на первое время требуется 600.000 руб. Черниговская губер. управа ходатайствуетъ о 2 милліонахъ рублѣхъ, и по даннымъ опѣчно-статистическаго Бюро, эта сумма вдвое меньше дѣйствительной нужды. По свѣдѣніямъ предводителя дворянства Линовецкаго у Кіевской губ. только для 9 волостей этого уѣзда нужно 760.000 пудовъ.

Итакъ только для этихъ 5 районовъ требуется болѣе 5 милліоновъ рублей. Если къ этому добавить, во 1, что въ нѣкоторыхъ изъ этихъ губерній неурожай уже третій годъ подрядъ, во 2, что въ этомъ году предполагается усиленное взысканіе продовольственныхъ долговъ, въ 3, что во многихъ уѣздахъ озимыхъ хлѣбовъ снимали съ десятины 10—15 пудовъ, и осталось чистаго сбора на душу отъ $5\frac{1}{2}$ пуда (на весь годъ!), а во многихъ мѣстахъ не собрали даже и посѣвныхъ сѣмянъ, и въ 4, что цѣны на хлѣбъ уже и теперь стоятъ небывалыя, напр., въ Кіевской г. ржаная мука 1 р. 30 к. за пудъ,—

то, очевидно, и въ этомъ году положеніе многихъ селеній будетъ отчаянное, и правительственная продовольственная помощь не можетъ удовлетворить вопиющей нужды въ кускѣ хлѣба.

Итакъ общественная и частная помощь голодающимъ безусловно необходима, и Моск. Комитетъ О.П.Г., въ который уже поступилъ рядъ просьбъ о помощи отъ сельскихъ обществъ и земской управы, намѣренъ продолжать свою дѣятельность и въ этомъ году. Но въ виду крайне малыхъ средствъ у комитета (около 8000 руб.) и отсутствія фактическихъ данныхъ о нуждѣ въ пострадавшихъ, особенно неземскихъ губерніяхъ, комитетъ обращается съ убѣдительною просьбой къ русскому обществу: 1) не забывать голодающую деревню и направлять пожертвованія въ комитетъ, 2) сообщать необходимыя фактическія свѣдѣнія о положеніи голодающихъ мѣстностей и о тѣхъ формахъ, въ какихъ наиболѣе желательна помощь.

Пожертвованія, свѣдѣнія, запросы слѣдуетъ направлять по одному изъ слѣдующихъ адресовъ:

1) Москва, Пироговское Общество врачей. Денежный пер., д. 28, кв. 5.

2) Москва, Моск. Общество сельскаго хозяйства. Смоленскій бульваръ, д. 55.

Предсѣдатель Комитета Д. Жбанковъ.

Секретарь Ал. Левицкій.

