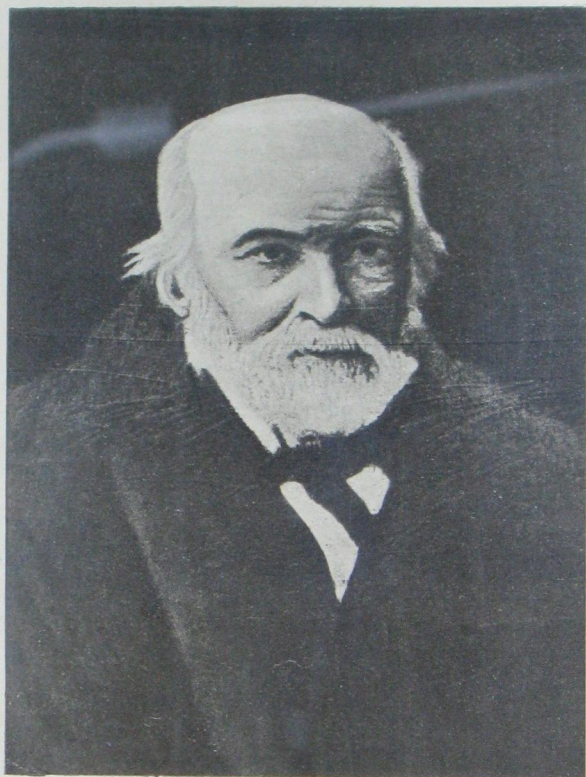


Handwritten notes in the top right corner, including "1871-72" and "1873".



Handwritten signature in cursive script, reading "A. Neprubov" followed by a decorative flourish.

06

191

X

Съѣздъ русскихъ врачей

въ память Н. И. ПИРОГОВА. X

МОСКВА

25 Апрѣля—2 Мая 1907 года.

Отчетъ составленъ врачами:

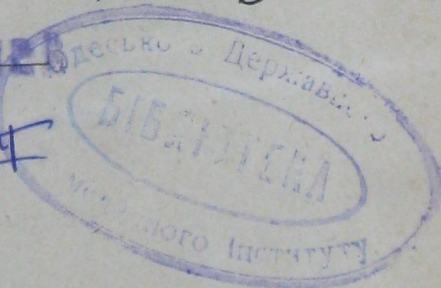
С. А. Бобринскимъ, П. Б. Ваксъ, Г. И. Дембо, В. В. Замбржицкимъ,
А. А. Лозинскимъ, А. В. Натансономъ, Д. М. Рабиновичемъ, Л. Д.
Работновымъ, С. А. Рехтзамеромъ и Б. И. Слоцовымъ.

Подъ редакціей д-ра мед. Г. И. Дембо.

№ 5576

117756

КЛИНИКА
ПЕРВЫХЪ БОЛЕЗНЕЙ
ОДЪ ГОС. МЕДИЦИНСК.
ИНСТИТУТА 344



№ 2019

№ 199

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Издание журнала „Практическая Медицина“ (В. С. Эттингеръ).

Улица Жуковского, 13.

1907.

ПЕРЕОБЛІК

61
—
с

27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

252222

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Труды Пироговскихъ сѣздовъ обычно появляются спустя два года. Подобное запозданіе трудовъ, вполнѣ объяснимое условіями ихъ изданія, не можетъ не отразиться на интересѣ, возбужденномъ своевременно сѣздомъ. Точно также по условіямъ врачебныхъ журналовъ печатаніе рефератовъ о сѣздѣ затягивается обычно на долгое время, нерѣдко на годъ.

Въ виду этого редакція «Врачебной Газеты» задалась цѣлью доставить читателямъ возможно полный референтскій отчетъ о X Пироговскомъ сѣздѣ въ возможно краткій срокъ.

Помимо крупныхъ затратъ, понесенныхъ по экстренному изданію, организація дѣла потребовала значительнаго напряженія силъ со стороны постоянныхъ сотрудниковъ «Врачебной Газеты», какъ московскихъ, такъ и петербургскихъ, принявшихъ участіе въ работѣ.

Въ настоящее время этотъ коллективный трудъ представляется вниманію читателей, и редакція рассчитываетъ, что читатели отнесутся снисходительно къ тѣмъ промахамъ, которые, несомнѣнно, имѣютъ мѣсто въ этомъ первомъ опытѣ подобнаго изданія.

Оглавление.

| | |
|---|-----|
| 1. Первое Общее Собрание | 1 |
| 2. Физиологія и физиологическая химія | 9 |
| 3. Фармакологія съ бальнеологіей | 12 |
| 4. Бактеріологія. | 20 |
| 5. Внутреннія болѣзни и общая терапія | 27 |
| 6. Акушерство и гинекологія | 42 |
| 7. Хирургія. | 49 |
| 8. Нервные и душевные болѣзни | 79 |
| 9. Дѣтскія болѣзни | 95 |
| 10. Вопросы борьбы съ дѣтской смертностью | 103 |
| 11. Кожныя и венерическія болѣзни | 112 |
| 12. Ушныя, горловыя и носовыя болѣзни | 125 |
| 13. Глазныя болѣзни | 141 |
| 14. Ветеринарія | 156 |
| 15. Гигіена | 160 |
| 16. Земская и городская медицина | 182 |
| 17. Фабричная и горнозаводская медицина | 215 |
| 18. Желѣзнодорожная медицина | 225 |
| 19. Военная медицина | 230 |
| 20. Врачебный бытъ | 232 |
| 21. Второе Общее Собрание | 240 |
| 22. Указатель | 249 |

ЗАМѢЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ.

| Стран. | Строка сверху | Напечатано: | Слѣдуетъ читать: |
|--------|---------------|--------------------|-------------------------|
| 15 | 27 | въ этомъ же смыслѣ | въ смыслѣ необходимости |
| 16 | 6 | лечилъ | контроля |
| 121 | 22 | Цѣхановскій | лечить |
| 121 | 23 | Цѣхановскій | Цѣновскій |
| 125 | 2 снизу | torticulis | Цѣновскій |
| 141 | 18 | Т. Е. Выгодскій | torticollis |
| | | | Г. Е. Выгодскій |

Первое Общее Собрание.

Открытие X съезда Общества русских врачей въ память *Н. И. Пирогова* состоялось 25 апрѣля 1907 г.

Собрание открылось въ залѣ театра „Буффъ“ въ 1 ч. 30 м. рѣчью председателя Правленія Общества проф. *Ф. А. Рейна*.

«Десятый разъ мы собрались сегодня на съездъ. Это торжество, какъ и предыдущіе наши съезды, представляетъ праздникъ не для одной нашей медицины, не для русскихъ только врачей, но для всего нашего общества, еще недавно жившаго только тѣмъ свободнымъ словомъ, которое раздавалось на разныхъ съездахъ и въ числѣ ихъ на съездахъ Пироговскихъ. Теперь мы собрались при нѣскольکو иныхъ условіяхъ русской жизни. Такой перемѣны было бы достаточно, чтобы оглянуться на прошлое и подвести итоги дѣятельности Общества. Но тяжелое время, переживаемое нами, полное живыхъ вопросовъ, связанныхъ съ настоящимъ и ближайшимъ будущимъ, менѣе всего подходитъ для юбилейныхъ обзоровъ, исторической оцѣнки. Поэтому Правленіе рѣшило отложить обзоръ дѣятельности Общества до болѣе спокойнаго времени и коснуться ея лишь въ общихъ чертахъ. Событіе настоящаго съезда совпадаетъ съ недавно исполнившимся 25-лѣтіемъ смерти *Н. И. Пирогова*, выдающагося врача, общественнаго дѣятеля и великаго гражданина, имя котораго начертано на знамени нашего Общества. День этой годовщины отмѣченъ былъ во всей Россіи засѣданіями врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ, и наше Общество отмѣтило его торжественнымъ засѣданіемъ, на которомъ многосторонняя дѣятельность *Н. И. Пирогова* была ярко очерчена въ произнесенныхъ рѣчахъ. Наше Правленіе для увѣковѣченія памяти этого великаго гражданина и ученаго задалось цѣлью изыскать средства на сооруженіе дома имени *Пирогова*, который служилъ бы научно-вспомогательнымъ и медицинскимъ справочнымъ учрежденіемъ. Будемъ надѣяться, что эта задача при сочувствіи врачей и Общества осуществится въ недалекомъ будущемъ». Затѣмъ ораторъ коснулся ненормальныхъ общихъ условій русской жизни, въ которыхъ пришлось работать Правленію за послѣдніе три года, со времени IX Пироговскаго съезда. Упомянуть объ этомъ ораторъ считаетъ необходимымъ, во-первыхъ, потому, что благодаря означеннымъ условіямъ цѣль рядъ порученій IX съезда остался неисполненнымъ и, во-вторыхъ, потому, что измѣнившіяся обстоятельства времени, быстро мѣнявшіяся событія выдвинули передъ Пироговскимъ Обществомъ рядъ новыхъ вопросовъ и задачъ, отъ разясненія и частью осуществленія которыхъ Правленіе нашло возможнымъ уклониться. Уже на IX Пироговскомъ съездѣ выяснилось, что развитіе общественной медицины остановилось передъ какою-то стѣною и что безъ разрѣшенія смежныхъ «общихъ» вопросовъ, выдвинутыхъ на этомъ съездѣ, невозможно дальнѣйшее поступательное движеніе дѣла рациональной подачи медицинской помощи населенію въ Россіи, въ

особенности же дѣла предупрежденія болѣзней, представляющихъ социальное зло огромной важности,—дѣла санитарнаго. IX съѣздъ въ категорической формѣ указалъ на основныя препятствія, стоящія на пути широкаго проведенія мѣръ общественной профилактики. Резолюціи этого съѣзда, а также одновременно происходившаго съ нимъ въ Петербургѣ съѣзда по техническому и профессиональному образованію были только отзвукомъ тѣхъ глубокихъ измѣненій, которые произошли уже къ тому времени въ общественномъ самосознаніи въ смыслѣ оппозиціоннаго настроенія огромной массы населенія. Острая, жгучая потребность протеста ощущалась тогда всеми, и съѣзды только отразили въ принятыхъ ими рѣшеніяхъ это общее протестующее настроеніе. Начавшаяся вскорѣ послѣ IX съѣзда японская война, потребовавшая невѣроятнаго напряженія и жертвъ со стороны и безъ того разореннаго населенія, выказала всю несостоятельность нашего самодержавно-бюрократическаго государственнаго строя и всю вѣками накопившуюся гниль самыхъ его основаній. Начинается эпоха дѣятельной организаціи общественнаго мнѣнія, и въ этомъ процессѣ наиболѣе видное участіе приняли передовые земскіе элементы и трудовая интеллигенція и въ числѣ ихъ Пироговское Общество. Правленіе Общества въ концѣ ноября 1904 г. рѣшило поставить въ число программныхъ вопросовъ на слѣдующемъ X съѣздѣ вопросъ о необходимыхъ измѣненіяхъ въ общихъ условіяхъ народной жизни, вызываемыхъ потребностями народнаго здоровья и нуждами врачебно-санитарнаго дѣла въ соотвѣтствіи съ назрѣвшими потребностями времени, и привлекло все медицинскія Общества и общественныя медицинскія учрежденія ко вѣстороннему коллегиальному обсужденію этого вопроса. Болѣе 50 организацій доставили Правленію свои мотивированныя заключенія и резолюціи, которыя были напечатаны въ журналѣ Общества 1905—1906 гг. Зародившаяся еще въ концѣ 1904 г. въ интеллигентныхъ слояхъ мысль объ организаціи профессиональныхъ политическихъ союзовъ повела къ устройству въ 1905 г. цѣлаго ряда всероссійскихъ съѣздовъ лицъ разныхъ профессій. Въ то же время въ виду ожидавшагося въ 1905 г. усиленія холерныхъ заболѣваній былъ 21—24 марта созванъ въ Москвѣ Пироговскій холерный съѣздъ врачей въ цѣляхъ выработки общаго плана для борьбы съ эпидеміей. Этотъ съѣздъ, оказавшійся весьма многочисленнымъ, не могъ не коснуться общихъ вопросовъ и явился знаменательнымъ факторомъ въ жизни Пироговскаго Общества, оставивъ по себѣ замѣтный слѣдъ и въ общественной жизни. Съѣздъ не ограничился критикой существующаго строя и указаніемъ на необходимость гражданскихъ свободъ, но заявилъ, что врачи должны сьорганизоваться для энергичной борьбы рука-объ-руку съ трудящимися массами противъ самодержавно-бюрократическаго строя для полнаго его устраненія. Наступили октябрскіе дни, дни ликованія и свободы и въ то же время дни разнузданныхъ дикихъ выступленій черныхъ бандъ. Освободительное движеніе широкой волной разлилось по всей Россіи, начались активныя выступленія, произошло московское декабрское вооруженное возстаніе, которое было быстро подавлено. Реакція выступила во всей силѣ. Наступила эпоха разнузданнаго произвола, неслыханныхъ на-

силій и надругательствъ надъ свободой, правами и честью гражданъ подъ прикрытіемъ почти всюду введенныхъ военнаго положенія или чрезвычайной и усиленной охранъ. Россія вполнѣ погрузилась въ непроглядную тьму, не разсѣявшуюся и послѣ созыва первой и второй Государственной Думы. Много врачей и вообще лицъ медицинскаго персонала (свыше 1300) подверглись административнымъ преслѣдованіямъ, избіеніямъ, увольненіямъ съ мѣстъ, лишенію свободы, высылкѣ на окраины и проч. Все это не могло пройти безслѣдно для общественной медицины въ Россіи, и масса фактовъ изъ разныхъ мѣстностей свидѣтельствовала о замѣтной пріостановкѣ развитія врачебно-санитарнаго дѣла и даже о полномъ прекращеніи дѣятельности цѣлыхъ учреждений — больницъ, врачебныхъ участковъ, санитарныхъ отдѣленій, санитарныхъ и врачебныхъ совѣтовъ. Въ связи съ этимъ Правленіе Пироговскаго Общества приняло два практическихъ постановленія, имѣвшихъ цѣлю облегчить судьбу пострадавшихъ товарищей: 1) объ учрежденіи особаго денежнаго фонда, спеціально для выдачи пособій пострадавшимъ отъ административнаго преслѣдованія лицамъ медицинскихъ профессій и ихъ семьямъ и 2) объ учрежденіи справочно-посреднической комиссіи по спросу и предложенію врачебнаго и медицинскаго труда. Съ условіями переживаемаго времени тѣсно связано еще одно постановленіе Правленія въ минувшемъ межсѣздномъ періодѣ, это—собираніе свѣдѣній о санитарномъ состояніи тюремъ и условіяхъ ссылки и о вліяніи, производимомъ ими на здоровье подпавшихъ имъ лицъ, въ теченіе послѣднихъ двухъ лѣтъ, путемъ особой анкеты. Въ настоящее время заполненныя отвѣтами программы анкетъ поступаютъ уже въ Правленіе, но пока въ незначительномъ еще количествѣ. Вслѣдъ за войной съ Японіей Россію постигло новое несчастье—голодъ, принявшій осенью 1905 г. столь широкіе и ужасные размѣры, что потребовалась немедленная организація частной помощи. Правленіе Пироговскаго Общества возобновило врачебно-продовольственную дѣятельность, начавшуюся по постановленію VІІ Казанскаго сѣзда, и осенью 1905 г. Правленіе вмѣстѣ съ московскимъ Обществомъ сельскаго хозяйства и 20-ю другими московскими Обществами образовало московскій комитетъ общественной помощи голодающимъ. Теперь всецѣло дѣятельность этого комитета сосредоточилась въ нашемъ Правленіи, такъ какъ одинъ изъ членовъ Правленія является предсѣдателемъ комитета. Межсѣздная работа Правленія все увеличивается и требуетъ больше силъ и расходовъ. Смѣта Правленія Общества достигла 12.000 руб. Единственнымъ источникомъ для покрытія расходовъ являются членскіе взносы. Но Правленіе не можетъ покрывать расходы всего межсѣзднаго періода на взносы, уплачиваемые только во время сѣздовъ. Необходимо, чтобы члены не порывали постоянной связи съ Обществомъ и ежегодно дѣлали 5-рублевый взносъ. Теперь сѣзды организуются и приступаютъ къ работамъ при далеко не нормальныхъ условіяхъ. Настоящій X сѣздъ долженъ былъ состояться въ январѣ 1906 г., но влѣдствіе тяжелаго политическаго положенія онъ не могъ быть созванъ въ это время. Съ введеніемъ въ Россіи конституціоннаго государственнаго строя тотъ параграфъ утвержденнаго въ 1892 г. товарищемъ министра

внутренних дѣлъ сенаторомъ фонъ-Плеве устава нашего Общества, по которому мы пользовались правомъ собирать наши сѣзды явочнымъ порядкомъ, не испрашивая на то предварительнаго разрѣшенія, потерялъ теперь свою силу. На основаніи новыхъ правилъ о свободѣ собраний, изданныхъ 4 марта 1906 г., разрѣшеніе сѣздовъ, въ томъ числѣ и сѣздовъ лицъ определенныхъ знаній или занятій, предоставляется министру внутреннихъ дѣлъ съ тѣмъ, чтобы къ публичнымъ собраніямъ сѣздовъ примѣнялись эти правила. На ходатайство Правленія о разрѣшеніи созвать сѣздъ въ 1906 г. былъ полученъ отказъ, на другое ходатайство — о созывѣ сѣзда въ апрѣлѣ 1907 г. — не было отвѣта, и только на третье настоятельное ходатайство, представленное 23 февраля, былъ полученъ отвѣтъ, что сѣздъ разрѣшается (но при условіи, что при первой попыткѣ сѣзда уклониться отъ своихъ прямыхъ задачъ таковой будетъ закрытъ). Такимъ образомъ на подготовку къ сѣзду оставалось только 2 мѣсяца и Правленіе проситъ не судить его строго, если найдутся погрѣшности въ организациі сѣзда. Трудно предугадать результаты настоящаго сѣзда, но можно сказать, что работы его по общественной медицинѣ приобрѣтаютъ особенный интересъ въ связи съ настоящимъ моментомъ. Съ предстоящимъ преобразованиемъ государственнаго строя, съ переходомъ страны къ конституціонному строю приготовленъ для сѣзда цѣлый рядъ докладовъ по вопросамъ о реформѣ врачебно-санитарнаго дѣла, и несомнѣнно доклады эти привлекутъ къ себѣ серьезное вниманіе членовъ сѣзда. Въ связи съ этимъ выдвигается вопросъ о реформѣ въ медицинскомъ преподаваніи, какъ въ университетскомъ, такъ и въ фельдшерскихъ школахъ. По этому давно назрѣвшему вопросу будетъ представлено нѣсколько докладовъ. Доклады по научной медицинѣ тоже обѣщаютъ быть интересными, въ особенности по вопросамъ о новыхъ способахъ леченія инфекціонныхъ болѣзней, способахъ, получившихъ широкое развитіе и открывающихъ блестящія перспективы въ будущемъ. Намъ остается исполнить печальное дѣло — почтить память членовъ Пироговскаго Общества, которые въ текущій межсѣздный періодъ частью мирно почили, частью пали жертвою японской войны и внутреннихъ безпорядковъ и репрессій. Выбыли изъ Общества 4 выдающихся дѣятеля, бывшихъ председателями сѣздовъ или Правленія: *Е. А. Осиповъ*, проф. *А. А. Бобровъ*, проф. *Н. В. Склифассовскій* и проф. *Г. Н. Габричевскій*. Особенно много обязано Общество своему члену-учредителю *Е. А. Осипову*. Обладая богато одаренной натурой, большимъ ораторскимъ талантомъ, онъ являлся душой Правленія и принималъ самое дѣятельное участіе въ организациі и работахъ сѣздовъ, руководя ихъ направленіемъ. *Г. Н. Габричевскій* также не мало силъ положилъ для Общества какъ крупный ученый и неутомимый общественный дѣятель. Обладая открытой и свѣтлой душой, глубоко убѣжденный и въ то же время терпимый къ мнѣніямъ другихъ людей, мягкій и стойкій, онъ сумѣлъ сплотить разнородные элементы Правленія для дружной работы.

По предложенію оратора собраніе почтило вставаніемъ ихъ память.

«Не могу — продолжаетъ ораторъ — не выразить горькаго чувства, ко-

торое испытывает каждый из насъ въ данный моментъ: и помимо умершихъ мы не насчитываемъ многихъ товарищей—постоянныхъ членовъ нашихъ съѣздовъ, которые подпали административной карѣ и не могли прибыть для совместной работы. Мы должны выразить имъ нашъ глубокий искренній сердечный привѣтъ.

Желая полного успѣха товарищамъ въ предстоящей имъ работѣ, объявляю X съѣздъ открытымъ».

Затѣмъ Ф. А. Рейномъ были объявлены результаты выборовъ. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. С. С. Салазкинъ, товарищами предсѣдателя А. П. Воскресенскій и М. М. Гранъ и почетными секретарями члены Государственной Думы В. П. Успенскій и Н. И. Долгополовъ, проф. Д. К. Заболотный и П. И. Глушановская-Яковлева.

Проф. С. С. Салазкинъ, занявъ предсѣдательское мѣсто, замѣтилъ, что оказанную ему честь онъ относитъ къ тому учрежденію, членомъ котораго онъ состоитъ, именно къ Женскому Медицинскому Институту, дающему высшее медицинское образованіе русской женщинѣ, которая стремится къ равноправію съ мужчинами въ научной и общественной дѣятельности и несомнѣнно достигнетъ его. Настоящій съѣздъ открывается при иныхъ условіяхъ, чѣмъ прежній. Въ прежнее время съѣзды были той форточкой, черезъ которую могло раздаваться смѣлое слово о о нуждахъ и желаніяхъ народа, и Пироговскіе съѣзды исполнили эту свою роль. Доказательствомъ служить то, что многихъ товарищей—пироговцевъ—на съѣздѣ нѣтъ. Но наступитъ день, когда они вернутся...

Теперь положеніе измѣнилось въ томъ смыслѣ, что въ Государственной Думѣ раздается голосъ народныхъ нуждъ. Государственная Дума занята созидательной работой, и Пироговскіе съѣзды призваны теперь оказать ей помощь въ этой работѣ, внести свою лепту въ дѣло государственнаго строительства и организациі общественнаго здравоохраненія.

Затѣмъ слѣдовалъ рядъ привѣтствій съѣзду депутатами отъ разныхъ учреждений.

Редакція „Практическаго Врача“ выразила пожеланіе съѣзду глубокой плодотворной дѣятельности. Редакція „Врачебной Газеты“ выразила пожеланіе успѣшнаго разрѣшенія на съѣздѣ въ интересахъ народной жизни и народнаго здоровья вопросовъ о реформѣ земской, городской и фабричной медицины, о реорганизациі врачебнаго строя и профессиональнаго объединенія врачей. Самарское губернское земство выразило благодарность за помощь, оказанную Пироговскимъ Обществомъ голодающему населенію губерніи. Студенческое Пироговское медицинское Общество привѣтствуетъ членовъ съѣзда, какъ старшихъ товарищей и учителей, вступившихъ вмѣстѣ съ нимъ на широкій путь объединенія всѣхъ работниковъ въ дѣлѣ народнаго здравія и социализаціи медицины. Елисаветградское медицинское Общество приглашаетъ съѣздъ къ широкимъ реформамъ въ медицинскомъ дѣлѣ въ связи съ лучшимъ устройствомъ общественной жизни. Д. И. Орловъ, привѣтствуя съѣздъ отъ имени московскаго Общества фабричныхъ врачей, отмѣчаетъ, что Пироговское Общество сохранило свои славныя позиціи въ дѣлѣ обществен-

наго здравоохраненія, несмотря на всё противодѣйствіе темныхъ, но пока властныхъ силъ. Да здравствуетъ Пироговское Общество, на знамени котораго ярко написаны „свобода и благо народа“! Далѣе слѣдовали привѣтствія: отъ московскаго Общества ветеринарныхъ врачей; отъ всероссійскаго союза младшаго медицинскаго персонала, привѣтствовавшего съѣздъ за допущеніе на его засѣданія представителей фельдшеровъ, фельдшеріцъ и акушеровъ, и отъ Россійскаго фармацевтическаго Общества и журнала „Фармацевтическій Трудъ“ (Б. П. Салтыковъ). Д. Н. Жбанковъ прочиталъ привѣтственные телеграммы отъ севастиопольскихъ морскихъ врачей, отъ царыцынскаго и бобруйскаго медицинскихъ Обществъ, отъ самарскаго комитета общественной помощи голодающимъ, отъ Общества тульскихъ врачей, отъ московскаго союза Обществъ помощниковъ врачей, отъ «Фельдшерскаго Вѣстника», отъ казанскаго профессиональнаго Общества служащихъ фармацевтовъ, отъ казанскаго комитета общественной помощи голодающимъ, отъ Общества взаимопомощи ветеринарнымъ фельдшерамъ. Громкіе аплодисменты встрѣтили привѣтствія отъ врачей В. П. Успенскаго (изъ Рязани), выразившаго увѣренность въ близости времени, когда Пироговскій съѣздъ соберется въ свободной странѣ, отъ Г. И. Ростовцева, по независимымъ обстоятельствамъ лишеннаго возможности принять участіе въ работахъ съѣзда, и отъ Д. Я. Дорфа, привѣтствовавшего товарищій съ далекой сѣверной окраины. По прочтеніи телеграммъ Д. Н. Жбанковъ въ краткой рѣчи указалъ на то, что многіе считаютъ, что на долю Пироговскихъ съѣздовъ осталась исключительно медицинская дѣятельность. Такъ-ли это? Та работа, которую Пироговское Общество и Пироговскіе съѣзды вели до сихъ поръ, будетъ вестись ими и далѣе.

Д. К. Заболотный: О главнѣйшихъ успѣхахъ въ изученіи сифилиса. Указавъ на то, что въ послѣднее время эпидемиологія пытается обосновать свои выводы на данныхъ экспериментальныхъ наукъ и что этотъ симбиозъ эпидемиологіи и бактеріологіи уже блистательно сказался на нѣкоторыхъ наукахъ, докладчикъ сдѣлалъ обзоръ постепенныхъ успѣховъ въ дѣлѣ изученія сифилиса, начиная съ работъ Мечникова, поставившаго этотъ вопросъ на экспериментальную почву ¹⁾.

«Будемъ надѣяться и содѣйствовать тому, — закончилъ ораторъ, — чтобы вопросы эпидемиологіи и бактеріологіи находили себѣ разработку въ нашихъ лабораторіяхъ и чтобы нашимъ ученымъ не приходилось въ силу внѣшнихъ условій искать себѣ прибіжища за границей. И рухнетъ старое! Иное будетъ время. И на развалинахъ иная будетъ жизнь».

В. И. Яковенко: О здоровыхъ и болѣзненныхъ проявленіяхъ современнаго русскаго общества. Задачей доклада — установить въ основныхъ явленіяхъ нормальныя и патологическія явленія современнаго общества, какъ совокупности всѣхъ индивидуумовъ. Всякое явленіе въ природѣ тѣмъ доступнѣе для наблюденія и изученія, чѣмъ рѣзче оно происходитъ. Наоборотъ, мелкія заурядныя явленія какъ личной, такъ и общественной жизни

¹⁾ Подробно реферированъ докладъ Д. К. Заболотнаго на ту же тему въ секціи кожныхъ болѣзней; см. засѣданіе секціи кожныхъ болѣзней 26 апрѣля.

часто мало изучены, такъ какъ мало обращаютъ на себя вниманія. Прежде русская жизнь была вдвинута въ тѣсныя рамки изъ созданныхъ бюрократіей законовъ, все, что выходило изъ этихъ рамокъ, считалось ненормальнымъ, противозаконнымъ. Выдающийся наблюдатель человѣческой души *А. П. Чеховъ* не могъ вскрыть того, что происходило въ нѣдрахъ общества, и изобразилъ современныхъ людей ноющими, депрессивными, не вскрылъ глубинъ психики общественной, гдѣ уже зарождались и сложились бодрые замыслы обновленія нашей общественной и государственной жизни. Такихъ людей въ рамкахъ очень много, и мы не догадываемся и они не сознаютъ, что таится въ глубинѣ ихъ души. Таившіяся въ глубинѣ общества силы при первомъ внѣшнемъ толчкѣ должны были съ неудержимой энергіей вырваться на поверхность общественной жизни. Такимъ толчкомъ послужила развязка дальневосточной авантюры, превратившая въ бурное море до того спокойную русскую жизнь, выдвинувшая такой запасъ силъ, на который съ удивленіемъ смотрѣла вся Европа. Здѣсь въ психикѣ коллектива произошло то же, что происходитъ и въ психикѣ отдѣльнаго лица подъ вліяніемъ внѣшняго раздраженія. Обыкновенно объемъ, сила и интенсивность возбужденія находятся въ соотвѣтствіи съ силой вызвавшего его импульса.

Въ жизни всякаго народа бываютъ односторонніе подъемы общественнаго настроенія. Общественная эмоція, болѣе или менѣе сильная, завершается поступкомъ, болѣе или менѣе ограниченнымъ, и, найдя для себя исходъ, успокаивается, и жизнь укладывается въ прежнія рамки. Въ данномъ случаѣ этого не случилось, и причина этому была съ одной стороны въ силѣ внѣшняго импульса, съ другой—въ накопившемся горючемъ матеріалѣ, въ столѣтіями скопившемся внутреннемъ недовольствіи. Разбирая современную жизнь съ точки зрѣнія интеллектуальнаго содержанія, надо отмѣтить доминирующее значеніе въ ней вопросовъ политическихъ, правовыхъ и социальныхъ. Идеи конституціонализма, избирательнаго права и т. п. сдѣлались достояніемъ всего народа, до глухой деревни включительно, гдѣ за божницей, вмѣсто святцовъ и псалтыря, стали хранить брошюры объ ученіи Маркса, воззванія крестьянскаго союза и т. п. Прежняя элементарная формула «земля и воля» облеклась въ болѣе сложныя формы. И въ то же время отмѣчается почти полное отсутствіе идей, относящихся къ религіи, этикѣ и эстетикѣ, за исключеніемъ случаевъ, гдѣ обсуждаются вопросы о свободѣ совѣсти, вѣроисповѣданій, отдѣленія церкви отъ государства. Въ современной народной массѣ преобладаетъ религиозный индифферентизмъ. И рядомъ съ новыми идеями мы видимъ старыя—самодержавія, національности въ узкомъ смыслѣ, но не какъ абсолютныя идеи, а какъ подвергающіяся сомнѣнію. И всѣ эти идеи и представленія появляются не хаотически, не разрозненно и не беспочвенно. Обращаютъ на себя вниманіе крайности существующихъ идей, нѣтъ недостатка и въ идеяхъ анархизма.

Какъ объяснить появленіе этихъ идей? Что лежитъ въ ихъ основѣ? Вычитаны-ли онѣ изъ книги или выходятъ изъ глубины народной жизни? Для разъясненія этого вопроса надо обратиться къ разсмотрѣнію эмоцій. Самая могучая глубокая эмоція это—чувство самосохраненія. Война разбудила

это чувство, заставила разобраться въ причинахъ происшедшаго, уничтожила убѣжденіе въ собственномъ самосохраненіи. Чувство самосохраненія связано съ инстинктомъ сохраненія рода. Этихъ двухъ чувствъ достаточно, чтобы вызвать къ жизни всѣ душевныя способности, намѣтить цѣли для устраненія опасности и энергично идти къ осуществленію цѣли. Такимъ образомъ идеи эти не наносныя, и бурное, волевое проявленіе ихъ находится въ соотвѣтствіи съ проявленіями чувства. Мы видѣли примѣръ коллективнаго волевого проявленія (забастовка передъ 17 октября).

Теперь возникаетъ вопросъ, въ какой мѣрѣ всѣ эти проявленія нормальны? Для признанія ихъ здоровыми необходимо соотвѣтствіе интеллектуальнаго содержанія съ окружающей дѣйствительностью, необходима разносторонность и полнота эмоціонной жизни, причемъ сила и полнота находятся въ соотвѣтствіи съ вѣншимъ импульсомъ и не должны переходить границъ, и, наконецъ, необходимо соотвѣтствіе дѣйствій съ силой и глубиной эмоцій и характеромъ ихъ.

Все это было въ данномъ случаѣ на-лицо. Была вполне здоровая реакція, соотвѣтствующая даннымъ условіямъ жизни коллектива. Ненормальный, болѣзненный организмъ регистрировалъ бы или бессмысленными дѣйствіями, или разбросанностью дѣйствій. Ничего подобнаго здѣсь не было. Нельзя, однако, оставить безъ вниманія и нѣкоторыхъ патологическихъ явленій, прилипающихъ къ здоровому ядру. Этого, конечно, надо было ожидать а priori, такъ какъ въ обществѣ всегда существуютъ неуравновѣшенные элементы. Мы не обладаемъ точной статистикой душевныхъ болѣзней и преступности, но, несомнѣнно, всѣ эти явленія усилились. Неизбѣжные болѣзненные эксцессы направлены въ двѣ противоположныя стороны—въ сторону новаторства и консерватизма. Въ новаторскомъ теченіи отмѣчается примѣсъ экстравагантности, мечтательности; здѣсь преобладаютъ неврастенія, истерія. Со стороны же консерваторовъ наблюдаются всѣ явленія, характеризующія врожденное слабоуміе, эпилепсію. И дѣйствительно, развѣ не болѣзненные явленія представляютъ распоряженія объ уничтоженіи домовъ, откуда были брошены бомбы, разстрѣлы неповинныхъ людей, карательныя экспедиціи и т. д. Судя по всѣмъ сообщеніямъ, надо допустить, что среди исполнителей находилось много ненормальныхъ лицъ, страдавшихъ прогрессивнымъ параличемъ.

Ораторъ выразилъ пожеланіе, чтобы въ ближайшемъ будущемъ наша жизнь вошла въ новое русло, но не въ то, гдѣ столько мелей и пороговъ, которое усыяно столькими трупами, а въ новое, ведущее въ море свободной жизни. Дѣло врачеванія народныхъ недуговъ должно быть передано истиннымъ врачевателямъ, а не ненормальнымъ хирургамъ, которые пускаютъ кровь малокровнымъ, ампутируютъ безъ цѣли и смысла и готовы даже совершить декапитацію.

Бурные аплодисменты Собранія.

Въ 4 ч. первое Общее Собраніе было закрыто предсѣдателемъ С. С. Салазкинымъ.

Отчетъ о засѣданіяхъ Съѣзда по секціямъ.

Физиологія и физиологическая химія.

Засѣданіе 27 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *Д. М. Лавровъ*.

Проф. *В. В. Завьяловъ*: *О пластинѣ*. Подъ именемъ пластинна докладчикъ понимаетъ бѣлковое вещество, образующееся въ растворѣ альбумозъ и пептоновъ подъ вліяніемъ желудочнаго сока. Продолжая изученіе свойствъ и образованія этихъ тѣлъ, онъ приходитъ къ выводу, что процессъ образованія пластинна есть реакція синтетическаго характера. Судя по изученію скорости реакціи при различной концентраціи пептона и при различномъ содержаніи соляной кислоты можно придти къ выводу, что при этой реакціи должны участвовать по крайней мѣрѣ двѣ, а можетъ быть и три молекулы вещества.

Образуется пластинна лучше всего, если въ жидкости имѣется смѣсь самыхъ различныхъ альбумозъ. Если же производить реакцію только съ отдѣльными фракціями альбумозъ или со смѣсью нѣкоторыхъ изъ нихъ, то иногда осадка пластинна и не получается. При образованіи пластинна при комнатной температурѣ можно уловить моментъ, когда въ растворѣ альбумозъ получается тѣло, свертывающееся при нагрѣваніи и напоминающее по своимъ свойствамъ пластинна. Слѣдовательно, при выпаденіи осадка пластинна можно наблюдать двѣ фазы: химическое измѣненіе самой альбумозы (переходъ ея въ пластинна), а затѣмъ выпаденіе пластинна изъ раствора благодаря присутствію тѣхъ или другихъ солей или веществъ. Пластинна представляетъ, по видимому, кислоту, нерастворимую въ водѣ и способную давать съ основаніями растворимыя въ водѣ соли. Судя по результатамъ титрованія пластинна щелочью можно предположить, что онъ можетъ дать три сорта солей, т. е. есть трехъосновная кислота. Если на основаніи количества щелочи, связывающагося съ пластинномъ, высчитать его молекулярный вѣсъ, то послѣднее опредѣлится въ 5403—7143, т. е. гораздо больше извѣстныхъ цифръ для молекулярнаго вѣса альбумозъ.

Если получать пластинны изъ самыхъ различныхъ бѣлковъ, какъ-то: альбумина, казеина, эдестина и другихъ, то содержаніе углерода, водорода и азота во всѣхъ ихъ окажется довольно постоянной величиной. Если изучать въ пластиннахъ различнаго происхожденія содержаніе азота, амміака, азота монаминовыхъ и азота полиаминовыхъ кислотъ, то окажется, что во всѣхъ ихъ содержится около 0,86 % перваго, 2,62 % второго, 11,31 % третьяго сорта азота. Это говоритъ въ пользу того, что пластинна есть тѣло довольно постояннаго состава, нормальный, такъ сказать, бѣлокъ, который организмъ получаетъ изъ самыхъ разнородныхъ бѣлковъ, попадающихъ въ кишечный трактъ. Процессъ образованія пластинна есть, по видимому, обратное дѣйствіе пепсина. Альбумозы, получаемые при

болѣе продолжительномъ перевариваніи, могутъ давать продукты, отличающіеся отъ описаннаго типа пластейна по содержанію въ нихъ азота и углерода.

Салазкинъ считаетъ для себя недостаточно выясненной цѣль образованія пластейна, если въ концѣ-концовъ бѣлковыя вещества въ кишечникѣ все равно распадаются до степени кристаллическихъ продуктовъ.

Лавровъ указалъ на то, что благодаря различнымъ названіямъ одного и того же продукта, получаемого при дѣйствіи желудочнаго сока на пептоны (коагулеза, пластейна и т. д.) получается путаница и хорошо было бы принять общую номенклатуру. Далѣе онъ обратилъ вниманіе на то, что ему не удавалось получать растворимой формы пластейна.

Словцовъ отмѣтилъ, что подтвержденіемъ взгляда докладчика, что образованіе пластейна есть синтетическій процессъ, можетъ служить его наблюденіе, что оно сопровождается иногда пониженіемъ температуры. Пластейны при вырыскиваніи ихъ животнымъ въ кровь не образуютъ такихъ ясныхъ преципитиновъ, какъ бѣлки, изъ которыхъ они получены. Біологически, слѣдовательно, пластейны ближе къ составу тѣла, чѣмъ первоначальные продукты, какъ-то: эдестинъ, казеинъ и др.

Прив.-доц. *В. Ю. Чаговецъ*: *Объ измѣненіяхъ рефлекторной возбудимости спинного мозга, наблюдаемыхъ при пропусканіи черезъ тѣло животного въ восходящемъ направленіи прерывистаго гальваническаго тока.* Авторъ повторилъ опыты *Leduc'a* и могъ также доказать, что при пропусканіи черезъ тѣло животного восходящаго гальваническаго тока (при силѣ тока въ 15—20 милліамперъ и при прерываніи тока до 150—200 разъ въ секунду) оно впадаетъ въ состояніе, похожее на сонъ. Болевая чувствительность рѣзко понижается, а рефлексы могутъ сильно повышаться. Животное обыкновенно все время слегка стонетъ, дыханіе учащается. Чтобы составить себѣ представленіе о состояніи нервной системы при этомъ явленіи, авторъ подвергалъ лягушку дѣйствію такого прерывистаго тока и наблюдалъ по ней развитіе простого рефлекса въ отвѣтъ на раздраженіе чувствительнаго нерва. Оказалось, что въ состояніи такого сна лягушки сильно повышается рефлекторная возбудимость, такъ какъ постукиваніемъ по пластинкѣ, на которой наколото животное, получается нѣчто вродѣ тетануса. У такой лягушки можно получать отвѣтъ на одностороннее раздраженіе сѣдалищнаго нерва, чего у нормальной лягушки не получается. Это наводитъ на мысль, что врядъ-ли можно во всѣхъ случаяхъ рефлексовъ признавать непременно тетаническое сокращеніе мышцъ.

Въ заключеніе было демонстрировано усыпленіе кошки по этому способу. Въ преніяхъ участвовали: *Юдинъ, Шатерниковъ, Завьяловъ и Лавровъ.*

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ былъ избранъ проф. *В. В. Завьяловъ.*

Проф. *Д. М. Лавровъ* сдѣлалъ сообщеніе: *Къ вопросу о коагулятахъ.* Подъ именемъ коагулезы авторъ понимаетъ осадокъ, получающійся при дѣйствіи желудочнаго сока или химозина на растворъ альбумозъ. Докладчикъ получалъ альбумозы изъ кристалловъ гемоглобина и раздѣлялъ ихъ на двѣ фракціи: одну типа альбумозъ, другую типа полипептидовъ. Для раздѣленія ихъ употреблялась фосфорновольфрамовая кислота. При дѣй-

ствіи на ту и другую фракцію бѣлковъ желудочнаго сока получается осадокъ коагулезъ, но при дѣйствіи на полипептиды онъ образуется гораздо медленнѣе. По своимъ свойствамъ коагулезы, полученные изъ альбумозъ и полипептидовъ, нѣсколько отличаются другъ отъ друга отчасти по своей растворимости въ кислотѣ, отчасти по содержанію въ нихъ діаминокислотъ (основаній гексоновыхъ), которыхъ совершенно не найдено во второй фракціи. Такимъ образомъ коагулезы могутъ быть, повидимому, по крайней мѣрѣ двухъ типовъ. Реакція образованія коагулезъ есть, повидимому, реакція обратная по отношенію къ перевариванію и состоитъ, повидимому, въ дегидратациі бѣлка. Коагулезы могутъ быть разбиты при помощи извлеченія спиртомъ на нѣсколько фракцій.

Завьяловъ спрашивалъ о томъ, что понимаетъ докладчикъ подъ словомъ дегидратациі и отмѣчаетъ, что опыты его подтверждаютъ его мнѣніе о возможности образованія различныхъ типовъ пластеина или коагулезъ (если реакція происходитъ съ продуктами болѣе продолжительнаго перевариванія).

Прив.-доц. *Б. И. Слоцовъ* сдѣлалъ сообщеніе: *Объ опредѣленіи скатолъ-карбоновой и стоксилъ-сѣрной кислотъ въ мочѣ*. Для нѣкоторыхъ спеціальныхъ цѣлей необходимо опредѣлить количество скатола въ мочѣ. Для этой цѣли оказался очень цѣлесообразнымъ слѣдующій пріемъ. Моча обезцвѣчивается свинцовымъ сахаромъ. 100 к. с. фильтрата послѣ образованія осадка отъ свинца смѣшивается съ равнымъ объемомъ соляной кислоты и окислителемъ (хлориновой извести, или перекисью водорода) и амиловымъ спиртомъ, въ который почти начисто переходитъ образовавшійся изъ скатола красный пигментъ «скатолротъ». Скатолрота растворъ упаривается въ водѣ, растворяется въ сѣрной кислотѣ и затѣмъ титруется растворомъ марганцовокислаго калия. Опредѣляя количество скатола и индикана въ мочѣ животныхъ, которыя отравлялись нѣкоторыми ядами, можно видѣть, что обезвреживаніе скатола и индола печенью, повидимому, различные процессы, не всегда идущіе параллельно другъ другу.

Лавровъ разспрашивалъ объ условіяхъ отравленія животныхъ ядами, а *Завьяловъ* указалъ, что было бы выгодно примѣнить калориметрический способъ.

Слоцовъ отвѣтилъ, что у него имѣются данныя въ этомъ направленіи и что для клиническихъ цѣлей можно даже примѣнять его съ большой пользой.

Проф. *В. В. Завьяловъ* отъ своего имени и отъ имени студента *Жилинскаго* сдѣлалъ сообщеніе: *Законъ дѣйствія діастаза въ гомогенной и гетерогенной средѣ*. Опыты авторовъ показали, что если ферментъ различной концентраціи дѣйствуетъ на обычный крахмальный клейстеръ или на клейстеръ, заключенный въ трубочкѣ *Mett'a*, то закономерность между количествомъ фермента и силой его дѣйствія будетъ различна. Въ первомъ случаѣ дѣйствіе будетъ прямо пропорціонально количеству фермента, во второмъ прямо пропорціонально квадратному корню изъ количества фермента. Эта разница зависитъ оттого, что въ одномъ случаѣ дѣйствіе происходитъ въ жидкости, во второмъ случаѣ въ студнѣ изъ крахмала. Математическіе расчеты прямо показываютъ справедливость подобнаго предположенія.

Чаговецъ спросилъ о деталяхъ преобразованія математическихъ формулъ, предложенныхъ докладчикомъ съ этой цѣлью.

Проф. *В. В. Завьяловъ* сдѣлалъ докладъ: *Слѣды электролиза при*

электротонъ. Явленія электротона въ нервѣ при пропусканіи черезъ него постоянного тока издавна объясняются электролитическими явленіями, но прямыхъ экспериментальныхъ данныхъ въ этомъ направленіи не имѣется. Если окрасить нервное волокно кислымъ фуксиномъ, то около одного изъ электродовъ наблюдается покраснѣніе, около другого пожелтѣніе, что указываетъ на большую кислотность и щелочность въ самомъ нервѣ. Это получается съ поляризующимися электродами и не получается съ неполяризующимися. Погруженіе нервнаго ствола въ очень слабую щелочь и въ очень слабую кислоту вызываетъ такое же измѣненіе возбудимости, какъ электротонъ. Въ заключеніе авторъ показалъ, что нервное волокно послѣ обработки кислотой или щелочью мѣняетъ способность окрашиваться красками.

Въ преніяхъ участвовали *Чаговецъ* и *Шатерниковъ*, указавшіе на то, что непосредственное дѣйствіе на нервъ щелочи слишкомъ грубый приѣмъ.

Фармакологія съ бальнеологіей и фармація съ фармакогнозіей.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Л. Спасскій: О стерилизаціи и пастеризаціи растворовъ солей кокаина. Докладчикъ считаетъ химическіе способы для этой цѣли неудобными; механическіе непригодны потому, что при продѣживаніи растворы получаются болѣе слабыми. Наиболѣе пригодны способы физическіе—нагрѣваніе до $75-80^{\circ}$ С. и охлажденіе до $10-12^{\circ}$. Тиндализація непригодна потому, что въ аптекѣ обезплодить растворъ надо скоро. Докладчикъ подробно изложилъ свои наблюденія надъ природой кокаина и технику изслѣдованія. Кокаинъ можно разсматривать, какъ амидо-окси-кислоту, производной эйгонина, онъ легко разлагается на бензоилъ-эйгонинъ и метиловый спиртъ. Въ водныхъ растворахъ происходитъ іонизація, причемъ хлористый водородъ способствуетъ распаденію бензоилъ-эйгонина на бензойную кислоту и эйгонинъ. При продолжительномъ нагрѣваніи раствора кокаина жидкость пріобрѣтаетъ особый ароматъ подъ вліяніемъ образованія бензойно-метиловаго эфира или хлористаго метила. Наиболѣе удобными являются масляные растворы кокаина.

Лавровъ обратилъ вниманіе на то, что нѣкоторые изслѣдователи совершенно отрицаютъ разлагаемость солянокислаго кокаина при стерилизаціи его при 105° ; на послѣднюю роль играетъ качество посуды, въ которомъ производится стерилизація.

Заковичъ указалъ на противорѣчіе между опытами докладчика и данными, имѣющимися въ литературѣ: въ послѣднихъ доказывается, что растворы кокаина при стерилизаціи, если таковая производится въ обычныхъ условіяхъ, не измѣняются. Опыты докладчика страдаютъ неполнотой. Они дѣлались въ направленіи опредѣленія количества отщепляющейся хлористоводородной кислоты, а между тѣмъ для полноты картины было бы необходимо опредѣлять количественно и отщепившійся метиловый спиртъ, а также и бензойную кислоту. Безъ опредѣленія этихъ двухъ послѣднихъ продуктовъ отщепленія разложеніе кокаина при стерилизаціи надо считать недостаточно доказаннымъ.

Докладчикъ отрицаетъ возможность вліянія стекла, такъ какъ стеклянки были предварительно обмыты при нагрѣваніи соляной кислотой. Что касается опредѣленія метилового спирта и бензойной кислоты, то онъ считаетъ это совершенно излишнимъ, такъ какъ соляная кислота, опредѣляемая титрованіемъ, показываетъ разложеніе водяного раствора хлористаго кокаина при стерилизаціи.

Д-ръ Серебренниковъ: *Къ вопросу о вліяніи дизентерійнаго токсина на обменъ веществъ и кровообращеніе.* Усилія химиковъ опредѣлить ближе токсина — найти положительную реакцію на нихъ и формулу строенія — доселѣ не увѣнчались успѣхомъ. Разсмотрѣвъ данныя о сывороткѣ *Rosenthal*'я, докладчикъ на основаніи своихъ опытовъ приходитъ къ выводу о непостоянности токсичности дизентерійнаго яда въ очень широкихъ размѣрахъ; одновременная устойчивость его внѣшнимъ вліяніямъ является нѣкоторой странностью, которая можетъ быть объяснена тѣмъ, что при стояніи часть токсиновъ переходитъ въ соединенія неядовитыя. Эти колебанія токсичности яда имѣли значеніе при опытахъ съ обменомъ; усиленная ядовитость вела за собой многодневную діаррею, вслѣдствіе чего учетъ обмена былъ затруднителенъ. Опыты съ килографомъ показали, что паденіе кровяного давленія и учащеніе пульса при отравленіи токсинами происходитъ вслѣдствіе расширенія кровеносныхъ сосудовъ. Далѣе докладчикъ коснулся способовъ изслѣдованія и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) усиленіе выведенія азота, хлоридовъ, калия и натрія, пониженіе ихъ усвояемости, 2) усиленное выдѣленіе мочи — главнымъ образомъ на счетъ повышеннаго выдѣленія воды параллельно съ паденіемъ вѣса животнаго, 3) усвоеніе воды послѣ введенія токсина, подобно усвоенію азота и другихъ, уменьшается, 4) послѣ введенія токсина наблюдается небольшое повышеніе температуры (около градуса), 5) процессы гніенія въ кишечникѣ повышаются, на что указываетъ уменьшеніе коэффиціента *Waumann*'а, 6) увеличеніе количества воды можетъ служить извѣстнымъ индикаторомъ, подобно азоту, для опредѣленія идущаго въ организмъ распада.

Въ преніяхъ *Липецъ* обратилъ вниманіе на недостатки техники изслѣдованія обмена (устройство кѣтки, необходимость изслѣдованія ежесуточно).

II. *Равданикисъ*: *Сравнительное достоинство методовъ разрушенія органическихъ веществъ въ примѣненіи къ химико-токсикологическимъ изслѣдованіямъ.* Докладчикъ далъ сравнительную оцѣнку всѣхъ существующихъ методовъ разрушенія органическихъ веществъ, указавъ на достоинства и недостатки ихъ.

Въ преніяхъ приняли участіе *Никитинъ* и *Спасскій*.

Юргенсъ: *Стандардизація, или приведеніе лекарствъ къ точно опредѣленной силѣ лечебнаго дѣйствія.* При томъ наплывѣ новыхъ средствъ съ неопредѣленнымъ составомъ, который отмѣчается теперь, существенно важной является такая постановка дѣла, чтобы возможно было всегда устанавливать химическое содержаніе находящихся въ данномъ препаратѣ веществъ. Въ этомъ отношеніи должна быть установлена точная система изслѣдованія, создано особое государственное учрежденіе, причемъ всѣ эти средства должны подвергаться изслѣдованію въ центральныхъ лабораторіяхъ.

Габриловичъ считаетъ, что всѣ галеновые препараты, имѣющіе наркотическія составныя части, должны быть опредѣляемы въ количественномъ отношеніи и при отпускѣ таковыхъ должно быть отмѣчено $\%$ содержаніе алкалоидовъ и другихъ существующихъ дѣйствующихъ началъ.

Никитинъ указываетъ, что, помимо центральныхъ лабораторій, необходимо озаботиться повышеніемъ уровня общихъ и специальныхъ знаній фармацевтовъ, чтобы подобныя опредѣленія могли быть произведены въ лабораторіяхъ при аптекахъ.

А. С. Заковичъ: *Современное производство лекарственных средствъ и торговля ими*. Въ виду огромнаго успѣха новѣйшихъ синтетическихъ средствъ съ патентованнымъ названіемъ, нѣкоторые фабриканты стали выпускать другія средства, такъ назыв. «идентичныя», предназначенныя для замѣны вышеупомянутыхъ средствъ. По мнѣнію докладчика, фабрикація идентичныхъ препаратовъ есть несомнѣнно похвальное стремленіе воспользоваться чужимъ изобрѣтеніемъ безъ всякихъ затратъ со стороны фабрики. Съ существованіемъ «идентичныхъ» препаратовъ можно было бы еще смириться, если бы была доказана ихъ польза; между тѣмъ, по мнѣнію докладчика, отъ этихъ средствъ можно получить только вредъ. Поэтому стремленіе замѣнять напр. таннальбинъ Knoll'я и пирамидонъ Hoechst посредствомъ tanninum albuminum и амидопиринъ должно вызывать порицаніе. Свободный выпускъ идентичныхъ средствъ, наряду съ отсутствіемъ контроля надъ фармацевтическими средствами, поступающими въ продажу, обуславливаетъ то, что многія аптеки наводнены поддѣлками, и что изъ аптекъ отпускаются настоящіе продукты только тогда, когда требуютъ оригинальной упаковки. Докладчикъ считаетъ возможнымъ заявить, что въ 50 % всѣхъ случаевъ больные получаютъ не прописываемыя средства, а суррогаты, причемъ поддѣлываются почти до тождества посуда и этикетки. Особенно поддѣлываются лекарства, на которыя имѣется большой спросъ, какъ-то: аспиринъ, тіоколъ, ксероформъ и пирамидонъ. Выѣсто пирамидона отпускается смѣсь сѣрноокислой магнезій и антифебрина. Такого рода поддѣлки являются уже преступленіемъ. Высказанныя соображенія затрогиваютъ одну сторону вопроса. Однако докладчикъ считаетъ необходимымъ указать и на то, что благодаря отсутствію общественнаго и правительственнаго контроля на русскій лекарственный рынокъ выбрасывается все то, что не можетъ найти себѣ сбыта въ культурныхъ странахъ. Такъ, напр., докладчику, между прочимъ, приходилось видѣть хинную корку безъ хинина, ext. belladonnae— безъ атропина, vaselinum flavum Rossicum, приготовленный изъ олеонафта, empl. hydrargyri cinereum безъ ртути, спиртныя настойки, замерзавшія при 5—6° мороза, рыбій жиръ, приготовленный изъ селедки съ растительнымъ и минеральнымъ масломъ и т. д. Все это должно заставить врачей быть крайне осторожными и принять рѣшительныя мѣры противъ фальсификаторовъ, угрожающихъ народному здоровью. Докладчикъ предложилъ сѣзду сдѣлать постановленіе о необходимости контроля выпускаемыхъ лекарствъ.

Маркеловъ, говоря по существу доклада, отмѣтилъ, что докладчику не удалось доказать разницу въ какомъ бы то ни было отношеніи между патентованными лекарственными веществами съ одной стороны и точно такими же веществами, существующими подъ химическими названіями съ другой.—Въ докладѣ совершенно не упоминается, откуда были взяты образцы для изслѣдованія, сколько такихъ образцовъ, въ какомъ количествѣ и какихъ фабрикъ. Разбираясь

въ деталяхъ приводимыхъ докладчикомъ цифровыхъ данныхъ, оппонентъ указалъ, что всѣ они цѣликомъ относятся не къ идентичнымъ препаратамъ, а къ фальсификатамъ, причемъ были отмѣчены и нѣкоторыя неточности въ приводимыхъ имъ цифрахъ. Вслѣдствіе этого получилось то, что основной вопросъ объ идентичности лекарственныхъ препаратовъ остался безъ разсмотрѣнія.

Калеикій считаетъ, что замѣна патентованныхъ препаратовъ идентичными съ химическими названіями вполне допустима при условіи довѣрія къ фабрикѣ, производящей этотъ препаратъ. Не надо забывать, что разница въ цѣнѣ колоссальная. Aspirin стоитъ въ складѣ кило—11 руб., а ас. acetyl-salicyl. можно тамъ же купить за 4 руб. Надо бороться съ страшной дороговизной патентованныхъ препаратовъ, а для этого нужно распространять среди врачей химическія названія патентованныхъ. Медицинскій Департаментъ долженъ выпустить добавочную таксу химическихъ препаратовъ, могущихъ замѣнить дорогіе патентованные.

Никитинъ указываетъ на необходимость въ цѣляхъ борьбы съ бездѣтельными патентованными препаратами учрежденія центральной лабораторіи для производства химико-микроскопическаго и фізіологическихъ изслѣдованій ихъ, прежде допущенія ихъ въ обращеніе.

Серебренниковъ, очертивъ рекламный характеръ многихъ средствъ, недостаточное лабораторное изслѣдованіе, настаиваетъ на необходимости правильного научнаго контроля надъ этимъ дѣломъ со стороны незаинтересованныхъ лицъ.

Beckmann, указавъ на то, что русскіе врачи и фармацевты еще недостаточно знакомы съ техникой изслѣдованія лекарственныхъ препаратовъ, а потому раціональная борьба съ фальсификаціей въ Россіи невозможна, заявилъ, что семнадцать нѣмецкихъ фабрикъ, изготовляющихъ лекарственныя средства, предполагаютъ устроить въ Россіи специальную лабораторію для изслѣдованія лекарственныхъ средствъ *).

Въ этомъ же смыслѣ высказались и другіе ораторы (*Финъ*, *Габриловичъ*, *Фраерманъ*).

Секція приняла слѣдующія постановленія: 1) Въ виду широкаго распространенія фальсификаціи лекарственныхъ препаратовъ, достигшей значительныхъ размѣровъ, желательно съ цѣлью борьбы съ нею скорѣйшее открытіе контрольной станціи съ вполне научно обставленными лабораторіями при непремѣнномъ условіи недопущенія какихъ бы то ни было патентованныхъ лекарственныхъ препаратовъ. 2) Необходимо скорѣйшее учрежденіе при Пироговскомъ Обществѣ особой комиссіи для выработки и другихъ мѣръ борьбы съ фальсификаціей, а также неправильно поставленной продажи лекарствъ вообще и въ аптеки въ особенности. 3) Для правильной постановки дѣла лекарственной помощи населенію необходимо также учрежденіе особаго постоянного органа изъ авторитетныхъ представителей науки для изданія основной фармакопеи, не позже, какъ черезъ 3 года, съ періодическими къ ней дополненіями, по мѣрѣ надобности. 4) Организовать комиссію при Пироговскомъ Обществѣ съ цѣлью представить матеріалъ объ аптечномъ дѣлѣ въ Государственную Думу. 5) Фармацевты должны быть допущены въ данную комиссію на равныхъ правахъ съ врачами.

*) По нашему мнѣнію, вызовъ, брошенный русскимъ врачамъ и фармацевтамъ несправедливъ. Ред.

Соединенное засѣданіе секцій фармакологіи съ фармаціей и внутреннихъ болѣзней съ общей терапіей.

Засѣданіе 27 апрѣля.

Предсѣдатели: Д-ръ *Сперанскій*, *А. Кулябко-Корецкій*, *А. А. Лозинскій*.

А. Д. Степановъ: О душахъ высокаго давленія и примѣненіе ихъ при леченіи неврастеніи. Хотя души сильно распространены (въ каждой банѣ имѣется душъ *Charcot*), но вопросъ о леченіи душами все же еще мало разработанъ съ научной точки зрѣнія. Докладчикъ лечилъ душами уже 12 лѣтъ, главнымъ образомъ неврастенію. Многіе предпочитаютъ лечить эту болѣзнь ваннами, растираніями и т. д. Нѣмецкіе врачи относятся къ душамъ скептически (*Löwenfeld*) или и вовсе о нихъ умалчиваютъ (*Krafft-Ebing*). *Блишкій* въ своемъ трактатѣ о неврастеніи упоминаетъ о душахъ лишь вскользь. Не упомянуты даже работы *Кишкина* и *Курдюмова*. *Кишкинъ* излечиваетъ неврастенію душами въ 45 % случаевъ. Докладчикъ считаетъ души лучшимъ средствомъ для леченія неврастеніи. Во Франціи дѣло съ душами остается теперь въ томъ же положеніи, въ какомъ оно находилось еще въ 70-е годы прошлаго столѣтія. Даже въ *Hôpital Salpêtrière*, гдѣ нѣкогда работалъ самъ *Charcot*, души устроены чрезвычайно примитивно. У насъ это дѣло развивается въ сильной степени. Французы примѣняютъ давленіе въ $1\frac{1}{2}$ атмосферы. По мнѣнію русскихъ врачей, такого давленія недостаточно. Нѣмецкіе авторы (*Löwenthal*, *Krafft-Ebing*) относятся къ душамъ съ недо вѣріемъ. Даже у *Winternitz*'а души въ загонѣ. Онъ получаетъ неважные результаты, потому что употребляетъ души съ температурой въ $8-12^{\circ}$, при низкомъ давленіи (10—12 метровъ водяного столба). У нѣмцевъ леченіе душами находится не въ рукахъ врачей, а такъ назыв. *Bademeister*овъ, т. е. особыхъ банщиковъ. Но души съ высокимъ давленіемъ—не забава, а терапевтическое средство, не безразличное для организма и потому требующее врачебнаго надзора. Леченіе слѣдуетъ начинать съ болѣе теплой воды ($25-27^{\circ}$), чтобы не запугать пациентовъ-неврастенниковъ, которые отличаются большою чувствительностью къ холоду. Струя должна быть не цѣльной (*en colonne*), а раздробленной (*douche brisée*), такъ какъ цѣльная струя производитъ сильный ударъ и угнетаетъ ткани. Сильно сгущенный вѣрь тоже не годится. Хороши только вѣрные души (струя, раздробленная на мелкія капельки). Пальцемъ не удержать струю; для этого нужны особые приспособленія (лопаточка). Послѣ душа въ $24-25^{\circ}$ пациентъ чувствуетъ себя живѣе въ теченіе 2 часовъ. При дальнѣйшемъ леченіи эффектъ длится больше. Вопросъ о лучшей t° душа остается спорнымъ. Продолжительность душа опредѣляется временемъ наступленія реакціи (*Winternitz*). Смѣсители не годятся: t° воды не фиксируется, вслѣдствіе разницы въ давленіи холодной и горячей воды; бывали даже случаи ожоги. Въ Парижѣ и Вѣнѣ примѣняется низкое давленіе, и въ этомъ—недостатокъ тамошнихъ душъ. Тамъ берутъ души съ давленіемъ въ 25—30 фунтовъ, что составляетъ 2—3 атмосферы. Но, вѣдь, въ душѣ *brisée*, вслѣд-

ствіе разсѣиванія воды по каплямъ, ударъ ея ослабляется. Поэтому слѣдуетъ примѣнять высокое давленіе, не ограничиваться тѣмъ, что вода будетъ идти съ крыши зданія; нужно производить давленіе посредствомъ сжатого воздуха. Это и дѣлаетъ докладчикъ, представившій описаніе съ графическимъ изображеніемъ механизма душей высокаго давленія, устроенныхъ по особому типу. Воздухъ нагнетается въ особое пространство, до полученія давленія въ 75 фунтовъ.

Лозинскій отмѣтилъ нѣкоторую неясность въ изложеніи докладчика, изъ котораго не видно, въ чемъ преимущества предлагаемаго метода и почему тутъ именно т^о не мѣняется.

Лемпертъ и др. указывали на то, что по существу докладчикъ пользуется старымъ принципомъ смѣсителя.

Докладчикъ возразилъ, что ожоги все же не получается.

А. Куляко-Корецкій: *Значеніе русскихъ курортовъ въ реформированномъ правовомъ государствѣ.* Оставляя въ сторонѣ Кавказъ, докладчикъ избралъ предметомъ своего сообщенія такъ назыв. «деревенскія воды», т. е. второстепенные курорты, расположенные далеко отъ крупныхъ центровъ и мало извѣстные публикѣ. Сюда относятся: Сакскія воды, Майнаки, Чокракъ (Крымъ), Славянскія воды (Харьковской губ.), Бусскія (Кѣлецкой губ.), Липецкъ (Тамбовской губ.), Столыпинскія и Сергіевскія (Самарской губ.), воды въ Пермской и Вятской губ., Тинаки (Астраханской губ.). Старо-Русскія и Кеммернскія воды также выключены изъ обзора, какъ довольно близкія по мѣсту къ столицѣ. У насъ въ общемъ мало курортовъ, сравнительно съ огромнымъ населеніемъ, и тѣмъ не менѣе они влачатъ самое жалкое существованіе. Причина такого печальнаго явленія кроется вовсе не въ томъ, что наши курорты хуже заграничныхъ, или врачи наши стоятъ ниже иностранныхъ. Напротивъ, мѣстами наши условія во многомъ даже гораздо благоприятнѣе, чѣмъ за границей. Бѣда въ томъ, что у насъ нѣтъ буржуазіи въ западно-европейскомъ смыслѣ слова, которая бы такъ же умѣла эксплуатировать наши курорты, какъ это дѣлается за границей. Для этого у насъ не хватаетъ денегъ. Наши богачи привыкли къ культурнымъ условіямъ жизни и потому спѣшатъ за границу. У насъ нѣтъ культуры никакой.

Въ заключеніе докладчикъ представилъ слѣдующія положенія:

1) Стремленіе нашихъ курортовъ привлекать на сезоны преимущественно обеспеченную публику является ошибкой въ дѣлѣ правильнаго развитія курортовъ и нерѣдко мѣшаетъ достиженію прямыхъ задачъ этихъ лечебныхъ учреждений.

2) Курорты представляютъ собою важный экономическій факторъ въ жизни не только мѣстнаго населенія, но отчасти и всего государства. Это значеніе курортовъ возрастаетъ по мѣрѣ увеличенія доступности ихъ для трудового элемента безъ различія пола, профессіи и вообще положенія въ обществѣ.

3) Врачебно-общественное значеніе курортовъ составляетъ лишь одну сторону ихъ дѣятельности, — не менѣе важное общественное значеніе въ ближайшемъ будущемъ будетъ имѣть ихъ культурное вліяніе на населеніе.

4) Даже при настоящихъ условіяхъ курорты обладаютъ значительнымъ запасомъ потенциальныхъ культурныхъ силъ, которыя могутъ быть использо-

257711

инв. № 576

инв. 2344

ваны тѣмъ болѣе успѣшно, чѣмъ болѣе обезпечена имъ самостоятельность общественной дѣятельности.

5) Дѣятельность курортовъ, засыпающихъ нынѣ на цѣлыхъ 9 мѣсяцевъ въ году, должна быть обращена на воспитательно-культурную работу и въ теченіе вѣсезоннаго періода. Это вполне допускаютъ какъ матеріальныя средства (огромныя пустыющія цѣлый годъ зданія), такъ и личный составъ администраціи.

Грангъ: Докладчикъ «распылилъ» свой докладъ, который отъ этого утратилъ до извѣстной степени свое значеніе. Необходимо реорганизовать дѣло такъ, чтобы бальнеологическое леченіе сдѣлалось больше доступнымъ населенію. Желательно устроить соединенное засѣданіе по бальнеологическимъ вопросамъ съ общественной медициной.

Багачевъ: Правильное развитіе курортнаго дѣла возможно только въ связи съ яснымъ пониманіемъ интересовъ народа.

Червинскій: Отъ поѣздки русскихъ за границу Россія теряетъ массу денегъ. Въ одинъ Берлинъ вывозится такимъ образомъ 3½ милліона рублей ежегодно, а всего за границу уходитъ 60 милліоновъ руб. въ годъ. На спеціальной картѣ иллюстрируется обиліе курортовъ за границей: Западная Европа сплошь устлана курортами. У насъ и курортовъ сравнительно мало, и культуры нѣтъ никакой.

Курдюмовъ: Наши курорты не выдерживаютъ сравненія съ западно-европейскими. Мы заимствуемъ только показную сторону Европы. Курортъ—лечебное учрежденіе. Европа богата не только курортами, но и другими врачебными учрежденіями. Вина русскихъ врачей въ томъ, что они не насаждаютъ принциповъ правильнаго научнаго леченія. Курортное дѣло должно зависѣть не отъ министерствъ, оно должно быть передано мѣстнымъ общественнымъ силамъ. Вопросъ только въ томъ, хватитъ-ли у насъ силъ. Бѣда въ томъ, что мы мало культурны (въ примѣръ приводятся казаки на Кавказѣ съ ихъ равнодушнымъ отношеніемъ къ своимъ же курортамъ). Врачи должны создать на курортахъ культурные уголки, сдѣлавъ ихъ доступными населенію. Прошло 4 года со времени послѣдняго бальнеологическаго съѣзда въ Пятигорскѣ, гдѣ было принято рѣшеніе провентилировать вопросъ о курортахъ, но до сихъ поръ въ этомъ направленіи ничего еще не сдѣлано. Необходимо это исполнить теперь.

Лозинскій, резюмируя пренія, указалъ на три главныя задачи, предстоящія въ настоящее время: 1) демократизація курортовъ, 2) возвышеніе ихъ до уровня лечебныхъ учрежденій, 3) улучшеніе культуры. Что касается культурныхъ недостатковъ, которые, къ сожалѣнію, имѣются на многихъ русскихъ курортахъ, то ихъ нельзя ставить въ вину курортамъ, такъ какъ разница между русскими и иностранными курортами такая же, какъ, напр., разница между Москвой и Берлиномъ, и объясняется она общими условіями. Но тѣмъ болѣе необходимо стремиться къ улучшенію культуры на курортахъ.

А. А. Лозинскій: Общія соображенія при назначеніи врачами курортнаго леченія. (Ауторефератъ). Указавъ на постепенное возростаніе числа больныхъ на любомъ благоустроенномъ курортѣ и на довѣріе самихъ больныхъ къ фیزیотерапевтическимъ методамъ, докладчикъ замѣтилъ, что упомянутыя обстоятельства вызываютъ большій спросъ на основательное знаніе врачами бальнеотерапіи, что возможно только при включеніи фیزیотерапіи вообще и въ частности бальнеотерапіи въ число предметовъ преподаваемыхъ на медицинскихъ факультетахъ, а также при организаціи въ Россіи «учебныхъ поѣздокъ» для ознакомленія съ курортами по образцу Германіи и Франціи. Послѣ такого введенія докладчикъ перешелъ къ общимъ противопоказаніямъ противъ курортнаго леченія. Такъ какъ на курорты весьма нерѣдко пріѣзжаютъ больные, не подходящіе для курорт-

наго леченія, то врачамъ необходимо энергично отговаривать такихъ больныхъ отъ поѣздки на курорты. Къ числу подобныхъ пациентовъ относятся страдающіе душевными болѣзнями, злокачественными опухолями и др., а также страдающіе любой болѣзью, если она въ своемъ теченіи настолько далеко зашла впередъ, что вызвала опасныя степени малокровія, общее истощеніе, кахексію, маразмъ. Такъ какъ бальнеотерапія помогаетъ, вызывая реакцію со стороны организма, то въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ основаніе сомнѣваться въ возможности этой реакціи, лучше не подвергать тяжело-больного риску тяжелой для него поѣздки. Далѣе докладчикъ перешелъ къ оцѣнкѣ показаній для выработки того или другого курорта, причемъ высказалъ мысль, что тамъ, гдѣ можно ограничиться назначеніемъ ваннъ, химическій составъ источниковъ имѣетъ сравнительно второстепенное значеніе. Что же касается до внутренняго назначенія минеральныхъ водъ, то, конечно, дѣйствіе той или другой воды стоитъ въ непосредственной связи съ ея химическимъ составомъ. Для примѣра докладчикъ остановился на сравнительной оцѣнкѣ дѣйствія отдѣльныхъ водъ при катаррѣ желудка. Впрочемъ при посылкѣ больныхъ на курорты надо руководиться не только данными анализа минеральной воды, но и климатическими условіями данной мѣстности. Наконецъ, при посылкѣ больного на тотъ или иной курортъ необходимо имѣть въ виду и цѣлый рядъ житейскихъ соображеній. Посылка на курорты бѣдныхъ людей, не могущихъ сносно устроиться на курортѣ на все время леченія, не можетъ быть признана цѣлесообразной, такъ какъ сами по себѣ ванны и питье минеральныхъ водъ далеко еще не могутъ обезпечить больному освобожденіе отъ его недуга. Для того, чтобы дать несостоятельнымъ больнымъ возможность лечиться на курортахъ, необходимо, чтобы общественныя учрежденія занялись устройствомъ на курортахъ образцовыхъ санаторій для своихъ мало обезпеченныхъ членовъ. Въ заключеніе докладчикъ предложилъ секціи:

- 1) Подтвердить постановленіе о необходимости систематическаго преподаванія на медицинскихъ факультетахъ фізіотерапіи вообще и въ частности бальнеотерапіи.

- 2) Признать желательность организаціи «учебныхъ поѣздокъ» врачей по русскимъ курортамъ.

- 3) Признать, что для успѣшнаго леченія несостоятельныхъ больныхъ на курортахъ необходимо устройство образцовыхъ общественныхъ санаторій, такъ какъ само по себѣ питье минеральныхъ водъ безъ соотвѣтствующей леченію обстановки и безъ средствъ для фізической терапіи не можетъ дать надлежащихъ результатовъ.

И. Ф. Горбачевъ: О примѣненіи электрическихъ свѣтовыхъ ваннъ при ревматическихъ заболѣваніяхъ. Положенія доклада сводятся къ тому, что леченіе электрическими свѣтовыми ваннами во многихъ случаяхъ ревматическаго пораженія суставовъ приноситъ существенную пользу. При осторожномъ примѣненіи ваннъ и тщательномъ наблюденіи за больными непріятныхъ побочныхъ явленій можно совершенно избѣжать. Къ особымъ преимуществамъ свѣтовыхъ ваннъ докладчикъ относитъ: возможность пользоваться ими всегда и вездѣ, если только есть электрическая

энергія, и то, что онѣ переносятся въ общемъ сравнительно легче другихъ методовъ леченія.

Кушевъ находить болѣе цѣлесообразнымъ исключать всякую терапію для опредѣленія вліянія свѣтовыхъ ваннъ.

Докладчикъ заявилъ, что онъ не считалъ себя вправе дѣлать опыты въ такомъ чистомъ видѣ, когда есть показанія одновременно и къ внутреннему леченію.

Степановъ напомнилъ, что онъ уже 20 лѣтъ назадъ предложилъ сухія сидячія ванны.

Курдюмовъ находить докладъ неполнымъ: нѣтъ параллельныхъ данныхъ о вліяніи сухо-воздушныхъ и свѣто-тепловыхъ ваннъ.

Лемпертъ отмѣтилъ, что южные грязевые курорты представляютъ тоже комбинаціи тепла съ лучистой энергіей солнца.

А. А. Лозинскій демонстрировалъ простой приборъ для согреванія грязи. Приборъ даетъ возможность въ 10 минутъ доводить температуру грязи до 40° — 50° . Приборъ представляетъ удобства при мѣстномъ примѣненіи грязи для компрессовъ въ больницахъ и въ домашней обстановкѣ больныхъ.

Бактеріологія.

Торжественное засѣданіе, посвященное памяти *Георгія Норбертовича Габричевскаго*.

Собраніе открыто 27 апрѣля въ 2 ч. 15 минутъ дня *Н. М. Берестневимъ*.

Выбранный предсѣдателемъ засѣданія *П. Н. Дятловъ* прочелъ письма и телеграммы, полученныя семьей послѣ смерти безвременно скончавшагося *Георгія Норбертовича*, послѣ чего приступлено къ выполненію намѣченной программы, къ рѣчамъ *Л. А. Чуаева*, *Н. М. Берестнева*, *И. С. Бомштейна*, *Г. А. Левенталя* и *К. И. Шидловскаго*.

Дольше всего на личности *Габричевскаго* остановился *Л. А. Чуаевъ*, который далъ также и нѣкоторыя біографическія свѣдѣнія о покойномъ и, какъ близкій другъ и свидѣтель его творчества, охарактеризовалъ этотъ свѣтлый и мощный образъ безвременно погибшаго ученаго, погибшаго отъ крупознаго воспаленія легкихъ всего 47 лѣтъ отъ роду!

Георгій Норбертовичъ Габричевскій родился въ 1860 г. въ Москвѣ, гдѣ получилъ свое среднее образованіе, а также и высшее въ Московскомъ университетѣ. Первымъ научнымъ трудомъ *Габричевскаго*, за который онъ получилъ золотую медаль, было «Клиническое значеніе альбуминуріи». Въ 1888 г. *Габричевскій* защищалъ диссертацию «Къ вопросу о возбудимости мышцъ» и остался при университетѣ. Съ тѣхъ поръ и начинается плодотворная, научная работа *Габричевскаго*, написавшаго болѣе 120 работъ, а съ 1895 г. съ учрежденіемъ имъ бактеріологическаго института начинается и его общественная дѣятельность.

Съ какими трудностями было сопряжено основаніе института, какъ нечеловѣчески много приходилось работать, вслѣдствіе отсутствія подходящихъ условій въ институтѣ, объ этомъ подробно сообщаютъ какъ *Л. А. Чуаевъ*, такъ и *Н. М. Берестневъ*, которые находились въ наиболѣе близкихъ отношеніяхъ съ *Габричевскимъ* и которые поэтому необычайно любясно характеризуютъ незабвеннаго для всѣхъ знавшихъ *Георгія Норбертовича*.

И. С. Бомштейнъ сжато, но ярко обрисовываетъ контуры научнаго зданія, воздвигнутаго знаменитымъ московскимъ ученымъ, и показываетъ, сколько трудоспособности, сколько таланта и ученой проницательности таилось въ этомъ на видъ скромномъ труженикѣ со свѣтлой гениальной головой! Немного остается послѣ этого остальнымъ ораторамъ, но все же послѣ каждой рѣчи портретъ знаменитаго ученаго выступаетъ все больше изъ рамокъ, дѣлается все болѣе и болѣе рельефнымъ и получаетъ ту яркость, которая останется навсегда памятной всѣмъ присутствовавшимъ на засѣданіи 27 апрѣля.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Н. М. Берестневъ, открывая засѣданіе, очертилъ въ теплыхъ словахъ многостороннюю дѣятельность въ области бактеріологіи завѣдующаго секціей *Г. Н. Габричевскаго*, подготовлявшаго матеріалы и къ работамъ секціи бактеріологіи на X съѣздѣ; память *Г. Н. Габричевскаго* была почтена вставаніемъ, а семьѣ покойнаго отправлена сочувственная телеграмма.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *С. А. Златогоровъ*, товарищемъ его *Недригайловъ*.

С. А. Златогоровъ: О леченіи scarlatinae сывороткой, введенной въ кишечникъ. Серотерапія scarlatinae въ настоящее время довольно широко распространена. Среди многочисленныхъ наблюденій, опубликованныхъ по этому вопросу, наблюденія русскихъ авторовъ занимаютъ видное мѣсто. Личныя наблюденія докладчика тоже говорятъ въ пользу сыворотки *Moser'a*. Но, въ виду нѣкоторыхъ неудобствъ при употребленіи этой сыворотки, главнымъ образомъ въ виду необходимости ввести подъ кожу 200—300 куб. см., докладчикъ остановился на введеніи сыворотки черезъ прямую кишку. Введеніе сыворотки черезъ ротъ не всегда оправдываетъ надежды, повидимому, благодаря разрушенію части анти-токсина въ печени. Опыты, поставленные авторами на животныхъ, дали хорошіе результаты въ смыслѣ цѣлесообразности предложеннаго метода. Опытъ былъ произведенъ на кроликахъ, которымъ была впрыскиваема усиленная до извѣстной вирулентности стрептококковая культура, и затѣмъ одновременно или послѣ и до зараженія вводилась частью подъ кожу, частью въ прямую кишку сыворотка *Moser'a*. Всѣхъ опытовъ на кроликахъ было сдѣлано 30. Наблюденія на людяхъ были сдѣланы въ 14 случаяхъ, причемъ, какъ на основаніи опытовъ на кроликахъ, такъ и наблюденій на людяхъ, докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Сыворотка *Moser'a* въ настоящее время является наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ при scarlatinae. 2) Неудобство введенія большихъ дозъ сыворотки подъ кожу можно избѣжать введеніемъ сыворотки черезъ прямую кишку. 3) Дѣйствіе сыворотки, введенной черезъ прямую кишку, такъ же проявляется, какъ при введеніи черезъ кожу; 4) Доза вводимой сыворотки должна равняться 200 к. с. и не представляется большей, чѣмъ при подкожномъ введеніи. 5) Общія сывороточныя осложненія при такомъ способѣ введенія сыворотки, повидимому, меньше, чѣмъ при подкожномъ введеніи; абсолютно избѣгаются мѣстныя

кожныя явленія, получаемыя при подкожномъ введеніи на мѣстѣ прививки. 6) Введеніе сыворотки черезъ кишечникъ никогда не встрѣчаетъ сопротивленія со стороны больного и окружающихъ и должно быть рекомендовано въ особенности для дѣтей до 10-лѣтняго возраста. 7) Экспериментальныя данныя, повидимому, также подтверждаютъ дѣйствительность этого способа.

Розановъ, въ виду недостаточнаго количества наблюденій, находить необходимыми для докладчика воздержаться отъ какихъ бы то ни было выводовъ.

Бомштейнъ находить, что введеніе солевыхъ растворовъ въ прямую кишку можетъ вызвать тотъ же благопріятный эффектъ, на который указываетъ докладчикъ. Отсутствие общихъ сывороточныхъ явленій еще болѣе убѣждаетъ оппонента, что въ данномъ случаѣ не было эффекта отъ специфической сыворотки.

Гизъ привѣтствуетъ мысль о введеніи сыворотки *Moser'a* черезъ кишечникъ, но также находить крайне недостаточнымъ число наблюденій докладчика.

Городисскій, *Клодницкій*, *Никитинъ* и *Андреевъ* сомнѣваются въ томъ, чтобы сыворотка *Moser'a*, введенная *per rectum*, всосалась.

Брунштейнъ предостерегаетъ товарищей идти по этому пути, сыворотка эта—величина неизвѣстная, а при окольномъ пути мы теряемъ критерій.

Берестневъ указалъ на то, что сыворотка эта дорога; при введеніи *per rectum* нѣтъ увѣренности, что она не будетъ выведена изъ кишечника, вследствие чего необходимо эту сыворотку впрыскивать подъ кожу.

Кромѣ того въ преніяхъ принимали участіе: *Рубчевскій*, *Геккеръ*, *Молчановъ*, *Бацевичъ*, *Тарасевичъ* и *Недригайловъ*.

М. Г. Щеголевъ: Къ вопросу объ иммунитетъ. Изложивъ вкратцѣ современное состояніе вопроса объ иммунитетъ и новыя данныя въ пользу участія въ немъ лейкоцитовъ, докладчикъ изложилъ собственныя наблюденія надъ лейкоцитозомъ на больныхъ съ возвратнымъ тифомъ и демонстрировалъ эти наблюденія рядомъ діаграммъ. Рѣдко на 1-й день заболѣванія возвратнымъ тифомъ, чаще на 2-й и на 3-й количество лейкоцитовъ постепенно нарастаетъ и уже въ первые дни значительно превышаетъ установленную норму, а затѣмъ начинается паденіе лейкоцитовъ, что постоянно предшествуетъ паденію температуры. При второмъ приступѣ количество лейкоцитовъ падаетъ уже на второй день. Бываетъ очень сильный подъемъ лейкоцитовъ, количество которыхъ достигаетъ 40 тыс. Эти данныя, по мнѣнію докладчика, объясняются фагоцитарной теоріей при этой формѣ болѣзни. Кромѣ того докладчикъ наблюдалъ въ крови больныхъ распаденіе на отдѣльныя части спирохетъ и образованіе сильнѣе окрашивающихся зернышекъ на концахъ этихъ спирохетъ. На основаніи одобренныхъ данныхъ, докладчикъ пришелъ къ выводу, что какъ гуморальная, такъ и фагоцитарная теоріи должны сдѣлать взаимныя уступки и что между этими двумя теоріями можно видѣть сближеніе.

Въ преніяхъ принимали участіе *Клодницкій* и *Недригайловъ*.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетный предсѣдатель д-ръ *Острянинъ*, товарищъ предсѣдателя *О. Ф. Скишванъ*.

О. Ф. Скишванъ: Къ вопросу объ этиологій дизентеріи: 6 случаевъ амебной дизентеріи въ Одессѣ. Какъ извѣстно, различаютъ двѣ

формы дизентеріи: бацилярную и тропическую или амёбную. Докладчикъ, изложивъ литературныя данныя по этому вопросу, указалъ, что амёбная дизентерія встрѣчается не только подъ тропиками, но и въ Европѣ. Сюда она заносится изъ жаркихъ странъ, но можетъ возникать, повидимому, и аутохтонно.

Изслѣдуя испражненія въ 40 случаяхъ, *Скишванъ* 6 разъ нашёлъ амёбы. Изъ этихъ 6 больныхъ выздоровѣлъ только одинъ, остальные 5 умерли. Больные были въ возрастѣ отъ 28 до 50 лѣтъ. Болѣзнь продолжалась у нихъ различно: смерть наступала на 12—17—24—51—141 день отъ начала заболѣванія. У всѣхъ наблюдалось тяжелое истощеніе, упорные поносы, мучительныя тенезмы, продолжительная задержка мочи. Испражненія были вонючія и содержали кровь и слизь, а въ свѣжихъ случаяхъ и обрывки ткани. Ни сыворотка, ни высокія клизмы съ танниномъ и опиумъ не помогали.

На представленномъ патолого-анатомическомъ препаратѣ видны кишечныя язвы, доходившія до мышечной оболочки кишки и даже до сывороточнаго ея покрова; края язвы подрыты; мѣстами слизистая оболочка свѣшивается въ просвѣтъ кишки, образуя ворсинки; стѣнки кишекъ утолщены; серозная оболочка измѣнена (мѣстный перитонитъ). Кровь больныхъ не давала реакцію агглютинаціи на дизентерійныя палочки. Въ испражненіяхъ были найдены амёбы; встрѣчался также *trichomonas*.

При вскрытіи лицъ, умершихъ отъ амёбной дизентеріи, амёбы могутъ быть обнаружены только при томъ условіи, если трупы будутъ возможно болѣе свѣжими; черезъ 24 часа послѣ наступленія смерти уже трудно бываетъ найти амёбы. Изслѣдуя срѣзы изъ кишечныхъ стѣнокъ, можно убѣдиться, что амёбы проникаютъ глубоко въ ткани, вызывая при этомъ мѣстный некрозъ, а также въ кровеносные и лимфатическіе пути.

Въ Одессу возбудитель дизентеріи могъ быть занесенъ какъ съ ближняго, такъ и съ Дальняго Востока.

Герасимовичъ наблюдалъ три случая амёбной дизентеріи въ Петербургѣ въ дѣтской больницѣ принца Ольденбургскаго, причемъ діагнозъ былъ подтвержденъ экспериментальнымъ путемъ, посредствомъ успѣшныхъ прививокъ кошкамъ. Кромѣ него, въ Петербургѣ наблюдали амёбную дизентерію *Кернигъ* и *Укке*.

На это *Скишванъ* возразилъ, что у *Кернига* и *Укке* привитыя кошки не дали характерной патолого-анатомической картины.

Л. В. Подлевскій: О распознаваніи брюшного тифа помощью постъвова крови больныхъ въ желчь. (Докладчика встрѣчаютъ аплодисментами, по поводу перенесенной имъ недавно чумы). Громадная важность ранняго распознаванія брюшного тифа, по своей очевидности, не требуетъ доказательствъ. Вопросъ только въ томъ, какимъ образомъ можно быстрее, удобнѣе и вѣрнѣе опредѣлить брюшной тифъ. Вполнѣ убѣдительнымъ доказательствомъ служить, конечно, только нахожденіе у больного брюшнотифозныхъ палочекъ. Гдѣ же ихъ можно всего легче найти? На изслѣдованіе кала не слѣдуетъ возлагать очень большихъ надеждъ, такъ какъ въ немъ палочки бываютъ не всегда (всего въ 64%), притомъ по-

являются онѣ не скоро и узнать ихъ не легко. Немногимъ лучше обстоятъ дѣло и съ мочей. Реакція *Widal'*я не получается на 1-й недѣлѣ болѣзни, т. е. именно въ то время, когда всего труднѣе бываетъ опредѣлить заболѣваніе брюшнымъ тифомъ. И даже въ случаѣ положительной реакціи она обнаруживаетъ большія колебанія въ теченіи болѣзни. Съ другой стороны, кровь лицъ, однажды перенесшихъ брюшной тифъ, часто надолго сохраняетъ свою склеивающую способность, такъ что трудно бываетъ рѣшить, чему приписать положительный результатъ изслѣдованія: бывшему-ли тифу или новому, свѣжему заболѣванію. Наконецъ, говоря о реакціи агглютинаціи, не слѣдуетъ упускать изъ вида и групповое склеиваніе бактерій подѣ влияніемъ сыворотки брюшно-тифозныхъ больныхъ. Лучшимъ объектомъ для изслѣдованія съ діагностическою цѣлью является кровь. Изслѣдованіе производится посредствомъ изготавленія изъ крови микроскопическихъ препаратовъ (мазки) или путемъ посѣвовъ крови на различныя питательныя среды. Брюшно-тифозныя палочки появляются въ крови сравнительно очень рано и притомъ довольно постоянно, но только не всегда въ достаточномъ количествѣ, такъ что для обнаруженія ихъ въ крови требуется предварительно вызвать усиленное ихъ тамъ размноженіе.

Съ прошлаго года примѣняется новый методъ накопленія бактерій (*Anreicherungsverfahren*), предложенный *Conradi*, а именно при помощи желчи. Последняя представляетъ благоприятную для развитія брюшно-тифозныхъ палочекъ среду, благодаря тому, что она препятствуетъ свертыванію крови, растворяетъ кровяные сгустки (которые увлекаютъ за собою бактеріи) и парализуетъ бактерицидные свойства кровяной сыворотки. Изслѣдуя по этому способу 200 случаевъ, *Kayser* получилъ положительные результаты въ 66 % всѣхъ случаевъ. Докладчикъ произвелъ по этому способу 142 изслѣдованія. Шприцемъ *Габричевскаго* берется изъ вены 5—10 куб. см. крови, которая тотчасъ же, прежде чѣмъ она успѣетъ свернуться, смѣшивается съ стерилизованной желчью ¹⁾ въ отношеніи 1:2; избытокъ желчи не мѣшаетъ, скорѣе даже полезенъ дѣлу. Смѣшанная такимъ образомъ съ желчью кровь (2 куб. см.) засѣвается въ бульонъ или на косой агаръ съ прибавленіемъ муравьинокислаго натра и *Neutralroth'a*. Культура получается черезъ 5—6 часовъ. Изъ 119 больныхъ, изслѣдованныхъ по этому методу, у 84 получились культуры изъ крови даже на первой половинѣ первой недѣли болѣзни. Вообще же на первой недѣлѣ положительные результаты получаются при такомъ изслѣдованіи въ 92 %. При этомъ исходъ изслѣдованія не находится въ зависимости отъ тяжести заболѣванія.

Такимъ образомъ новый методъ распознаванія брюшного тифа, предложенный *Conradi*, даетъ наиболѣе надежныя результаты. вмѣстѣ съ тѣмъ онъ легко примѣнимъ у постели больного. То же подтверждаютъ и другіе авторы (*Цейдлеръ*, *Штюлернъ*, *Генкенъ*) ²⁾. Маленькое крово-

¹⁾ Фирма *Merck* отпускаетъ стерилизованную бычачью желчь въ запаянныхъ трубочкахъ.

²⁾ См. Русск. Врачъ за 1907 г.

пускание совершенно безопасно. Возможно раннее распознавание брюшного тифа чрезвычайно важно не только в диагностическом и терапевтическом, но и в профилактическом отношении. Известно, вѣдь, что больные брюшным тифомъ, являясь носителями брюшно-тифозной инфекции, служатъ в то же время, при помощи своихъ выдѣленій, источникомъ распространенія брюшно-тифозной заразы.

Клодницкій: Дѣйствіе желчи сводится къ гемолизу—разрушенію форменныхъ элементовъ крови. На 1-й недѣль болѣзни въ испражненіяхъ не удастся найти бактерій. Но въ крови ихъ можно уже въ это время обнаружить, пользуясь желчью. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни наблюдается обратное.

Подлевскій: Въ данномъ случаѣ дѣло не въ гемолизѣ крови, его можно вызвать другими средствами, но дѣлу это не поможетъ.

Кромѣ того, въ преніяхъ принимали участіе: *Недригайловъ*, *Берестневъ*, *Златогоровъ* и другіе.

Н. М. Берестневъ: О чумныхъ заболѣваніяхъ въ февраль 1907 г. въ чумной лабораторіи на фортѣ «Александръ I» въ Кронштадтѣ. Въ февраль 1907 г. на фортѣ «Александръ I» въ Кронштадтѣ наблюдались два случая заболѣванія чумой. Первымъ заболѣлъ д-ръ *Шрейберъ*, наглотавшійся, по неосторожности ¹⁾, чумной культуры, послѣ чего у него развилась чумная пневмонія. Вначалѣ *Берестневъ* думалъ о простудѣ—при поѣздкѣ въ Питеръ. При первыхъ признакахъ болѣзни *Шрейберъ* былъ изолированъ. Онъ ясно сознавалъ близость рокового исхода. Когда ему предложили перейти въ другое помѣщеніе, наверхъ, онъ сказалъ: „теперь вверхъ, вскорѣ внизъ, для сожженія“. Онъ былъ еще въ состояніи подняться во второй этажъ безъ посторонней помощи. *Берестневъ* и *Подлевскій* слѣдовали за нимъ. Въ это время *Шрейберъ* писалъ главу о серотерапіи чумы для своей диссертациі. Самъ онъ былъ противъ впрыскиванія сыворотки, считая это дѣло бесполезнымъ при чумной пневмоніи. Ему все же были слѣланы три инъекціи по 400 к. с., и, несмотря на это, онъ скончался въ концѣ 3-го дня отъ начала заболѣванія. При жизни наблюдались не рѣзкіе объективные признаки пневмоніи; моча содержала бѣлокъ и цилиндры.

При вскрытіи найдено слѣдующее: опеченѣніе правой верхней доли, мраморнаго вида. Въ остальныхъ мѣстахъ легкій отекъ и гиперемія. Плевра сросшена съ діафрагмой. Легкій артеріосклерозъ. Бронхіальныя железы увеличены, геморрагичны. Печень увеличена, застойная, жирно-перерожденная. Желчный пузырь сросшенъ съ желудкомъ и кишками. Въ желчномъ пузырьѣ оказался камень. При жизни *Шрейберъ* страдалъ приступами печеночной колики. Селезенка увеличена, плотна. Были кровоизліянія въ мочевомъ пузырьѣ, тоже въ желудкѣ и въ кишкахъ. Брыжеечныя железы не измѣнены. Кости черепа и оболочки мозга утолщены. Мозгъ гиперемированъ. Въ легочномъ сокѣ найдена масса микробовъ, равно какъ въ бронхіальныхъ железахъ, крови и селезенкѣ. При жизни въ день смерти утромъ микробовъ не нашли.

Черезъ сутки послѣ вскрытія д-ра *Шрейбера* (трупъ былъ сожженъ) заболѣлъ д-ръ *Подлевскій*, принимавшій участіе во вскрытіи. У него

¹⁾ Всѣ пипетки съ двойными расширеніями были заняты и онъ взялъ обыкновенную.

была на одномъ пальцѣ руки заусеница, которую онъ прижегъ уксусной кислотой. Черезъ день у него появились боли въ подмышечной впадинѣ (болѣзненные железы) и въ рукѣ. $T^{\circ} 38,5^{\circ}$. Уже до вскрытія ему было впрыснуто 20 куб. см. сыворотки, съ профилактическимъ цѣлью. Затѣмъ было сдѣлано еще три инъекціи. Всего было введено 300 куб. см. сыворотки. Подмышечные бубоны представляютъ серьезное заболѣваніе: они часто осложняются пневмоніями и сепсисомъ. Боли потомъ распространились на всю правую половину грудной кѣтки. Но уже на 2-й день больному стало легче. Вокругъ пораженныхъ железъ инфильтрата не было. Мѣстное леченіе не примѣнялось вовсе, такъ какъ отъ него ничего ожидать нельзя было. Все сводилось къ сывороткѣ и усиленному питанію. Больной всталъ на 15-й день и быстро поправился. Нѣкоторые думали объяснить въ этомъ случаѣ заболѣваніе вреднымъ дѣйствіемъ впрыснутой сыворотки. Но если бы первые 20 к. с. могли вызвать заболѣваніе, то что должно было получиться послѣ 300 куб. см.! Кромѣ того, у другихъ лицъ на фортѣ, которымъ также впрыскивали сыворотку, ничего дурного не было. Между прочимъ, и у *Шрейбера* впрыскиваніе сыворотки не сопровождалось мѣстной реакціей. У *Подлевскаго* наблюдалась мѣстная реакція (сыпь, болѣзненность, отекая припухлость), но все это быстро прошло.

Не желая причинять *Подлевскому* лишнія страданія и опасаясь вызвать проколомъ железъ диссеминацію процесса, *Берестневъ* не сдѣлалъ ему пункціи. Тѣмъ не менѣе, судя по клинической картинѣ, не можетъ быть сомнѣнія въ томъ, что въ данномъ случаѣ было заболѣваніе чумой (бубонная форма).

Память *Шрейбера* почтена вставаніемъ.

В. И. Недригайловъ: О постановкѣ предохранительныхъ прививокъ противъ водобоязни въ русскихъ *Pasteur*'овскихъ институтахъ. Прошло болѣе 20 лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ *Pasteur* предложилъ свой способъ леченія бѣшенства. За это время въ Россіи возникло много институтовъ, по образцу Парижскаго. Но въ каждомъ институтѣ выработалась своя техника. Это обстоятельство сильно затрудняетъ оцѣнку этого способа леченія. Прививки въ общемъ безвредны. Иногда приходится наблюдать развитіе восходящаго паралича, который всегда оканчивается благополучно, по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Причина такихъ параличей до сихъ поръ остается неизвѣстной. Неизвѣстно также, почему такъ колеблется результаты леченія. Необходимо установить единицу для сравненія ослабленія яда бѣшенства. Докладчикъ предлагаетъ для этой цѣли свой коэффициентъ:

$D = \frac{K \cdot T}{S \cdot W}$ К обозначаетъ ѣдкій калий, примѣняемый для высушиванія мозговъ, Т—температура, S—вѣсъ банки, въ которой производится высушиваніе, W—вѣсъ тѣла кролика.

Для Парижа этотъ коэффициентъ $D = \frac{150 \times 23}{1 \times \frac{2000}{3}} = 5,17$.

Не лишено значенія количество банокъ, въ которыхъ распредѣляется мозгъ. Число банокъ=1—2—3. *Virus* не отличается постоянствомъ:

привитыя животныя умирають на 4—5—6—7 день. Наибольшій коэффициентъ полученъ для Парижа, наименьшій—въ Кіевѣ. Первый въ 52 раза болѣе второго. Степень ослабленія яда соотвѣтствуетъ коэффициенту ослабленія. Количество млгрм. мозга на человѣка также не вездѣ одинаково: оно колеблется между 1 и 6 млгрм. Неодинаковы также способы приготовленія эмульсіи. Продолжительность леченія опредѣляется въ разныхъ мѣстахъ отъ 7—20 дней—для легкихъ случаевъ и 10—34 дня—для тяжелыхъ случаевъ. Число прививокъ колеблется между 8 и 28—въ легкихъ случаяхъ, 10—60—въ среднихъ случаяхъ, 23—70—въ тяжелыхъ случаяхъ, 20—100 при укусахъ въ лицо. Въ общемъ русскіе институты съ теченіемъ времени сильно уклонились отъ Парижскаго и выработали свою технику, неодинаковую въ разныхъ мѣстахъ. Различіе въ методикѣ сильно затрудняетъ оцѣнку метода. Но теперь мы имѣемъ мѣрило въ видѣ указаннаго коэффициента D. Необходимо единообразіе.

Въ преніяхъ участвовали: *Здравосмысловъ, Коневъ, Заболотный* и др.; указывалось на необходимость созданія комиссіи въ видахъ упорядоченія дѣла прививокъ. Далѣе было отмѣчено, что коэффициентъ D зависитъ отъ цѣлаго ряда моментовъ (t^0 , влажность окружающаго воздуха и пр.) и долженъ быть измѣненъ.

Внутреннія болѣзни и общая терапія.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Прив.-доц. *В. А. Воробьевъ*, привѣтствуя участниковъ секціи, сообщилъ, что за краткостью подготовительнаго періода сѣзда программныхъ темъ нѣтъ, и просилъ избрать предсѣдателя секціи. За отказомъ предложенныхъ въ предсѣдатели товарищей руководилъ преніями, по предложенію собравшихся, прив.-доц. *В. А. Воробьевъ*, на слѣдующія же засѣданія избраны: проф. *В. Д. Шервинскій, Н. Е. Кушевъ, Н. Д. Титовъ*.

Н. Е. Кушевъ: Achylia gastrica. Докладчикъ характеризуетъ ахилію, какъ самостоятельное заболѣваніе, повидимому на почвѣ врожденнаго порока развитія. Изъ 9 случаевъ 5 было мужчинъ и 4 женщины, причемъ возрастъ ихъ колебался отъ 20—48 лѣтъ. Наиболѣе частымъ признакомъ ахиліи у автора являлся поносъ—въ 5 случаяхъ, который неизмѣнно исчезалъ послѣ пріемовъ соляной кислоты или натурального желудочнаго сока; въ 6 случаяхъ наблюдались боли въ подложечной области и одинъ разъ—рвота. Хотя всѣ эти признаки въ совокупности и характерны для ахиліи, но только изслѣдованіе желудочнаго сока устанавливаетъ наличность ахиліи, такъ какъ, съ одной стороны, всѣ названные симптомы наблюдаются и при другихъ заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго канала, съ другой стороны, ахилія нерѣдко протекаетъ безъ всякихъ симптомовъ, и только изслѣдованіе желудочнаго сока устанавливаетъ полное отсутствіе свободной и связанной соляной кислоты и пепсина. Молочную кислоту иногда находятъ въ желудочномъ содержимомъ (у автора въ 6 случаяхъ), сычужный ферментъ встрѣчается нерѣдко. Характерна для ахиліи повышенная двигательная способность желудка, чѣмъ объясняется, по мнѣнію автора, сохранность желудка и при продолжительной ахиліи;

наблюдавшуюся другими авторами легкую ранимость слизистой желудка автор отрицает. — Диета при ахилии вытекает из самой сущности болезни: необходимо избегать богатой белками мясной пищи и ограничиваться главным образом молоком, зеленью и прочей азотистой пищей. Терапия состоит в приемах разведенной соляной кислоты по 20 капель, 3 раза в день, и то в большом разведении водой, так как и такие приемы соляной кислоты больные неохотно принимают, и в приемах нормального желудочного сока, который, впрочем, обходится довольно дорого.

Певзнер не считает необходимым выделять идиопатическую ахилию в отдельную группу, так как и при симптоматической ахилии этиология бывает иногда настолько темной, что характер ее выясняется иногда случайно при долгом наблюдении. Также нельзя согласиться с докладчиком, что мы имеем дело с врожденным пороком, так как ахилия проявляется скорее в средние годы; в литературе имеются данные, что ахилия связана иногда с общим артерioskлерозом и зависит, может быть, от склероза желудка. Скорее можно признать нервный характер ахилии, если принять во внимание, что она под влиянием благоприятных условий исчезает совершенно, если принять во внимание, что ахилия иногда наблюдается в период половой зрелости, климактерия и пр.

Вириубский придает большее значение натуральному желудочному соку при ахилии и сообщает о большой распространенности этого препарата, добываемого при лаборатории проф. И. И. Павлова.

Ерузальский признает также нервный характер ахилии и рекомендует испробованные им теплые души на желудок. Что же касается желудочного сока, то, помимо его дороговизны, необходимо отметить и быструю порчу его: через 2—3 дня открытая стеклянка мутнеет, и лекарство приобретает невзрачно противный вкус. К последнему заявлению присоединяется и *Кушев*. *Вириубский* же старается объяснить быстрое помутнение лабораторного препарата — случайностью.

Проф. В. Д. Шервинский: *Случай уриэмии*, с демонстрацией больного. Больной, 22 лет, без определенной наследственности, будучи 15 лет, попал на тяжелый физический труд, а года 2 спустя начал чувствовать все усиливающееся чувство слабости, головные боли и замечил покраснение лица и предплечий. При объективном исследовании помимо отмеченных покраснений и незначительного притупления и выдоха в правой верхушке, бросается в глаза увеличение селезенки. Моча содержит белок, но без форменных элементов, исследование крови дает 10.630.000 красных кровяных шариков, 6600 белых, содержание гемоглобина 140, удельный вес крови 1075. Таким образом при кардинальных клинических признаках — покраснение кожи, головные боли, альбинурия и увеличенная селезенка — характерно для эритроэмии изменение крови. Что касается этиологических моментов, то налицо не имеется никаких. Если и ухватиться за наблюдающееся сморщивание правой легочной верхушки, то и присутствие туберкулеза ничего не объяснит, хотя, кстати сказать, трехкратное вприскивание туберкулина дало только один раз незначительную реакцию. Также мало вероятно этиологическая зависимость от надпочечников, что было как-то высказано, но и сейчас же заброшено вследствие не-

дѣйствительности при эритреміи надпочечниковой вытяжки. Также мало авторъ склоняется къ предположенію о пониженномъ разрушеніи красныхъ шариковъ въ печени, а высказывается скорѣе за перепроизводство ихъ въ костномъ мозгу; на это указываетъ болѣзненность костей при постукиваніи, количественное увеличеніе бѣлыхъ шариковъ, а также данныя вскрытія, обнаружившаго измѣненіе костнаго мозга въ трубчатыхъ костяхъ.—Терапія болѣе или менѣе безсильна. Вливанія солевого раствора даютъ временное субъективное облегченіе, понижая явленія самоотравленія организма, лекарственные же средства, какъ хининъ, мышьякъ, кислородъ, остаются безъ результата; развѣ остается испытать дѣйствіе рентгенизаціи костей и селезенки. Въ концѣ авторъ предлагаетъ назвать описанный симптомокомплексъ по автору его *morbus Lakesi*.

Въ преніяхъ участвовали: *Альшвангъ, Влаевъ, Шварцъ*.

Н. Д. Тимовъ: *Діагностика острыхъ эндокардитовъ*. Докладчикъ, отдавая должное системѣ *Potain'a* для распознаванія эндокардитовъ, считаетъ всякую систематизацію слишкомъ схематичной, чтобы пользоваться ею въ каждомъ индивидуальномъ случаѣ. Не только въ терапіи, но и въ діагностикѣ необходимо индивидуализировать и обращать должное вниманіе не только на сердечные шумы, но и на всякіе другіе сопровождающіе моменты какъ со стороны сердца, такъ и со стороны остальныхъ органовъ больного. Только при вдумчивомъ отношеніи къ больному можно иногда пользоваться такими признаками, которые сразу въ глаза не бросаются, но тѣмъ не менѣе могутъ имѣть патогномоническое значеніе. Такъ, напр., докладчикъ обращаетъ вниманіе на часто наблюдавшееся имъ, еще до появленія сердечныхъ шумовъ, усиленіе сердечныхъ тоновъ, безъ соотвѣтствующаго усиленія пульса. Явленіе это, по мнѣнію докладчика, служитъ первымъ признакомъ остраго эндокардита. Желательно было бы, если бы и другіе клиницисты обратили вниманіе на этотъ признакъ и провѣряли бы его патогномоническое значеніе на больномъ матеріалѣ.

Шварцъ наблюдалъ скорѣе заглушеніе тона, а не его усиленіе; наоборотъ, скорѣе надо отмѣтить ранній акцентъ на 2-мъ тонѣ при остромъ пораженіи митральнаго клапана. Въ концѣ д-ръ *Шварцъ* приводитъ случай своего наблюденія, въ которомъ въ теченіе года предполагался туберкулезъ легкихъ и только при полномъ развитіи клинической картины можно было убѣдиться въ истинномъ характерѣ заболѣванія. Аутопсіи не было.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *Н. Е. Кушевъ*.

Коганъ: О раннемъ распознаваніи легочнаго туберкулеза или о такъ назыв. предтуберкулезномъ періодѣ легочнаго бациллоза. Докладъ этотъ, за истеченіемъ положенныхъ для докладовъ 20 минутъ, далеко не былъ прочитанъ до конца. Поэтому изложить содержаніе доклада мы не имѣемъ возможности. Отмѣтимъ лишь, что, по мнѣнію докладчика, врачи только тогда будутъ на высотѣ своего призванія, когда въ основу своихъ знаній положатъ біохимическіе и біомеханиче-

скіе принципы и моменты. Пониманіе предтуберкулезнаго періода возможно лишь при помощи біологическаго мышленія.

Прив.-доц. *Влаевъ*: *О роли селезенки въ организмѣ*. Одни авторы считают селезенку органомъ разрушающимъ, другіе считают ее кроветворнымъ и созидающимъ органомъ. Докладчикъ наблюдалъ въ клиникѣ *Dieulafoy* больного съ эхинококкомъ селезенки; кровь была нормальна, за исключеніемъ 4 % эозинофиловъ вмѣсто нормальныхъ 1½ %. Селезенка была удалена, причемъ больной потерялъ не больше столовой ложки крови. Изслѣдованіе крови послѣ операціи обнаружило уменьшеніе количества красныхъ кровяныхъ шариковъ, увеличеніе % мононуклеаровъ и уменьшеніе полинуклеаровъ; % эозинофиловъ не измѣнился.—Впослѣдствіи у больного оказался еще эхинококкъ почекъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи у больного обнаружилось увеличеніе щитовидной железы и печени.—Контрольные опыты, произведенные надъ животными (собаками и кошками), показали, что удаленіе селезенки переносится животнымъ тѣмъ хуже, чѣмъ оно моложе. Послѣ операціи увеличиваются щитовидная железа, печень, лимфатическія и надпочечныя железы и *hypophysis cerebri*. Рядъ другихъ изслѣдованій надъ животными былъ произведенъ при помощи впрыскиванія сыворотокъ. При впрыскиваніи антидифтерійной сыворотки докладчикъ, какъ и другіе авторы, нашелъ рѣзкій лейкоцитозъ. При впрыскиваніи сыворотокъ одинъ разъ въ недѣлю—въ селезенкѣ имѣются увеличенныя (гигантскія) клѣтки. При повтореніи впрыскиваній черезъ 2—3 дня наблюдается чрезвычайное разрастаніе *reticuli*. Опыты надъ обезьянами, кошками и собаками показали, что удаленіе селезенки и слѣдующее впрыскиваніе дрожжевыхъ клѣтокъ вызываетъ смерть животнаго, между тѣмъ какъ контрольныя животныя оставались живыми.—Изслѣдуя кровь людей при маляріи, псевдолейкеміи и лейкеміи, докладчикъ находилъ красныя кровяныя шарики съ ядрами, какъ при удаленіи селезенки.—На основаніи своихъ опытовъ и клиническихъ наблюденій надъ больными докладчикъ приходитъ къ тому выводу, что селезенка принимаетъ участіе въ борьбѣ съ инфекціонными заболѣваніями и въ процессѣ кроветворенія. У молодыхъ субъектовъ удаленіе селезенки нежелательно, такъ какъ это мѣшаетъ развитію костей, вызываетъ размягченіе реберъ и т. п. Если взять человѣка съ эхинококкомъ селезенки, но здороваго въ остальныхъ отношеніяхъ, то костный мозгъ, *hypophysis cerebri* у такого человѣка находится въ разгарѣ дѣятельности; удаляя селезенку, мы можемъ рассчитывать, что кроветворные органы примутъ участіе въ созиданіи крови. Селезенку можно удалить только тогда, когда другіе кроветворные органы здоровы, когда нѣтъ анэміи, нѣтъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ ядрами. При инфекціонныхъ болѣзняхъ селезенку удалять не слѣдуетъ. Больные безъ селезенки очень часто умираютъ отъ туберкулеза.

Кушевъ наблюдалъ больного съ маляріей, у котораго, по соображеніямъ, не имѣющимъ прямого отношенія къ болѣзни, была удалена селезенка; черезъ три мѣсяца малярія возобновилась.

С. І. Шварцъ: *О предсказаніи при органической недостаточности valv. tricuspidalis*. Въ существующихъ въ литературѣ взглядахъ

на предсказаніе при этомъ порокѣ необходимо отмѣтить противорѣчіе. Одни авторы высказываютъ свое мнѣніе, основываясь только на теченіи *относительной* недостаточности *v. tricuspidalis*, другіе же строятъ свой взглядъ на теоретическихъ предположеніяхъ. Къ органическимъ измѣненіямъ клапаннаго аппарата трехстворки докладчикъ причисляетъ не только послѣдствія протекшаго эндокардита (обезображеніе клапанныхъ парусовъ и измѣненіе длины и толщины *chord. tendin.*), но и тѣ *склеротически-дегенеративныя формы уплотненія клапановъ*, которыя являются слѣдствіемъ условій давленія въ правой половинѣ сердца, но тоже даютъ органическое укороченіе оснастки клапановъ. Относительно же недостаточностью докладчикъ считаетъ недостаточность клапаннаго затвора, являющуюся слѣдствіемъ механическаго укороченія его оснастки, благодаря перенесенію исходныхъ точекъ прикрѣпленія *chord. tend.*, расширенной стѣнкой желудочка въ такое положеніе, при которомъ нормальная длина оснастки парусовъ оказывается недостаточной для достиженія замыканія. Частота пораженія *valv. tricuspidalis*, какъ видно изъ статистики, очень невелика. Докладчикъ наблюдалъ 7 случаевъ сочетанныхъ пороковъ трехстворки и приходитъ на основаніи подробныхъ исторій болѣзни въ слѣдующимъ выводамъ: 1) діагнозъ органической недостаточности трехстворчатого клапана отнюдь не означаетъ очень скорой смерти больного, какъ думаютъ *Л. В. Поповъ* и *Jürgensen*. Самый короткій періодъ теченія превышалъ 4 года, изъ которыхъ три были проведены въ тяжелой крестьянской работѣ; въ другомъ случаѣ по даннымъ анамнеза необходимо признать 19-лѣтнее теченіе, давшее послѣ приступовъ декомпенсаціи столь большое улучшеніе общаго состоянія больной, что возможенъ былъ даже бракъ. Въ третьемъ случаѣ компенсація наладилась вновь послѣ 14-лѣтняго теченія болѣзни и довольно серьезнаго расстройства компенсаціи; наконецъ въ 2 случаяхъ наступила смерть послѣ 14 и 29-лѣтняго теченія болѣзни. Наоборотъ, *относительная* недостаточность даетъ плохое предсказаніе, такъ какъ появленіе ея есть послѣдній ресурсъ организма и имѣетъ значеніе гигантскаго кровоупусканія изъ малаго круга. Второй выводъ докладчика заключается въ томъ, что періодъ терминальнаго расстройства сердечной компенсаціи очень длителенъ, около года, и отличается мучительностью. Зависитъ это оттого, что успѣвшій значительно гипертрофироваться правый желудочекъ можетъ при нарастающемъ ослабленіи своемъ довольно долго поддерживать циркуляцію, недостаточную для избавленія больныхъ отъ мучительныхъ симптомовъ все нарастающаго расстройства компенсаціи и достаточную для того, чтобы жизнь организма не прекратилась. — Послѣдній выводъ сводится къ тому, что при этомъ терминальномъ расстройствѣ компенсаціи мало помогаютъ противъ отековъ и механическіе способы удаленія жидкости изъ кожи. Объясняется это излишнимъ длительнымъ отягощеніемъ венозной системы при названномъ порокѣ, вслѣдствіе чего въ мелкихъ венахъ, въ ихъ начальныхъ развѣтвленіяхъ и въ окружающей ихъ клѣтчаткѣ, вѣроятно, развиваются такіе процессы, которые измѣняютъ обычныя условія капиллярнаго просачиванія жидкости. Это предположеніе подкрѣпляется еще тѣмъ,

что при самомъ производствѣ разрѣза кожи чувствуется подъ ножомъ необычная плотность, какъ-бы склеротичность клѣтчатки голеней и стопы у подобныхъ больныхъ.

Котанъ спрашиваетъ, какого мнѣнія докладчикъ о расширеніи праваго сердца и относительной недостаточности *v. tricuspid.* у туберкулезныхъ больныхъ.

Шеринскій: Наблюденія докладчика доказываютъ только, что абсолютный пессимизмъ прежнихъ авторовъ, основавшихъ свое мнѣніе, въ свою очередь, тоже на наблюденіяхъ, не вполне вѣренъ. Далѣе, при органическомъ пораженіи *v. tricuspid.* имѣетъ значеніе не только сохраненіе энергіи праваго сердца, но также уменьшеніе переполненія въ маломъ кругу и сохраненіе энергіи лѣваго сердца. Наконецъ, всѣ измѣненія на клапанахъ суть органическія измѣненія, вопросъ только въ этиологію.

Влаговъ интересуется, были-ли произведены вскрытія и какова этиологія наблюдавшихся случаевъ.

Шварцъ: Вскрытіе подтвердило прижизненный діагнозъ; послѣдній ставится на основаніи положительнаго веннаго пульса. Этиологія—ревматизмъ, инфекціонныя заболѣванія.

Усовъ спрашиваетъ, что выслушивается на *art. pulmonal.* при органической недостаточности *tricuspid.*?

Шварцъ: Второй типъ акцентуированъ, что объясняется анатомическими условіями, создаваемыми порокомъ. Правое сердце хорошо справляется со своей работой, потому что отливъ черезъ открытый клапанъ облегчаетъ эту работу; сердцу легче гипертрофироваться, нежели растянуться.—Относительно связи между туберкулезомъ и заболѣваніемъ праваго сердца и трехстворки докладчикъ указываетъ, что при туберкулезѣ сердце обыкновенно меньше, чѣмъ при нормѣ; вообще же въ литературѣ не имѣется указаній на связь между туберкулезомъ и пороками *valv. tricuspid.*

Председатель: Въ виду того, что всѣ случаи, сообщаемые докладчикомъ, являются смѣшанными (съ пороками митральныхъ и аортальныхъ клапановъ), предсказаніе можетъ быть различнымъ въ зависимости отъ преобладанія того или иного порока.

Шварцъ: Случай чистаго пораженія *valv. tricuspid.* очень рѣдки. Важна разница въ предсказаніи при относительной и органической недостаточности.

Д-ръ Глауберманъ: Клиническія наблюденія надъ дѣйствіемъ *atoxyl'a* въ теченіе возвратнаго тифа. Докладчикъ, сравнивая 70 случаевъ больныхъ возвратнымъ тифомъ изъ Яузской больницы, пользовавшихся имъ подкожными впрыскиваніями *atoxyl'a* (анилидъ мышьяковистой кислоты) съ параллельно взятыми или столько же случаями нелеченныхъ *atoxyl'омъ*, приходитъ къ такимъ выводамъ: При сравнительно небольшихъ дозахъ ежедневно 0,3—1,0 20% раствора въ теченіе 6—11 дней второй приступъ наступалъ почти въ столькихъ же случаяхъ, какъ и у нелеченныхъ (23 изъ 30 при леченіи, 24 изъ 30 безъ леченія), но самый приступъ былъ нѣсколько короче: 68 часовъ при леченіи и 90 часовъ (въ среднемъ) безъ леченія. При болѣе сильныхъ дозахъ 1,0—2,5 20% раствора въ теченіе 8—14 дней 2-й приступъ былъ только у 13 изъ 40 при леченіи и у 33 изъ 38 безъ леченія. У тѣхъ, у которыхъ наступалъ 2-й приступъ, онъ былъ короче на 42 часа (въ среднемъ 48 часовъ вмѣсто 88). Больные имѣли болѣе бодрый видъ и быстрѣе выздоравливали при леченіи *atoxyl'омъ*, чѣмъ параллельно наблюдаемые безъ леченія *atoxyl'омъ*. Никакихъ признаковъ отравленія и вообще вреднаго вліянія *atoxyl'a* докладчикъ не замѣчалъ. Такимъ образомъ при данномъ

лечения % съ однимъ приступомъ былъ 68 %, безъ лечения же одинъ приступъ былъ только въ 13 %.

Левенталь: При возвратномъ тифѣ бываютъ случаи, когда безъ всякаго лечения у одного больного бываютъ 4 приступа, а у другого—1 приступъ; эксперименты съ впрыскиваніями ничего въ этомъ вопросѣ не выясняютъ. Препараты мышьяка уже давно предложены *Litten'омъ*, но результатовъ нѣтъ. Оппонентъ пробовалъ мышьякъ при возвратномъ тифѣ въ одной изъ московскихъ больницъ, но не получилъ благопріятныхъ результатовъ. Какъ видно изъ литературы, *atoxyl* способенъ иногда вызывать слѣпоту.

Альтшулеръ давалъ *atoxyl*, но рѣшительно не видѣлъ отъ него лучшихъ результатовъ, чѣмъ отъ употребленія мышьяка.

Кушевъ: Нужда въ средствахъ для уменьшенія числа приступовъ несомнѣнно существуетъ, но не нужно заходить въ этомъ отношеніи слишкомъ далеко. Эпидеміи возвратнаго тифа протекають всегда легко, а потому нужна осторожность при употребленіи тѣхъ или иныхъ средствъ, особенно въ большихъ дозахъ, могущихъ дѣйствовать токсически.

Соединенное засѣданіе секцій внутренней медицины и хирургіи.

29 апрѣля.

Проф. М. И. Ростовцевъ: О показаніяхъ къ оперативному леченію перитифлитовъ по новѣйшимъ статистическимъ даннымъ. (Ауторефератъ). Указавъ въ началѣ доклада на разнорѣчивые и часто колеблющіеся взгляды на леченіе перитифлитовъ со времени уясненія истинной природы даннаго заболѣванія, докладчикъ остановился на возрѣніяхъ новѣйшихъ авторовъ, придерживающихся метода «самыхъ раннихъ операцій» воспаленій червеобразнаго отростка. Приведя вкратцѣ тѣ теоретическія соображенія, которыя выставляются приверженцами «самыхъ раннихъ» операцій въ доказательство правильности отстаиваемаго ими метода («аппендицитъ—болѣзнь коварная, полная неожиданностей», «приступъ аппендицита стоитъ на одной ступени по опасности съ ущемленной грыжей или кровоточащимъ сосудомъ» и т. д.), докладчикъ указалъ на неосновательность этихъ доводовъ и даже прямо на несоотвѣтствіе ихъ дѣйствительности. Затѣмъ докладчикъ перешелъ къ разсмотрѣнію статистическихъ данныхъ, приводимыхъ новѣйшими авторами въ подтвержденіе своихъ доводовъ. Анализируя эти данныя, докладчикъ пришелъ къ тому заключенію, что авторы, ссылающіеся на эти данныя, дробятъ ихъ на отдѣльныя группы, причемъ, въ увлеченіи своимъ методомъ, не остаются въ достаточной степени свободными отъ произвольнаго распредѣленія данныхъ по отдѣльнымъ группамъ. Именно обнаруживается произвольность въ распредѣленіи случаевъ на группы съ ограниченнымъ и разлитымъ перитонитомъ и является подозрѣніе, что многіе случаи ограниченаго перитифлита переносятся въ группу разлитыхъ, и, благодаря этому, въ той и другой группѣ получаютъ блестящіе результаты, тогда какъ при сведеніи общаго итога оказывается, что въ конечномъ подсчетѣ общая смертность отъ заболѣваній червеобразнаго отростка у приверженцевъ «самыхъ раннихъ операцій» не только не равна, но даже выше, чѣмъ у приверженцевъ выжидательно-оперативнаго метода.

Кромѣ того докладчикъ указалъ, что методъ «самыхъ раннихъ» операций не можетъ быть широко распространенъ даже при всемъ стремленіи къ тому хирурговъ и вообще врачей. Такъ, по статистическимъ даннымъ приверженцевъ этого метода, лишь $\frac{1}{7}$ — $\frac{1}{6}$ часть больныхъ перитифлитовъ подвергаются самымъ раннимъ операциямъ (въ теченіе 24—48 часовъ), а остальная громадная часть подвергается выжидательно-оперативному леченію. При сравненіи же показаній къ «раннимъ» операциямъ прежнихъ авторовъ («все случаи заболѣваній червеобразнаго отростка, разъ поставленъ діагнозъ, подлежатъ немедленной операціи») съ показаніями новѣйшихъ приверженцевъ «самыхъ раннихъ» операций («случаи аппендицита подлежатъ немедленной операціи, разъ прошло отъ начала заболѣванія не больше 24, 36 и 48 часовъ, при болѣе же позднемъ распознаваніи подлежатъ оперировать лишь при определенныхъ показаніяхъ къ тому») и принимая во вниманіе невозможность примѣненія весьма радикальнаго метода въ большинствѣ случаевъ, докладчикъ видитъ подъ этимъ видимымъ крайнимъ радикализмомъ лишь замаскированное отступленіе, золотой мостъ, перебрасываемый приверженцами «самыхъ раннихъ» операций на сторону приверженцевъ выжидательно-оперативнаго метода леченія воспаленій червеобразнаго отростка.

Спичарный относится къ приводимымъ докладчикомъ статистическимъ даннымъ иначе и обращаетъ вниманіе на то, что во всякомъ случаѣ въ первые 2 дня заболѣванія получается 0% смертности, а засимъ каждый день % смертности возрастаетъ и достигаетъ высокихъ цифръ, какъ при операціяхъ во время приступа аппендицита, такъ и при операціяхъ à froid. При этомъ ораторъ вспоминаетъ одинъ свой случай, въ которомъ онъ оперировалъ спустя 7 часовъ отъ начала приступа. При операции былъ обнаруженъ напряженный, червеобразный отростокъ, полный гноя, причемъ нигдѣ вокругъ никакихъ склеекъ не было. Если бы такой червеобразный отростокъ изъязвился, моментально бы, въ виду отсутствія защитительныхъ средствъ (склеекъ и тяжей), получился бы разлитой перитонитъ.

Певзнеръ приводитъ свои впечатлѣнія съ засѣданія медицинскаго Общества въ Берлинѣ. Изъ дебатовъ выяснилось, что до 10% всѣхъ случаевъ при такой операціи дали совершенно нормальный червеобразный отростокъ. Преобладающее мнѣніе склонялось къ той точкѣ зрѣнія, что въ каждомъ случаѣ нужно индивидуализировать: операція излишня при медленно развивающихся не тяжелыхъ случаяхъ аппендицита и необходима возможно скоро въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь обѣщаетъ быть тяжелой.

Павловскій указываетъ на то, что теченіе случая зависитъ отъ вирулентности бактерий, имѣющихся въ воспалительномъ процессѣ, и отъ резистентности организма больного.

Спичарный: Но какъ это узнать въ первые 2 дня заболѣванія?

Запольскій не считаетъ нужнымъ прибѣгать такъ быстро къ ножу, что въ земской практикѣ и не всегда возможно: у него на 24 наблюденія выздоровѣло безъ операціи 23.

Докладчикъ не противъ метода раннихъ операций, какъ такового, но за извѣстную критику въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Конечно, гдѣ операція можетъ явиться необходимой, лучше оперировать въ первые 2 дня, не дожидаясь бурныхъ явленій.

Кадьянъ считаетъ статистику палкой о двухъ концахъ. Въ виду того же, что пока руководствуются въ рѣшеніи вопроса только ею, нужно считать вопросъ о раннихъ операціяхъ при аппендицитѣ открытымъ.

Д. Ф. Рьшетилло: Измѣреніе терапевтической дозы лучей Roentgen'a посредствомъ квантиметра Kienböck'a (съ демонстраціей какъ прибора, такъ и всей процедуры измѣренія). Докладчикъ демонстрируетъ приборъ Kienböck'a, показываетъ свѣтоощутительныя пластинки, которыя во время рентгенотерапевтическаго сеанса лежатъ на освѣщаемомъ участкѣ кожи больного, и показываетъ, какъ опредѣляется степень почернѣнія пластинки за время сеанса. Затѣмъ докладчикъ показываетъ скалу оттѣнковъ почернѣнія и таблицу ихъ.

Борманъ, хотя и считаетъ приборъ Kienböck'a лучшимъ изъ всѣхъ тѣхъ, что пока имѣются, но выставляетъ на видъ недостатки прибора, которые состоятъ въ томъ, что, во-первыхъ, свѣтоощутительныя пластинки не представляютъ собой чего-либо опредѣленнаго и бываютъ различнаго достоинства въ одной и той же партіи; во-вторыхъ, составленная таблица непригодна для всѣхъ рентгеновскихъ приборовъ, но должна быть составлена въ отдѣльности для каждаго аппарата.

Рьшетилло соглашается съ вышесказаннымъ; если же онъ самъ не упомянулъ о недостаткахъ прибора Kienböck'a, то исключительно за недостаткомъ времени.

Д. Ф. Рьшетилло: Успѣхи рентгеноскопiи и рентгенографiи въ области дифференціальной діагностики болѣзней грудной клѣтки. Докладъ состоялъ изъ демонстраціи длиннаго ряда рентгенографическихъ діапозитивовъ, изъ коихъ многіе, согласно докладчику, имѣли несомнѣнно дифференціально-діагностическое значеніе.

П. Ф. Жегалкинъ: О вліяніи лучей Roentgen'a на плоско-клеточный ракъ. Докладчикъ, имѣя на рукахъ 14 случаевъ эпителиомы, изъ нихъ 9 поверхностныхъ и 5 глубоко лежащихъ, не могъ придти къ заключенію, что рентгенотерапія оказывается всегда дѣйствительной. Несомнѣнно, во всѣхъ 9 случаяхъ поверхностнаго рака леченіе оказалось очень дѣйствительнымъ, хотя и приходилось прибѣгать между сеансами къ хирургическому коррективу: получалась значительная задержка процесса, а иногда и полное заживленіе. Въ 5 же случаяхъ глубоко лежащей эпителиомы получено незначительное облегченіе. Выводы автора слѣдующіе: 1) Рентгенотерапія оказываетъ благотворное вліяніе на теченіе плоскоклеточнаго рака. 2) Время, требуемое для леченія плоскоклеточнаго рака, крайне продолжительно. 3) И въ благопріятно протекающихъ случаяхъ къ рентгенотерапіи приходится присоединять хирургическую помощь: выскабливаніе острой ложкой и др. 4) Въ запущенныхъ случаяхъ лучи Roentgen'a уменьшаютъ лишь боли.

Борманъ считаетъ докладъ недостаточно обоснованнымъ, такъ какъ не указано, какими трубками производилась рентгеноскопiя, время экспозиціи и проч. Авторъ приводитъ въ одномъ случаѣ 192 сеанса, по 20 минутъ каждый, въ теченіе 431 дня. При такомъ леченіи онъ своихъ больныхъ прожегъ бы насквозь!

Алексинскій приводитъ одинъ случай рецидива раковой опухоли грудной железы, оперированной года 1½ назадъ, съ переходомъ на легочную плевру, какъ на это указывало притупленіе легочной верхушки и выслушиваемый на мѣстѣ притупленія шумъ тренія. Спустя два мѣсяца послѣ рентгенотерапіи опухоль прилежащихъ лимфатическихъ железъ исчезла, притупленія больше не получалось, шумъ тренія не выслушивался, а спустя нѣкоторое время исчезъ и рецидивъ опухоли грудной железы. Къ сожалѣнію, микроскопическое изслѣдованіе прошушывавшейся опухоли не было сдѣлано.

Снижарный помнит приводимый случай и, по его мнѣнію, необычайный успѣхъ, хотя и нельзя положительно утверждать, что это былъ раковый рецидивъ—можетъ быть, это была какая-нибудь воспалительная припухлость. Во всякомъ случаѣ въ вопросѣ о ракѣ первое мѣсто принадлежитъ хирургическому ножу и только въ неоперативныхъ случаяхъ допустима рентгенотерапія.

Борманъ: Иногда приходится начинать съ рентгенотерапіи, считаться со страхомъ больныхъ передъ ножомъ.

Зеренинъ указываетъ на одинъ случай рака грудной железы, вылеченный подкожными впрыскиваніями мышьяка; въ терапіи рака нельзя считаться съ *post hoc—ergo propter hoc*.

Влаевъ: Подъ вліяніемъ рентгенотерапіи поверхностные слои рака разрушаются, а глубокіе—нарастаютъ. Отдѣльные случаи ничего не доказываютъ, для выясненія вопроса требуется время и большее число наблюденій.

Борманъ: Вліяніе рентгенотерапіи на плоскоклеточный ракъ признано.

Кадьянъ, резюмируя пренія, считаетъ вопросъ о дѣйствіи лучей *Roentgen'a* на эпителиому открытымъ.

Д-ръ Черкасовъ: О *діагностикѣ съ помощью лучей Roentgen'a*. Докладчикъ даетъ цѣлый рядъ чрезвычайно интересныхъ рентгенографическихъ діагностивовъ, между прочимъ случай распознанной опухоли мозга, аневризмы брюшной аорты, 2 случая привычнаго вывиха бедра, давшихъ при рентгеноскопіи ясную картину узурированной головки бедра, нѣсколько случаевъ казеознаго процесса въ позвонкахъ и натечныхъ нарывовъ, наконецъ, массу діагносцированныхъ почечныхъ камней и случаевъ лишняго ребра.

Трофимовъ: Насколько клиническая картина соответствуетъ результатамъ рентгеноскопій?

Черкасовъ: Это зависитъ отъ случая.

Зеренинъ: Не всегда можно согласиться съ данными рентгеноскопій, такъ, напр., въ одномъ случаѣ рентгеноскопія не обнаружила присутствія камней въ почкѣ, а операція выяснила обратное.

Шервинскій: А какой химическій составъ этихъ камней?

Зеренинъ: Оксалаты.

Павловскій: Обыкновенно оксалаты, по крайней мѣрѣ въ клиникѣ *Gyon'a* въ Парижѣ, даютъ прекрасный отпечатокъ въ рентгенограммѣ, ураты—хуже.

Ульяновъ приводитъ случай, въ которомъ рентгеноскопія обнаружила присутствіе камней, а при операціи оказался лишь мѣшокъ, полный гноя.

Альиванъ: Распознавались-ли камни печени?

Черкасовъ: Это представляетъ необычайныя трудности, такъ какъ, помимо того, что и сама печень даетъ довольно густую тѣнь, ритмическія движенія печени, съ дыханіемъ, значительно препятствуютъ полученію пятенъ, соответствующихъ камнямъ.

Экстренное засѣданіе 29 апрѣля днемъ.

Проф. А. Д. Павловскій: *Происхожденіе общей бугорчатки и борьба съ нею.* (По аутореферату). Бугорчатка есть одно изъ величайшихъ соціальныхъ бѣдствій. По статистическимъ даннымъ $\frac{1}{7}$ — $\frac{1}{5}$ часть всѣхъ умирающихъ гибнетъ отъ туберкулеза. Въ Германіи на 150 живыхъ—1 чахоточный; ежегодно умираетъ въ Германіи отъ чахотки 200.000, во Франціи—150.000; въ русской арміи, по даннымъ *Дубелера* (Неаполитанскій антитуберкулезный конгрессъ 1900 г.), умираетъ отъ чахотки 3,5 %, въ народѣ русскомъ—2,9 %. По статистическія данныя есть лишь *незначительная* часть всѣхъ туберкулезныхъ заболѣваній. Туберкулезная зараза въ дѣйствительности широко разлита

въ массахъ. Установкой этого факта наука обязана 2-мъ открытіямъ *Koch'a*: открытію *туберкулезной бациллы* и *туберкулина*. По даннымъ *Franz'a* при пробѣ туберкулиномъ новобранцевъ Боснійско-Герцоговинскаго полка № 1, въ 1-й годъ службы 61 % новобранцевъ оказались туберкулезными, а во 2-й годъ—68 %. *Koch*, *Behring*, *Самъжско* и *Павловскій* реагировали на туберкулинъ. Справедливъ посему парадоксъ *Behring'a*: «Jeder von uns ein bischen tuberkulös ist». Данныя вскрытій подтверждаютъ широкое распространеніе туберкулезной заразы. *Naegeli* на 500 трупахъ нашелъ туберкулезные очаги въ возрастѣ отъ 18—30 лѣтъ въ 96 %. Пробы туберкулиномъ, агглютинаціей, иноскопией и опытомъ—прививкою мокроты свинкамъ—съ несомнѣнностью устанавливаютъ распространеніе туберкулеза въ современномъ человѣчествѣ. Господствующей теоріей о происхожденіи бугорчатки была до конца 90-хъ годовъ *Inhalationstheorie Cornet'a*—теорія происхожденія легочной бугорчатки отъ вдыханія сухой туберкулезной пыли. Она создана, на основаніи положительныхъ опытовъ *Cornet* съ зараженіемъ свинокъ, при распыленіи въ воздухѣ высушенныхъ туберкулезныхъ культуръ и мокроты. Теорія *Cornet* была поколеблена опытами *Calmette'a* и отрицается *Behring'омъ*. *Лашенко* и *Flügge* создали теорію *Tropfeninfection*—зараженія туберкулезомъ черезъ плавающія и взвѣшенные въ воздухѣ капельки съ туберкулезными бациллами, извергаемыми въ окружающій воздухъ кашляющими фтизиками. (См. работу автора о происхожденіи бугорчатки въ „Русскомъ Врачѣ“. Мартъ, апрѣль 1907 г.). Но и эта теорія считается приложимой лишь въ исключительно рѣдкихъ случаяхъ близкаго соприкосновенія. Туберкулезныя капельки не поднимаются высоко въ воздухъ; число бациллъ въ нихъ весьма мало для успѣшной инфекціи. *Behring* отвергаетъ ея значеніе. Механизмъ развитія бугорчатки легкихъ—не прониканіе капелекъ съ туберкулезными бациллами *прямо въ легкія*, а проглатываніе ихъ *въ кишечникъ* или *остановка во рту* и прониканіе черезъ *неповрежденную стѣнку полости рта* и *кишечъ* въ ближайшія лимфатическія железы. Защитникомъ этой теоріи выступилъ *Behring*, заявившій на конгрессѣ въ Касселѣ 1903 г., на основаніи обширныхъ опытовъ, что зараженіе туберкулезомъ легкихъ происходитъ *въ раннемъ дѣтствѣ* черезъ молоко, содержащее туберкулезныя бациллы. Послѣднія проходятъ черезъ неповрежденную кишечную стѣнку въ ближайшія брыжеечныя железы, а отъ послѣднихъ, отъ железы къ железѣ, въ *retro-бронхіальныя* и, наконецъ, въ *subpleur'альную* клѣтчатку и легкія, какъ послѣдній этапъ болѣзни. «Die Säuglingsmilch ist die Hauptquelle für die Schwindsuchtentstehung», по мнѣнію *Behring'a*. Корма морскихъ свинокъ туберкулезными культурами, авторъ доказалъ прохожденіе туберкулезныхъ бациллъ черезъ неповрежденную кишечную стѣнку, застрѣваніе ихъ въ ближайшихъ брыжеечныхъ лимфатическихъ железахъ и распространеніе туберкулеза, отъ железы къ железѣ, до легкихъ въ концѣ процесса. Детальный механизмъ прохожденія бациллъ устанавливается авторомъ такой: туберкулезныя бациллы уже черезъ 12—24 часа почти всѣ исчезаютъ изъ полости кишечъ, задерживаясь

долѣ всего въ слѣпой кишкѣ. Онѣ проникаютъ черезъ intactную стѣнку кишокъ, раздвигая ея эпителиальныя клѣтки, и попадаютъ или непосредственно въ млечныя пути, или же захватываются и разносятся до ближайшихъ железъ *лейкоцитами*. Проростая въ железахъ, бациллы попадаютъ въ лимфатическіе каналы или протоки, а изъ послѣднихъ — въ кровь и органы или отдѣльныя ткани, какъ кости, суставы, оболочки мозга, глазъ. Исслѣдованія *Behring*'а и автора подтверждены въ послѣднее время *Calmette*'омъ и *Guerin*'омъ, которые въ 1905 и 1906 годахъ опубликовали въ «*Annales Pasteur*» 3 чрезвычайно интересныя экспериментальныя работы о кишечномъ происхожденіи легочнаго туберкулеза.

Переходя ко 2-й половинѣ доклада — о борьбѣ съ туберкулезомъ, авторъ указываетъ, что борьба на Западѣ ведется по двумъ направленіямъ: а) социальными мѣрами и б) путемъ примѣненія специфической терапіи и лечебныхъ мѣръ практической медицины. Въ Англіи уже давно примѣняется леченіе и изоляція туберкулезныхъ больныхъ въ специально устроенныхъ туберкулезныхъ госпиталяхъ. Результаты получены благоприятныя. Смертность отъ туберкулеза уменьшилась въ Англіи на 30 %, по *Kolle* — до 50 %. Германия покрыта нынѣ сѣтью санаторій. Всѣхъ санаторій нынѣ въ Германіи болѣе 100. Въ германскихъ санаторіяхъ лечится отъ туберкулеза до 30.000 человѣкъ. Санаторіи увеличиваютъ работоспособность больныхъ, увеличивая тѣмъ для народа его живую рабочую силу, а семьямъ сохраняютъ на извѣстное время ихъ кормильцевъ. Вырывая изъ семьи туберкулезнаго, уменьшаютъ распространеніе бугорчатки; пріучая больного и дисциплинируя въ мѣрахъ уничтоженія мокроты, дезинфекціи и стерилизаціи, уменьшаютъ число случаевъ зараженія туберкулезомъ, по возвращеніи больного въ семью; наконецъ, примѣняя лечебныя мѣры, вмѣстѣ съ физическимъ и моральнымъ спокойствіемъ, усиленнымъ питаніемъ, чистымъ воздухомъ, санаторіи получаютъ лучшіе терапевтическіе результаты. На помощь санаторіямъ въ Германіи организованы и дѣйствуютъ: частная помощь, амбулаторіи, общества, кассы, страхованіе рабочихъ etc. Результаты: по *Cornet*, въ Пруссіи умираетъ ежегодно отъ туберкулеза нынѣ на 20.000 человѣкъ меньше, чѣмъ 20 лѣтъ назадъ. Смертность на 10.000 человѣкъ въ 1876 году была 32 %; въ 1888 — 29 %; въ 1902 — 19 %. Успѣхъ леченія въ санаторіяхъ получается въ 72,8 %, неуспѣхъ — въ 27,2 %; въ санаторіяхъ на высотѣ 1000 метровъ успѣхъ — въ 87,7 %, неуспѣхъ — въ 12,3 %, выше 1000 метровъ — 83,8 % и 16,2 %. Санаторіи устроены нынѣ въ Испаніи и Португаліи, Норвегіи и Швейцаріи, а равно есть нѣсколько санаторій и въ Россіи. Къ сожалѣнію, у насъ ихъ очень мало. Нѣсколько больше у насъ дѣтскихъ санаторій (въ Старой Руссѣ, Дуббельнѣ, Друскеникахъ, Ригѣ, Алупкѣ и др.). Въ Италіи примѣняютъ дома для изоляціи, а во Франціи «*Dispensaires*». По счастливой мысли *Calmette*'а Франція покрыта нынѣ, для борьбы съ туберкулезомъ, сѣтью филантропическихъ пріютно-станцій, названныхъ имъ «*Dispensaires*». Въ этихъ станціяхъ не лечатъ туберкулезныхъ систематически, но всѣми возможными мѣрами помогаютъ больнымъ. «*Dispensaires*» раздаютъ молоко, мясо и яйца боль-

нымъ, одежду и бѣлье, плевальницы и платки, производятъ изслѣдованія на бациллы, дезинфекцію жилищъ и стерилизацію бѣлья, даютъ врачебные совѣты и лекарства; производятъ дезинфекцію квартиръ послѣ смерти чахоточныхъ; переводятъ больныхъ на новыя, лучшія квартиры и т. д. Ихъ гуманитарное значеніе признано единодушно всѣми. Ихъ мѣсто въ сѣти общественныхъ мѣропріятій—между госпиталями и санаторіями съ одной и семьею съ другой стороны. „Dispensaires“ въ Россіи—еще нѣтъ. Кромѣ того, дѣтскія колоніи, лѣтнія школьныя колоніи, союзы и фереины и частная помощь, въ различныхъ странахъ, примѣняемые въ различной интенсивности, являются серьезными факторами борьбы съ туберкулезомъ. Одною изъ важныхъ государственныхъ мѣръ является факкультативное или облигаторное заявленіе санитарному бюро о всякомъ туберкулезномъ больномъ. Весьма полезны станціи и городскія лабораторіи для безплатнаго изслѣдованія мокроты. Вообще вся борьба съ туберкулезомъ *принципіально* должна быть безплатной. Борьба съ туберкулезомъ, кромѣ того, должна вестись брошюрами, лекціями, пропагандой идей бактеріологіи о бациллѣ, заразительности мокроты, платковъ, одежды, о дезинфекціи ихъ, а равно бѣлья и жилища.

Спеціальныя мѣропріятія должны блительно охватывать всѣ стороны народной жизни: въ тюрьмахъ до 50 % заболѣваютъ туберкулезомъ. Необходимы періодическія дезинфекціи помѣщеній узниковъ, плевальницы и стерилизація ихъ бѣлья и платковъ. Тѣ же мѣры должны быть введены въ школахъ, на фабрикахъ, вокзалахъ дорогъ, вагонахъ, пансіонахъ, казармахъ, пріютахъ, въ военномъ и торговомъ флотѣ. Кашляющіе туберкулезные не должны приниматься на бортъ судна. Кашляющіе ученики должны изолироваться изъ школъ; кашляющіе учителя удаляются отъ школьной дѣятельности съ пенсіей. Соціальныя мѣропріятія по борьбѣ съ туберкулезомъ рогатаго скота, молокомъ и масломъ должны примѣняться во всей полнотѣ: не давать дѣтямъ въ пищу сырого молока и масла, а лишь стерилизованное молоко и масло изъ кипяченыхъ сливокъ, или же отъ коровъ, испытанныхъ туберкулиномъ, есть *conditio sine qua non*.

Въ Даніи отъ 50 % — 60 % коровъ дали положительную реакцію на туберкулинъ; въ Неаполѣ 25 %. Въ опытахъ съ продажнымъ молокомъ и масломъ въ Кіевѣ, пробы коихъ вводились въ *peritoneum* свинокъ, авторъ нашелъ на 50 опытовъ съ 50 сортами продажнаго молока 1 разъ и на 50 опытовъ съ продажнымъ масломъ 1 разъ туберкулезъ у морскихъ свинокъ. *Flügge* въ Бреславлѣ одно время констатировалъ въ $\frac{3}{4}$ пробъ продажнаго молока туберкулезныя бациллы. Если, по даннымъ *Behring*'а, особенно опасны для дѣтей повторныя зараженія туберкулезомъ черезъ кишечникъ, то можно себѣ представить степень и широту опасности при питаніи дѣтей сырымъ молокомъ. Кромѣ общественныхъ мѣропріятій наука стремится найти противъ туберкулеза специфическое средство. Первое мѣсто принадлежитъ здѣсь *туберкулину*. Кромѣ «старого» туберкулина *Koch*'а нынѣ извѣстны туберкулинъ *R.* и туберкулинъ *O. Koch*'а «*Neutuberculin*», *Tuberculocidin*, *Tuberculo plasmin*, *Tuberculin Denys*'а (туберкулинъ бульонъ глицериновый), американскій туберкулинъ (водный), *Tuberculasa* и *Tulasao—Behring*'а. Диагностическое

значение стараго туберкулина для человѣка и рогатаго скота громадно и неоспоримо признано всѣми. Въ послѣднее время появился рядъ работъ о благопріятныхъ результатахъ, получаемыхъ съ старымъ туберкулиномъ при леченіи туберкулеза I-й и II-й стадіи. Лечение чахотки туберкулиномъ нынѣ широко примѣняется въ санаторіяхъ. Однако окончательно вопросъ о туберкулинахъ и ихъ терапевтическомъ значеніи, особенно за отсутствіемъ экспериментальной провѣрки, не рѣшенъ.

Лечение сыворотками *Maragliano* и *Marmorek'a* не рѣшено въ наукѣ, а результаты противорѣчивы. При мѣстномъ, хирургическомъ туберкулезѣ въ послѣднее время заявлены благопріятные результаты при примѣненіи сыворотки *Maragliano*, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ туберкулеза костей и суставовъ и туберкулеза глаза получены благопріятные результаты отъ леченія лейкоцитарной сывороткой *Marmorek'a*. Опыты автора по иммунизации и серотерапіи туберкулеза животныхъ привели его къ выводу, что сыворотками можно задержать туберкулезъ, но вылечить невозможно; нѣкоторыя сыворотки могутъ и ускорять теченіе туберкулеза. Опыты эти будутъ вскорѣ опубликованы. Такимъ образомъ терапія специфическими средствами—изотерапія по *Behring'u*—еще далека отъ удовлетворительнаго разрѣшенія вопроса и находится въ періодѣ лабораторной разработки, хотя примѣненіе новыхъ сортовъ туберкулина все болѣе и болѣе привлекаетъ къ себѣ вниманіе, въ силу увеличенія сообщеній о благопріятныхъ результатахъ. Наконецъ, какъ одинъ изъ біологическихъ факторовъ борьбы съ туберкулезомъ остается попрежнему леченіе въ курортахъ—горныхъ, морскихъ, и т. д. и лечебная фармакологическая терапія, ежедневно обогащаемая все новыми и новыми средствами, значеніе коихъ одинаково сомнительно, какъ и прежнихъ фармакологическихъ средствъ. Такимъ образомъ вопросъ о туберкулезѣ представляетъ многоголовую гидру, при прикосновеніи къ которой возникаютъ все новыя и новыя проблемы. Наука, создавъ въ медицинѣ этиологическую эру и выдвинувъ этиологическій принципъ, передвинула всѣ основные вопросы о происхожденіи бугорчатки въ лабораторію, на почву экспериментальнаго изученія, обогативъ наши знанія здѣсь новымъ яркимъ свѣтомъ. Рѣшеніе вопроса о терапіи туберкулеза также принадлежитъ опыту и эксперименту. Лабораторія и опытъ создали и выяснили весь новый планъ общественной борьбы противъ туберкулеза, давъ народамъ осязательные результаты справедливости своихъ изысканій въ уменьшеніи смертности отъ туберкулеза. Посему справедливо защищаемое авторомъ положеніе, что практическія мѣропріятія должны вытекать, базироваться и подчиняться этиологическому принципу. Внося настоящій докладъ въ соединенную секцію внутреннихъ болѣзней и хирургіи X Пироговскаго Съѣзда врачей въ Москвѣ, авторъ желалъ бы, чтобы въ Россіи началась болѣе интенсивная, систематическая борьба съ туберкулезомъ, какъ общенароднымъ бѣдствіемъ: мѣрами законодательными (черезъ Государственную Думу), общественными мѣропріятіями земствъ и городовъ и мѣрами частной помощи.

Шервинскій: Отрицаете-ли Вы совершенно ингаляціонную теорію?

Докладчикъ: Туберкулезъ идетъ изъ кишечника отъ железы къ железнѣ, а оттуда въ легкія. Ингаляціонный туберкулезъ есть раритетъ!

Шервинскій: Если отрицать ингаляціонную теорію, то совершенно непонятно, почему % пораженія брыжеечныхъ железъ такъ малъ. Съ другой стороны, практически извѣстно, что % заболѣванія между работающими въ закрытыхъ пыльныхъ помѣщеніяхъ выше, чѣмъ у другихъ. Если и можно признать, что ингаляціонное зараженіе идетъ въ хвостѣ кишечнаго, то все же отрицать ее вполне нельзя.

Докладчикъ: Въ совершенно высушенной пыли никогда не удавалось находить жизнеспособныя коховскія палочки, между тѣмъ всѣ опыты подтверждаютъ кишечную теорію. Палочки проходятъ изъ кишечника въ хилезную жидкость, будь то между цилиндрическими клѣтками, будь то въ бѣлыхъ шарикахъ, и затѣмъ застрѣваютъ въ той или другой железѣ.

Шервинскій: Не надо высушивать туберкулезную пыль, а ставить опыты такъ, чтобы они подходили къ дѣйствительности. Что же касается борьбы съ туберкулезомъ въ Россіи, то она, къ сожалѣнію, парализуется экономическими условіями государства и народа.

Зеренинъ приводитъ нѣкоторыя данныя о борьбѣ съ бугорчаткой въ Лиссабонѣ, причемъ также не вполне соглашается съ докладчикомъ объ исключительности кишечной теоріи.

Спижарный отмѣтилъ, что при преимуществѣ кишечной теоріи нашли бы больше слѣдовъ туберкулезной заразы въ брыжеечныхъ железахъ, такъ какъ туберкулезный процессъ всегда оставляетъ въ железахъ видимыя анатомическія измѣненія.

Альвиванъ указываетъ на значеніе миндалинъ при зараженіи туберкулезомъ.

Н. П. Лебедевъ: *Задачи современной физико-терапии и Физико-Терапевтическое Общество въ Москвѣ.* (Аутоурефератъ). Физико-терапия до самаго послѣдняго времени развивалась въ сторонѣ отъ дѣйствительной науки. Этапами въ развитіи общей медицины были имена великихъ міровыхъ ученыхъ, между тѣмъ этапами въ развитіи физико-медицины были въ большинствѣ случаевъ самоучки, *naturarzt*'ы.—Очень мало дѣйствительно талантливыхъ людей, какъ *Thüre, Brandt*, и очень много явилось шарлатановъ, прямо и основательно скомпрометировавшихъ физико-терапію. Въ результатъ до сихъ поръ многіе изъ людей науки склонны смотрѣть на физико-терапію, какъ на декадентство въ медицинѣ. Казуистическій матеріалъ, наводняющій эту область, требуетъ тщательной провѣрки, которая подъ силу только Обществу врачей, а не отдѣльнымъ единицамъ. Такое Общество должно быть посвящено исключительно задачамъ физико-терапии и тѣсно связанной съ нею физико-діагностики, такъ какъ область эта въ достаточной степени трудна и обширна, чтобы можно было рассчитывать принести пользу ея изученію, занимаясь ею не спеціально, а между прочимъ. Общество должно объединить врачей всѣхъ специальностей. Соединенными силами Общество должно намѣтить систему въ разработкѣ научныхъ проблемъ, касающихся физико-терапии. Объектомъ изученія должно служить не одно діагностическое значеніе физическихъ силъ, а также и сущность природы этихъ силъ. Въ кругъ вѣдѣнія такого Общества долженъ входить вопросъ о благоустроеніи русскихъ климатическихъ станцій, курортовъ и санаторій для разнаго рода больныхъ, изученіе гигиены и профилактики, санитарной жизни больницъ и городовъ, выработка основъ для правильной постановки всего физическаго воспитанія въ семьѣ и школѣ. Общество должно поддерживать связь съ однородными Обществами и университетами. Необходимо готовить почву для созданія спеціальныхъ кафедръ при университетахъ и будущихъ учителей

для этих кафедръ. Желательно, чтобы при Обществѣ издавался журналъ, посвященный задачамъ физико-терапии и діагностики, чтобы Общество организовало спеціальныя курсы для врачей и студентовъ. Съ такими задачами возникло Физико-Терапевтическое Общество въ Москвѣ. Официальное открытіе его состоялось 11 марта текущаго года. Во главѣ Общества стоитъ коллегія врачей, Комитетъ, состоящій изъ 12 лицъ, избираемыхъ на 2 года. Помимо засѣданій академическаго характера, Общество устраиваетъ раза 2 въ мѣсяцъ скромныя товарищескія собесѣдованія по научнымъ вопросамъ, чтобы привлечь къ работѣ Общества и скромнѣйшіе его элементы. Весьма важная роль въ жизни Общества отведена секретариату. Членомъ Общества можетъ быть всякій врачъ, заявившій желаніе и представившій краткое *сиггисулумъ vitae*. Помимо врачей, въ качествѣ членовъ-соревнователей, въ работѣ Общества могутъ принимать участіе и не врачи. Въ настоящее время Общество насчитываетъ около 200 членовъ-учредителей, въ числѣ которыхъ состоятъ нѣсколько профессоровъ Московскаго университета и значительное число приватъ-доцентовъ разныхъ специальностей. Желательно, чтобы товарищи, собравшіеся со всѣхъ концовъ Россіи, сочувствующіе идеѣ новаго Общества, на мѣстахъ содѣйствовали группировкѣ врачей съ упомянутыми задачами. Пусть эти Общества на первыхъ порахъ будутъ немногочисленны, но разработка ими на мѣстахъ, даже только постановка на мѣстахъ мѣстныхъ нуждъ и вопросовъ имѣла бы огромное значеніе для физико-терапии какъ науки.

К. Т. Соловьевъ: Къ вопросу о реорганизациі въ Россіи обученія массажу и гимнастикѣ, какъ для цѣлей лечебныхъ, такъ и для физическаго воспитанія въ семьѣ и школь. Докладчикъ, исходя изъ той точки зрѣнія, что изученіе массажа по программѣ М-ва Вн. Дѣлъ отъ 1897 года не соотвѣтствуетъ цѣли, считаетъ необходимымъ реорганизовать все дѣло массажныхъ школъ при участіи врачей-специалистовъ; при этомъ прежде всего необходимо достигнуть, чтобы механотерапія была передана въ руки врачей и чтобы учебный курсъ въ школахъ массажа былъ увеличенъ: для желающихъ заниматься гимнастикой — не меньше года, для преподавателей механотерапіи — не меньше 1½ лѣтъ.

Амшвангъ: Извѣстно-ли докладчику о системѣ гимнастики капитана Миллера? Если собраніе позволить, я кое-что сообщу объ этой интересной системѣ.

Предсѣдатель: За позднимъ временемъ пренія заканчиваются.

Акушерство и гинекологія.

Засѣданіе 26 апрѣля.

По предложенію завѣдующаго секціей *Н. И. Побыдинскаго* почетнымъ предсѣдателемъ избранъ д-ръ *Вертель* (Самара).

Н. М. Прозоровскій: О пубіотоміи. Сдѣлавъ вкратцѣ литературный обзоръ даннаго вопроса и указавъ на то, что изъ 311 пубіотомій, произведенныхъ вообще до сего времени, въ Россіи насчитывается 26 случаевъ (въ Москвѣ 12), докладчикъ приходитъ къ заключенію, что пубіотомія является цѣннымъ приобрѣтеніемъ акушерства и должна занять видное мѣсто среди оперативныхъ пособій, имѣющихъ

цѣлью сохраненіе жизни плода, при среднихъ степеняхъ сѣуженія таза. Изъ существующихъ 2-хъ методовъ пубіотоміи наиболѣе безопаснымъ и удобнымъ является такъ назыв. «подкожный методъ» вообще, а въ частности способы *Döderlein'a* и *Henkel'я*. Пубіотомія, операція технически легкая, въ то же время не лишена многихъ опасныхъ осложнений, вродѣ пораненія мочевого пузыря, разрывовъ влагалища, надрывовъ капсулъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій и т. п. Осторожное и умѣлое веденіе операціи, выборъ наиболѣе безопаснаго способа и производство операціи по строгимъ показаніямъ являются достаточной гарантіей, чтобы избѣжать различныхъ осложнений при пубіотоміи. Предѣлы сѣуженій таза, въ которыхъ показана пубіотомія, не должны быть менѣе 7,5 см. истинной конъюгаты при плоскомъ и не менѣе 8 см. при общесѣуженныхъ тазахъ. При указанныхъ размѣрахъ таза пубіотомія является абсолютно показанной лишь тогда, когда изъ наблюденія за теченіемъ родовъ не выяснится полная невозможность рожденія плода естественнымъ путемъ, или когда къ окончанію родовъ имѣются настоятельныя показанія, при непремѣнномъ желаніи матери имѣть живого ребенка. Раннее излитіе водъ и повышение t^0 роженицы не должны служить противопоказаніемъ для пубіотоміи. Пубіотомія должна производиться лишь тогда, когда родовые пути достаточно подготовлены для окончанія родовъ щипцами или поворотомъ и извлеченіемъ за ножку. При настоятельныхъ показаніяхъ къ окончанію родовъ и неподготовленныхъ родовыхъ путяхъ сначала возможно и даже необходимо искусственно раскрыть матку въ достаточной для окончанія родовъ степени и затѣмъ уже приступать къ пубіотоміи. Послѣ пубіотоміи немедленно слѣдуетъ оканчивать роды щипцами или поворотомъ, смотря по тому, что удобнѣе.

Далѣе докладчикъ высказывается противъ наложенія такъ назыв. „пробныхъ щипцовъ“ передъ пубіотоміей и рекомендуетъ только въ исключительныхъ случаяхъ у первородящихъ и у роженицъ съ особенно узкой и неподатливой вагиной послѣ пубіотоміи предоставить роды ихъ естественному теченію, при пубіотоміи же обращать особенное вниманіе на то, чтобы бедра роженицы фиксировались помощниками, или же ногодержателемъ проф. *Отта*. Ниоимъ образомъ не накладывать на тазъ послѣ пубіотоміи стягивающихъ повязокъ и избѣгать ранняго (дня съ 4—5) поворачиванія оперированныхъ на бокъ.

Въ заключеніе докладчикъ высказываетъ убѣжденіе, что пубіотомія должна сдѣлаться, благодаря легкости техники и незначительности необходимаго инструментарія, достояніемъ всѣхъ акушеровъ, такъ какъ можетъ производиться даже въ такихъ родильныхъ учрежденіяхъ, гдѣ о производствѣ кесарскаго сѣченія не можетъ быть и рѣчи.

Въ возникшихъ преніяхъ принимали участіе: *Калабинъ*, *Городецкій*, *Маціевскій*, *Матвѣевъ*, *Соловьевъ*, *Грауэрманъ*, *Введенская*, *Архиповъ*, *Лифшицъ*, *Какушкинъ* и др. Въ общемъ оппоненты высказались за то, что докладчикъ слишкомъ увлекается пубіотоміей, къ производству которой еще не выработаны до сего времени строгія показанія, и бывали случаи, когда при узкихъ тазахъ дѣло кончалось благополучно наложеніемъ щипцовъ, и щипцы оказывались легкими, несмотря на то, что степень сѣуженія была значительна.

Затѣмъ было обращено вниманіе на то, что эту операцію нужно дѣлать только съ согласія роженицы, на что докладчикомъ не обращено вниманія.

Докладчикъ отвѣтилъ, что пубіотомія—операція условная и должна производиться тамъ, гдѣ не показаны ни щипцы, ни поворотъ и гдѣ головка не устанавливается надъ входомъ, угрожая или разрывами матки, или смертью плода.

Предсѣдатель, резюмируя пренія, замѣтилъ, что въ настоящее время еще преждевременно высказаться о пубіотоміи окончательно, но въ сомнѣніи, что эта операція весьма важное приобретеніе въ акушерствѣ.

Засѣданіе 27 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ земскій врачъ *І. М. Городецкій* (Орловской губ.), товарищемъ предсѣдателя *Н. М. Какушкинъ* (Спб.).

А. М. Эберлинъ: Къ распознаванію и леченію внѣматочной беременности. Докладчикъ имѣлъ подъ своимъ наблюденіемъ 60 случаевъ прервавшейся эктопической беременности, изъ которыхъ 16 сл. haematocoele retrouterina лечились частью выжидательно, частью (9) оперативно; въ остальныхъ 44 сл. была произведена laparotomia. Изъ всѣхъ оперированныхъ умерла лишь одна, что составляетъ меньше 2 %. Почти въ $\frac{3}{4}$ всѣхъ случаевъ въ анамнезѣ отмѣчены гинекологическія заболѣванія пуэрперальнаго и гонорройнаго происхожденія. Повторныхъ внѣматочныхъ беременностей было 3. Всѣ беременности,—за исключеніемъ одной абдоминальной и одной же интерстиціальной—были трубныя. Докладчикъ раздѣляетъ всѣ случаи на 3 категоріи: случаи острые (16), подострые (28) и собственно haematocoele retrouterina (16); изъ послѣдней категоріи сдѣлано 3 кольпотоміи и 7 инцизий задняго свода. При чревосѣченіяхъ брюшная полость зашивалась наглухо 33 раза, въ остальныхъ случаяхъ примѣнены марлевые дренажи—влагалищные, брюшновлагалищные и по *Mikulicz'u*. На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ вынесъ убѣжденіе, что распознаваніе эктопической беременности въ острую стадію легко на основаніи характерныхъ явленій шока и раздраженія брюшины, низкой t^0 и задержки регулъ; не то въ подостромъ періодѣ: одинъ изъ кардинальных признаковъ—отхожденіе deciduae—во многихъ случаяхъ легко можетъ быть просмотрѣнъ, а выскабливаніе матки въ цѣляхъ діагностики не допустимо изъ боязни вызвать новый разрывъ трубы. Здѣсь, помимо результатовъ гинекологическаго изслѣдованія, приходится руководствоваться анамнестическими данными, рѣзко выраженной общей анеміей и отсутствіемъ лихорадки или незначительнымъ повышеніемъ t^0 при длительномъ, необильномъ кровоотдѣленіи шоколаднаго цвѣта изъ матки. Діагностика haematocoele retrouterina легка на основаніи рѣзкаго выпячиванія задняго свода и anteversio uteri. Докладчикъ рекомендуетъ при остромъ періодѣ немедленно прибѣгать къ лапаротоміи, въ подостромъ же въ періодѣ совѣтуетъ также лапаротомію, а если выжидать, то не особенно долго и то лишь при обстановкѣ, позволяющей немедленно приступить къ лапаротоміи въ случаѣ надобности. При лапаротоміяхъ онъ не промываетъ брюшной полости физиологическимъ растворомъ и не прибѣгаетъ къ дренажу въ свѣжихъ случаяхъ, но въ случаяхъ подострыхъ и сомнительныхъ совѣтуетъ примѣнять дренажъ. Изъ 14 оперированныхъ имъ абдоминально онъ потерялъ только

одну — тамъ, гдѣ былъ очень запущенный случай и гдѣ онъ ограничился однимъ лишь влагалищнымъ дренажемъ, и жалѣетъ, что въ этомъ случаѣ не дренировалъ по *Mikulicz*'у. Въ заключеніе докладчикъ гсворить, что возможно раннее распознаваніе эктопической беременности существенно важно для обезпеченія успѣха леченія. Матеріаломъ для наблюденій докладчику служили главнымъ образомъ больныя Московской Голицынской больницы.

А. Новиковъ: Къ ученію о внѣматочной беременности. Докладчикъ на основаніи послѣднихъ научныхъ изслѣдованій указываетъ на новый важный фактъ — активную роль оплодотвореннаго яйца, тогда какъ по прежнимъ воззрѣніямъ яйцу принадлежала лишь пассивная роль. Отсюда возникаетъ новый взглядъ на внѣматочную беременность: яйцо активно вѣдряется въ подлежащую ткань, какова бы она ни была, и развивается самостоятельно, не нуждаясь въ протектирующей роли ткани Мюллеровой нити, въ яичникѣ, трубѣ, или въ абдоминальной полости. Второй крупный фактъ — это важная роль плаценты и главнымъ образомъ ворсинокъ синцидія въ разрушительной дѣятельности плоднаго яйца. Такимъ образомъ у плода существуютъ органы нападенія — ворсинки, а у матери — органы защиты — decidua; послѣдняя оберегаетъ глубже лежащіе слои подлежащей ткани отъ пробѣданія ихъ ворсинками. Гдѣ децидуальныхъ клѣтокъ немного, какъ въ трубѣ, тамъ яйцо одолеваетъ. Послѣродовая инволюція наступаетъ тогда, когда дѣйствіе плаценты прекратилось, при внѣматочной беременности она характеризуется отхожденіемъ децидуи, но самый вѣрный и надежный признакъ послѣродовой инволюціи эктопической беременности, по мнѣнію докладчика, — замедленный пульсъ; къ сожалѣнію, этотъ признакъ можетъ маскироваться кровотеченіемъ, когда пульсъ ускоряется; но тамъ, гдѣ послѣ ускореннаго пульса наступаетъ быстрое его замедленіе, можно быть увѣреннымъ, что внѣматочная беременность дѣйствительно прекратилась. Далѣе докладчикъ переходитъ къ матеріалу Московской гинекологической клиники, гдѣ въ 1906 г. было 90 случаевъ внѣматочной беременности, изъ числа которыхъ оперированы 85. Попытокъ къ леченію haematocoele проколомъ задняго свода было сдѣлано 3, изъ нихъ одна кончилась летально. Вообще смертельныхъ случаевъ было 6,7 %. Въ одномъ случаѣ, оперированномъ 6 л. назадъ проф. *Снегиревымъ*, былъ извлеченъ живой мальчикъ, который живъ и теперь. При лапаротоміяхъ примѣнялся обычный разрѣзъ по l. alba и только въ одномъ случаѣ былъ примѣненъ поперечный разрѣзъ кожи по *Pfannenstiel*'ю, что, по мнѣнію докладчика, ближе соотвѣтствуетъ цѣли. Промыванія брюшной полости не примѣнялось, дренажъ проводился не всегда. Докладчикъ въ особенности предостерегаетъ не изслѣдовать энергично и не мять живота у больной передъ операціей.

Калабинъ отмѣтилъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ haematocoele больныя поправились безъ всякой операціи.

Вертель указалъ на одинъ новый никѣмъ не упомянутый признакъ внутренняго кровоизліянія; это — свѣшиваніе задняго свода при вставленіи во влагалище зеркала; зависитъ это отъ выпячиванія свода накопившейся въ заднемъ Дугласѣ кровью.

Мацѣвскій предложилъ д-ру *Эберлину* указать на мотивы, почему онъ не промываетъ брюшную полость послѣ лапаротоміи.

Чернеховскій несогласенъ съ *Эберлиномъ*, будто при вѣматочной беременности матка можетъ быть не увеличена въ объемѣ; она всегда увеличивается въ объемѣ. Въ докладахъ *Эберлина* и *Новикова* не разработана дифференціальная діагностика отъ опухолей, ruosalpiu'a и пр., не указаны признаки, по которымъ можно судить о томъ, прогрессируетъ-ли беременность или же прервалась. Въ виду громаднаго значенія, которое имѣетъ вѣматочная беременность для провинціальныѣхъ врачей, желательно и на будущемъ *Пироговскомъ* съѣздѣ поставить въ программные вопросы вѣматочную беременность.

Восфъ замѣтилъ докладчику, *Эберлину*, что онъ недостаточно использовалъ матеріалъ, не указавъ напр., сколько было трубныхъ абортѣвъ и сколько разъ былъ разрывъ трубы.

Эберлинъ возражалъ *Восфу*, что вопросъ о томъ, есть-ли трубный абортъ или разрывъ, имѣетъ лишь патолого-анатомическое, а не клиническое значеніе, ибо невозможно до лапаротоміи рѣшить этотъ вопросъ. Детали будутъ приведены современнымъ въ своемъ мѣстѣ. *Маіевскому*, — что вопросъ о промываніи брюшной полости не касается одной лишь эктопической беременности, а вообще лапаротоміи и, будучи доволенъ своими результатами, не намѣренъ и впредь промывать брюшную полость. *Вертелю*, — что выпячиваніе задняго Дугласа замѣчается лишь, когда к ровоизліаніе инкапсулировалось, во всякомъ случаѣ не можетъ явиться въ первые дни послѣ разрыва. *Чернеховскому*, — что дѣлъ доклада была указать на основанія своихъ наблюденій на тотъ симптомокомплексъ, который помогалъ ему во всѣхъ случаяхъ безошибочно ставить діагнозы; преслѣдуя чисто практическія дѣли, онъ раздѣлилъ всѣ случаи вѣматочной беременности на 3 категоріи, указавъ, какъ распознать въ каждомъ стадіи и далъ руководящіе принципы для терапіи. Что касается объема матки, то онъ утверждаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ матка была нисколько не увеличена, если же увеличена, то это увеличеніе не соотвѣтствовало сроку задержанія регулъ.

Вертель, возражая *Чернеховскому*, подтвердилъ мнѣніе *Эберлина* относительно объема матки.

Эберлинъ возражалъ *Новикову*, по мнѣнію котораго слѣдуетъ при haematocеле всегда дѣлать лапаротомію. Въ Голицынской больницѣ ни одна больная не погибла отъ операциі colpotomia или разрѣза haematocеле. Задній сводъ разрѣзается широко, сгустки удаляются пальцемъ и корнцангомъ, засимъ вставляется дренажъ. Приходилось дѣлать разрѣзъ не только изъ-за нагноенія полости haematocеле, но и изъ-за боли; по удаленія сгустковъ боль сразу исчезла. % смертности отъ лапаротоміи при вѣматочной беременности много меньше, чѣмъ при другихъ поводахъ у всѣхъ почти авторовъ, да такъ и должно быть, такъ какъ вмѣстательство гораздо меньше, чѣмъ, напр., при myometomia, extirpatio uteri etc.

Н. М. Какушкинъ: О мѣрахъ борьбы противъ рака матки. Указавъ на то, что случаи заболѣванія ракомъ въ послѣднее время все увеличиваются, докладчикъ высказалъ мысль о необходимости участія общественной медицины въ дѣлѣ изученія рака и борьбы съ нимъ. Въ частности докладчикъ отмѣтилъ наибольшій % заболѣваемости ракомъ женщинъ и въ болѣе раннемъ возрастѣ, нежели мужчинъ. На 1000 женщинъ, страдающихъ ракомъ, по статистикѣ *Зыкова*, 546 имѣли ракъ въ половой сферѣ. То же говорятъ и другія статистики; такимъ образомъ устанавливается фактъ чрезвычайно частаго пораженія ракомъ такого важнаго органа, какъ матка. Къ сожалѣнію, больныя попадаютъ нерѣдко въ руки врачей въ позднемъ періодѣ, когда помочь радикально уже нельзя, и онѣ погибаютъ, несмотря на то, что оперативное леченіе рака матки дѣлается въ послѣднее время замѣчательные успѣхи и % выздоровленія отъ рака матки у многихъ гинекологовъ превышаетъ 25

и даже доходить до 40 (*Zweifel, Fleischlen*). Въ западной Европѣ и Америкѣ сознали, что въ дѣлѣ борьбы съ этимъ ужаснымъ бичемъ чело-вѣчества общество должно широко развить свою дѣятельность и вотъ въ Парижѣ образовался комитетъ, куда кромѣ ученыхъ и врачей вошли представители крупныхъ банкирскихъ домовъ. Въ Америкѣ (Буффало) выстроенъ раковый институтъ; Въ Берлинѣ образованъ комитетъ по изученію рака, при комитетѣ учреждено попечительство о раковыхъ боль-ныхъ. До настоящаго времени въ Европѣ состоялось уже 2 съѣзда по этому же вопросу. Въ нашемъ отечествѣ тоже возникла мысль о мѣрахъ борьбы съ ракомъ. Въ маѣ 1906 г. въ Петербургѣ при Акушерско-Гинеко-логическомъ Обществѣ образовалась комиссія для выработки мѣръ борьбы съ ракомъ подъ предсѣдательствомъ проф. *Рачинскаго*. Проектъ этой комиссіи сводится въ главныхъ чертахъ къ тому, чтобы устроить при посредствѣ Общества народныхъ университетовъ популярныя лекціи, чтенія и бесѣды по гигиенѣ женскаго организма и профилактикѣ женскихъ болѣзней вообще и въ частности о ракѣ матки, способствовать устройству въ городѣ до-статочнаго количества бесплатныхъ гинекологическихъ амбулаторій, устроить раковую лабораторію со спеціальной амбулаторіей, учредить раковый институтъ и пр. Далѣе комиссія предложила представителямъ провин-ціальныхъ акушерско-гинекологическихъ каеандръ, а также другимъ про-винціальнымъ гинекологамъ составить для этой цѣли комитеты на мѣстахъ. Въ интересахъ же большей плодотворности работы комиссія указала на желательность съѣзда делегатовъ этихъ комитетовъ.

Въ возникшихъ преніяхъ по этому вопросу приняли участіе: *Калабинъ, Маціевскій, Альшванъ, Матросовъ, Городецкій, Городисскій* и др., боль-шинство которыхъ отнеслось сочувственно къ предложенію докладчика; при этомъ многіе съ чувствомъ крайняго недоумѣнія и сожалѣнія отмѣтили отсутствіе на съѣздѣ профессоровъ.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетною предсѣдательницею избрана женщина-врачъ *Р. Д. Дам-ская* (Шуя, Владимір. губ.).

І. Ю. Якубъ: Показанія къ акушерскимъ щипцамъ съ точки зрѣнія современнаго акушерства. На основаніи своихъ 327 наблюде-ній надъ случаями, гдѣ были наложены щипцы, докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Своевременная и правильно произведенная акушерскими щипцами операція далеко не самая кровавая изъ акушер-скихъ операцій, какъ это думаютъ нѣкоторые авторы. 2) Въ рукахъ опытнаго, осторожнаго и образованнаго акушера щипцы не только без-опасный, но и благодѣтельный инструментъ. 3) Трудные и атипическіе щипцы позволительно накладывать только на основаніи самыхъ строгихъ показаній. Завѣдомо легкіе, выходные щипцы таковыхъ показаній, осо-бенно въ частной практикѣ, въ общемъ не требуютъ. 4) Заболѣваемость и смертность роженицъ и родильницъ послѣ правильно, асептично и осторожно произведенной операціи не увеличивается. 5) При умѣломъ наложеніи щипцы не вызываютъ травмы и смерти ребенка. 6) Не должно медлить съ операціею тамъ, гдѣ условія со стороны родовыхъ путей

матери благоприятны и гдѣ сознается опасность для жизни ребенка. 7) При отсутствіи какихъ-либо явленій инфекціи, особенно при завѣдомо «чистой и аккуратной» акушеркѣ, спринцевать влагалище передъ наложеніемъ щипцовъ не нужно.

Какущикинъ (Спб.) замѣтилъ, что дезинфицировать наружныя половыя части женщины передъ накладываніемъ щипцовъ нужно по общимъ правиламъ хирургіи, какъ и передъ всякой операціей на этихъ органахъ, отрицать цѣлесообразность насѣчекъ нельзя, но лучше дѣлать, тамъ, гдѣ это показывается, при извлеченіи плода щипцами, по средней линіи промежности разрѣзъ, т. е. *regineographi*'ю.

Вертель (Самара) согласился съ тѣмъ, что нужно производить разрѣзъ промежности, чтобы получить чистую, рѣзанную рану, а не разорванную. Нужно только установить строгія показанія къ этой операціи.

Соловьевъ (Москва) отмѣтилъ то вредное увлеченіе щипцами, которое въ настоящее время царитъ въ публикѣ: въ продажѣ имѣются такъ называемые «щипцы для частной практики», которые совершенно не могутъ удовлетворять своему назначенію—извлекать ребенка.

Моцневскій (Спб.) не согласился съ докладчикомъ, что въ частной практикѣ нужно чаще накладывать щипцы, нежели въ больничной. Въ частной практикѣ показанія къ щипцамъ должны быть сужены.

Архиповъ (Москва) замѣтилъ, что встрѣчаются случаи, гдѣ при наложеніи щипцовъ бываютъ поврежденія родовыхъ путей женщины и не по винѣ акушера.

Какущикинъ: У докладчика былъ случай, гдѣ при завѣдомо мертвомъ плодѣ были наложены щипцы, а не сдѣлана перфорация, какъ болѣе цѣлесообразная операція; докладчикъ поступилъ такъ по просьбѣ роженицы, но не слѣдуетъ вращать вопросъ о выборѣ операціи самой роженицѣ.

Якубъ указалъ на то, что, по его убѣжденію, насѣчки не помогаютъ, почему онъ ихъ не дѣлаетъ, а въ цѣляхъ постепеннаго расширенія промежности не снимаетъ ложекъ щипцовъ и послѣ того, какъ уже головка начинаетъ прорѣзаться, причемъ дѣйствуетъ медленно и осторожно.

Побѣдинскій (Москва) высказался за то, что показанія при употребленіи щипцовъ остаются прежнія.

Предсѣдатель *Р. Д. Дамская* замѣтила, что она, наблюдая долгое время рабочихъ и фабричныхъ женщинъ, находить, что мускулатура ихъ вообще и въ частности маточная, вопреки мнѣнію докладчика, очень слабая и вялая.

А. М. Новиковъ: Поводы къ оперативному внимательству при порокахъ развитія внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ. Докладчикъ дѣлитъ пороки развитія внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ на 3 группы: 1) атрезіи и аплазіи, 2) удвоенія (разъединенія Мюллеровыхъ нитей) и 3) комбинація 1-й и 2-й группъ (атрезіи и аплазіи разъединенныхъ Мюллеровыхъ нитей). Больныя 1-й группы являются къ врачу съ жалобами: а) на аменоррею; лечить эту аменоррею нѣтъ показаній, но если больная требуетъ опредѣленія своего пола, то съ ея согласія съ этою цѣлью производится лапаротомія, причемъ и этимъ путемъ полъ не всегда опредѣляется; б) на аменоррею, соединенную съ грыжами и опухолями паховыми, или большими губъ; если въ грыжахъ нѣтъ петель кишекъ и опухоли невелики и не беспокоятъ больную, то грыжи и опухоли не слѣдуетъ вырѣзывать, потому что въ большинствѣ случаевъ операція окажется непреднабѣренной кастраціей ложнаго мужского гермафродита; в) на аменоррею, соединенную съ болями, правильно, а иногда неправильно періодическими; въ этихъ случаяхъ бываетъ или полное отсутствіе Мюллеровыхъ нитей, или частичное; ле-

чение — лапаротомія — съ цѣлью кастраціи; d) на аменоррею, соединенную съ опухолью живота, причемъ опухоль можетъ оказаться: α) прирожденно смѣщенной почкой, что нерѣдко комбинируется съ пороками развитія женскихъ половыхъ органовъ; надо остерегаться экстирпировать такую почку, такъ какъ нерѣдко она бываетъ единственной; β) дѣйствительной опухолью зачаточныхъ органовъ, новообразованиемъ (фибромиома рога матки, ракъ, или саркома яичника или testiculi); лапаротомія и экстирпация опухолей; γ) или кровянымъ скопленіемъ. Прирожденные кровяные скопленія вслѣдствіе зарощенія влагалища бываютъ только до внутренняго отверстія матки и сами по себѣ, вслѣдствіе растяженія, никогда не переходятъ въ гематометры. Здѣсь леченіе — разрѣзъ атрезированной части влагалища безъ зондирования, или промыванія полости скопленія. Если же полость матки была инфицирована (роды, хирургическое пособіе, промываніе, зондированіе и пр.), то образуется гематометра часто съ гематосальпингами. Здѣсь пособіе — лапаротомія съ полной экстирпаціей всего очага (трубъ и матки). Разрѣзъ атрезіи всегда кончается перитонитомъ или параметритомъ. При 2-й группѣ жалобъ не бываетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при лапаротоміяхъ эти аномаліи могутъ ввести въ заблужденіе оперирующаго врача, спутавъ всю анатомію; почему при лапаротоміяхъ никогда не слѣдуетъ забывать о возможности ихъ. При 3-й группѣ врачу попадаютъ: 1) или гематокольпозъ (piocolpos) зарощеннаго влагалища, или 2) беременность въ зачаточномъ рогѣ. Въ 1-мъ случаѣ — лапаротомія, во 2-мъ консервативное леченіе — отсѣченіе зачаточнаго атрезированнаго рога (беременнаго) съ сохраненіемъ матки. Сообщение было иллюстрировано 12 примѣрами изъ исторій болѣзней гинекологической клиники Московскаго университета, гдѣ заключались пороки развитія всѣхъ описанныхъ 3 группъ.

Въ возникшихъ преніяхъ принимали участіе: *Вертель, Якубъ, Чернеховскій* и др., возражавшіе главнымъ образомъ противъ положенія докладчика — кастрировать женщину при дисменорреяхъ и находившіе такой способъ, уродующій женщину, нецѣлесообразнымъ.

Михайлова (Москва) отмѣтила въ числѣ другихъ мало извѣстныхъ причинъ развитія пороковъ женскихъ половыхъ органовъ — уродливость женскаго воспитанія, преимущественно школьнаго, въ высшей степени антигигіеничнаго, уродующаго будущую мать, и предложила, въ цѣляхъ ознакомленія учащихся съ здоровыми гигиеническими понятіями, ввести въ широкихъ размѣрахъ во всѣхъ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ преподаваніе гигиены женскаго организма.

Предсѣдатель *Н. И. Побѣдинскій*, закрывая секцію, указалъ на тѣ неблагопріятныя условія, при которыхъ пришлось открыть настоящій X Пироговскій сѣздъ, когда спѣшно, при невозможности заблаговременно оповѣстить многихъ докладчиковъ, за отсутствіемъ времени, была организована настоящая секція, давшая все же 6 докладовъ, цѣнныхъ по своимъ научнымъ достоинствамъ.

Хирургія.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Засѣданіе посвящено памяти проф. *Н. В. Склифосовскаго*.

На эстрадѣ, среди зелени, красуется портретъ покойнаго хирурга.

Засѣданіе открывается привѣтственной рѣчью проф. *И. К. Ситжарнаго*, въ концѣ которой онъ напоминаетъ о крупныхъ и тяжелыхъ

утратахъ, понесенныхъ хирургическимъ міромъ, который лишился такихъ выдающихся сочленовъ, какими были проф. *Н. В. Склифосовскій*, проф. *А. А. Бобровъ*, проф. *v. Bergmann*, проф. *Ф. К. Борнаунтъ* и др.

Проф. *И. К. Спизжарный* далъ характеристику покойныхъ, особенно подробно остановившись на первыхъ трехъ и спеціально на первомъ изъ нихъ, этомъ выдающемся русскомъ хирургѣ, ближайшемъ преемникѣ незабвеннаго *Н. И. Пирогова*. Покойный проф. *Н. В. Склифосовскій* былъ не только блестящій хирургъ, но также крупный ученый, образцовый преподаватель, крупный общественный дѣятель и т. д. Имъ организовано чествованіе памяти *Н. И. Пирогова*, имъ основано Общество Россійскихъ Хирурговъ, онъ былъ предсѣдателемъ XII международнаго съѣзда въ Москвѣ, онъ же состоялъ редакторомъ «Хирургической Лѣтописи» и «Лѣтописи Русской Хирургіи». Свой блестящій хирургическій талантъ проф. *Н. В. Склифосовскій* успѣлъ проявить, между прочимъ, принимая дѣятельное участіе въ 4 войнахъ.

Память покойныхъ Собраніе дважды почтило вставаніемъ.

Далѣе, проф. *Спизжарный* указалъ на то, что разрѣшеніе на устройство настоящаго съѣзда было получено очень поздно (всего 2 мѣсяца тому назадъ), послѣ того какъ уже успѣлъ состояться спеціальнѣйшій съѣздъ Россійскихъ Хирурговъ, куда была направлена главная масса научныхъ сообщеній. И тѣмъ не менѣе въ секціи хирургіи заявлено уже 27 докладовъ.

По предложенію бюро хирургической секціи избраны на первое засѣданіе предсѣдателемъ проф. *М. С. Субботинъ* и товарищемъ его проф. *И. Д. Сарычевъ*.

Послѣ вступительнаго слова, сказаннаго проф. *М. С. Субботинымъ*, проф. *И. Д. Сарычевъ* произнесъ рѣчь, посвященную памяти покойнаго проф. *Н. В. Склифосовскаго*.

Затѣмъ д-ръ *Знаменскій* сказалъ нѣсколько словъ на тему: *Н. В. Склифосовскій и одонтологія*. Покойный профессоръ уже обратилъ вниманіе на необходимость дать зубнымъ врачамъ полное медицинское образованіе, наравнѣ съ другими специалистами. Въ Москвѣ каѡедра одонтологіи существуетъ уже 22 года, но все время она находится въ крайне ненормальномъ положеніи — каѡедра лишена необходимыхъ средствъ и пособій, нѣтъ спеціальной зубной клиники. Съ другой стороны, имѣется масса зубоврачебныхъ школъ, которыя растутъ, какъ грибы, потому что представляютъ выгодное коммерческое дѣло. Человѣкъ, прошедшій курсъ такой школы въ 2½ года, какъ не получившій общаго медицинскаго образованія, мало чѣмъ отличается отъ обыкновеннаго дантиста. Зубоврачебное дѣло при нынѣшнихъ условіяхъ является простымъ ремесломъ. Званіе «зубной врачъ» — абсурдъ, источникъ заблужденій для общества, которое связываетъ съ именемъ врача представленіе о научно-образованномъ человѣкѣ. Настоящее положеніе одонтологіи слѣдуетъ признать неудовлетворительнымъ. Необходимо сдѣлать изученіе этой отрасли медицины обязательной для студентовъ-медиковъ, наравнѣ съ другими отраслями медицины. Зубные врачи должны быть прежде всего врачами, о чемъ твердилъ и покойный проф. *Н. В. Склифосовскій*.

Проф. М. С. Субботинъ: Состояніе вопроса объ асептическомъ леченіи ранъ вообще и въ частности о возможности проведенія асептики при леченіи ранъ на театрѣ войны. (Программный докладъ). Требуется-ли на войнѣ какое-нибудь специфическое леченіе ранъ, или же ихъ надо лечить вездѣ по одному и тому же принципу? Допустима-ли асептика *всегда* и на полѣ сраженія? На эти вопросы докладчикъ можетъ дать только одинъ отвѣтъ: асептика повсюду вытѣсняетъ антисептику. Всѣ возможныя противъ такого положенія возраженія основаны на простомъ недоразумѣніи. Защитники антисептики ссылаются на бактерицидное дѣйствіе антисептическихъ средствъ. Это не вѣрно: бактеріи могутъ долго жить даже въ лабораторныхъ условіяхъ, къ крѣпкихъ растворахъ антисептическихъ средствъ. Въ самомъ дѣлѣ, даже 5 % растворъ карболовой кислоты не скоро убиваетъ бактеріи, и по истеченіи 10 дней онѣ все еще живы, а споры сибирской язвы живутъ даже 14 дней (*Riedel*) или 40 дней (*Fraenkel*). Такую стойкость обнаруживаютъ они въ лабораторныхъ условіяхъ, въ стаканѣ съ жидкостью постоянного состава. Но, вѣдь, въ ранѣ подобныя условія никогда не могутъ имѣть мѣста. По *Koch*'у, сулема (1 % -ный растворъ) убиваетъ бактеріи чуть-ли не *моментально*. Такое мнѣніе, которое впрочемъ раздѣляли также *v. Bergmann* и другіе, оказалось простымъ заблужденіемъ. Въ самомъ дѣлѣ, стоитъ удалить сулему (сѣрнистымъ аммоніемъ), чтобы убѣдиться, что споры бактерій живы и способны къ размноженію. И не только такія стойкія формы, какъ бактеріи сибирской язвы съ ихъ спорами, но даже обыкновенный *staphylococcus pyogenes aureus*, который не имѣетъ споръ, и тотъ живетъ въ 1 % -номъ растворѣ сулемы сутки, въ 1 % -номъ—11 часовъ, въ насыщенномъ растворѣ—1 часъ. Но въ ранѣ опять-таки ничего подобнаго этому опыту никогда не бываетъ. Антисептическія средства, приходя въ соприкосновеніе съ раной, ослабляются или даже разлагаются. При этомъ сама ткань успѣваетъ пострадать: образуется поверхностный слой мертвыхъ клѣтокъ. При употребленіи компрессовъ съ карболовой кислотой наблюдалось даже болѣе глубокое омертвѣніе тканей. Заготовленные для войны пакеты не вредны для ранъ по той простой причинѣ, что сулемы тамъ имѣются одни слѣды, вся она переходитъ въ нерастворимыя соединенія. Всякая повязка имѣетъ только отсасывающее дѣйствіе, какъ асептическая. Защитники антисептического метода леченія (въ томъ числѣ *Вреденъ*) ссылаются на способность антисептическихъ средствъ убивать личинки мухъ. Но и это не вѣрно. Имѣется масса участниковъ войны, которые отрицаютъ это. Антисептическая повязка не полезна (если не считать отсасывающаго ея дѣйствія), но вредна. Въ этомъ насъ убѣждаютъ опыты; контрольныя животныя, безъ такихъ повязокъ, скорѣе выживаютъ, и раны у нихъ заживаютъ быстрѣе. Антисептическія средства (карболовая кислота, препараты іода, прижиганіе термокаутеромъ) убиваютъ живую ткань, замедляютъ заживленіе раны, замедляютъ развитіе лейкоцитоза и фагоцитоза, задерживаютъ рубцеваніе раны и т. д. Опыты показали, что повязка дѣйствуетъ лишь механически. Испытавъ асептику, къ антисептикѣ никто болѣе не вернется,

такъ какъ даже при леченіи зараженныхъ ранъ асептика даетъ лучшіе результаты, чѣмъ антисептика, и при такихъ прямо ужасныхъ условіяхъ, какія имѣются въ Петербургской Обуховской больницѣ (ссылка на *Цейдлера*), въ которой дѣло еще хуже, чѣмъ на войнѣ, и въ Маріинской больницѣ для бѣдныхъ въ С.-Петербургѣ асептика даетъ, по словамъ старшаго врача (1901 г.), лучшіе результаты. И тѣмъ не менѣе многіе остаются вѣрными антисептикѣ! Въ своей клиникѣ докладчикъ убѣдился въ преимуществахъ асептики, даже при леченіи зараженныхъ ранъ. Антисептическія средства у него въ клиникѣ имѣются всѣ, но они запечатаны и служатъ только для демонстрацій слушателямъ. Перевязочный матеріалъ стерилизуется паромъ подъ высокимъ давленіемъ; кетгутъ стерилизуется сухимъ жаромъ (140—150° С.) въ теченіе 2 часовъ. Такой кетгутъ отлично годится для перевязки даже болѣе крупныхъ сосудовъ. Инструменты кипятятъ въ водѣ 1½ часа и болѣе. Рѣжущіе инструменты не кипятятъ, во избѣжаніе порчи, а только моютъ водой, потомъ—спиртомъ. Руки оператора и поле операціи моютъ 3 раза стерилизованными мочалками (каждый разъ свѣжими) мыломъ и стерилизованной водой. Инфицированныя раны механически вытираютъ сухими стерилизованными компрессами, влажной марлей (стерилизованная вода), ватными компрессами, щетками (зубными). Только въ исключительныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ прижиганію термокаутеромъ, выскабливанію острой ложечкой и ножомъ, но всегда обходится безъ антисептическихъ средствъ. Повязка примѣняется сухая (рѣдко влажная), изъ стерилизованнаго матеріала. При такомъ леченіи раны быстро принимаютъ хорошій видъ. Для опыта докладчикъ зашилъ въ одномъ случаѣ одну половину раны стерилизованной, а другую—карболизованной струной; первый кетгутъ разошелся въ 2—3 раза быстрѣе втораго; кромѣ того на второй половинѣ раны образовался слой омертвѣлой ткани. Докладчикъ удивляется, какъ можно рекомендовать антисептическій методъ леченія для огнестрѣльныхъ ранъ, хотя бы даже и на войнѣ. То же говорятъ участники войны. Такъ, *Исаченко* 2 раза сопровождалъ раненыхъ въ теплушкахъ, не замѣчая разницы по сравненію съ мирнымъ временемъ, и стоитъ за асептику, такъ какъ антисептика не помогала дѣлу. *Архиповъ* находилъ червей въ сулемовыхъ повязкахъ. *Войничъ-Сяноженскій* не видитъ преимуществъ за антисептикой; то-же подтверждаютъ *Александровъ*, *Вальтеръ* и др. Диссонансомъ звучитъ только заявленіе *Вредена* относительно способности антисептическихъ средствъ убивать личинки мухъ; но этого не могли подтвердить другіе. Въ прошломъ году докладчикъ (проф. *Субботинъ*) предложилъ Хирургическому Обществу высказаться противъ заготовленія перевязочнаго матеріала и это предложеніе было принято почти единогласно. На полѣ битвы обстановка та же, что въ мирное время. Студентъ *Ильинскій*, будучи на войнѣ, стерилизовалъ все на огнѣ въ китайскихъ горшкахъ, и результаты у него получились хорошіе.

М. М. Рязановъ: Наблюденія въ западномъ тылу Манчжурской арміи надъ условіями заживленія огнестрѣльныхъ пораненій. (Изъ Одесскаго лазарета Кр. Кр. въ г. Верхнеудинскѣ, Заб. обл.) (Ауторе-

ферать.) Затронутая нами тема настолько обширна, что может быть выполнена лишь коллективными усилиями товарищей, принимавших непосредственное участие в минувшей войне. А потому мы, вкладывая свою скромную лепту в общий труд, не тщимся исчерпать вопрос и будем вполнѣ удовлетворены, если на основаніи личного опыта и собраннаго матеріала намъ удастся возстановить въ общихъ чертахъ условія, въ которыхъ протекали пораненія оружейными и артиллерійскими снарядами у 1720 человекъ, прошедшихъ черезъ Одесскій лазаретъ Кр. Кр. съ 14 іюня 1904 г. по 1 іюля 1905 г. При первомъ же знакомствѣ съ матеріаломъ, въ видѣ скорбныхъ листовъ, офофициальныхъ документовъ и проч., вывезенныхъ нами съ войны, бросается въ глаза нѣкоторое видимое противорѣчіе. Несмотря на ужасы эвакуаціи, съ точки зрѣнія самыхъ примитивныхъ требованій личной гигиены, пораненія въ русско-японскую войну протекали удивительно гладко, по крайней мѣрѣ тѣ, которыя пришлось наблюдать въ глубинѣ западнаго тыла. При этомъ наши раненные, и многіе очень серьезно, по прибытіи съ Востока были крайне истощены, разбиты физически и нравственно, нѣкоторые изъ нихъ страдали острыми инфекціонными болѣзнями, но въ отношеніи наслѣдственности и хроническихъ конституціональных заболѣваній они въ подавляющемъ большинствѣ были почти безукоризненны. Все это ни на одну минуту не должно ускользать отъ вниманія хирурга, который вздумалъ бы обрабатывать статистическій матеріалъ, собранный въ аналогичныхъ съ нами условіяхъ. Если онъ при этомъ вспомнить поѣзда, переполненные хрониками и инвалидами, которые непрерывной вереницей тянулись на Востокъ и не возвращались на Западъ, то съумѣетъ должнымъ образомъ оцѣнить значеніе подбора, послѣдовательно и строго проведеннаго среди его раненныхъ и окупившагося десятками тысячъ жертвъ. Только въ этомъ случаѣ онъ не рискуетъ впасть въ беспочвенный оптимизмъ по отношенію къ малокалиберной оболочечной пулѣ, гуманныя свойства которой столь громко и незаслуженно воспѣты въ спеціальной и общей литературѣ съ легкой руки проф. *Bruna*. Конечно, калибръ и конструкція пули оказываютъ несомнѣнное вліяніе на характеръ и видъ пораненія, но изучать послѣднее внѣ условій его нанесенія можно только на неодушевленномъ объектѣ. И по впечатлѣнію, вынесенному нами, японская малокалиберная оболочечная пуля системы Аритака, если и пріобрѣтетъ за русско-японскую войну титулъ гуманной,—то лишь въ связи и благодаря далеко негуманнымъ предначертаніямъ и дѣйствіямъ русскихъ военно-медицинскихъ установленій, основательно очистившимъ личный составъ раненныхъ, попавшихъ въ руки врачей, отъ всего наименѣе устойчиваго. Очевидно, наша послѣдняя война разъ и навсегда покончитъ съ предрасудкомъ, получившимъ особенно широкое распространеніе въ формулировкѣ, данной *Lüh*, а именно, что «послѣдовательный исходъ пораненій главнымъ образомъ зависитъ отъ свойствъ вооруженія, а затѣмъ уже отъ условій санитарной службы». Нашъ фактический матеріалъ, даже безъ нашего освѣщенія, въ голомъ видѣ можетъ поколебать любое, обойденное жизнью сознаніе, которое еще хранить слѣды сомнѣнія насчетъ полной несостоятельности

бюрократического начала во всѣхъ отрасляхъ народнаго хозяйства, не исключая санитарной службы въ военное время. «Жалкая», по опредѣленію *Kocher'a*, организація и дѣятельность военно-санитарныхъ учреждений нашей европейской арміи въ русско-турецкую войну при первыхъ робкихъ шагахъ антисептики на полѣ сраженія не измѣнила себѣ и въ русско-японскую, въ эпоху индивидуальнаго пакета и проч. «послѣднихъ словъ» военно-санитарной техники. Въ виду этого съѣздомъ долженъ быть поставленъ на очередь вопросъ о реорганизаціи нашего военно-медицинскаго дѣла въ цѣломъ, особенно на случай войны, когда требуется крайнее напряженіе всѣхъ общественныхъ силъ. Въ основу реорганизаціи должна быть положена общественная самостоятельность и коллегіальное управленіе на выборныхъ началахъ всѣми военно-медицинскими и санитарными учреждениями. Отсутствие въ настоящее время предпосылокъ для проведенія въ жизнь цѣлесообразной организаціи военно-медицинскаго дѣла не должно смущать: въ этомъ отношеніи оно раздѣлять общую участь всѣхъ болѣе крупныхъ вопросовъ, разрабатываемыхъ общественной гигиеной.

Превія по обѣимъ докладамъ велись одновременно.

Перимовъ находился въ передовыхъ отрядахъ арміи (въ дивизионномъ лазаретѣ отряда ген. Рененкампа) и протестуетъ противъ мнѣнія проф. *Субботина*, будто асептика умѣстна повсюду, въ томъ числѣ и на войнѣ. Во время русско-японской войны нечего было и думать объ асептикѣ, когда даже инструментовъ почти не было. Лазаретъ былъ снабженъ инструментами по каталогу 1858 г. Пришлось позаниматься у Краснаго Креста, за что начальство дало нагоняй: «дадутъ, молъ, на 50 руб., а скажутъ, что дали на 5000 руб.» Опыты въ лабораторіи не могутъ идти въ параллель съ войной. Нечего было думать объ асептикѣ, когда не только врачи не успѣвали перевязать, но зачастую писаря не успѣвали переписать всѣхъ раненныхъ: такими большими партіями они поступали повремениамъ. Одинъ дивизионный врачъ не позволилъ пользоваться инструментами, боясь, что они заржавѣютъ. Потому все это досталось японцамъ, которые не могли не удивляться скудости инструментарія. Не было ни одного стерилизатора. Работниковъ ничтожное количество на передовыхъ позиціяхъ, зато въ тылу сидѣло безъ дѣла много «сильныхъ» міра сего. Когда появилась сибирская язва, было приказано подвергнуть полшубки обмыванію съ послѣдующимъ окуриваніемъ сѣрой. Сѣру взяли, но сдѣлать ничего не сдѣлали. Не хватало людей, мало было инструментовъ и даже бѣлья: всего 50 экземпляровъ на 1086 нижнихъ чиновъ и 29 офицеровъ. Въ интендантскихъ складахъ было много всякаго добра, но солдатамъ ничего не досталось, все сдѣлалось жертвой огня. При такихъ условіяхъ, являющихся неизбѣжнымъ слѣдствіемъ все разлагающаго бюрократизма, нечего и думать объ антисептикѣ или асептикѣ. Только бы удалось всѣхъ хоть какъ-нибудь перевязать, но и это не всегда имѣло мѣсто.

Делятицкій: Докладъ *Ръзанова* это—еще только «цвѣточки». Каковы-то ягодки! При такихъ условіяхъ мечтать объ асептикѣ на передовыхъ позиціяхъ—абсурдъ. На войнѣ нужна была не асептика, нужна была вода, мыло и люди: не врачи даже, а носильщики, которые бы помогали скорѣе убрать раненныхъ, такъ какъ нужно было скорѣе бѣжать передъ наступавшими японцами. Но если не на позиціяхъ, то въ мѣстахъ, гдѣ имѣются койки для стационарныхъ больныхъ, асептика необходима: антисептика даетъ результаты не лучшіе, а даже худшіе, сравнительно съ асептикой. Въ своемъ отдѣленіи на 150 человекъ въ Харбинѣ *Делятицкій* интересовался главнымъ образомъ ранами черепа съ выпаденіемъ мозга (*prolapsus cerebri*). Судя по контрольнымъ наблюденіямъ, сухая асептическая повязка въ такихъ случаяхъ не помогаетъ: несмотря на асептический методъ

лечения, получались нагноительные абсцессы. Въ такихъ случаяхъ полезны содовые компрессы: они даютъ блестящіе результаты.

Богоявленскій: Спорить нечего: конечно, асептика лучше. Но тотъ, кто побывалъ на передовыхъ позиціяхъ, тотъ не будетъ объ этомъ спорить, такъ какъ тамъ нѣтъ возможности провести асептический методъ лечения ранъ. Условія были истинно ужасны. Въ теченіе 15 часовъ приходилось перевязывать по 2000 человекъ и болѣе. При этомъ помогали всѣ, включая сюда и волонтеровъ. Негдѣ было вымыть руки, не было даже воды для питья раненымъ. Послѣ перевязки ихъ приходилось опять выносить изъ палатки прямо на морозъ. Асептика возможна въ тылу, но не на передовыхъ позиціяхъ.

Заусайловъ: Здѣсь указываютъ, что антисептика вредна, но что говоритъ намъ исторія?! *Н. И. Пироговъ* сокрушался, что сдѣлалъ слишкомъ много операций. Но уже *Lister* получалъ блестящіе результаты. То же мы видимъ у *Н. В. Склифосовскаго*, который также пользовался антисептикой, столь осуждаемой проф. *Субботинъ*. Послѣдній указываетъ, что антисептическія средства обладаютъ ядовитыми свойствами, но, вѣдь, имѣются и не ядовитыя средства. И если антисептическія средства даже не умерщвляютъ окончательно бактеріи, зато они, какъ показали спеціальныя опыты, ослабляютъ ихъ вирулентность, и это—немаловажное обстоятельство. Нагноеніе возможно и при асептическомъ лечении ранъ (*Делятинскій*). Собственно говоря, проф. *Субботинъ* не достигаетъ асептики: въ $1\frac{1}{2}$ часа нельзя убить бактеріи въ водѣ; въ этомъ убѣждаютъ насъ опыты съ посѣвами изъ такой воды. Кетгутъ можно сдѣлать асептичнымъ, нагревая его въ теченіе 2 часовъ до $t^{\circ} 40^{\circ}\text{C}$. Если пользоваться чистыми мочалками съ водой, какъ совѣтуетъ проф. *Субботинъ*, то это не будетъ асептика. Да это и не важно. Нужно только, чтобы повязка хорошо отсасывала. Сухая асептическая марля прилипаетъ, и подъ нею скопляется гной. Громадное значеніе имѣетъ также состояніе тканей. Проф. *Склифосовскій* ампутировалъ въ одномъ случаѣ обѣ ноги; лечение было асептическимъ, и тѣмъ не менѣе одна нога зажила *per prima*, а на другой случилось нагноеніе. Асептика возможна по рецепту проф. *Г. Е. Рейна*, но это намъ недоступно. Да и безъ этого рана хорошо заживаетъ, если только позаботиться о хорошемъ отсасываніи. Въ этомъ отношеніи хороши содовые повязки. Въ противоположность другимъ врачамъ, *Заусайловъ* указываетъ, что напр. 58 и 60 поѣзда на войнѣ были отлично устроены и снабжены всѣмъ въ избыткѣ; много пришлось потомъ распродать.

Воронцовскій: Земскіе санитарные отряды были хорошо обставлены и не зависѣли отъ военнаго вѣдомства. На передовыхъ позиціяхъ асептика невозможна, вслѣдствіе внезапнаго наплыва огромнаго числа раненыхъ. У японцевъ раненые сортируются при первой перевязкѣ (отмѣтка: синій или красный галстукъ).

Ушманъ былъ въ Харбинѣ, въ Красномъ Крестѣ. Госпиталь на 600 кроватей оборудованъ довольно хорошо. Непорядки были, но не всегда. Приходилось видѣть многоэтажныя повязки. Какъ курьезъ, *Ушманъ* передаетъ, что военно-медицинскій инспекторъ вдругъ приказалъ прописывать рецепты не по десятичной, а по старой (нюрнбергской) системѣ. Ослушникамъ этого грозило наказаніе. *Ушманъ* не поклонникъ антисептики, и если онъ примѣняетъ ѣдкій натръ (по *Раевскому*, дисс.), то не какъ антисептическое средство, но какъ физическій лечебный факторъ, способствующій растворенію и расщепленію ненужнаго матеріала. Можно обойтись и безъ антисептическихъ средствъ. Асептика возможна только условная, не строгая, въ бактериологическомъ смыслѣ слова.

Раевскій самъ занимался стерилизаціей кетгута. Ни одинъ физическій методъ стерилизаціи его не удовлетворяетъ. Сухой жаръ не годится. Кетгутъ готовится изъ подслизистой ткани тонкихъ кишокъ овцы и содержитъ въ своемъ просвѣтѣ бактеріи, которыя, по опытамъ *Раевского*, не умираютъ отъ жара: послѣдній не проникаетъ сквозь кетгутъ; термометръ, покрытый кетгутомъ, стоитъ ниже, чѣмъ непокрытые. Даже t° въ 170°C . только обугливаетъ кетгутъ, но не дѣйствуетъ вглубь.

Субботинъ: Вопросъ въ томъ, что предпочтительнѣе caeteris paribus: антисептика или асептика? Первая не имѣетъ преимуществъ, но даже вредна. Нужно беречь жизнѣдѣтельность тканей. Биологическая стерилизація тканей необходима. Если и останутся нѣкоторыя бактеріи, то онѣ уже не опасны болѣе. Все, сказанное противъ асептики, сказано и противъ антисептики. Врачи не должны одобрять антисептику: иначе всѣ, включая сюда и военно-медицинскій ученый комитетъ, въ которомъ участвуетъ и самъ *Субботинъ*, успокоятся. Вѣдь, изготовленіе антисептического перевязочнаго матеріала такое выгодное дѣло для лицъ, причастныхъ къ этого рода производству. А больнымъ отъ этого одинъ только вредъ. По мнѣнію *Субботина*, онъ достигаетъ въ своей клиникѣ асептики: пробы съ кетгутумъ (посѣвы) дали отрицательный результатъ, то же относится и къ мытью рукъ. Это, конечно, еще не стерилизація, но во всякомъ случаѣ асептика.

Проф. *М. С. Субботинъ* демонстрировалъ пациента, у котораго носъ былъ совершенно разрушенъ подъ влияніемъ язвеннаго процесса, возникшаго на почвѣ lupus'a. Для прикрытія дефекта былъ взятъ лоскутъ со лба, причемъ одновременно была восстановлена и верхняя губа. Для поддержки искусственнаго носа проф. *Студенскій* предложилъ свою золотую стропилку. Но она производила давленіе на десны и верхнюю челюсть. Проф. *Субботинъ* видоизмѣнилъ эту поддержку, перенесъ точку опоры на лобную кость. Пользуясь такой модификаціей, докладчику удалось придѣлать своему пациенту очень хорошій носъ. Пластика хорошо приросла: ее можно прощупать, она видна также на рентгенограммѣ. Стропилка не только обростаетъ мягкими тканями, но и вызываетъ образованіе новой кости. Московскіе врачи сомнѣвались въ возможности такихъ успѣховъ. Но вотъ прошло уже 1½ года послѣ операціи, а успѣхъ, и притомъ полный—на-лицо (шумные аплодисменты). Носовые проходы свободны. Получилось даже переносье. Спустя еще годъ можно будетъ удалить нѣкоторыя складки, и тогда носъ будетъ имѣть еще лучшій видъ.

Еще лучшіе результаты получены въ другомъ случаѣ у одного инженера, котораго нѣтъ на-лицо, но зато имѣется его снимокъ. Послѣ операціи прошло уже 3 года, и все обстоитъ у него вполне хорошо.

Такимъ образомъ ясно, что теперь можно возстановливать не только мягкія части, но и скелетъ носа, пользуясь инородными тѣлами.

По поводу этого сообщенія *Сарычевъ* напоминалъ, что въ одномъ такомъ случаѣ проф. *Студенскаго* черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ удачной операціи возстановленія носа появились столь большія страданія, что больная просила извѣстить ее отъ протеза, и пластинку пришлось вытащить.

Напалковъ указалъ, что инородныя тѣла могутъ оставаться на мѣстѣ много лѣтъ, но для этого они должны быть безусловно чистыми. До тѣхъ поръ, пока инородное тѣло не заросло изнутри, можно опасаться, что оно отойдетъ. Въ Московской хирургической клиникѣ было три случая: въ одномъ получился слишкомъ массивный носъ, и больной просилъ, чтобы его убрали; въ двухъ другихъ пластинки выходили, и ихъ пришлось удалить по частямъ. Инородными тѣлами теперь пользуются при ринопластикѣ, въ другихъ случаяхъ прибѣгаютъ къ костной и хрящевой ткани (ребра): это столь же прочный, но живой и чрезвычайно пластичный матеріалъ.

Л. П. Марьяничъ: Къ леченію переломовъ верхнихъ и нижнихъ конечностей. Состоя во время русско-японской войны врачомъ лазарета отъ г. Кіева въ Манчжуріи, докладчикъ имѣлъ возможность

лечить 56 человекъ съ переломами верхнихъ и нижнихъ конечностей, самаго разнообразнаго происхожденія (ружейныя пули, шрапнельныя пули, гранатные осколки, удары копытомъ лошади, травмы при паденіи изъ вагона и пр.). Были переломы открытые и осложненные (разныя осложненія). Наряду со свѣжими случаями были и такіе, которые подвергались уже леченію въ другихъ мѣстахъ. За рѣдкими исключеніями, докладчикъ примѣнялъ, гдѣ только было возможно, асептический методъ леченія, который далъ ему въ общемъ вполне удовлетворительные результаты. Докладчикъ очень доволенъ успѣхами леченія переломовъ верхнихъ и нижнихъ конечностей картоно-гипсовыми повязками и приборомъ проф. *Волковича*. Въ этомъ приборѣ больные чувствуютъ себя прекрасно: имъ легко, они не испытываютъ боли и имѣютъ возможность ходить. Этотъ приборъ оказывается удобнымъ для всѣхъ. При такомъ способѣ леченія выздоровленіе наступаетъ при переломахъ плечевой кости черезъ 22—35 дней; переломы предплечья требуютъ для своего заживленія 11—35 дней, бедра—33—43 дня, голени—13—30 дней. Благодаря прибору проф. *Волковича* получается возможность придать конечности правильное положеніе, а также избѣгнуть образованія уродливыхъ мозолей, что не всегда удается при другихъ способахъ леченія переломовъ. Одновременно примѣняются массажъ, гимнастика и ванны. Другіе способы леченія переломовъ повязками неумѣстны на войнѣ, главнымъ образомъ въ виду того, что по своей сложности требуютъ помощи нѣсколькихъ лицъ. Напротивъ того, способъ леченія переломовъ конечностей картоно-гипсовыми повязками и приборомъ проф. *Волковича*—крайне дешевый, повсюду доступный, удобопримѣнимый и несложный. Техника приготовленія, наложенія и снятія указанныхъ повязокъ очень проста (прибора же нѣсколько труднѣе). Всѣ повязки проф. *Волковича* являются неподвижными и въ то же время съемными. Фиксація отломковъ при описанныхъ повязкахъ самая надежная. Сломанные нижнія конечности помощью повязокъ и прибора проф. *Волковича* ставятся въ естественныя условія роста и питанія и лечатся на ходу. Атрофія мышцъ конечностей верхнихъ и нижнихъ, благодаря возможности примѣненія ранняго массажа, почти нулевая. Контрактура суставовъ въ виду раннихъ активныхъ и пассивныхъ движеній въ описанныхъ повязкахъ и прибора проф. *Волковича* крайне незначительна.

Перимовъ сказалъ, что онъ примѣняетъ шину проф. *Волковича* съ 1902 г., послѣ того какъ появилось описаніе ея въ «Русской Хирургіи». На войнѣ онъ считаетъ этотъ способъ леченія умѣстнымъ только въ госпиталяхъ, но не у раненыхъ, подлежащихъ транспортированію. Въ Казанской губ. земской больницѣ онъ всегда пользуется способомъ проф. *Волковича*. Впечатленіе получилось очень хорошее: на 2—3-й день больные ходятъ уже безъ посторонней помощи и даже могутъ быть выписаны; дальнѣйшее леченіе ведется по амбулаторному способу.

Зеренинъ также остался доволенъ повязкой проф. *Волковича*, которая, по его мнѣнію, заслуживаетъ предпочтенія передъ всѣми другими. Благодаря такой повязкѣ даже старые (77 лѣтъ) больные получаютъ возможность уже на 2-3-й день ходить. Такъ назыв. «русскій замокъ» проф. *Н. В. Склифосовскаго* отличается значительной сложностью, а результаты даетъ не очень хорошіе,

особенно въ виду возможности инфекции съ осложнениями. Въмѣсто этого лучше пользоваться пластинкой, которая приколѣчивается двумя гвоздями къ отломкамъ кости. Въ случаѣ, если пластинка не врастаетъ, ее можно потомъ удалить.

Субботинъ примѣняетъ такой же способъ уже цѣлыхъ 20 лѣтъ, съ той, однако, разницей, что не прибѣгаетъ къ вколѣчиванію гвоздей. Между прочимъ, ему пришлось въ одномъ случаѣ удалить весьма значительную часть нижней челюсти (по поводу остеосаркомы). Извѣстная кость была замѣнена толстой пластинкой, которую предполагалось вскорѣ замѣнить болѣе тонкой. Но сдѣлать это не удалось, такъ какъ, когда собрались произвести такую операцію, то оказалось, что эта толстая пластинка уже успѣла зарости, и ее пришлось оставить на мѣстѣ.

А. О. Цастровъ (Ярославль): *О новаго образца искусственной ноги для ампутированныхъ выше колѣна.* Докладчикъ задался цѣлью найти такой способъ, который давалъ бы больнымъ возможность имѣть въ любомъ мѣстѣ, даже въ глухой деревнѣ, дешевую и вмѣстѣ съ тѣмъ удовлетворяющую своему назначенію искусственную ногу. Эту мысль докладчику посчастливилось осуществить. Въмѣсто того, чтобы заставлятъ больного опираться культей на протезъ, докладчикъ возымѣлъ идею посадить больного пораженной частью тѣла (не культей!) на протезъ. При этомъ тѣло должно упираться въ протезъ всѣми тѣми частями, которыя служатъ физиологическими точками опоры. Этого докладчикъ достигаетъ при помощи своего протеза новаго образца, состоящаго изъ трехъ частей: 1) кузовъ съ головкой и шейкой, сдѣланный изъ желѣза и обхватывающій боковую сторону таза; къ кузову придѣланы ремни, образующіе при застегиваніи поясъ вокругъ туловища; 2) пріемникъ для ампутированнаго бедра; онъ также сдѣланъ изъ желѣза и внутри имѣетъ мягкую подстилку для остатковъ бедра; поверхъ бедра, уложеннаго въ положеніи сгибанія подъ прямымъ угломъ къ туловищу, завязываются ремни, придѣланные къ этой части протеза; 3) третью часть искусственной ноги составляетъ деревянная палка, прикрѣпленная вертикально подъ второй частью. Между первыми двумя частями находится шарниръ, именно въ томъ мѣстѣ, которое соотвѣтствуетъ положенію тазобедреннаго сустава. Благодаря этому шарниру больной имѣетъ возможность свободно вставать и садиться, ходить довольно быстро и много, не уставая при этомъ сколько-нибудь замѣтно, и даже сгибать свое туловище настолько, что пальцы рукъ достигаютъ пола. Въ этомъ присутствовавшіе въ засѣданіи убѣдились на двухъ паціентахъ, демонстрированныхъ докладчикомъ. Насколько велики удобства, представляемые этимъ новымъ образцомъ искусственной ноги, видно, между прочимъ, изъ того, что одинъ изъ представленныхъ паціентовъ предпочелъ замѣнить имѣвшійся у него обыкновенный протезъ новымъ образцомъ, который и менѣе изященъ, и тяжелѣе прежняго (7½ фунтовъ вмѣсто 7¼ фунтовъ), но, очевидно, гораздо пригоднѣе. Пара небольшихъ ремешковъ, соединяющихъ описанные выше ремни, идущіе 1) вокругъ туловища и 2) вокругъ бедра, препятствуютъ смѣщенію протеза, особенно въ сторону. Въ такомъ видѣ искусственная нога новаго образца вѣситъ отъ 7 до 9 фунтовъ (образецъ для взрослыхъ). Для облегченія тяжести протеза служатъ ремни, придѣланные къ нему и перекинутые черезъ оба плеча. Можно бы уменьшить вѣсъ про-

теза, замѣнивъ желѣзные его части алюминіевыми. Но тогда и цѣна протеза будетъ соотвѣтственно выше. Такого рода протезъ можетъ изготовить любой слесарь. Образцомъ служить гипсовый слѣпокъ съ пораженной части тѣла, сдѣланный въ стоячемъ положеніи паціента. На слѣпкѣ должно быть отмѣчено мѣстоположеніе бедреннаго сустава. Въ отличіе отъ прежнихъ протезовъ, новый образецъ дѣлаетъ человекъ, подвергшагося ампутаціи бедра въ верхней трети, болѣе или менѣе работоспособнымъ. Кромѣ того новый образецъ искусственной ноги обладаетъ значительной прочностью, тогда какъ прежніе протезы легко портятся. Наконецъ, новый протезъ довольно дешевъ: цѣна его составляетъ въ среднемъ около 15 руб. Нужно впрочемъ оговориться, что такой протезъ удобенъ въ случаяхъ ампутаціи бедра въ верхней его трети. Если же бедро ампутировано въ нижней трети, то согнутая въ тазобедренномъ суставѣ оставшаяся часть ноги будетъ сильно выпячиваться впередъ, на что не всякій согласится. По этой причинѣ одна паціентка докладчика отказалась отъ новаго образца искусственной ноги. Докладъ *А. О. Цастрова* сопровождался демонстраціей двухъ паціентовъ, ряда моделей новаго образца и рисунковъ, изображавшихъ разные виды новаго протеза.

Вопреки докладчику, указавшему, что ничего подобнаго своему образцу онъ не нашелъ нигдѣ, *Зеренинъ* замѣтилъ, что та же идея использована при изготовленіи протезовъ въ случаѣ экзартикуляціи бедра въ тазобедренномъ суставѣ. Далѣе *Зеренинъ* указалъ, что если послѣ ампутаціи прикрыть поверхность распила кости пластинкой по *Bier'у*, то боли будто бы не бываетъ. При прежнихъ протезахъ остатокъ ноги все же функціонируетъ при движеніи, а при искусственной ногѣ новаго образца культя бездѣйствуетъ. *Зеренинъ* предпочитаетъ поэтому прежніе протезы Швабе, говоря, что ихъ можно сдѣлать болѣе доступными по цѣнѣ, замѣнивъ недостающую часть ноги деревяшкой; тогда протезъ будетъ также стоить около 18 руб., если не еще дешевле.

Соловевъ: Цѣль докладчика заключается въ томъ, чтобы дать бѣднякамъ-калѣкамъ обходиться безъ дорогихъ протезовъ отъ Швабе. Эта задача удачно разрѣшена. Искусственную ногу новаго образца можетъ сдѣлать любой слесарь; въ этомъ громадное преимущество новаго протеза передъ прежними. Изящной походки не даютъ и дорогіе протезы.

Спижарный подчеркнул, что наши столичные аппараты дороги и въ то же время далеко не всегда хороши, въ виду чего новый протезъ заслуживаетъ полнаго вниманія, какъ вполне удовлетворяющій своему назначенію. Вѣдь, для нижней трети бедра всякій мастеръ легко можетъ сдѣлать протезъ, пользуясь имѣющейся опорой. Не то мы видимъ въ случаѣ ампутаціи въ верхней трети бедра. Принципъ докладчика—посадить больного—представляетъ блестящую идею. При этомъ получается широкая поверхность, представляющая прекрасную опору, благодаря чему паціенты и по истеченіи двухъ лѣтъ не могутъ ни на что пожаловаться. Возраженіе *Зеренина* *Спижарный* считаетъ неосновательнымъ: культя и при новомъ образцѣ продолжаетъ функціонировать, приводя въ движеніе протезъ. Выражая свое полное сочувствіе идеѣ докладчика, *Спижарный* замѣтилъ только, что было бы лучше, если бы протезъ охватывалъ тазовыя кости, по тому же принципу, съ которымъ мы встрѣчаемся при бандажахъ.

Въ заключеніе предсѣдатель проф. *М. С. Субботинъ* еще разъ подчеркнул счастливую мысль посадить больного на культю, вмѣсто того, чтобы заставить его опираться на нее, и прибавилъ, что для роскоши можно при случаѣ добавить недостающіе суставы, колѣнный и пр., чтобы придать протезу видъ, болѣе напоминающій здоровую ногу.

Засѣданіе 27 апрѣля.

Почетный предсѣдатель А. А. Кадыанг.

В. М. Зыковъ: Къ вопросу о раковой кахексіи (Москва, Институтъ имени Морозовыхъ для леченія страдающихъ опухолями). Въ настоящее время появилось вѣскольکو экспериментальныхъ работъ, доказывающихъ, что по удаленіи первичныхъ узловъ злокачественной опухоли вторичныя начинаютъ расти быстрѣе, что и объясняется тѣмъ, что съ удаленіемъ первичной опухоли исчезаютъ антитоксины, задерживающіе развитіе вторичныхъ опухолей. Разъясненіе этого сомнѣнія тѣсно связано съ разрѣшеніемъ вопроса: что такое раковая кахексія? То, что принимаютъ за раковую кахексію, представляетъ собою обычное явленіе, зависящее, какъ показали наблюденія въ Институтѣ, отъ весьма сложныхъ причинъ, если же мы возьмемъ больныхъ, страдающихъ только раковою опухолью безъ sepsis'a и не голодающихъ, что бываетъ иногда при пораженіи желудочно-кишечнаго канала, то какъ бы мы ихъ ни питали, они все-таки быстро падаютъ въ вѣсѣ, получаютъ отвращеніе къ пищѣ, дѣлаются малокровными и въ высшей степени слабосильными, хотя нерѣдко удивительно мало теряютъ жира, что подтверждается изслѣдованіями, сдѣланными въ Институтѣ. Работами изъ того же Института доказано, что при этомъ кромѣ того понижается щелочность крови и выдѣляется азота больше, чѣмъ его поступаетъ съ пищей, на что уже раньше указывалъ Müller. Тотъ фактъ, что такіе результаты получались не у всѣхъ авторовъ, объясняются тѣмъ, что, согласно изслѣдованіямъ Института, не всѣ раковыя опухоли одинаковаго химическаго состава. На основаніи многихъ клиническихъ наблюденій, далѣе химическихъ и гистологическихъ данныхъ и, наконецъ, основываясь на результатахъ біологическихъ опытовъ надъ животными, нужно думать, что существуетъ особый протоплазматическій ядъ, вырабатываемый только живыми раковыми клѣтками, развивающій картину истинной раковой кахексіи и дѣйствующій на мышцы, особенно сердечныя, на кровь и, наконецъ, на эпителий извитыхъ канальцевъ почекъ. Послѣдній фактъ подтверждается также тѣмъ обстоятельствомъ, что авторъ, вводя одной неизлечимой больной съ ея согласія, въ надеждѣ получить антитоксины въ тѣлѣ, измельченный и профильтрованный асептической сокъ, добытый изъ опухоли, удаленной у той же больной, получилъ всѣ явленія усиленнаго развитія раковой кахексіи и перерожденіе извитыхъ канальцевъ почекъ. На основаніи этого факта, а также и опытовъ надъ животными, авторъ считаетъ возможнымъ допустить, что яды, вырабатываемые живыми раковыми клѣтками, настолько сильны, что едва-ли антитоксины, вырабатываемые въ тѣлѣ человѣка, могутъ задержать развитіе раковой опухоли, а раковидныя опухоли у животныхъ не вполне идентичны по біологическимъ своимъ свойствамъ опухолямъ человѣка, у котораго должны быть производимы, съ цѣлью излеченія, раннія и возможно радикальныя операціи. Въ заключеніе надо признать, что разрѣшеніе этого вопроса вслѣдствіе своей трудности и многосторонности его требуетъ дальнѣйшихъ изысканій.

М. А. Хазановъ: Клиническія наблюденія надъ дѣйствіемъ сыворотки Douen'a у раковыхъ больныхъ. Сдѣлавъ обзоръ литературы

по вопросу о серотерапии рака, докладчик перешелъ къ своимъ наблюдениямъ, произведеннымъ имъ, по предложенію *В. М. Зыкова*, надъ дѣйствіемъ сыворотокъ *Влаева* и *Doyen'a*. Последняя сыворотка обладаетъ агглютинирующими свойствами по отношенію къ *micrococcus neoformans*, притомъ въ болѣе сильной степени, сравнительно съ нормальной сывороткой. Это свидѣтельствуетъ о томъ, что *micrococcus neoformans*, если и не служитъ возбудителемъ рака, то во всякомъ случаѣ имѣетъ къ нему извѣстное отношеніе. Сыворотка *Doyen'a* получается отъ лошадей, иммунизированныхъ по отношенію къ *micrococcus neoformans*. Кромѣ сыворотки имѣются еще двѣ вакцины. Впрыскиванія сыворотки сопровождаются появленіемъ эритемы и боли въ суставахъ. Бываютъ и нагноенія. Подъ вліяніемъ *Doyen'овской* сыворотки бываютъ повышенія температуры; при примѣненіи *Влаевской* сыворотки докладчикъ такихъ повышеній не наблюдалъ. По словамъ *Doyen'a*, подъ вліяніемъ его средства, раковыя опухоли уменьшаются и даже пропадаютъ, оставляя твердый узелъ, который потомъ атрофируется. Показаніями для такого леченія служатъ ракъ матки и параметрія, а также ракъ кожи. Дополненіемъ къ инъекціямъ сыворотки служитъ перевязка приводящихъ артерій. Чѣмъ раньше начать леченіе, тѣмъ успѣхъ лучше. Противопоказаніемъ *Doyen* считаетъ диссеминацію рака и раковый плевритъ. Свои наблюденія докладчикъ велъ въ теченіе 6 мѣсяцевъ надъ пациентами, выбранными согласно указаніямъ *Doyen'a*. При этомъ выяснилось слѣдующее: сыворотка и вакцины *Doyen'a* неумѣстны при тяжелыхъ раковыхъ заболѣваніяхъ; леченіе это не можетъ считаться безразличнымъ для организма; оно не предупреждаетъ развитія кахексіи (вѣсъ тѣла падаетъ) и, слѣдовательно, сыворотка не обладаетъ специфическимъ дѣйствіемъ.

В. М. Зыковъ демонстрировалъ двухъ раковыхъ больныхъ: у одного ракъ шеи, у другого — нижней губы. Первый лечился впрыскиваніями въ опухоль и вокругъ нея 1% растворомъ марганцовокислаго калия; впрыскиванія по 10 грм. раствора повторялись, смотря по реакціи; леченіе увѣнчалось частичнымъ успѣхомъ. Другой больной (ракъ нижней губы) получалъ впрыскиванія въ приводящія къ опухоли артеріи 10% раствора угля въ водѣ, въ количествѣ 1 грм., и въ этомъ также случаѣ леченіе увѣнчалось успѣхомъ. Успѣхъ сталъ обнаруживаться уже послѣ второй инъекціи. Черезъ недѣлю опухоль стала кусками вываливаться, подвергшись некротизаціи. Диагнозъ былъ установленъ путемъ гистологическаго изслѣдованія. Основаніемъ для такого леченія послужилъ замѣченный докладчикомъ фактъ, что клѣтки новообразованія не развиваются въ присутствіи угля. Для предупрежденія возможныхъ эмболій сосѣдніе сосуды сдавливались жомомъ на время операціи (1½ часа). Въ безвредности инъекцій угля докладчикъ убѣдился предварительно на артеріяхъ кроличьяго уха.

Волжанъ считаетъ такіе опыты недопустимыми въ виду угрожающей опасности эмболии, которая не можетъ быть устранена временнымъ накладываніемъ зажимовъ.

Солововъ указалъ на грубый эмпиризмъ предлагаемаго метода леченія и на поспѣшность сообщенія до выясненія результатовъ леченія.

Истоминъ: Такія попытки допустимы только при регіонарныхъ заболѣваніяхъ, пока не поражены железы и сосуды, на которые мѣстно впрыснутый

уголь, какъ не всасывающійся, не можетъ имѣть дѣйствія. Назначеніе подобныхъ методовъ леченія (напр. впрыскиванія формалина)—вызывать образованіе мѣстнаго рубца, который бы служилъ преградой дальнѣйшему распространенію раковаго процесса. При регионарныхъ заболѣваніяхъ проще будетъ оперировать.

Шефъ считаетъ допустимыми, съ согласія пациента, въ неизлечимыхъ случаяхъ всякіе способы леченія. Въ отличіе отъ докладчика, онъ всегда наблюдалъ повышеніе t^0 и отъ *Влаевской* сыворотки.

Заусайловъ считаетъ неосновательными упреки въ эмпиризмѣ, въ виду достигнутыхъ результатовъ, тѣмъ болѣе, что операція не вѣсьмъ доступна и также не предупреждаетъ рецидивовъ.

Григоросичъ—авторъ метода леченія рака марганцовокислымъ калиемъ—впрыскиваетъ 3% растворъ въ окружность опухоли по шприцу черезъ день, всего 3—4 шприца; при этомъ бываетъ боль, которую можно устранить, впрыснувъ предварительно кокаинъ; но повышенія t^0 не бываетъ. Предлагая свой способъ, онъ разсчитывалъ на дѣйствіе кислорода, которымъ такъ богатъ марганцовокислый калий.

Ф. И. Протопоповъ: *Къ вопросу о послѣоперационной пневмоніи*. Въ Московской факультетской хирургической клиникѣ было сдѣлано за 17 лѣтъ 1248 лапаротомій и 2506 другихъ операцій; въ первой группѣ было 89 случаевъ (7,1%) послѣоперационной пневмоніи, во второй—46 (1,8%), итого 135 случаевъ, въ томъ числѣ 85 мужчинъ и 50 женщинъ. Такое же преобладаніе заболѣваній у мужского пола наблюдали и другіе авторы. Объясняется эта разница тѣмъ, что у женщинъ преобладаетъ грудной типъ дыханія, причемъ легкія лучше вентилируются. Возрастъ больныхъ колебался въ предѣлахъ между 30 и 50 годами. Развитие пневмоніи приходится въ 60% случаевъ на первые 4 дня. Преобладаетъ лобулярная форма (бронхопневмонія). Поражаются правое (29,5%), лѣвое (20%) или оба (40%). Наблюдается переходъ лобулярной пневмоніи въ лобарную. Въ 35,5% процессъ разрѣшается по истеченіи 7—10 дней. Въ 15 случаяхъ была крупозная пневмонія: діагнозъ установленъ путемъ бактериологическаго и патолого-анатомическаго изслѣдованія. При лобулярной пневмоніи встрѣчались: *staphylococcus*, *bact. coli commune* и *streptococcus*. Исходъ въ нагноеніе отмѣченъ въ 5 случаяхъ. Смертныхъ случаевъ было 35, что составляетъ 26,4%. У другихъ % смертности—60, раньше онъ доходилъ даже до 80. Пневмоніи случаются какъ при мѣстномъ, такъ и при общемъ наркозѣ, притомъ независимо отъ наркотическаго средства (хлороформъ, эфиръ и пр.). Послѣдній создаетъ предрасположеніе къ пневмоніи, раздражая дыхательные пути. Не мало значенія имѣетъ также проглатываніе рвотныхъ массъ (*Schluckungspneumonie*), аспираціонная пневмонія. Въ случаѣ мѣстной анестезіи получается поверхностное дыханіе, способствующее развитію гипостазовъ. Роль бактерій, содержащихся въ воздухѣ, также не маловажна. Значеніе имѣетъ еще содержаніе пыли въ воздухѣ. Способствуетъ развитію пневмоніи охлажденіе тѣла во время операціи. При лапаротоміи пневмоніи встрѣчаются въ 7 разъ чаще, чѣмъ при другихъ операціяхъ, благодаря тому, что брюшина представляетъ большую поверхность для всасыванія.

Осложненіе пневмоніей встрѣчается чаще при операціяхъ въ верхней части живота, поближе къ діафрагмѣ, въ которой имѣются *stomata*, ведущія въ плевру и къ нижнимъ долямъ легкихъ. Положеніе на спинѣ,

при ослабленномъ дыханіи и слабой дѣятельности сердца, является факторомъ, который также предрасполагаетъ къ образованію пнеймоніи. Извѣстное участіе принимаютъ въ этомъ отношеніи также тромбы и эмболы. Способъ заживленія раны не имѣетъ значенія въ дѣлѣ развитія послѣоперационной пнеймоніи: послѣдняя наблюдается какъ при первичномъ натяженіи, такъ и при негладкомъ заживленіи ранъ. Въ случаѣ инфекции черезъ брюшину, послѣдняя можетъ остаться нетронутой, послуживъ входными воротами для заразнаго начала, идущаго къ легкимъ.

Солововъ сообщилъ, что, тампонируя діафрагмальное пространство во время операціи, какъ совѣтовалъ *Kehr*, можно предупредить развитіе пнеймоніи. Этотъ профилактическій приѣмъ онъ примѣнилъ въ 124 случаяхъ, изъ которыхъ ни одинъ не осложнился пнеймоніей. Вліяніе имѣетъ также простуда (*Mikulicz*) во время операціи, во избѣжаніе чего оперируютъ на нагрѣвательныхъ столахъ. Операція грыжи и зоба также часто осложняются пнеймоніей.

Протопоповъ на это возразилъ, что мѣсто операціи не играетъ роли въ дѣлѣ развитія послѣоперационной пнеймоніи.

Спижарный указалъ, что анкета по вопросу о послѣоперационной пнеймоніи не увѣнчалась успѣхомъ, такъ какъ многія учрежденія не откликнулись на призывъ подѣлиться своими данными. Статистика *Дерюжинскаго* сборная: касается разнообразнаго матеріала. Для настоящаго доклада взять однородный матеріалъ изъ одной клиники, гдѣ условія операціи болѣе постоянны. Заживленіе раны *per primam* чаще сопровождается развитіемъ пнеймоніи. Такія осложненія встречаются весной и зимой рѣже, а лѣтомъ и осенью они чаще. Операція въ верхнемъ отдѣлѣ живота чаще осложняется пнеймоніей, чѣмъ—въ нижнемъ. Для предупрежденія пнеймоній рекомендуются усиленные дыханія, частая перемѣна положенія тѣла, вдыханія кислорода и пр. Согрѣваніе тѣла не имѣетъ въ этомъ отношеніи большого значенія, хотя другіе утверждаютъ обратное.

Шефъ поинтересовался узнать, какъ часто бываютъ пнеймоніи при смѣшанномъ наркозѣ, съ кислородомъ.

Зыковъ примѣнялъ такой наркозъ въ 44 случаяхъ и не имѣлъ ни одной пнеймоніи.

Косоротовъ возражаетъ противъ самаго термина: послѣоперационная пнеймонія, указывая, что въ происхожденіи этого осложненія могутъ принимать участіе и антисептическія средства (карболовая кислота, сулема, кокаинъ).

На это Спижарный возразилъ, что терминъ этотъ принять, для указанія на операцію, какъ на факторъ, способствующій развитію пнеймоніи; антисептическія средства не принимаютъ въ этомъ участія, такъ какъ въ его клиникѣ практикуется асептическій методъ леченія ранъ.

Солововъ отмѣтилъ, что въ мокротѣ и эксудатахъ находятъ тѣ же бактеріи, что и въ полѣ операціи (напр. въ грыжахъ); это указываетъ на связь пнеймоніи съ операціей.

Косоротовъ настаиваетъ на уничтоженіи такого неудачнаго термина, какъ послѣоперационная пнеймонія, которая напоминаетъ послѣродовую горячку.

Цастровъ предлагаетъ укладывать больныхъ головой пониже.

Спижарный находитъ это неудобнымъ, говоря, что тогда дыханіе еще болѣе ухудшится.

Протопоповъ считаетъ терминъ—послѣоперационная пнеймонія—законнымъ, въ виду того, что такая пнеймонія, даже крупозная форма, имѣетъ свои клиническія особенности.

Кадьянъ видитъ важное значеніе доклада въ томъ, что, какъ видно изъ приведенныхъ данныхъ, форма наркоза не играетъ роли въ происхожденіи послѣоперационной пнеймоніи; такимъ образомъ можно спокойно примѣнять эфиръ, который нѣкоторые считали важнымъ факторомъ въ этиологіи названнаго осложненія.

Г. Е. Стеблин-Каменский: О пнеймококковомъ перитонитѣ.

Пнеймококковый перитонитъ представляетъ рѣдкое осложненіе. Способъ зараженія брюшины не всегда удается выяснять. Плевропнеймонія рѣдко осложняется перитонитомъ. Стѣнки желудочно-кишечнаго канала при нормальныхъ условіяхъ непроходимы для заразнаго начала. Но въ случаѣ пнеймококковой инфекціи желудочно-кишечная стѣнка измѣняется: въ ней образуется отекъ, воспаленіе, нагноеніе, язвы, и тогда она начинаетъ пропускать бактеріи. Диплококковый перитонитъ отличается благоприятнымъ теченіемъ, благодаря своей склонности давать слипчивое воспаленіе (сращения), причемъ процессъ дѣлается ограниченнымъ, оумкованнымъ. Въ случаѣ образованія гноя послѣдній вскрывается обыкновенно черезъ пупокъ. У дѣтей начало пнеймококковаго перитонита сопровождается болью въ животѣ, рвотой, поносомъ. Животъ вздутъ и болѣзненъ. Съ образованіемъ эксудата явленія утихаютъ. Т^о падаетъ, въ благоприятныхъ случаяхъ, черезъ 10—14 дней. Въ тяжелыхъ случаяхъ т^о принимаетъ ремиттирующий характеръ. Бываетъ и смертельный исходъ. Общій перитонитъ протекаетъ хуже, чѣмъ мѣстный. Дѣвочки болѣваютъ чаще, чѣмъ мальчики. У взрослыхъ пнеймококковый перитонитъ даетъ неопредѣленную картину, напоминающую стрептококковый перитонитъ. Диагнозъ у взрослыхъ труднѣе поставить, чѣмъ у дѣтей. Это нужно имѣть въ виду въ сомнительныхъ случаяхъ. Диагнозъ можно поставить на основаніи бактеріологическаго изслѣдованія эксудата и крови на диплококки. Самопроизвольное излеченіе у взрослыхъ встрѣчается рѣдко. Лечение хирургическое; лучше его примѣнять въ періодѣ затишья болѣзни. Оумкованный перитонитъ требуетъ разрѣза. Докладчикъ привелъ два случая изъ клиники проф. *Спизжарнаго*.

Спизжарный добавилъ, что пнеймококковый перитонитъ по своей клинической картинѣ напоминаетъ иногда прободной (перфорация).

Н. Н. Знаменскій: Химическая аспирація при леченіи альвеолярныхъ абсцессовъ. Для вскрытія глубокаго абсцесса докладчикъ осторожно впрыскиваетъ въ корневой каналъ нѣсколько капель концентрированной сѣрной кислоты, которая дѣйствуетъ тѣмъ, что жадно поглощаетъ воду. Такимъ образомъ ему удалось купировать процессъ въ двухъ случаяхъ. Начиная съ 3-го дня это уже не удается, но процессъ задерживается въ своемъ развитіи, и секвестръ получается меньшихъ размѣровъ.

Зеренинъ объясняетъ успѣхъ тѣмъ, что кислоты (дымящаяся азотная, сѣрная) утоляютъ боль при пульпитахъ, но онѣ не могутъ такъ скоро растворить кость.

Знаменскій замѣчаетъ, что въ его случаяхъ не было пульпита: отъ пульпы не осталось и слѣда. Костная стѣнка не растворяется, но гной рассасывается.

А. К. Нечаева-Дьяконова: Пластическое закрытіе изъяна неба послѣ изсѣченія верхней челюсти (въ частности двухсторонняго). Изсѣченіе обѣихъ верхнихъ челюстей производится рѣдко. Въ Московской клиникѣ было всего 6 такихъ случаевъ. Закрытіе дефекта производится по способу *Hildebrandt'a*, который имѣетъ извѣстные недостатки. Въ Москвѣ было сдѣлано 22 пластики; изъ нихъ 5 успѣшныхъ, 15 не-

удачныхъ и въ 2 случаяхъ исходъ остался неизвѣстнымъ. *П. П. Дьяконовъ* (сынъ) видоизмѣнилъ этотъ методъ, основываясь на анатомическихъ данныхъ.

П. П. Дьяконовъ сдѣлалъ нѣкоторыя разъясненія по своему методу, о которомъ сообщила его жена*).

Напалковъ: Разобщить полости носа и рта весьма важно. Но до сихъ поръ это большею частью не удавалось, потому что пластика производилась на общихъ основаніяхъ, причемъ во вниманіе не были приняты анатомическія отношенія. Теперь *П. П. Дьяконовъ* указалъ на источникъ для питанія небнаго лоскута.

Кадьянъ признаетъ важность анатомическихъ указаній, но считаетъ невозможнымъ дать оцѣнку новому способу пластики, прежде чѣмъ онъ будетъ испытанъ на людяхъ.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетный предсѣдатель *М. И. Ростовцевъ*, товарищъ его *П. И. Бухманъ*.

Г. Е. Стеблинъ-Каменскій: Къ вопросу о пластическомъ закрытіи дефектовъ брюшного пресса. Лучшимъ матеріаломъ для пластического закрытія дефектовъ брюшного пресса является мышечная ткань. Дефекты бываютъ врожденными или приобретенными. Въ послѣднемъ случаѣ причиной дефекта служатъ травмы, операціи и т. д. При операціяхъ приходится иногда удалять очень много ткани, и тогда получается болѣе или менѣе значительный дефектъ, который иногда устраняется путемъ сшиванія окружающихъ рану частей; въ случаѣ же если такое зашиваніе раны не удастся, такъ какъ есть предѣлъ для стягиванія сосѣднихъ тканей, то приходится прибѣгнуть къ закрытію дефекта въ брюшномъ прессѣ путемъ пластики. Приступая къ пластической операціи, слѣдуетъ всегда имѣть въ виду, что для сохраненія пересаживаемаго лоскута необходимо по возможности сохранить его иннервацію и снабженіе кровью. Въ тѣхъ случаяхъ, когда дефектъ такъ великъ, что по сосѣдству нельзя найти соотвѣтствующаго лоскута, приходится искать его на нѣкоторомъ разстояніи отъ дефекта. Такой именно случай наблюдался въ Московской хирургической клиникѣ проф. *Спижарнаго*. По удаленіи большого дермоида брюшной стѣнки въ ней образовался большой дефектъ (12 см. въ длину и 8 см. въ ширину). Для закрытія этого дефекта былъ взятъ языкообразный лоскутъ изъ грудныхъ мышцъ, который и закрылъ дефектъ. Докладъ иллюстрировался демонстраціей удаленной опухоли (макроскопическій препаратъ) и гистологической ея картины (таблица и микроскопическій препаратъ).

По поводу этого доклада *Ошманъ* сообщилъ, что ему встрѣтился аналогичный случай, который ему пришлось оперировать на Дзльнемъ Востокѣ въ отрядѣ Нижегородскаго Краснаго Креста. Случай этотъ не былъ опубликованъ, такъ какъ матеріалы затерялись по дорогѣ. Въ этомъ случаѣ пришлось, по поводу злокачественнаго новообразованія—саркомы передней брюшной стѣнки—удалить всю

*) Самъ онъ не получилъ разрѣшенія читать свой докладъ. Отказано подтѣмъ предлогомъ, что онъ еще студентъ.

правую прямую мышцу живота, вплоть до нижнего края грудной клетки. Для закрытия огромного дефекта, явившагося въ результатѣ такой операціи, былъ выкроенъ лоскутъ изъ сосѣдняго *m. obliq. abdom. extern.* Прашиваніе лоскута удалось свободно, безъ всякаго натяженія. Успѣхъ получился полный, превзошедшій всѣ ожиданія. Послѣ того какъ *Спигжарный* сдѣлалъ нѣсколько общихъ замѣчаній относительно своего случая, представленнаго докладчикомъ, *Ростовцевъ* напомнилъ, что для закрытія дефектовъ въ брюшномъ прессѣ пользовались сѣткой изъ проволоочныхъ или шелковыхъ нитокъ; но это помогаетъ не надолго, и потому гораздо лучше пользоваться нормальной тканью—мышечнымъ лоскутомъ.

В. А. Черкесовъ: О примѣненіи стрнокислаго атропина при свѣже-ущемленныхъ грыжахъ. Лечение внутреннего или наружнаго ущемленія некрозавымъ способомъ, фармацевтическими средствами, допустимо только въ свѣжихъ случаяхъ, такъ какъ уже по истеченіи нѣсколькихъ часовъ (12—24 ч.) стѣнка кишки оказывается значительно измѣненной и рассчитывать на успѣхъ отъ такого леченія едва-ли можно. У докладчика было нѣсколько случаевъ леченія ущемленной грыжи атропиномъ. Къ такому леченію приходилось иногда прибѣгать поневолѣ, такъ какъ операціонная, въ которой онъ имѣлъ несчастіе работать, находится въ очень скверныхъ условіяхъ: ее нужно отапливать въ теченіе цѣлыхъ сутокъ, чтобы имѣть хотя какую-нибудь возможность помѣстить въ ней больного. Въ ожиданіи, пока операціонная согрѣется, и приходилось поневолѣ прибѣгать къ внутреннему леченію. Въ первомъ случаѣ послѣ впрыскиванія 1 млгрм. атропина наступило быстрое улучшеніе. Грыжа вправилась черезъ 40 мин. Потомъ уже была сдѣлана радикальная операція. 2-й случай (отецъ докладчика). Старческая бедренная грыжа. Послѣ впрыскиванія атропина боли успокоились уже черезъ 20 мин. Было сдѣлано затѣмъ еще одно впрыскиваніе, и грыжа сама собою вправилась. Спустя годъ ущемленіе грыжи возобновилось. Опять былъ примѣненъ атропинъ, въ количествѣ 2 млгрм. съ тѣмъ же успѣхомъ. Въ третьемъ случаѣ ущемленная грыжа также вправилась сама собою послѣ двухъ инъекцій атропина. При повтореніи ущемленія были сдѣланы еще двѣ инъекціи, по 2 млгрм. атропина каждая, съ тѣмъ же хорошимъ результатомъ; за этимъ слѣдовала радикальная операція. 4-й случай. Ущемленіе длится уже 6 часовъ. Паховая грыжа въ 2 кулака. Первая инъекція атропина успѣха не имѣла. Черезъ часъ сдѣлана еще одна инъекція, послѣ чего грыжа стала мягче, отошли газы и, наконецъ, грыжа на глазахъ вправилась. Черезъ 3 дня ущемленіе повторилось (появилась рвота), и тогда была сдѣлана операція по *Bassini*. На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ положеніямъ: 1) Въ первые часы по ущемленіи грыжи подкожное впрыскиваніе стрнокислаго атропина въ дозѣ 2 млгрм. (одинъ или два раза черезъ $\frac{1}{2}$ часа, въ случаѣ неудачи перваго), съ наложеніемъ пузыря со льдомъ или горячей водой, при возвышенномъ положеніи таза, можетъ вести къ вправленію грыжи безъ приложенія къ ущемленному органу механическихъ воздѣйствій (*taxis*). 2) Наблюденіе надъ удачнаго вправленія является распредѣленіе газовъ въ ущемленной петлѣ за предѣлы ущемляющаго кольца (у одного больного большая раздутая

грыжа перешла въ состояніе „пристѣночнаго ущемленія“ на глазахъ, что подтвердилось наблюденіемъ и при радикальной операціи). 3) Методъ примѣнимъ; а) когда обстановка не позволяетъ приступить къ немедленному оперативному пособию, б) когда есть противопоказанія къ такому, в) когда больной или родственники не соглашаются на операцію. 4) Если послѣ неудачной попытки вправить грыжу безъ механическихъ воздѣйствій слѣдуетъ оперативное пособіе, подкожное впрыскиваніе сѣрноуксуснаго атропина не составляетъ осложненія наркоза. 5) Какъ правило, слѣдуетъ оперировать возможно скорѣе всякую грыжу, хотя бы вправленіе удалось.

Кадьянъ: Не слѣдуетъ торопиться съ выводомъ о терапевтическомъ значеніи атропина для леченія ущемленныхъ грыжъ, такъ какъ извѣстно, что ущемленные грыжи нерѣдко вправляются и сами по себѣ, безъ всякаго атропина, напр. при покойномъ положеніи больного, послѣ ванны, впрыскиванія морфія и т. д. Не говоря уже о томъ, что это — невѣрный способъ, слѣдуетъ еще замѣтить, что механическое препятствіе не уничтожается отъ атропина.

Ростовцевъ: Показанія къ операціи грыжи установлены. Но выполненіе операціи наталкивается иногда на внѣшнія препятствія. Хотя значеніе атропина въ дѣлѣ леченія ущемленныхъ грыжъ и не выяснено еще окончательно, все же имъ можно при случаѣ пользоваться наравнѣ съ другими средствами. Важно именно помнить, что, какъ отмѣтилъ докладчикъ, леченіе атропиномъ допустимо только въ свѣжихъ случаяхъ, пока въ грыжѣ нѣтъ еще рѣзкихъ измѣненій.

Д-ръ Окиншевичъ: Къ вопросу о хирургическомъ леченіи прободнаго перитонита при брюшномъ тифѣ. Частота прободенія кишокъ при брюшномъ тифѣ колеблется въ весьма сильныхъ размѣрахъ, между 0,5—2,5 и 10 %. На 1670 случаевъ брюшного тифа въ Балаханской больницѣ докладчикъ насчиталъ 5,3 % перфوراціи. На долю прободенія приходится у англичанъ 19 % смертности отъ брюшного тифа, у французовъ 9 %. Самопроизвольное излеченіе перфораціи встрѣчается очень рѣдко. Извѣстно всего только 14 случаевъ подобнаго выздоровленія, безъ оперативнаго вмѣшательства. Но и при хирургическомъ леченіи умираетъ 74 % отъ перфоративнаго перитонита. Все же преимущества на сторонѣ хирургическаго способа леченія. На IX Пироговскомъ съѣздѣ *Лавровъ* сообщилъ, что изъ 39 случаевъ оперативнаго леченія перфоративнаго перитонита при брюшномъ тифѣ выздоровленіемъ окончились только 4. Изъ 29 больныхъ *Кадьяна* выздоровѣлъ всего только одинъ. Одинъ англійскій авторъ наблюдалъ только 2 случая выздоровленія среди 96 оперированныхъ по поводу перфоративнаго перитонита при брюшномъ тифѣ. У докладчика изъ 7 человекъ выздоровѣли трое, вѣрнѣе даже четверо, такъ какъ одинъ изъ умершихъ прожилъ послѣ операціи 33 дня. Что касается способа леченія перфоративнаго перитонита при брюшномъ тифѣ, то перитонитъ, какъ таковой, лечится обычнымъ порядкомъ; язва же обыкновенно зашивается. Изсѣченіе пораженнаго отрѣзка кишки производится рѣдко. Извѣстно всего 7 случаевъ, и всѣ они окончились неблагопріятно. Тѣмъ не менѣе *Ванахъ* стоитъ за резекцію. Другой способъ примѣняетъ *Escher*: онъ расширяетъ язву и вшиваетъ ее въ брюшную стѣнку. Такой каловый свищъ даетъ хорошіе результаты. Дѣло въ томъ, что прободеніе кишокъ сопровождается парезомъ кишокъ, причѣмъ происходитъ самоотравленіе организма кишечнаго происхожденія. Кромѣ того парети-

правую прямую мышцу живота, вплоть до нижняго края грудной кѣтки. Для закрытія огромнаго дефекта, явившагося въ результатѣ такой операціи, былъ выкроенъ лоскутъ изъ сосѣдняго *m. obliq. abdom. extern.* Пришиваніе лоскута удалось свободно, безъ всякаго натяженія. Успѣхъ получился полный, превзошедшій всѣ ожиданія. Послѣ того какъ *Спижарный* сдѣлалъ нѣсколько общихъ замѣчаній относительно своего случая, представленнаго докладчикомъ, *Ростовцевъ* напомнилъ, что для закрытія дефектовъ въ брюшномъ прессѣ пользовались сѣткой изъ проволоочныхъ или шелковыхъ нитокъ; но это помогаетъ не надолго, и потому гораздо лучше пользоваться нормальной тканью—мышечнымъ лоскутомъ.

В. А. Черкесовъ: О примѣненіи стрънокислаго атропина при свѣже-ущемленныхъ грыжахъ. Лечение внутренняго или наружнаго ущемленія некрозавымъ способомъ, фармацевтическими средствами, допустимо только въ свѣжихъ случаяхъ, такъ какъ уже по истеченіи нѣсколькихъ часовъ (12—24 ч.) стѣнка кишки оказывается значительно измѣненной и рассчитывать на успѣхъ отъ такого леченія едва-ли можно. У докладчика было нѣсколько случаевъ леченія ущемленной грыжи атропиномъ. Къ такому леченію приходилось иногда прибѣгать поневолѣ, такъ какъ операціонная, въ которой онъ имѣлъ несчастье работать, находится въ очень скверныхъ условіяхъ: ее нужно отапливать въ теченіе цѣлыхъ сутокъ, чтобы имѣть хотя какую-нибудь возможность помѣстить въ ней больного. Въ ожиданіи, пока операціонная согрѣется, и приходилось поневолѣ прибѣгать къ внутреннему леченію. Въ первомъ случаѣ послѣ впрыскиванія 1 млгрм. атропина наступило быстрое улучшеніе. Грыжа вправилась черезъ 40 мин. Потомъ уже была сдѣлана радикальная операція. 2-й случай (отецъ докладчика). Старческая бедренная грыжа. Послѣ впрыскиванія атропина боли успокоились уже черезъ 20 мин. Было сдѣлано затѣмъ еще одно впрыскиваніе, и грыжа сама собою вправилась. Спустя годъ ущемленіе грыжи возобновилось. Опять былъ примѣненъ атропинъ, въ количествѣ 2 млгрм. съ тѣмъ же успѣхомъ. Въ третьемъ случаѣ ущемленная грыжа также вправилась сама собою послѣ двухъ инъекцій атропина. При повтореніи ущемленія были сдѣланы еще двѣ инъекціи, по 2 млгрм. атропина каждая, съ тѣмъ же хорошимъ результатомъ; за этимъ слѣдовала радикальная операція. 4-й случай. Ущемленіе длится уже 6 часовъ. Паховая грыжа въ 2 кулака. Первая инъекція атропина успѣха не имѣла. Черезъ часъ сдѣлана еще одна инъекція, послѣ чего грыжа стала мягче, отошли газы и, наконецъ, грыжа на глазахъ вправилась. Черезъ 3 дня ущемленіе повторилось (появилась рвота), и тогда была сдѣлана операція по *Bassini*. На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ положеніямъ: 1) Въ первые часы по ущемленіи грыжи подкожное впрыскиваніе стрънокислаго атропина въ дозѣ 2 млгрм. (одинъ или два раза черезъ $\frac{1}{2}$ часа, въ случаѣ неудачи перваго), съ наложеніемъ пузыря со льдомъ или горячей водой, при возвышенномъ положеніи таза, можетъ вести къ вправленію грыжи безъ приложенія къ ущемленному органу механическихъ воздѣйствій (*taxis*). 2) Наблюденіе надъ использованными больными производитъ впечатлѣніе, что главной причиной удачнаго вправленія является распредѣленіе газовъ въ ущемленной петлѣ за предѣлы ущемляющаго кольца (у одного больного большая раздутая

грыжа перешла въ состояніе „пристѣночнаго ущемленія“ на глазахъ, что подтвердилось наблюденіемъ и при радикальной операціи). 3) Методъ примѣнимъ; а) когда обстановка не позволяетъ приступить къ немедленному оперативному пособию, б) когда есть противопоказанія къ таковому, в) когда больной или родственники не соглашаются на операцію. 4) Если послѣ неудачной попытки вправить грыжу безъ механическихъ воздѣйствій слѣдуетъ оперативное пособіе, подкожное впрыскиваніе сѣрнокислаго атропина не составляетъ осложненія наркоза. 5) Какъ правило, слѣдуетъ оперировать возможно скорѣе всякую грыжу, хотя бы вправленіе удалось.

Кадьянъ: Не слѣдуетъ торопиться съ выводомъ о терапевтическомъ значеніи атропина для леченія ущемленныхъ грыжъ, такъ какъ извѣстно, что ущемленные грыжи нерѣдко вправляются и сами по себѣ, безъ всякаго атропина, напр. при покойномъ положеніи больного, послѣ ванны, впрыскиванія морфія и т. д. Не говоря уже о томъ, что это — невѣрный способъ, слѣдуетъ еще замѣтить, что механическое препятствіе не уничтожается отъ атропина.

Ростовцевъ: Показанія къ операціи грыжи установлены. Но выполненіе операціи наталкивается иногда на внѣшнія препятствія. Хотя значеніе атропина въ дѣлѣ леченія ущемленныхъ грыжъ и не выяснено еще окончательно, все же имъ можно при случаѣ пользоваться наравнѣ съ другими средствами. Важно именно помнить, что, какъ отмѣтилъ докладчикъ, леченіе атропиномъ допустимо только въ свѣжихъ случаяхъ, пока въ грыжѣ нѣтъ еще рѣзкихъ измѣненій.

Д-ръ Окиншевичъ: Къ вопросу о хирургическомъ леченіи прободнаго перитонита при брюшномъ тифѣ. Частота прободенія кишекъ при брюшномъ тифѣ колеблется въ весьма сильныхъ размѣрахъ, между 0,5—2,5 и 10 %. На 1670 случаевъ брюшного тифа въ Балаханской больницѣ докладчикъ насчиталъ 5,3 % перфораціи. На долю прободенія приходится у англичанъ 19 % смертности отъ брюшного тифа, у французовъ 9 %. Самопроизвольное излеченіе перфораціи встрѣчается очень рѣдко. Извѣстно всего только 14 случаевъ подобнаго выздоровленія, безъ оперативнаго вмѣшательства. Но и при хирургическомъ леченіи умираетъ 74 % отъ перфоративнаго перитонита. Все же преимущества на сторонѣ хирургическаго способа леченія. На IX Пироговскомъ съѣздѣ *Лавровъ* сообщилъ, что изъ 39 случаевъ оперативнаго леченія перфоративнаго перитонита при брюшномъ тифѣ выздоровленіемъ окончились только 4. Изъ 29 больныхъ *Кадьяна* выздоровѣлъ всего только одинъ. Одинъ англійскій авторъ наблюдалъ только 2 случая выздоровленія среди 96 оперированныхъ по поводу перфоративнаго перитонита при брюшномъ тифѣ. У докладчика изъ 7 человѣкъ выздоровѣли трое, вѣрнѣе даже четверо, такъ какъ одинъ изъ умершихъ прожилъ послѣ операціи 33 дня. Что касается способа леченія перфоративнаго перитонита при брюшномъ тифѣ, то перитонитъ, какъ таковой, лечится обычнымъ порядкомъ; язва же обыкновенно зашивается. Изсѣченіе пораженнаго отрѣзка кишки производится рѣдко. Извѣстно всего 7 случаевъ, и всѣ они окончились неблагопріятно. Тѣмъ не менѣе *Ванахъ* стоитъ за резекцію. Другой способъ примѣняетъ *Escher*: онъ расширяетъ язву и вшиваетъ ее въ брюшную стѣнку. Такой каловый свищъ даетъ хорошіе результаты. Дѣло въ томъ, что прободеніе кишекъ сопровождается парезомъ кишекъ, причѣмъ происходитъ самоотравленіе организма кишечнаго происхожденія. Кромѣ того парети-

ческое состояніе кишечной мускулатуры способствуетъ образованію новой перфорациі; извѣстны случаи повторнаго прободенія. Во избѣжаніе этого *Escher* предложилъ накладывать каловый свищъ, чтобы дать свободный стокъ наружу кишечному содержимому (газы). Этотъ именно методъ леченія докладчикъ примѣнилъ въ 7 случаяхъ перфоративнаго перитонита при брюшномъ тифѣ, съ указанными выше результатами. Операциа должна быть сдѣлана до истеченія сутокъ съ момента прободенія кишки; нужно, однако, выждать, пока пройдетъ шокъ отъ перфорациа. Разрѣзъ ведется по наружному краю правой прямой мышцы живота. Каловый свищъ иногда заживаетъ самъ собою. Въ случаѣ надобности его можно легко закрыть; эта операциа можетъ быть сдѣлана подъ кокаиномъ. Опасаться, что въ случаѣ наложенія каловаго свища кишки будутъ быстро опорожняться наружу, причемъ содержимое ихъ не успѣетъ всосаться, нѣтъ основанія. Каловый свищъ накладывается въ нижнемъ отрѣзкѣ тонкихъ кишокъ, а всасываніе совершается въ достаточной степени уже въ верхнемъ отдѣлѣ ихъ. Для поясненія сказаннаго докладчикъ привелъ, въ видѣ иллюстраціи, одинъ изъ своихъ 7 случаевъ. Такимъ образомъ леченіе перфоративнаго перитонита при брюшномъ тифѣ должно быть, по мнѣнію докладчика, только хирургическимъ, причемъ наиболѣе простымъ и пѣлесобразнымъ способомъ леченія слѣдуетъ считать наложеніе каловаго свища, которымъ устраняется главная опасность—интоксикаціа отъ ileus'a.

Кадыанъ: Докладчикъ получилъ необыкновенные результаты. Но дѣло вовсе не въ томъ, что рана оставалась незакрытой. Самъ онъ тоже накладывалъ въ такихъ случаяхъ *anus praeternaturalis*, но выгоды изъ этого не видѣлъ никакой для больного и потому бросилъ этотъ методъ леченія. При отѣнкѣ результатовъ леченія нужно считаться съ очень многими условіями. Нѣкоторые больные живутъ долго, послѣ чего умираютъ, несмотря на отсутствіе ileus'a и перитонита, умираютъ отъ истощенія организма въслѣдствіе тяжелой тифозной инфекціи. Когда приходится имѣть дѣло съ крѣпкимъ больнымъ, у котораго сердце работаетъ хорошо и пульсъ правильный, тогда безразлично, будетъ-ли наложенъ *anus praeternaturalis* или нѣтъ. Что же касается *Ванаха*, то онъ уже отказался отъ резекціи кишки въ подобныхъ случаяхъ.

Истоминъ: Число случаевъ самопроизвольнаго излеченія перфоративнаго перитонита, безъ оперативнаго вмѣшательства, должно быть ниже указаннаго докладчикомъ, такъ какъ безъ вскрытія полости живота діагнозъ перитонита не можетъ быть точно установленъ, доказательствомъ чего можетъ служить случай, наблюдавшійся въ Харьковской клиникѣ: терапевты опредѣлили перфоративный перитонитъ, который имъ будто бы удалось вылечить своими средствами (масляныя клизмы), но на повѣрку, при вскрытіи больной, оказалось, что въ этомъ случаѣ не было ни перитонита, ни прободенія кишки.

Окиншевичъ: Каловый свищъ, конечно, не универсальное средство; но онъ несомнѣнно даетъ извѣстный терапевтическій эффектъ, облегчая борьбу организма со смертельнымъ заболѣваніемъ. Въ этомъ случаѣ оперативное леченіе является раздраженіемъ природѣ. Дѣло въ томъ, что у нѣкоторыхъ больныхъ этого рода свищъ образуется самъ собою на 2—3-й день послѣ прободенія. Такимъ образомъ сама природа какъ-бы указываетъ намъ, въ какомъ направленіи слѣдуетъ вести леченіе. Образованіе такого свища наблюдалось изъ 368 случаевъ въ 16, изъ которыхъ умерли только двое.

Зыковъ: Длительная операциа опасна для изнуреннаго тифомъ организма.

Ростовцевъ: Хирургическое леченіе перфоративнаго перитонита несомнѣнно имѣть будущность. Не слѣдуетъ только медлить съ операціей. Въ этомъ отношеніи часто грѣшатъ терапевты.

Б. П. Кестеръ: Объ истерическомъ аппендицитѣ. Вопросъ о роли истеріи въ хирургіи имѣть небольшую литературу: работы проф. *Вельяминова*, *Kausch'a*, да еще нѣсколько мелкихъ работъ на французскомъ языкѣ. А между тѣмъ этотъ вопросъ имѣетъ важное значеніе для хирурга. У истеричныхъ приходилось наблюдать сильное вздутіе живота (метеоризмъ вслѣдствіе проглатыванія большихъ количествъ воздуха—аэрофагія, при недостаточности привратника желудка), сопровождавшееся образованиемъ полосъ на животѣ (*striae*) и даже со смертельнымъ исходомъ. *Kausch* объясняетъ метеоризмъ низкимъ стояніемъ діафрагмы. Въ клиникѣ проф. *Стижарнаго* наблюдался случай *pseudoappendicit'a* у сестры милосердія, которая страдала тяжелой формой истеріи. Больная продѣлала 8 тяжелыхъ и характерныхъ приступовъ аппендицита. Въ концѣ-концовъ ей сдѣлана была операція, причемъ червеобразный отростокъ и смежныя съ нимъ части оказались вполне нормальными. Но и послѣ операціи больной не было лучше. Напротивъ, стало даже хуже. Въ заключеніе у нея развился истерическій психозъ. Такимъ образомъ несомнѣнно бываетъ истерическій аппендицитъ, т. е. полная картина аппендицита, безъ соответствующихъ анатомическихъ измѣненій въ органахъ, на нервной почвѣ. Въ такихъ случаяхъ оперативное вмѣшательство не улучшаетъ, а, напротивъ, даже ухудшаетъ положеніе больныхъ.

Стижарный подтвердилъ, что въ случаѣ докладчика была полная клиническая картина аппендицита, но при операціи никакихъ измѣненій обнаружить не удалось.

Зеренинъ: *Pseudoappendicitis* бываетъ часто. Тутъ возможны діагностическія ошибки: смѣшиваютъ съ воспаленіемъ яичниковъ, блуждающая почка также можетъ подать поводъ къ такой ошибкѣ. Правильнѣе было бы говорить не объ аппендицитѣ, а о невралгіи въ области слѣпой кишки.

Алексинскій: Въ подобныхъ случаяхъ всегда можно найти какія-нибудь мѣстныя измѣненія, хотя бы и незначительныя. Между прочимъ сморщиваніе брыжейки можетъ, путемъ сдавленія чувствительныхъ нервовъ, вызывать картину, похожую на аппендицитъ. Въ случаѣ докладчика источникомъ страданій могла служить чрезмѣрная длина брыжейки слѣпой кишки. Ее слѣдовало бы фиксировать.

Стижарный: Брыжейка въ данномъ случаѣ не играла никакой роли. Не было ни блуждающей почки, ни другихъ измѣненій, которыми можно было бы объяснить наблюдавшуюся картину.

Ростовцевъ: Случаи истерическаго аппендицита встрѣчаются часто. Но большею частью при этомъ бываютъ другія болѣзни, которыя остаются нераспознанными. Названіе: истерическій аппендицитъ, какъ неудачное, должно быть изгнано изъ употребленія.

А. В. Шатскій: Случай лимфангіомы селезенки. До операціи былъ поставленъ діагнозъ: *tumor lienis*. Опухоль удалена *Губаревымъ* подъ эфирнымъ наркозомъ. Срошеній не было. Селезенка имѣла длинную брыжейку. Операція длилась 46 мин. Вѣсъ опухоли 5100 грм. На 7-й день послѣ операціи образовался лѣвосторонній кровянисто-серозный экссудатъ. Посѣвы его дали отрицательный результатъ. Плевритъ повторился

три раза. Предположена опухоль легкого. Случаевъ спленэктоміи извѣстно уже много. Смертность отъ этой операціи палаетъ.

Напалковъ продемонстрировалъ серію препаратовъ пупочныхъ грыжъ.

Соединенное заведеніе нервной и хирургической секцій.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Предсѣдательствуютъ *М. И. Ростовцевъ* (Юрьевъ), *О. А. Чечотъ* (Спб.).

Прив.-доц. *С. Миноръ*: *Нѣсколько статистическихъ данныхъ относительно травматическихъ поврежденій нервной системы во время русско-японской войны.* Докладчикъ воспользовался для своихъ наблюденій всѣми военными транспортами раненыхъ солдатъ и офицеровъ, проходившими черезъ Московскій сборный пунктъ эвакуаціонной комиссіи. Всего чрезъ Москву прошло 26.900 раненыхъ и больныхъ, изъ нихъ 1350 офицеровъ, причемъ на нервныя болѣзни пришлось 404 офицера и 1908 нижнихъ чиновъ. У солдатъ травматическія заболѣванія нервной системы составляютъ 71 % и нетравматическія—всего 29 %, между тѣмъ, какъ у офицеровъ соотношеніе иное, почти половина на половину: 225 травматическихъ и 179 нетравматическихъ заболѣваній. Изъ приведенныхъ данныхъ ясно, что число нервно-больныхъ офицеровъ сравнительно больше (404 на 1350, т. е. 30 %), чѣмъ нервно-больныхъ солдатъ, у которыхъ нервныя болѣзни даютъ только 7½ %. Ниже приводимая таблица иллюстрируетъ число больныхъ солдатъ и офицеровъ по роду болѣзни. У офицеровъ преобладаютъ травмы головы—184, куда включены и свыше 80 контузій головы, позвоночникъ пораженъ всего 16 разъ, остальные раненія падаютъ на периферическую нервную систему. Изъ нетравматическихъ заболѣваній нервной системы у офицеровъ отмѣчены: неврастенія—108 разъ, сѣдалищная невралгія—15, истерія—8, эпилепсія—2, алкоголизмъ—2, травматическій неврозъ—4, tabes—7, полупараличи—4, мѣлать—4, а кромѣ того меньше 4 разъ невралгіи, невриты, солнечные удары и пр. У солдатъ раненія черепа найдены 896 разъ, контузія головы—162, раненія лицевого нерва—25, плечевого сплетенія—129, лучевого нерва—7, локтевого—12, раненій позвоночника—87, нижнихъ конечностей—37, травматическій ischias 5 разъ и lumbago 3 раза. Изъ нетравматическихъ заболѣваній нервной системы констатировано: неврастенія—358 разъ, ischias—60, невралгіи—29, множественные невриты—20, параличи—17, эпилепсія—14, истерія—8, мѣлать—8, травматическіе неврозы—7, tremor—5 и insolatio—2 раза.

Г. И. Прибытковъ: *Наблюденія надъ поврежденіями черепныхъ костей въ русско-японскую войну.* Докладчикъ наблюдалъ всего 56 случаевъ, изъ нихъ только 24 были старше 30 лѣтъ, остальные приходятся на молодой возрастъ. Наблюденія сдѣланы также на Московскомъ сборномъ пунктѣ, причемъ нѣкоторыхъ изъ больныхъ пришлось видѣть лишь одинъ разъ, чѣмъ и обуславливается поверхностность нѣко-

торыхъ наблюденій. Окидывая взоромъ всё свои наблюденія, докладчикъ отмѣчаетъ, что почти всё его случаи были характерны по выраженности общемозговыхъ явленій, не говоря уже о фекальныхъ симптомахъ въ зависимости отъ мѣста пораженія головного мозга. Прежде всего надо отмѣтить, что почти всё больные жаловались на головокруженіе, шумъ въ головѣ и иногда на тяжкія головныя боли. Тѣшнота и рвота сопровождали почти каждое раненіе черепа, но только въ первое время послѣ раненія, въ Москвѣ же рвота наблюдалась въ видѣ исключенія. Особенно рѣзки были болѣзненные ощущенія при костныхъ дефектахъ черепа. Не говоря уже о томъ, что всякое сотрясеніе, каждое напряженіе болѣзненно отдавалось на мѣстѣ дефекта, не мало больныхъ жаловались на вѣчную докучливую пульсацію въ рубцѣ, что и вполне понятно, если принять въ соображеніе, что съ каждымъ сердечнымъ толчкомъ напрягались тяжи и сращения между мозгомъ и его удѣльными оболочками. Эпилептическіе припадки наблюдались всего 2 раза: у одного больного сдѣлался припадокъ при ѣздѣ на извозчикѣ, у другого—послѣ случайнаго паденія на полъ съ ударомъ пораженнаго мѣста объ уголъ стола. Наконецъ еще одно явленіе, замѣченное докладчикомъ, заслуживаетъ вниманія, это — раздражительность, даже у такихъ больныхъ, которые до того отличались спокойнымъ, ровнымъ характеромъ. Послѣ этого вступленія докладчикъ даетъ цѣлый рядъ исторій болѣзней и иллюстрируетъ ихъ на экранѣ фотографическими снимками. Нѣкоторыя изъ этихъ исторій болѣзни очень интересны, и какъ-бы подтверждаютъ установленные факты топографической анатоміи мозга.— Въ концѣ доклада авторъ выставяетъ на видъ, что, по его мнѣнію, въ виду тягостныхъ симптомовъ, сопровождающихъ костные дефекты, ихъ необходимо закрывать, въ противномъ случаѣ больные всю свою жизнь будутъ себя чувствовать несчастными вслѣдствіе постоянныхъ тягостныхъ ощущеній, не говоря уже о томъ, что мозгъ, не защищенный костью, является мѣстомъ легкой ранимости.

Прив.-доц. С. Миноръ: *Травматическія пораженія п. sympathici и другихъ головныхъ нервовъ въ русско-японскую войну.* Въ краткомъ вступленіи авторъ даетъ указанія относительно симптоматики пораженія симпатическаго нерва. Благодаря новѣйшимъ работамъ у насъ имѣется теперь цѣлый рядъ признаковъ, по которымъ можно распознать заболѣваніе симпатическаго нерва. Сюда входятъ: суженіе зрачка и глазной щели, *enophthalmus*, повышение температуры на пораженной сторонѣ, *anhydrosis*, похудѣніе, посѣдніе волосъ и отсутствіе зрачковой реакціи на боль (отъ укола прилежащей кожи, раздраженія слизистой носа и пр.). Наконецъ сюда же входитъ проба кокаиномъ: при суженіи зрачка вслѣдствіе пораженія п. *sympathici* кокаинъ расширенія зрачка не производитъ. Относительно паралича п. *resurgentis* при пораженіи симпатическаго нерва авторъ высказывается за то, что связь между обоими должна существовать, хотя анатомически ее и не удалось установить экспериментальнымъ путемъ на обезьянахъ, но самъ *Schultze*, экспериментировавшій на обезьянахъ, готовъ допустить, что у людей можетъ существовать другое

соотношение. Казуистический материал автора (10 случаев) обработанъ обстоятельно, съ измѣреніемъ въ каждомъ случаѣ глазной щели, изслѣдованіемъ глазного дна и глотки и пр., и пр. и при соответствующихъ демонстраціяхъ фотографій на экранѣ крайне интересенъ и поучителенъ. Приводимъ нѣкоторые, особенно интересные случаи.

Солдаты, 23 лѣтъ, получилъ пулевое раненіе въ средину *m. ciliaris*, выходное отверстіе на сгибѣ лѣвой нижней челюсти. Сейчасъ послѣ раненія не могъ ни говорить, ни глотать. Теперь все еще голосъ сиплый, причѣмъ констатируется параличъ лѣвой голосовой связки. Далѣе отмѣчена *hemiatrophia linguae sin.*, суженіе лѣваго зрачка и глазной щели, *epiphthalmus sin.*, отсутствіе реакціи лѣваго зрачка на боль и кокаинъ, повышение температуры на $\frac{1}{2}^{\circ}$ на лѣвой половинѣ головы. При приѣмѣ аспирина все тѣло покрывается испариной, лѣвая же половина головы и лица остается сухою.

Случай второй. Пуля вошла въ правую ноздрю и вышла чрезъ затылокъ. Послѣ раненія не могъ ни говорить, ни глотать, жаловался на затрудненное глотаніе. При объективномъ изслѣдованіи: правый зрачокъ и глазная щель уже, чѣмъ лѣвая; внутриглазное давленіе справа уменьшено; офтальмоскопія даетъ справа *neuritis optica*, ларингоскопія—параличъ *n. recurrens dext.* Слюнотеченіе справа усилено. Кромѣ того больной жалуется на шумъ въ правомъ ухѣ, который слышенъ и объективно при наложеніи стетоскопа на правое темя; при сжатіи правой сонной артеріи шумъ исчезаетъ. Правая половина лица не потѣетъ. Въ данномъ случаѣ, помимо пораженія симпатическаго нерва, имѣется еще, повидимому, аневризма *a. carotis internae (pars petrosa)*, на это указываетъ выслушиваемый шумъ и невритъ зрительнаго нерва. Остальные случаи въ общемъ такъ же характерны и рельефны, какъ и приведенные выше, только въ трехъ случаяхъ пораженіе симпатическаго нерва выражается лишь въ суженіи зрачка и глазной щели, да въ одномъ случаѣ имѣется лишь раздраженіе симпатическаго нерва съ послѣдующимъ расширеніемъ зрачка. Интересенъ также одинъ случай комбинаціи пораженія симпатическаго нерва съ параличемъ лицевого нерва на той же сторонѣ: хотя *m. orbicularis* и парализованъ, такъ что глазъ не закрывается совершенно, тѣмъ не менѣ правая глазная щель уже, чѣмъ на здоровой сторонѣ. Въ концѣ авторъ указываетъ еще на характерность пробы кокаиномъ. По его мнѣнію, эта проба съ очевидностью указываетъ, вызвано-ли суженіе зрачка пораженіемъ симпатическаго нерва; примѣненная въ другихъ случаяхъ суженія зрачка (напр. при неврозахъ), она дала отрицательный результатъ.

Розановъ къ докладу Прибыткова замѣчаетъ, что показанія къ операціи должны быть еще болѣе расширены, причѣмъ все же съ индивидуальностью каждаго случая надо считаться.

Еротинскій, на основаніи своего опыта (34 случая) на театрѣ войны, присоединяется къ этому мнѣнію, выставляя на видъ, что даже при тангенціаль-ныхъ ранахъ черепа, повидимому, совершенно зажившихъ, очень часто бывають небольшіе затеки гноя. Ими-то и обуславливаются обычныя жаобы больныхъ на головокруженіе и пр. И только вскрытіе этихъ небольшихъ нарывовъ, хотя бы и повторное, улучшаетъ состояніе больныхъ. Нѣкоторые изъ больныхъ и теперь

еще на виду у *Е.*, который переписывается съ ними отъ времени до времени. У многихъ изъ нихъ до сихъ поръ еще имѣются нѣкоторыя мозговья явленія, главнымъ образомъ измѣненіе настроенія, раздражительность; несомнѣнно, эти явленія зависятъ отъ какого-либо раздраженія въ рубцѣ, очень можетъ быть операція была бы умѣстна.

Н. И. Коротневъ: Къ вопросу о кортикальной эпилепсiи. Авторъ наблюдалъ два случая. Случай 1-й. Конторщикъ, 29 лѣтъ, съ 17 лѣтъ страдаетъ припадками судорогъ, повторявшимися разъ 5—6 въ годъ; за послѣднее время число припадковъ участилось (до 20 въ мѣсяцъ). Припадки обыкновенно начинаются съ мизинца правой руки, переходятъ на всю руку, затѣмъ на правую половину лица, правую ногу и заканчиваются общей судорогой съ потерей сознанія. Кромѣ того за послѣднее время замѣчаетъ нарастающую слабость въ правыхъ конечностяхъ и значительное измѣненіе почерка, которое повлекло за собой даже потерю мѣста. Приемы брома въ теченіе 4 лѣтъ результата не дали. Въ виду предположенія опухоли больной переданъ д-ру *Миницу* для операціи. При операціи обнаружена киста. Послѣ операціи появился параличъ правой стороны, державшійся недѣли 2, и наблюдалось нѣсколько припадковъ. Теперь же прошло уже 2½ года, припадковъ больше не наблюдается, почеркъ послѣ координаціонной гимнастики сталъ даже лучше, чѣмъ былъ до того. 2-й случай касается 25-лѣтней женщины, которая, будучи годовалой, была будто брошена на полъ. Съ 15 лѣтъ припадки, начинающіеся также съ мизинца правой руки и переходящіе на правую половину лица и правую ногу, а затѣмъ на всѣ мышцы тѣла, при потерѣ сознанія. Операція обнаружила сращеніе съ твердой мозговой оболочкой. Послѣдняя была расщеплена, но корковый слой не былъ соскобленъ. Эффектъ операціи выразился лишь въ томъ, что припадки бывають нѣсколько рѣже, 1—2 раза въ мѣсяцъ. При оцѣнкѣ результатовъ операцій при эпилепсiи авторъ становится на ту точку зрѣнія, что надо довольствоваться и временными результатами. Нельзя отказываться отъ операціи только потому, что припадки могутъ возвратиться чрезъ 2—4—10 лѣтъ, такъ какъ и передышка въ нѣсколько лѣтъ для больного крайне цѣнна. Въ случаѣ надобности можно операцію и повторить, принимая во вниманіе нынѣшнее состояніе хирургiи. То же нужно сказать и о генуинной эпилепсiи, такъ какъ не во всякомъ случаѣ удастся распознать, съ какой формой эпилепсiи мы имѣемъ дѣло—съ Дрексонской или идиопатической. Конечно, къ операціи надо приступать, когда систематическое леченіе большими дозами брома (до 8 граммъ *pro die*) испробовано безъ результата, но попытаться успѣха отъ операціи всегда слѣдуетъ; противопоказана операція при размягченіяхъ на почвѣ склероза, при прогрессирующемъ параличѣ.

Россолимо не смотритъ такъ оптимистически на оперативность кистъ головного мозга, такъ какъ приходится бороться съ вѣчнымъ новымъ переполненіемъ ихъ жидкостью, вслѣдствіе сообщенія съ желудочками.

Снижарный становится на точку зрѣнія *Коротнева* и стоитъ за расширение показаній къ операціи даже и при идиопатической эпилепсiи, такъ какъ уже пониженіе внутричерепного давленія даетъ хотя временное облегченіе.

Коротневъ, не отрицая наблюденій *Россолимо*, думаетъ, что въ каждомъ

отдѣльномъ случаѣ надо считаться съ происхожденіемъ кисты—отъ этого зависеть ея оперативность.

Г. И. Бородинъ: *Вліяніе трепанациі на застойный сосокъ при опухоляхъ мозга*. Докладчикъ приводитъ два случая своего наблюденія, въ которыхъ, въ виду неоперативности случаевъ, была сдѣлана трепанациа черепа съ расщепленіемъ твердой мозговой оболочки. Въ одномъ случаѣ получилось кратковременное незначительное улучшеніе зрѣнія, въ другомъ случаѣ результата не получилось. Приписывая свои результаты слишкомъ позднему оперированію, докладчикъ тѣмъ не менѣе, на основаніи литературныхъ данныхъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: при неоперативныхъ опухоляхъ мозга надо трепанировать съ расщепленіемъ твердой мозговой оболочки, но производить операцію заблаговременно до наступившей атрофіи зрительныхъ нервовъ. Результаты получатся только въ томъ случаѣ, если процессъ не зашелъ слишкомъ далеко.

Кронъ не согласенъ съ докладчикомъ и трепанациа съ этой цѣлью не допускаетъ, такъ какъ съ одной стороны результаты слишкомъ незначительны, съ другой — нерѣдко приходится еще бороться съ новой болѣзью: съ пролапсами мозга.

Россолимо думаетъ, что тотъ же результатъ, притомъ болѣе удобно и безопасно, достигается лумбальной пункцией, по *Quinke*.

Кронъ думаетъ, что кромѣ операціи имѣется много средствъ для достиженія цѣли: упомянутый проколъ *Quinke*, далѣе вентрикулярная пункциа и наконецъ во всякомъ случаѣ рекомендуется и безъ специфической почвы энергичное леченіе ртутными втираніями, которыя приносятъ иногда поразительную пользу.

Въ преніяхъ принимали еще участіе: *Спижарный*, *Бородинъ*, *Гринштейнъ* и *Ерузальскій*.

Въ концѣ секціи *Г. И. Россолимо* показалъ свой *мозговой топографъ*, который представляетъ собой видоизмѣненіе мозговой карты *Зернова*. Въмѣсто плоской карты докладчикъ примѣняетъ полушаріе, надѣваемое на голову въ видѣ шлема. Полушаріе, какъ и карта *Зернова*, раздѣлено на градусы широты и долготы, на немъ также вытѣснены всѣ извилины мозга. Для нанесенія проекцій ихъ на черепъ служитъ карандашъ, продѣваемый чрезъ безчисленные круглыя отверстія, имѣющіяся на полушаріи. Для того, чтобъ карандашъ не выхлялъ и попадалъ вѣрно на намѣченную точку черепа, карандашъ окруженъ небольшой желѣзной бесѣдкой, которая скользитъ по полушарію и держитъ карандашъ вертикально къ каждой данной точкѣ полушарія.

Засѣданіе 30 апрѣля.

Почетный предсѣдатель *А. Д. Павловскій*, товарищъ предсѣдателя д-ръ *Перимовъ*.

А. П. Марьяничъ демонстрировалъ технику изготовленія и наложенія шинъ и повязокъ по способу проф. *Волковича*. Картона беруть тонкій или толстый; въ послѣднемъ случаѣ картонъ размягчаютъ въ горячей водѣ. Бинты употребляютъ гипсовые или же крахмальные, съ гипсовыми прослойками. Бинты предварительно погружаютъ въ теплую воду, къ которой прибавляютъ соли или квасцовъ. Бинты наматываютъ на

картонъ, такъ чтобы шина получилась толщиною около $\frac{3}{4}$ —1 см. Шину кладутъ непосредственно на тѣло, не подкладывая ваты, а затѣмъ увиваютъ конечность мягкими бинтами.

Ростовцевъ предпочитаетъ примѣнять холодную воду, считая, что въ такомъ случаѣ гипсъ затвердѣваетъ быстрее и сильнее.

Спижарный находитъ, что самое главное при леченіи переломовъ это—правильная установка и фиксація отломковъ, для чего служить вытяженіе и противоположное вытяженіе.

Павловскій замѣтилъ, что идея *Волковича* не нова, являясь лишь развитіемъ идеи *Н. И. Пирогова*, который примѣнялъ уже гипсово-холщевыя и т. п. шины. Многіе другіе примѣняли шины изъ льна, конопли и пр. Далѣе *Павловскій* напомнилъ, что уже на Кіевскомъ съѣздѣ *Волковичу* возражалъ *Бобровъ*, что трудно оцѣнить значеніе метода, такъ какъ при оцѣнкѣ результатовъ леченія приходится считаться съ характеромъ перелома, съ общимъ состояніемъ организма и мн. др. условіями. Въ заключеніе *Павловскій* выразилъ сожалѣніе по поводу того, что *Волковичъ* не воспользовался такимъ нагляднымъ способомъ, какимъ является рентгенизація, чтобы прослѣдить за ходомъ заживленія переломовъ при леченіи по указанному методу.

Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе: *Богоявленскій*, *Серебровскій*, *Кирицинъ*, *Инталь*, *Зеренинъ* и др.

А. П. Крымовъ: Къ техники нефротоміи. Сдѣлавъ краткій обзоръ литературы по разбираемому вопросу, докладчикъ замѣтилъ, что вопреки мнѣнію *Tuffier* железистая ткань не регенерируется, что почечный разрѣзъ сопровождается образованіемъ рубца съ частичной гибелью паренхиматозныхъ элементовъ. Еще хуже обстоитъ дѣло съ зашиваніемъ раны. Дѣло въ томъ, что швы являются инороднымъ тѣломъ для почекъ, которое ведетъ въ концѣ-концовъ къ образованію рубца съ деформаціей органа. Къ такому выводу пришелъ докладчикъ на основаніи своихъ подробныхъ экспериментальныхъ изслѣдованій. Изслѣдованія, произведенныя докладчикомъ надъ кетгутомъ (№ 2, стерильный), показали, что кетгутъ не скоро рассасывается, ведетъ къ исчезновенію паренхимы, съ образованіемъ грануляціонной ткани и эпителиоидныхъ клѣтокъ (получается картина, похожая на туберкулезъ); въ дальнѣйшемъ наблюдается образованіе фиброзной ткани съ атрофіей и перерожденіемъ паренхиматозныхъ элементовъ органа, функція котораго при этомъ сокращается до minimum'a. Шелкъ сохраняется въ теченіе 4—5 мѣсяцевъ, вызывая менѣе сильную реакцію. Но въ конечномъ результатѣ для органа безразлично, какой матеріалъ будетъ взятъ для зашиванія раны: все равно, паренхиматозные элементы гибнутъ, а кругомъ шва почечная ткань измѣняется до такой степени, что функціональная ея дѣятельность низводится почти до нуля. Въ случаѣ зашиванія одной только почечной капсулы получается гематурія, продолжающаяся цѣлыхъ 14 дней, въ случаѣ же наложенія зажима гематурія длится всего только 1 день. Что касается рубца, образующагося при зашиваніи капсулы, то на поверхности онъ является втянутымъ, но по мѣрѣ углубленія въ толщу почечной ткани онъ становится уже и тоньше и, наконецъ, постепенно исчезаетъ. Вокругъ рубца паренхима не измѣняется. То же имѣетъ мѣсто и въ случаѣ наложенія на почку зажима. При этомъ ни разу не наблюдалось атрофіи органа отъ давленія, хотя зажимъ оставался на мѣстѣ отъ 12 до 24 часовъ. Сравнительное изслѣдованіе функціональ-

ной дѣятельности обѣихъ почекъ, оперированныхъ различными способами, показало, что почка терпитъ наибольшій вредъ въ случаѣ наложенія на нее швовъ изъ шелка или кетгута. По мнѣнію докладчика, многихъ тяжелыхъ послѣдствій можно избѣгнуть, если вмѣсто швовъ накладывать на почки только зажимы. Сообщение докладчика сопровождалось демонстраціей почечныхъ зажимовъ двухъ образцовъ, стараго и новаго, а также анатомическихъ препаратовъ изъ почекъ оперированныхъ и затѣмъ убитыхъ собакъ; препараты были представлены какъ макро-, такъ и микроскопическіе.

Зеренинъ указалъ, что въ опытахъ *Гагмана* функція почекъ не страдала. Далѣе *Зеренинъ* выразилъ сожалѣніе по поводу того, что почки изслѣдовались лишь по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а не черезъ нѣсколько дней послѣ операціи, когда можно было бы ожидать измѣненій, которыхъ въ дальнѣйшемъ обнаружить не удастся. Наконецъ, *Зеренинъ* замѣтилъ, что незачѣмъ накладывать постоянные швы на столь продолжительное время, что можно примѣнять съемные швы.

Спижарный высказался противъ зажимовъ, такъ какъ ущемленіе почки на 12—24 часа не можетъ не сопровождаться нарушеніемъ кровообращенія въ данномъ органѣ, со всѣми его нежелательными послѣдствіями. Кромѣ того зажимъ не гарантируетъ отъ послѣдовательнаго кровотеченія, которое можетъ наступить по снятіи зажима. Обыкновенные способы закрытія раны вовсе не такъ уже вредны: такихъ операцій сдѣлано уже очень много, и опытъ показываетъ, что дѣло это вовсе не такъ уже страшно.

Бухманъ, основываясь на разныхъ данныхъ, главнымъ образомъ на опытѣ клинки проф. *Субботина*, утверждаетъ, что асептический кетгутъ скоро рассасывается. Тяжелыя послѣдствія, полученныя докладчикомъ, оппонентъ объясняетъ присутствіемъ въ кетгутѣ антисептическихъ средствъ, которыя и послужили источникомъ раздраженія почечной ткани.

Крымовъ отмѣчаетъ, что послѣ зажимовъ, уже черезъ 1 — 2 сутокъ, почки принимаютъ нормальный видъ. Опасеніе за послѣдовательныя кровотеченія онъ считаетъ неосновательными въ виду того, что на линіи разрѣза уже черезъ сутки по наложеніи зажима образуется кровяной сгустокъ, который замѣняетъ собою тампонаду и склеиваетъ поверхность такъ сильно, что исключаетъ возможность послѣдовательныхъ кровотеченій. Кетгутъ не рассасывается даже и безъ примѣненія антисептическихъ средствъ. Съемные швы, конечно, лучше, но и они все же разрушаютъ паренхиму и ведутъ къ образованію рубца, который сдавливаетъ сосуды и такимъ образомъ можетъ вызвать образованіе почечнаго инфаркта.

Бородулинъ заинтересовался узнать, сколько было сдѣлано микроскопическихъ препаратовъ.

Докладчикъ на это отвѣтилъ, что изъ каждаго мѣста было приготовлено не менѣе 5 препаратовъ.

Павловскій выразилъ сожалѣніе по поводу того, что рана не была изслѣдована бактериологически, полагая, что отмѣченныя докладчикомъ измѣненія въ почкахъ могли быть вызваны попавшими въ рану макробами. Относительно кетгута онъ замѣтилъ, что всѣ виды его рассасываются, хотя и не всегда одинаково скоро. Именно, въ асептическихъ органахъ, при отсутствіи бактерій, пептоновъ и энзимовъ, рассасываніе кетгута совершается медленно.

А. Д. Павловскій: Къ этиологии номы. Сдѣлавъ краткій очеркъ развитія клинической картины и теченія номы, докладчикъ напомнилъ, что вопросъ о возбудителѣ этого ужаснаго страданія остается до сихъ поръ еще открытымъ. Авторы, занимавшіеся изученіемъ этиологии номы, находили самые разнообразныя микроорганизмы. Чистыя культуры получены *Perthes*омъ. Опыты на животныхъ до сихъ поръ не увѣнчались

успѣхомъ. Докладчикъ имѣлъ возможность изслѣдовать 2 случая номы: одинъ случай онъ наблюдалъ самъ, отъ другого ему былъ присланъ однимъ товарищемъ матеріалъ для изслѣдованія. Въ обоихъ случаяхъ была ясная картина влажной гангрены. На поверхности омертвѣвшей ткани были найдены микрококки, диплококки и короткія палочки со спорами. Въ глубинѣ тканей микробовъ не было. Но при специальной окраскѣ по *Weigert*'у и *Gram*'у была обнаружена масса тонкихъ и длинныхъ нитей, переплетающихся между собою и образующихъ нѣчто вродѣ войлока. Нити располагались только въ глубинѣ тканей и отсутствовали на поверхности ихъ. Эти нити не красятся по *Gram*'у и по *Ziehl*'ю съ обезцвѣчиваніемъ уксусной кислотой. Онѣ вѣтвятся дихотомически. Образованія споръ у нихъ не наблюдалось. Эти нити напоминаютъ тѣ образованія, какія описывали *Perthes*, *Seyfert* и др. Закупоривая сосуды, нити вызываютъ гангрену. Что же касается бактерій, находимыхъ на поверхности омертвѣвшей ткани, то они поселяются здѣсь только вторично.

Спижарный отмѣтилъ, что представленные докладчикомъ микроскопическіе препараты довольно убѣдительны, но въ виду малочисленности наблюденій невозможно исключить вліяніе случайности, что патогенность найденныхъ микроорганизмовъ должна быть еще доказана, для чего требуются чистыя культуры и опыты на животныхъ.

А. П. Крымовъ: О паранефритѣ. Замѣчено, что паранефриты располагаются чаще сзади почки, чѣмъ спереди, и притомъ вверху чаще, чѣмъ внизу. Этотъ странный на первый взглядъ фактъ всегда интересовалъ ученыхъ, но до сихъ поръ не поддавался объясненію. Рѣшить этотъ интересный вопросъ удалось теперь докладчику, который и воспользовался для рѣшенія этой задачи изученіемъ лимфатической системы почки и ея капсулы. При этомъ выяснилось, что у каждой почки бываетъ по одной лимфатической железнѣ впереди (притомъ рѣдко) и по двѣ сзади (чаще, особенно вверху). Это расположеніе лимфатическихъ железокъ вполнѣ соотвѣтствуетъ локализациі паранефрита. Такимъ образомъ на паранефритъ надо смотрѣть какъ на гнойное воспаленіе указанныхъ лимфатическихъ железокъ, причемъ источникъ заразы можетъ находиться далеко отъ почекъ. Этимъ объясняется происхожденіе такъ назыв. криптогенныхъ паранефритовъ, т. е. такихъ, при которыхъ входныя ворота инфекціи остаются неизвѣстными. Докладчикъ изслѣдовалъ железы почечной капсулы при такъ назыв. *tabes mesaraica* у дѣтей, причемъ находилъ околопочечныя железы увеличенными (своего рода естественная инфекція).

Зеренинъ отмѣтилъ всю важность такой находки, благодаря которой становятся понятными частыя осложненія въ видѣ паранефрита при нормальной мочѣ, когда источникомъ инфекціи служатъ, очевидно, не почки, а другіе органы.

А. Х. Бабасиновъ: Lipoma arborescens коленного сустава. Послѣ краткаго обзора литературы вопроса докладчикъ представилъ 6 случаевъ названнаго страданія, наблюдавшихся въ Московской хирургической факультетской клиникѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ была отмѣчена связь этого заболѣванія съ туберкулезомъ суставовъ или другихъ

органовъ, расположенныхъ по соедѣству съ ними. Впрочемъ другіе авторы наблюдали подобныя заболѣванія совершенно независимо отъ туберкулезнаго процесса. По мнѣнію докладчика, на развитіе жировой ткани въ полости сустава надо смотрѣть какъ на стремленіе организма обезопасить себя отъ туберкулезной инфекціи.

Спижарный указалъ, что *Piroua arborescens* представляетъ довольно рѣдкое заболѣваніе. До сихъ поръ извѣстно всего только 46 случаевъ этого рода. Въ развитіи жировой ткани можно видѣть слѣдствіе доброкачественнаго туберкулеза, и потому леченіе въ такихъ случаяхъ должно быть по возможности болѣе консервативнымъ.

Павловскій присоединился къ высказанному взгляду, по которому *Piroua arborescens* является выраженіемъ ослабленной туберкулезной инфекціи (*typus bovinus*), той инфекціи, которая даетъ и другія доброкачественныя формы туберкулеза, напр. туберкулезъ кожи. Прививая животнымъ ослабленныя туберкулезныя культуры, *Павловскій* наблюдалъ у нихъ развитіе ожирѣнія. Для выясненія происхожденія разбираемаго страданія рекомендуется прививка матеріала морскимъ свинкамъ, которыя, какъ извѣстно, очень чувствительны къ туберкулезной инфекціи.

Н. И. Коротневъ: О леченіи трещинъ задняго прохода токами высокаго напряженія. Докладчикъ выражаетъ недоумѣніе по поводу того, что русскіе врачи не пользуются этимъ превосходнымъ методомъ, который даетъ въ рукахъ французскихъ врачей столь прекрасныя результаты. Въ свою очередь докладчикъ примѣнилъ этотъ способъ леченія въ двухъ случаяхъ и также съ наилучшимъ успѣхомъ. Въ обоихъ случаяхъ послѣ 8 сеансовъ леченія токами высокаго напряженія, продолжавшихся каждый по 10 минутъ, наступило полное выздоровленіе, длящееся въ одномъ случаѣ уже 3—4 года. Улучшеніе обнаруживается уже послѣ перваго сеанса, а выздоровленіе—только спустя нѣкоторое время послѣ окончанія леченія. Леченіе совершенно безболѣзненно и притомъ вполне безопасно. Къ тому же заодно излечиваются сопутствующіе трещинамъ задняго прохода запоры и геморрой. Искра берется длиною въ 50 см. Соленоидъ соединяется съ резонаторомъ, другой полюсъ котораго соединяется съ электродомъ (металлическій, съ тупымъ концомъ), такой толщины, чтобы онъ выполнялъ весь задній проходъ, послѣдній смазывается вазелиномъ. Сеансы дѣлаются ежедневно или черезъ день и продолжаются отъ 5 до 10 минутъ. Что касается способа дѣйствія токовъ высокаго напряженія, то оно объясняется тѣмъ, что такіе токи измѣняютъ мѣстное кровообращеніе, обезболиваютъ ткани и расслабляютъ напряженіе ихъ.

Зеренинъ привелъ одинъ случай безуспѣшнаго леченія трещинъ задняго прохода токами высокаго напряженія. Легкіе случаи поддаются всякаго рода леченію и не нуждаются въ токахъ высокаго напряженія, а въ тяжелыхъ случаяхъ и токи не помогаютъ.

Бухманъ указалъ, что въ Петербургѣ леченіе токами высокаго напряженія даетъ неважныя результаты. При этомъ бывали осложненія со стороны сердца, а въ одномъ случаѣ послѣ трехъ сеансовъ внезапно наступила смерть, которую ничѣмъ, кромѣ токовъ, объяснить нельзя было. Да и операція не всегда обязательна. Иногда достаточно бываетъ научить больныхъ только надлежащей опрятности, чтобы трещины скоро зажили сами собой. Хирурги вылечиваютъ трещины задняго прохода въ 4 дня, не прибѣгая къ хлороформу.

Коротневъ возразилъ, что случаевъ смерти отъ токовъ высокаго напряженія до сихъ поръ неизвѣстно, а въ случаѣ, о которомъ упоминалъ *Бухманъ*, слу-

чайная смерть могла зависть отъ другихъ причинъ, оставшихся неизвѣстными, такъ какъ вскрытіе не было произведено.

Д-ръ *Зыковъ*: *О ракѣ*. Указавъ на то, что большая смертность отъ рака обуславливается тѣмъ, что къ леченію приступаютъ обыкновенно слишкомъ поздно, докладчикъ предложилъ собрать къ слѣдующему съѣзду необходимыя данныя, пользуясь предлагаемымъ имъ опроснымъ листомъ.

Предложеніе *Зыкова* принято секціей.

Г. М. Ингалъ: *Демонстрація льсовъ для гимнастики при искривленіяхъ позвоночника*.

Въ заключеніе завѣдующій хирургической секціей проф. *И. К. Спичарный* и почетный предсѣдатель проф. *А. Д. Павловскій* подвели итоги работамъ секціи, выразивъ надежду, что въ недалекомъ будущемъ наступятъ лучшія времена, когда свободный народъ будетъ еще успѣшнѣе работать на пользу страждущаго человѣчества.

Нервные и душевные болѣзни.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Проф. *В. К. Ротъ* открылъ засѣданіе и предложилъ выбрать въ предсѣдателя *Б. С. Грейденберга*.

С. А. Сухановъ: *По вопросу о психическихъ расстройствахъ въ связи съ русско-японской войной*. Докладчикъ, наблюдавшій въ частной лечебницѣ эвакуируемыхъ съ Дальняго Востока психически-больныхъ солдатъ и офицеровъ, отмѣчаетъ преобладаніе депрессивныхъ формъ. Наблюдались слѣдующіе симптомокомплексы: 1) Маниакально-депрессивныя состоянія со спутанностью или безъ нея. 2) Преждевременное слабоуміе (*dementia praecox*), сопровождавшееся часто кататоніей, причемъ особенно часто выступали признаки, характерные для первичнаго слабоумія взрослыхъ. 3) Алкогольные психозы. 4) Травматическіе психоневрозы. По мнѣнію докладчика, военное бѣдствіе не создало особыхъ психозовъ, но оно значительно облегчило ихъ проявленіе, и притомъ въ болѣе рѣзкой и выраженной формѣ, чѣмъ это наблюдается въ мирное время.

И. Д. Ермаковъ: *Психическія заболѣванія въ русско-японскую войну по личнымъ наблюденіямъ*. Матеріалъ автора составляютъ 257 больныхъ, изъ нихъ 146 захворали на мѣстѣ военныхъ дѣйствій, 88 взяты уже больными изъ дома; начало болѣзни остальныхъ 33 осталось неизвѣстнымъ. Между душевно-больными преобладали запасные въ возрастѣ 30—40 лѣтъ: 143 на 257. Такъ же, какъ и предыдущій докладчикъ, авторъ отмѣчаетъ преобладаніе депрессивныхъ состояній, а также рѣзко выраженные признаки дегенераціи у эпилептиковъ, которые составляютъ 20 % всего матеріала автора. Изъ отдѣльныхъ формъ авторъ упоминаетъ: 1) Травматическій психоневрозъ. 2) *Amentia*. 3) Прогрессивный параличъ, который проявлялся обыкновенно черезъ 4—6 лѣтъ послѣ зараженія сифилисомъ. 4) *Epilepsia*. 5) Алкогольный психозъ. 6) *Dementia praecox*.

Л. М. Станиловскій: *Возможна-ли правильная психіатрическая помощь на театрѣ военныхъ дѣйствій?* Докладчикъ, коснувшись

пшсь вопроса о призрѣніи, леченіи и эвакуаціи психически-больныхъ на театрѣ военныхъ дѣйствій въ минувшую войну вообще и описавъ подробно бросающіеся глаза крупныя недостатки спеціального психіатрическаго госпиталя въ г. Харбинѣ, госпиталя, который долженъ былъ быть образцовымъ, по произведеннымъ на него затратамъ и по широкому размаху и планамъ, а тѣмъ не менѣе не выдерживалъ никакой критики ни по своему оборудованію, ни по веденію въ немъ лечебнаго дѣла, — приходило къ печальному заключенію, что все дѣло пользованія душевно-больныхъ солдатъ въ минувшую войну было очень плохо поставлено и требуетъ для будущаго полной реформы. Для использованія же полученнаго опыта, который долженъ лечь краеугольнымъ камнемъ въ будущемъ фундаментѣ цѣлесообразнаго призрѣнія душевно-больныхъ на театрѣ военныхъ дѣйствій, необходимо образовать при Правленіи Пироговскаго Общества комиссію изъ опытныхъ психіатровъ для подведенія итоговъ Манчжурской психіатріи на основаніи: 1) опроса всѣхъ психіатровъ, участвовавшихъ въ послѣдней войнѣ, наблюдавшихъ душевно-больныхъ съ войны въ Россіи; 2) детальнаго разсмотрѣнія всѣхъ тѣхъ матеріаловъ, которые удастся собрать, исторій болѣзней, указаній въ медицинской и общей прессѣ и проч.

Пренія, въ которыхъ участвовали *Серіевскій, Миноръ, Россолимо, Грейденбергъ* и докладчикъ, вертѣлись лишь около вопроса, цѣлесообразно-ли образованіе комиссіи при существующемъ строѣ, и привели къ принятію предложенія, поставленнаго докладчикомъ.

Б. С. Грейденбергъ: О леченіи нервныхъ больныхъ въ курортахъ и минеральными водами. На основаніи состоявшагося на IX Пироговскомъ сѣздѣ рѣшенія секціи нервныхъ болѣзней передать данный вопросъ для дальнѣйшей разработки въ комиссію Пироговскаго Общества, авторъ предлагаетъ вновь подтвердить вышеназванное рѣшеніе, чтобы вопросъ о бальнеотерапіи нервныхъ больныхъ былъ включенъ въ программный вопросъ XI сѣзда. Для облегченія же работы комиссіи авторъ предлагаетъ передать ей составленное имъ циркулярное письмо, которое должно быть разослано во всевозможныя общества, а также и къ частнымъ врачамъ, практикующимъ на русскихъ курортахъ, для полученія подробнѣйшихъ свѣдѣній о терапевтическомъ значеніи нашихъ курортовъ и минеральныхъ водъ для нервныхъ больныхъ.

Пренія, въ которыхъ участвовали *Терьянъ, Миноръ, Коротневъ, Лемпертъ, Карапавъ, Ротъ* и докладчикъ, съ очевидностью показали желательность передачи даннаго вопроса въ спеціальную комиссію при Пироговскомъ Обществѣ, причемъ было рѣшено всѣмъ, участвовавшимъ въ преніяхъ, собраться, имѣющійся матеріалъ разсмотрѣть и передать его Правленію Пироговскаго Общества систематизированнымъ и обоснованнымъ.

О. Е. Рыбаковъ: Психозы въ связи съ послѣдними политическими событіями въ Россіи. Докладчикъ, упоминая о томъ, что у душевно-больныхъ текуція событія обыкновенно придаютъ извѣстную специфическую окраску ихъ бреду, что, конечно, наблюдалось и теперь, останавливается, однако, лишь на тѣхъ душевныхъ болѣзняхъ, которыя развились непосредственно на почвѣ послѣднихъ событій въ Россіи, въ

зависимости отъ того, что данное лицо было вовлечено въ круговоротъ политической жизни страны, будь то забастовка, будь то стачка или погромъ. Авторъ отмѣчаетъ, что такимъ душевнымъ разстройствамъ подвергались не активные участники какого-либо переворота, а пассивные его свидѣтели, невольно вовлеченные въ какой-либо фазисъ революціоннаго движенія, и по своей слабой организаціи, какъ наслѣдственно предрасположенные, и вообще лица неуравновѣшенныя и психопатическія, не выдержавшія наплыва событій и смѣны впечатлѣній. Болѣзнь развивалась обыкновенно остро, сопровождалась часто галлюцинаціями и особенно иллюзіями, содержаніе которыхъ черпалось изъ явленій текущей политической жизни, протекала при явленіяхъ психическаго угнетенія и подавленности и нерѣдко оканчивалась выздоровленіемъ въ короткій срокъ.

И. А. Бродскій: Къ вопросу о вліяніи событій революціоннаго времени на теченіе tabes. Докладчикъ приводитъ 4 случая своего наблюденія, въ которыхъ, при существовавшемъ латентномъ состояніи болѣзни, картина болѣзни быстро развилась подъ вліяніемъ психическихъ аффектовъ, въ зависимости отъ текущихъ событій, причемъ необходимо замѣтить, что во всѣхъ четырехъ случаяхъ болѣзнь и дальше имѣетъ чрезвычайную склонность къ прогрессу главнымъ образомъ — атаксіи. Въ трехъ случаяхъ lues въ анамнезѣ, въ четвертомъ перенесенный сифилисъ очень вѣроятенъ. Случай 1-й. Офицеръ, 37 лѣтъ, очень мягкій по характеру, получилъ приказъ стрѣлять въ народъ. По возвращеніи съ наряда, послѣ встрѣчи съ бушующей толпой, впрочемъ безъ всякихъ актовъ насилія, сразу замѣтилъ, что онъ сталъ покачиваться, ходить безъ чужой помощи не можетъ. Атаксія и нынѣ прогрессируетъ. 2-й случай. Женщина, 41 года, въ мартѣ подверглась погрому, послѣ чего стала худо ходить, а въ декабрѣ того же года, при кровавыхъ событіяхъ въ Москвѣ, вполне потеряла способность передвигаться почти тотчасъ же, какъ только ей сказали, чтобы она выходила изъ дома, который долженъ подвергаться разстрѣлу. Случай 3-й. Чиновникъ, 39 лѣтъ, успокаивавшій бушующую толпу, внезапно теряетъ почву подъ ногами и не въ состояніи сойти съ лѣстницы для передачи успокоительныхъ вѣстей начальству. Съ тѣхъ поръ быстрый прогрессъ атаксіи. Въ 4-мъ случаѣ чиновникъ, 52 лѣтъ, ложится ничкомъ на улицу, такъ какъ военный отрядъ готовится стрѣлять въ близлежащій домъ. Послѣ выстрѣла, дѣйствія котораго онъ для себя не опасался, встать больше не можетъ, и развивается картина тяжелаго tabes.

Засѣданіе 27 апрѣля.

В. К. Хорошко: Къ вопросу объ отношеніи туберкулеза къ психозамъ и неврозамъ (современное состояніе вопроса). Докладчикъ лишь бѣгло касается вопроса о развитіи туберкулеза въ психиатрическихъ заведеніяхъ и о вліяніи той или другой формы психоза на развитіе или ухудшеніе уже существующаго туберкулезнаго процесса, а сосредоточиваетъ все свое вниманіе на значеніи наслѣдственнаго и лично приобрѣтеннаго туберкулеза при заболѣваніи нервной системы. Со-

поставляя статистическія данныя, авторъ указываетъ на то, что въ Московской губерніи % туберкулезныхъ составляетъ 0,37 по отношенію ко всему населенію и 0,56 по отношенію къ зарегистрированнымъ фабричнымъ больнымъ, между тѣмъ какъ % туберкулезныхъ у душевно-больныхъ, будь то лично пріобрѣтённый, будь то у родныхъ или родственниковъ больныхъ, равенъ 2,1 — стало быть у душевно-больныхъ туберкулезъ встрѣчается значительно чаще, чѣмъ у остального населенія Московской губерніи. Переходя къ отдѣльнымъ формамъ заболѣванія нервной системы, авторъ указываетъ на частоту наследственнаго и пріобрѣтеннаго туберкулеза при развитіи невралгій, нерѣдко боязнь заболѣть туберкулезомъ ведётъ у наследственно предрасположенныхъ къ невралгій. Общеизвѣстна также связь между истеріей и туберкулезомъ, причемъ попеременно ухудшается то одно, то другое заболѣваніе. Нерѣдко имѣется видимая связь съ туберкулезомъ у больныхъ хореей и эпилепсіей. Отдѣльныхъ формъ психоза авторъ не разбираетъ, но указываетъ на то, что при психозахъ имѣется туберкулезъ въ анамнезѣ какъ-разъ въ тѣхъ случаяхъ, когда никакихъ иныхъ признаковъ невропатической наследственности на-лицо не имѣется.

Г. И. Россомо: Неврозы туберкулезныхъ въ связи съ астенической дегенерацией и ея ушнымъ признакомъ. Докладчикъ пользуется своимъ собственнымъ амбулаторнымъ матеріаломъ, состоящимъ изъ 800 больныхъ. Матеріалъ этотъ распредѣляется слѣдующимъ образомъ: 42 % приходится на истеричныхъ, изъ нихъ 66 % туберкулезныхъ (безразлично, касается-ли заболѣваніе самого больного или его родственниковъ), 26 % — на невралгій при 60 % туберкулезныхъ, 14 % — на мигрень при 62 %, 10 % — на психозы съ 50 % туберкулезныхъ, 5 % — на эпилепсію при 77 % и 3 % на тикъ при 60 % туберкулеза. Такимъ образомъ туберкулезъ встрѣчается среди нервныхъ больныхъ даже чаще, чѣмъ алкоголизмъ. Интересно, что личный туберкулезъ встрѣчается чаще у истеричныхъ, наследственный — у невралгиковъ. Докладчикъ указываетъ еще на одинъ признакъ, который показываетъ, что между нервно-психической дегенерацией и дегенерацией туберкулезной существуетъ несомнѣнная связь, признакъ этотъ — форма ушной мочки, измѣненія которой давно уже разсматриваются какъ одинъ изъ дегенеративныхъ показателей. Докладчикъ считаетъ, что уклоненіе въ формѣ ушной мочки является также показателемъ туберкулезной дегенерации. Помимо нормальнаго типа ушной мочки, докладчикъ различаетъ три типа отклоненія отъ нормальнаго: 1) когда ушной мочки совершенно нѣтъ, 2) когда ушная мочка развита мало, 3) когда ушная мочка приращена. По наблюденіямъ его, у туберкулезныхъ почти постоянно имѣется отклоненіе ушной мочки отъ нормы; при нормальной мочкѣ туберкулезъ развивается рѣдко; по даннымъ антропологии, напр. у еврейской народности въ большинствѣ случаевъ хорошо развитая нормальная ушная мочка въ сравненіи съ арабскимъ населеніемъ Туниса, и рядомъ съ этимъ извѣстенъ фактъ меньшей заболѣваемости тунисскихъ евреевъ туберкулезомъ. Такимъ образомъ между нервно-психической дегенерацией и туберкулезомъ существуетъ тѣсная связь.

нераціей и туберкулезной существуетъ несомнѣнная связь, и при разборѣ нервныхъ заболѣваній нужно считаться какъ съ той, такъ и съ другой, причемъ степень зависимости отъ туберкулеза выражается въ слѣдующей лѣстницѣ: эпилепсія, истерія, мигрень, неврастенія, тикъ и психозы.

*Л. М. Станиловскій: Къ вопросу объ устройствѣ обществен-
ныхъ санаторій для нервно-больныхъ въ Россіи.* Докладчикъ касается главнымъ образомъ малосостоятельнаго интеллигентнаго класса, занимающагося умственнымъ трудомъ или во всякомъ случаѣ не физическимъ, поэтому его призывъ къ помѣщенію такихъ больныхъ въ санаторіи для леченія трудомъ— „*Beschäftigungstherapie*“—вполнѣ понятенъ. Въ своихъ иллюстраціяхъ и положеніяхъ авторъ примыкаетъ къ слѣдующему докладу.

Проф. В. К. Ротъ: Объ основаніи всероссійскаго Общества борьбы съ нервными заболѣваніями. Указывая на широкое распространеніе функціональных нервныхъ заболѣваній въ Россіи не только между интеллигентными слоями населенія, но и среди ремесленниковъ и черно-рабочихъ, авторъ видитъ въ этомъ кризисъ духовной и матеріальной жизни страны. Несомнѣнно, неврастенники и истерики не только лишаются работоспособности и тѣмъ наносятъ матеріальный ущербъ себѣ и своимъ ближнимъ, но разсѣянные во всѣхъ слояхъ общества они создаютъ атмосферу нервной заразы, подрывающей бодрость, предприимчивость, творчество множества людей, губятъ подростокія поколѣнія, рожденные слабонервными и тѣмъ легче уродуемые условіями среды и невозможнымъ воспитаніемъ подъ кровомъ родителей, въ лучшемъ случаѣ лишь не въ мѣру чувствительныхъ и безвольныхъ. Насколько вліяніе такихъ больныхъ духомъ продолжительно, доказываетъ амбулаторный матеріалъ нервной клиники въ Москвѣ: меньшинство больныхъ оказывается больными недавно, подавляющее большинство страдаетъ около года и больше! Если отъ помѣщенія въ санаторію и нельзя ожидать во всякомъ случаѣ выздоровленія, то, какъ бы то ни было, очень часто оно возможно, такъ какъ болѣзнь очень часто развивается на почвѣ переутомленія или на почвѣ неправильнаго образа жизни, съ другой стороны для больного цѣнно и улучшеніе, такъ какъ оно даетъ ему на нѣкоторое время его утраченную работоспособность и энергію. Польза санаторій въ болѣе культурной Европѣ уже признана, и къ жизни вызванъ цѣлый рядъ санаторій для малосостоятельныхъ и несостоятельныхъ больныхъ. Такъ, одна изъ санаторій въ Белицѣ основана Берлинскимъ страховымъ обществомъ, которое считаетъ цѣлесообразнымъ лечить слабогрудыхъ, нервныхъ и истощенныхъ въ самомъ началѣ заболѣванія, чтобы отдалить такимъ образомъ моментъ наступленія инвалидности. По инициативѣ *Möbius*'а и съ помощью *Löhr*'а выстроена образцовая санаторія близъ Берлина, *Haus Schönau* въ *Zehlendorf*'ѣ, въ маленькой Голландіи существуютъ подобныя же санаторіи. Неужели не настало еще время для Россіи? Главнымъ препятствіемъ служить наша косность, такъ какъ въ средствахъ недостатка быть не можетъ. Помимо добровольной благотворительности, въ устройствѣ санаторій приняли бы участіе города, земства, страховыя общества, различныя торговыя учрежденія. Вмѣстѣ съ устройствомъ санаторій слѣдовало бы устроить и временное призрѣніе у

частныхъ лицъ въ разныхъ городахъ, какъ это дѣлалось по отношенію къ раненымъ въ минувшую войну, приурочиваясь къ тому, какія вѣшнія условія и какой климатъ данному больному нуженъ. Все это могло бы взять на себя проектируемое авторомъ Общество, которое несомнѣнно осуществимо, какъ ни утопичнымъ это кажется на первый взглядъ.

Пренія, очень оживленныя, сводились къ тому, что слишкомъ рано думать объ этомъ, тѣмъ болѣе, что предполагаемыя санаторіи должны служить разслабленнымъ интеллигентамъ, какъ на то указалъ въ своемъ докладѣ *Станиловскій*.

Растегаевъ видитъ даже противорѣчіе между заглавіемъ доклада *Станиловскаго* и его содержаніемъ: нельзя называть такія санаторіи общественными, разъ онѣ предназначены не для народа, а для малосостоятельныхъ буржуазнаго класса.

Сергѣевскій не считаетъ возможнымъ обсуждать такія палліативы, когда на очереди переустройство государственнаго «буржуазно-капиталистическаго» строя. Пока таковой существуетъ, никакія санаторіи цѣли не достигнутъ.

Мицкевичъ противъ обсужденія темы въ то время, когда народъ голодаетъ, когда приходится выскидывать средства, тѣмъ его накормить; отвлекать эти средства для другого дѣла совершенно не годится.

Клевезаль и *Тутышкинъ* высказываются въ томъ же смыслѣ.

Проф. *Ротъ* заканчиваетъ пренія, въ которыхъ еще участвовали *Доброхотовъ*, *Станиловскій*, *Роассолимо*, *Геллеръ*, тѣмъ соображеніемъ, что при всей важности переустройства государственнаго строя нельзя сидѣть, опустивъ руки, а необходимо работать на благо народа въ своей сферѣ, хотя бы и въ ограниченной.

Засѣданіе 29 апрѣля.

Предсѣдатель проф. *Боткинъ*.

П. П. Тутышкинъ: Объ уставѣ психіатрическихъ учреждений на началахъ автономіи. (По аутореферату). Россія вступаетъ на путь обновленія своего политическаго строя; всѣ устарѣвшія формы общественной жизни предстоитъ замѣнить новыми, отвѣчающими условіямъ свободнаго развитія личности. Во главѣ каждого общественнаго учрежденія долженъ стоять не приказывающій начальникъ, а отвѣтственные исполнители, облеченные довѣріемъ общества. Выборное начало становится разумной основой не только законодательныхъ, но и исполнительныхъ органовъ. Всѣ работники общественнаго дѣла вправе требовать условій для свободной дѣятельности и проявленія личной инициативы, какъ *conditio sine qua non* полезной и продуктивной работы; всѣ постоянные работники даннаго учрежденія должны пользоваться избирательнымъ правомъ для выбора представителей въ свой исполнительный органъ, построенный на принципѣ коллегіальности, т. е. въ совѣтъ учрежденія; тогда только дѣло станетъ живымъ, а не мертвымъ, и исполнительный совѣтъ вмѣстѣ съ своими избирателями понесетъ законную отвѣтственность передъ всѣмъ обществомъ за постановку дѣла. Тѣ же разсужденія примѣнимы ко всякому общественному дѣлу, а стало быть, и къ интересующимъ насъ врачебно-санитарнымъ и больничнымъ учрежденіямъ. Поэтому въ каждомъ врачебно-санитарномъ учрежденіи, въ томъ числѣ и больницѣ, специально медицинскіе вопросы должны рѣшаться на врачебныхъ совѣтахъ, при участіи младшаго меди-

цинскаго персонала съ правомъ совѣщательнаго голоса. Независимо отъ такихъ конференцій научно-профессіональнаго характера долженъ существовать больничный и санитарный совѣтъ, какъ административный органъ учрежденія; въ составъ послѣдняго должны входить всѣ врачи учрежденія, представители общественнаго самоуправленія въ качествѣ законныхъ опекуновъ больныхъ и наконецъ выборные — представители среднего и низшаго персонала учрежденія. Оффиціальнымъ представителемъ учрежденія долженъ быть врачъ, выбранный коллегіей на опредѣленный срокъ и передъ нею же отвѣтственный. Докладчикъ приводитъ постановленія по этому поводу второго съѣзда отечественныхъ психіатровъ въ Кіевѣ въ 1905 г. и въ дополненіе къ нимъ предлагаетъ секціи принять слѣдующія положенія: 1. Въ составъ управляющаго совѣта автономнаго психіатрическаго учрежденія входятъ: а) всѣ врачи-психіатры, состоящіе на службѣ въ данномъ учрежденіи; б) представители мѣстнаго самоуправления; в) делегаты отъ трехъ категорій служащихъ учрежденія (средняго и низшаго медицинскаго персонала, а также хозяйственный персоналъ). Численное соотношеніе упомянутыхъ составныхъ элементовъ совѣта опредѣляется мѣстнымъ самоуправленіемъ. 2. Оффиціальныи представитель психіатрическихъ учрежденій избирается совѣтомъ изъ числа его членовъ на годичный срокъ и за свои дѣйствія несетъ отвѣтственность передъ совѣтомъ. 3. На такихъ же основаніяхъ совѣтъ избираетъ на годичный срокъ и остальныхъ членовъ своего исполнительнаго бюро, или правленія. 4. Всѣ врачи психіатрическаго учрежденія получаютъ одинаковые начальные оклады жалованья и періодическія прибавки за выслугу лѣтъ; при назначеніи періодическихъ прибавокъ принимается въ расчетъ время службы и въ другихъ земствахъ или городахъ. 5. Предсѣдатель и остальные члены выборнаго исполнительнаго органа совѣта психіатрическаго учрежденія, какъ общее правило, не получаютъ дополнительнаго вознагражденія, но освобождаются отъ завѣдыванія болѣе отвѣтственными отдѣленіями лечебницы. 6. Для всѣхъ лицъ средняго психіатрическаго персонала устанавливаются одинаковые начальные оклады и періодическія прибавки за выслугу лѣтъ, причемъ засчитывается прежняя служба, какъ и для врачей, при переходѣ изъ одного земства или города въ вѣдѣніе другого мѣстнаго самоуправления. 7. Сказанное въ пунктѣ 6-мъ относится и къ низшему психіатрическому персоналу. 8. Въ каждомъ психіатрическомъ учрежденіи должны быть организованы спеціальныя курсы по практической психіатріи и уходу за душевно-больными, а также общеобразовательныя курсы для палатной психіатрической прислуги; при этомъ программы обоихъ курсовъ должны быть составлены съ такимъ расчетомъ, чтобы давать возможность болѣе способнымъ лицамъ изъ разряда низшаго персонала по приобрѣтеніи достаточнаго опыта, а также общеобразовательной и спеціальной подготовки, переходить въ разрядъ средняго персонала согласно извѣстнымъ правиламъ, выработаннымъ совѣтомъ психіатрическаго учрежденія. 9. Всѣ служащіе психіатрическаго учрежденія имѣютъ право на корпоративную организацію съ постояннымъ судомъ чести. Упомянутыя организація вправѣ осуществлять непрерывный

и самый широкій контроль по всѣмъ отраслямъ управленія и хозяйства больницы. 10. Въ предѣлахъ постановленій совѣта психіатрическаго учрежденія каждый врачъ является самостоятельнымъ хозяиномъ завѣдуемаго имъ отдѣленія, отвѣтственнымъ передъ совѣтомъ. 11. Мѣстному самоуправленію, въ вѣдѣніи котораго находится психіатрическое учрежденіе, принадлежитъ право выражать недовѣріе совѣту автономнаго психіатрическаго учрежденія, послѣ чего послѣдній *in concreto*, т. е. въ полномъ составѣ участвующихъ въ немъ земскихъ представителей, врачей и делегатовъ служащихъ оставляетъ службу. 12. Всѣ психіатрическія учрежденія Россіи, включая психіатрическія клиники университетовъ, психіатрическую помощь въ государственныхъ тюрьмахъ, психіатрическую помощь въ войскахъ и на полѣ военныхъ дѣйствій, должны быть переданы въ вѣдѣніе органовъ мѣстнаго самоуправления, реформированнаго на демократическихъ началахъ, и въ вѣдѣніе общеземской организаціи для объединенія дѣйствій отдѣльныхъ земствъ и городовъ. При общеземской организаціи долженъ быть организованъ главный психіатрическій совѣтъ, избираемый на трехлѣтній періодъ всероссійскимъ союзомъ психіатровъ.

Пренія, въ которыхъ участвовали *Растегаевъ, Серіевскій, Коротневъ, Толаевскій, Каценельсонъ, Боткинъ, Максимовъ, Грейденбергъ, Клевезаль, Остановъ, Доброхотовъ, Чечотъ, Бернштейнъ, Викторъ и Докладчикъ*, привели, послѣ оживленнаго обмѣна мыслей, къ слѣдующей резолюціи секціи: «нервная секція X Пироговскаго съѣзда присоединяется къ резолюціи 2 съѣзда психіатровъ и невропатологовъ въ Кіевѣ, причѣмъ подчеркиваетъ, что наступилъ моментъ проведенія установленныхъ принциповъ въ жизнь».

Соединенная секція нервныхъ болѣзней и болѣзней уха, горла и носа.

Засѣданіе 30 апрѣля.

Д-ръ фонъ-Штейнъ: *Свѣтодвигательный опытъ: вліяніе движеній и цвѣта на равновѣсіе*. Докладчику пришлось наблюдать дѣвочку, 15 лѣтъ, у которой послѣ уничтоженія операціей элементовъ лабиринта въ правомъ ухѣ, имѣлось своеобразное явленіе: при каждомъ движеніи свѣта или предмета въ правую сторону, она покачивалась въ сторону движенія всѣмъ туловищемъ. Если движеніе вправо производилось очень скоро, то и покачиваніе туловища вправо получалось такое быстрое и внезапное, что дѣвочка даже падала на полъ. Исходя изъ этого наблюденія, авторъ произвелъ соотвѣтствующіе опыты надъ здоровыми, надъ лицами, у которыхъ предполагалось измѣненіе лабиринта, и, наконецъ, надъ выводами цыплятъ. Оказалось, что и здоровые покачиваются въ сторону движенія, но это покачиваніе крайне незначительно и можетъ быть подавлено усиленіемъ воли. Не то получалось у больныхъ, которыхъ у автора б. 1-й случай касается сапожника, пожилыхъ лѣтъ, которому была сдѣлана операція надъ правымъ ухомъ въ 1901 г. Съ тѣхъ поръ онъ страдаетъ головокруженіемъ, къ работѣ не способенъ. Демонстрируемый съ закрытыми глазами падаетъ, при открытыхъ же глазахъ стоитъ твердо; стоитъ однако, сдѣлать, передъ его глазами движеніе вправо какимъ-ни-

будь предметомъ, какъ онъ сразу валится на полъ; особенно рѣзко это выражено въ томъ случаѣ, если предметъ окрашенъ въ красную краску. Что цвѣтъ играетъ извѣстную роль, видно особенно демонстративно у другого больного съ пораженіемъ лабиринта же. Этотъ больной, машинистъ лѣтъ 40, довольно устойчивъ на ногахъ при движеніи предметовъ предъ его глазами, но стоитъ только провести предъ его глазами краснымъ квадратомъ, какъ онъ падаетъ—и тѣмъ быстрее, чѣмъ больше квадратъ. У этого же больного наблюдается интересное явленіе, если его положить на центрифугу: онъ вертится вокругъ своей оси въ сторону движенія центрифуги. Вліяніе цвѣта на равновѣсіе и физическую силу видно и у слѣдующаго больного, который развиваетъ порядочную силу, измѣряемую динамометромъ. Движеніе предметовъ предъ его глазами на эту силу не вліяетъ, но стоитъ только провести предъ его глазами красный предметъ, какъ больной начинаетъ покачиваться, и стрѣлка динамометра идетъ на нѣтъ. У этого же больного, какъ и у перваго, интересно быстрое паденіе при движеніи краснаго квадрата сверху внизъ. Слѣдующіе 2 больныхъ представляютъ интересъ совершенно своеобразный нарушеніемъ равновѣсія. Одинъ изъ нихъ падаетъ лишь при боковыхъ прыжкахъ въ сторону больного уха, а другой, у котораго видимаго страданія ушей нѣтъ, а болѣзненные явленія имѣются лишь со времени паденія на сѣдалище, дѣлаетъ послѣ произвольнаго прыжка впередъ нѣсколько произвольныхъ прыжковъ назадъ. Послѣдній случай, дѣвушка со страданіемъ лѣваго уха, представляетъ наибольшій интересъ калейдоскопомъ самыхъ разнообразныхъ явленій: при движеніи предметовъ влѣво дѣвушка быстро падаетъ влѣво, при движеніяхъ вправо получается также паденіе на полъ, также въ лѣвую сторону, но не такъ быстро, какъ при движеніяхъ влѣво. Паденіе влѣво получается и тогда, когда дѣвушка поворачиваетъ голову влѣво или подымаетъ какой-либо вѣсъ лѣвой рукой. Интересно вліяніе цвѣтовъ на больную: при бѣломъ цвѣтѣ получался ростъ туловища, а при черномъ—уменьшеніе его, при зеленомъ цвѣтѣ—удлиненіе ногъ, при желтомъ—паденіе туловища впередъ. Своеобразно также, что вертикальныя линіи представлялись больной подъ уклономъ, причемъ характерно то, что при одномъ и томъ же разстояніи больной отъ вертикальнаго предмета и одной и той же высотѣ фиксируемаго предмета уклонъ имѣлъ всегда постоянную величину, когда бы и гдѣ бы ни производили этотъ опытъ надъ больной; напр., если больная сидѣла на разстояніи $1\frac{1}{2}$ метровъ отъ поставленнаго вертикально шеста, то при фиксаціи шеста глазами, она себя представляла его наклоннымъ на 45° , если точка фиксаціи находилась на разстояніи, скажемъ, 2 аршинъ отъ пола; на 60° , если точка фиксаціи находилась на разстояніи $\frac{1}{2}$ аршина отъ пола. И такія отклоненія доходили до 180° , т. е. шестъ представлялся горизонтальнымъ! Но самое важное это то, что степень отклоненія всегда оставалась одной и той же, хотя больная и не знала степени отклоненія съ прошлыхъ опытовъ! Въ концѣ авторъ показываетъ еще 2 вывода цыплятъ: одинъ изъ нихъ выводился въ неподвижномъ термостатѣ, другой въ

изъ послѣдняго термостата оказался значительно слабѣе и меньше цыплятъ изъ неподвижнаго термостата. Къ тому же у тѣхъ цыплятъ замѣчалось искривленіе лапокъ кнутри и значительно большая устойчивость на центрифугѣ, чѣмъ у нормальныхъ цыплятъ.—Не дѣлая никакихъ заключеній, докладчикъ представляетъ свои объективныя наблюденія секціи съ указаніемъ, что дальнѣйшіе опыты продолжаются.

Миноръ: Наблюденія докладчика представляютъ чрезвычайный интересъ, но ихъ нельзя считать законченными. Можно только присоединиться къ докладчику, что въ нихъ имѣется много загадочнаго, и прежде всего нужно убѣдиться, что мы не имѣемъ дѣла съ истеріей или травматическимъ неврозомъ при повышенной внушаемости.

фонъ-Штейнъ считаетъ исключеннымъ внушеніе.

Кронъ сравниваетъ наблюдавшіеся у послѣдней больной уклоны вертикальныхъ линий съ макропсіей истеричныхъ.

Россолимо также сомнѣвается въ объективности наблюдавшихся явленій.

Въ преніяхъ принимали еще участіе: *Гринштейнъ*, *Россолимо* и докладчикъ.

Н. С. Ивановъ: Пораженія *n. vagi* (преимущественно мышцъ гортани) при *сирингобульбіи*. Докладчикъ указываетъ на то, что, по мнѣнію прежнихъ авторовъ, сирингоміэлія выше Вароліева моста не распространялась. Теперь это мнѣніе уже покинуто, и имѣется уже 40 случаевъ сирингобульбіи, изъ коихъ 35 случаевъ изслѣдованы ларингоскопически. На эти 35 случаевъ въ 28 случаяхъ найдено поражение гортани и только въ 7 случаяхъ гортань оказалась нормальной. По мнѣнію автора, для сирингобульбіи характерно сборное поражение отдѣльныхъ мышцъ и мышечныхъ группъ. Интересно еще наблюденіе, что поражение мягкаго неба всегда бываетъ на сторонѣ пораженія голосовыхъ связокъ, а не на сторонѣ пораженія лицевого нерва. На все число наблюдавшейся сирингобульбіи въ 10 случаяхъ имѣлись расстройства глотанія, въ 5 случаяхъ—явленія со стороны сердца.—Въ концѣ докладчикъ демонстрируетъ микроскопическіе препараты пещеристыхъ образований въ центральной нервной системѣ.

Кронъ интересуется, какого рода были измѣненія чувствительности въ пораженной гортани.

Ивановъ: Характерныя для сирингоміэліи: тактильная была сохранена, температурная и болевая измѣнены.

Засѣданіе 30 апрѣля.

П. П. Викторовъ: Нервные и душевныя заболѣванія въ связи съ современными политическими событіями. Докладчикъ, на основаніи своихъ наблюденій, приходитъ къ тому заключенію, что политическія событія—въ особенности остраго революціоннаго періода—увеличиваютъ въ количественномъ отношеніи число нервныхъ и душевныхъ заболѣваній. Въ концѣ авторъ предлагаетъ передать комиссіи Пироговскаго Общества сводную разработку накопившагося матеріала. „Естественнымъ слѣдствіемъ этого было бы не только пополненіе недочетовъ, но и расширеніе самой программы и обогащеніе ея новыми пунктами, имѣющими

серьезное общественное значеніе, каковы: вопросы о тюремныхъ политическихъ психозахъ и патологическихъ аффектахъ, о нервно- и психически ослабляющемъ и нравственно деморализирующемъ вліяніи политической ссылки, не говоря вообще о всѣхъ вопросахъ, входящихъ въ кругъ не только психо-патологій, но и самой психологій, индивидуальной и массовой, революціонныхъ и контръ-революціонныхъ движеній“.

Въ преніяхъ участвовали: *Россолимо, Серіевскій, Максимовъ, Растеряевъ, Останковъ, Мицкевичъ и докладчикъ.*

А. Н. Шмидтъ: О леченіи нервныхъ болѣзней грязевыми и рапными ваннами въ Крыму (изъ Сакской земской грязелечебницы). Докладчикъ на основаніи матеріала за 3 года, изъ коего было 135 случаевъ заболѣванія периферической нервной системы при 88% улучшенія или выздоровленія и 22 случая заболѣванія спинного мозга при 12 улучшеніяхъ, геср. выздоровленіяхъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Грязевыя ванны являются очень полезнымъ средствомъ при леченіи заболѣваній пориферической нервной системы. 2) Среди средствъ физической терапіи, которыми мы располагаемъ для леченія невралгій, грязевымъ ваннамъ должно быть отведено одно изъ первыхъ мѣстъ; особенно хорошо поддаются этому методу леченія невралгіи сѣдалищнаго нерва. 3) При леченіи сѣдалищной невралгіи натуральныя ванны („лепешки“ или „медальоны“, какъ ихъ называютъ) дѣйствуютъ ни въ какомъ случаѣ не хуже разводныхъ ваннъ. 4) При сифилитическихъ пораженіяхъ спинного мозга грязевыя ванны могутъ служить очень полезнымъ вспомогательнымъ средствомъ къ специфической терапіи. Грязевыя ванны дѣлаютъ или по окончаніи серьезнаго ртутнаго леченія, или одновременно съ нимъ, если больной пріѣхалъ на грязи недостаточно меркуріализированнымъ. 5) Леченіе сифилитическихъ пораженій спинного мозга на грязелечебныхъ станціяхъ даетъ лучшіе результаты, чѣмъ леченіе въ условіяхъ больничной обстановки. 6) Вопросъ о бальнеологическомъ леченіи *tabes'a* на русскихъ курортахъ требуетъ дальнѣйшей разработки. 7) *Lues cerebro-spinalis* требуетъ большой осторожности при примѣненіи грязевого леченія. 4) Желательно сдѣлать леченіе на нашихъ курортахъ доступнымъ и для бѣднаго населенія.

Въ преніяхъ участвовали *Останковъ и докладчикъ.*

А. М. Коровинъ: Къ методикѣ изученія алкоголизма личности. (Ауторефератъ). Цѣлью доклада было обратить вниманіе на существованіе въ развитіи алкоголизма личности «подготовительнаго періода» и на результаты, получаемые при этомъ. Подготовительнымъ періодомъ докладчикъ называетъ ту стадію, когда употребленіе алкоголя, утративъ первоначальный характеръ неожиданной случайности, стало болѣе или менѣе систематическимъ, и вплоть до момента, съ котораго больной отмѣчаетъ у себя образованіе алкоголоманіи: «тянуть стало». Существуетъ три типа подготовительнаго періода: „обычный“, когда становятся алкоголиками черезъ 1—4 года (и меньше) употребленія спиртныхъ напитковъ; „средній“ — требуется 5—7 лѣтъ питья и „рѣдкій“ — требуется 8 и болѣе лѣтъ. По мнѣнію автора, алкоголизмъ съ большимъ основаніемъ можно назвать

„юношеской болѣзнью“, такъ какъ мужчины пьюшіе превращаются въ алкоголиковъ въ возрастѣ 13—24 лѣтъ, въ обезпеченномъ классѣ въ 54 % случаевъ, у пролетаріата—въ 80 %. Пьюшіе подростки-мальчики и юноши формируются въ алкоголиковъ черезъ 1—4 года и меньше. Съ 30 лѣтъ, особенно съ 35 лѣтъ, рѣзко падаетъ частота возникновенія алкоголизма, и одновременно удлиняется промежутокъ времени, необходимый, чтобы стать алкоголикомъ. Порядокъ рожденія играетъ роль, именно первыя трое дѣтей дѣлаются преимущественно (70 %) ¹⁾ алкоголиками и притомъ большею частью черезъ 1—4 года употребленія спиртныхъ напитковъ. Наслѣдственность вліяетъ какъ алкоголизмомъ, такъ и психозами старшаго поколѣнія; самое же дѣйствіе наслѣдственности сводится къ ускоренію процесса формировки болѣзни и притомъ главнымъ образомъ у лицъ, становящихся алкоголиками до 25 лѣтъ. Самое же возникновеніе алколизма въ каждомъ частномъ случаѣ создается вліяніемъ социальныхъ факторовъ: семьи, школы (особенно средней) и общественной жизнью въ ихъ взаимодействіи съ алкогольными предрасудками и обычаями, что выражается въ господствѣ питейнаго настроенія у всего населенія, переходящее у отдѣльныхъ лицъ въ алкоголизмъ. Затѣмъ докладчикъ подчеркнул необходимость изучать отдѣльно мужчинъ отъ женщинъ въ виду различія воспитанія и правового положенія, а также при изученіи брать въ расчетъ помимо лицъ, страдающихъ тѣмъ или другимъ, и здоровыхъ, чтобы явленія дегенерации, а равно регенерации выступали въ естественномъ освѣщеніи. Въ заключеніе были указаны пути, по которымъ желательно вести борьбу съ алкоголизмомъ, именно, прежде всего бороться съ взглядомъ на „здоровое“ употребленіе спиртныхъ напитковъ; главнымъ пунктомъ приложенія нашихъ силъ должна быть молодежь, до 25-лѣтняго возраста, и притомъ первыя трое дѣтей заслуживаютъ особаго вниманія.

Засѣданіе 1 мая (утромъ).

Предсѣдатель Н. П. Каменевъ.

И. Н. Введенскій: О *Gausser*'овскомъ симптомѣ. (Ауторефератъ).
Ученіе о симптомѣ *Gausser*'а составляетъ одну изъ очередныхъ темъ современной психіатріи, такъ какъ сущность описаннаго *Gausser*'омъ своеобразнаго феномена и его клиническое и діагностическое значеніе остаются не вполне выясненными и спорными, а между тѣмъ предметъ имѣетъ помимо теоретическаго интереса большое практическое значеніе, будучи тѣсно связанъ съ вопросомъ о вѣрности и симуляціи. Симптомъ *Gausser*'а заключается въ томъ, что больные на самые простые вопросы не въ состояніи отвѣтить правильно, хотя по характеру ихъ отвѣтовъ видно, что они вполне понимаютъ смыслъ предлагаемыхъ вопросовъ; въ своихъ рѣчахъ они обнаруживаютъ поразительное невѣжество и потерю свѣдѣній, которыми они навѣрно обладали. Они неправильно отвѣчаютъ на вопросы объ имени, занятіи, мѣстожителствѣ, обнаруживаютъ незнаніе са-

¹⁾ Изъ взрослыхъ дѣтей.

мыхъ элементарныхъ вещей и отношеній, неправильно производить простѣйшія вычисленія, обыденные предметы называютъ другимъ именемъ и т. п. Детальный анализъ подобныхъ отвѣтовъ и наблюденіе за поведеніемъ больного позволяютъ убѣдиться, что пациенты сохранили знанія, утрату которыхъ можно предполагать. Что касается почвы, на которой развивается описанный симптомъ, то мнѣнія въ этомъ отношеніи расходятся. Можно, однако, думать, что наичаще онъ встрѣчается при истеричныхъ душевныхъ заболѣваніяхъ и такъ тѣсно связанныхъ съ истеріей травматическихъ психозахъ; менѣе часто можно наблюдать его при раннемъ слабоуміи и въ эпилептическихъ сумеречныхъ состояніяхъ. Попытки установить особенности въ характерѣ и содержаніи неправильныхъ отвѣтовъ при различныхъ душевныхъ заболѣваніяхъ нельзя считать удавшимися: указаніе нѣкоторыхъ авторовъ, что при истерическихъ сумеречныхъ состояніяхъ отвѣты медленны и обдуманны, въ то время, какъ при кататоніи они быстры и случайны, справедливо далеко не для всѣхъ случаевъ. Больше значенія имѣетъ, повидимому, то обстоятельство, что при истеріи отвѣты имѣютъ болѣе или менѣе тѣсное отношеніе къ вопросу, тогда какъ у кататониковъ связь между вопросомъ и отвѣтомъ болѣе внѣшняя и случайная. Въ этиологіи *Gausser*'овскаго симптома большое значеніе имѣютъ: тяжелая наслѣдственность, моральныя потрясенія, особенно часто тюремное заключеніе, тѣлесныя поврежденія и вообще условія психической и физической травмы. Патогенезъ симптома не выясненъ и едва-ли можетъ быть сведенъ къ одностороннему толкованію. Въ части случаевъ симптомъ неправильныхъ отвѣтовъ стоитъ въ связи съ разстройствомъ сознанія и явленіями психической задержки; *Nissl* и нѣкоторые авторы школы *Kraepelin*'а склонны видѣть въ немъ выраженіе кататоническаго негативизма. До нѣкоторой степени симптомъ можетъ стоять въ связи съ поведеніемъ изслѣдователя и способами постановки вопросовъ. Важное судебно-медицинское значеніе симптома *Gausser*'а обуславливается съ одной стороны близостью этого явленія къ области симуляціи, а съ другой—подавляющимъ преобладаніемъ въ казуистикѣ симптома судебныхъ случаевъ. Подозрѣнія въ симуляціи чаще всего возникаютъ въ судебныхъ случаяхъ (у испытуемыхъ и травматиковъ и ищущихъ вознагражденія); тогда и тяжелые случаи, съ рѣзко выраженными явленіями душевнаго разстройства, даютъ поводъ къ подозрѣніямъ, чему способствуетъ можетъ быть до нѣкоторой степени то обстоятельство, что иногда на всемъ поведеніи больныхъ, на ихъ рѣчахъ, бредовыхъ идеяхъ и даже галлюцинаціяхъ лежитъ отпечатокъ изысканности, надуманности, какъ-бы преднамѣренности.

Останковъ: Не наблюдали-ли вы симптома *Gausser*'а при истеріи? Намъ пришлось наблюдать симптомъ *Gausser*'а въ одномъ случаѣ *dementia praecox*, въ которомъ, однако, имѣлись несомнѣнно и истерическія *stigmata*.

Докладчикъ: *Gausser*'овскій симптомъ при истеріи описанъ въ литературѣ. Мнѣ же пришлось наблюдать *Gausser*'овскій симптомъ лишь однажды. Въ Россіи описано всего два случая *Gausser*'овскаго симптома, включая и мой.

А. М. Виршубскій: Еврейское законодательство о разводѣ у душевно-больныхъ. (Ауторефератъ). На VI Пироговскомъ съѣздѣ по ини-

ціативъ д-ра *Штейнберга* былъ поднять вопросъ «О необходимости включить душевную болѣзнь въ число законныхъ причинъ къ расторженію брака». Докладъ д-ра *Штейнберга* былъ препровожденъ въ русскія психіатрическія и юридическія Общества для обсужденія, и собранный матеріалъ былъ подвергнутъ обсужденію на VII сѣздѣ, которымъ и принята резолюція, благоприятная для введенія новаго закона. Вмѣстѣ съ тѣмъ, однако, присутствовавшіе на сѣздѣ указывали на односторонность собраннаго матеріала, касающагося только интересовъ православнаго населенія и совершенно игнорирующаго бытовія особенности другихъ національностей. Это обстоятельство и побудило докладчика всесторонне изучить состояніе этого вопроса у евреевъ и, обработавъ матеріалъ изъ религіозной литературы въ свѣтѣ современной психіатріи, представить его сужденію X Пироговскаго сѣзда. Еврейское законодательство, по заявленію докладчика, неодинаково для мужчинъ и женщинъ; и то, и другое, разобранное имъ по пунктамъ, не соотвѣтствуетъ принятымъ русскими психіатрами нормамъ. Докладчикъ предлагаетъ секціи своимъ высокимъ научнымъ и моральнымъ авторитетомъ санкціонировать желательность и плѣсообразность требованія врачебной экспертизы общественными раввинами въ случаѣ расторженія брака у душевно-больныхъ супруговъ.

Н. Е. Осиповъ: Плазматическія кліткы при прогрессивномъ параличѣ (съ демонстраціей препаратовъ). Плазматическимъ кліткамъ въ корѣ головного мозга придается нынѣ большое значеніе, съ тѣхъ поръ какъ *Vogt*, на основаніи большого количества срѣзовъ головного мозга какъ отъ больныхъ, такъ и отъ здоровыхъ, пришелъ къ заключенію, что скопленіе плазматическихъ клітокъ въ корѣ головного мозга является патогномичнымъ для прогрессивнаго паралича. *Alzheimer* на 170 случаяхъ подтвердилъ въ общемъ наблюденія *Vogt*'а, но считаетъ присутствіе плазматическихъ клітокъ не патогномичнымъ для прогрессивнаго паралича, а вообще характернымъ для всѣхъ воспалительныхъ процессовъ въ головномъ мозгу. Докладчикъ демонстрируетъ срѣзы отъ 3 случаевъ прогрессивнаго паралича; во всѣхъ препаратахъ имѣются установленныя *Marschal*'емъ характерныя особенности плазматическихъ клітокъ: большое количество плазмы, крупныя хроматиновыя зерна въ ней и вакуолы и, наконецъ, одинаковая окрашиваемость ядренными красками, какъ самихъ ядеръ, такъ и протоплазмы. Что касается происхожденія плазматическихъ клітокъ, то *Unna*, находившій ихъ при различныхъ заболѣваніяхъ кожи, считаетъ ихъ патологическими дериватами соединительной ткани, другіе причисляютъ ихъ къ лимфоцитамъ. Докладчикъ, вмѣстѣ съ *Marschal*'емъ, принимаетъ ихъ происхожденіе изъ адвенціи сосудовъ, т. е. считаетъ ихъ лейкоцитами.

А. Н. Бернштейнъ: Экспериментально-психологическая методика распознаванія душевныхъ болѣзней. Докладчикъ, указавъ на заслуги *Wernicke* и *Kraepelin*'а въ вопросѣ о введеніи объективныхъ данныхъ при распознаваніи душевныхъ болѣзней, знакомитъ съ методикой объективнаго изслѣдованія больныхъ, частью на основаніи данныхъ другихъ авторовъ, частью на основаніи собственныхъ наблюденій и соб-

ственныхъ деталей методики. Прежде всего докладчикъ показываетъ таблицы изображеній различныхъ предметовъ, частью крашенныхъ, частью некрашенныхъ, для изслѣдованія способности воспріятій. Замѣчено, что психически-больные лучше узнаютъ крашенныя изображенія, чѣмъ некрашенныя. Для изслѣдованія способности осмысленія больнымъ показываются картины для опредѣленія общаго впечатлѣнія, для опредѣленія же послѣдовательнаго мышленія картины, изображающія различные фазы какого-либо происшествія, напр. опьянѣніе и его послѣдствія. Для опредѣленія способности обобщенія служатъ картины, изображающія рядъ извѣстныхъ птицъ или музыкальныхъ инструментовъ, или принадлежностей рыбной ловли и пр. Комбинаторныя способности изслѣдуются устнымъ счетомъ или складываніемъ цѣльной картинки изъ обрѣзковъ различной формы и величины, причемъ для болѣе тяжелыхъ случаевъ даютъ складывать картину, разрѣзанную на-крестъ, для болѣе способныхъ служатъ картины, изрѣзанныя самымъ причудливымъ способомъ. Способность соображенія опредѣляется чтеніемъ текста съ пропущенными словами или слогами, а также разсматриваніемъ картинокъ съ несообразностями (напр. человекъ съ однимъ глазомъ и двумя носами, игра на скрипкѣ вверхъ ногами и пр.). Для изученія послѣдовательнаго сосредоточиванія даютъ рядъ послѣдовательныхъ вычитаній или даютъ сосчитывать нѣсколько рядовъ сложенныхъ вмѣстѣ шариковъ. Для опредѣленія воспріимчивости («Merkfähigkeit») дается карточка съ нѣсколькими на ней нарисованными геометрическими фигурами, а затѣмъ заставляютъ больного искать эти фигуры на другой карточкѣ, гдѣ, помимо вышеуказанныхъ фигуръ, имѣется еще цѣлый рядъ другихъ геометрическихъ фигуръ. Такія же приспособленія имѣются и для опредѣленія способности воспроизведенія, измѣренія способности и времени процесса ассоціацій, для измѣренія времени двигательной реакціи и пр. Такое изслѣдованіе занимаетъ, по увѣренію докладчика, не болѣе часа времени, производится первый разъ въ кабинетѣ, а слѣдующіе разы, для опредѣленія улучшенія или ухудшенія психическаго состоянія больного, въ палатѣ, при обходѣ. Названное объективное изслѣдованіе, конечно, не исключаетъ ни опроса больныхъ, ни наблюденій теченія болѣзни, но оно требуется непременно для точнаго распознаванія душевнаго состоянія больного.

Миноръ интересуется знать, дѣлятся-ли нынѣ психіатрическія школы на 2 лагеря по отношенію къ объективному изслѣдованію душевно-больныхъ или нѣтъ такого принципиальнаго противоположенія старыхъ методовъ объективному изслѣдованію.

Ротъ не признаетъ за данной методикой названія «нозологической», такъ какъ, хотя она и служитъ распознаванію душевныхъ болѣзней, она все же скорѣе относится къ симптоматологіи.

Останковъ: Если говорить о нозологической школѣ, то скорѣе это названіе надо присвоить не школѣ *Kraepelin*'а, а старой школѣ, которая на основаніи опроса больныхъ, на основаніи теченія болѣзни, устанавливала діагнозъ болѣзни. Между тѣмъ новая методика устанавливаетъ лишь общія черты душевнаго состоянія больного, но не дала еще ни одной новой формы болѣзни, обнаруживаемой ею только одною.

Захаровъ: Совпадаютъ-ли результаты объективной методики съ дальнѣйшими наблюденіями надъ больнымъ?

Максимовъ: Объективный способ навряд-ли может оправдать возлагаемая на него надежды, такъ какъ по своей сложности можетъ иногда обнаружить пониженность интеллекта и душевную болѣзнь тамъ, гдѣ ея нѣтъ. Съ другой стороны, этой методикой можно больного такъ «натаскать», что онъ въ концѣ-концовъ даже при ухудшеніи болѣзни будетъ въ показываемыхъ картинахъ лучше разбираться, чѣмъ раньше.

Докладчикъ, отвѣчая на сдѣланныя возраженія, указалъ на великія заслуги школы *Kraepelin*'а и на основанія, почему эта школа можетъ называться психологической, а затѣмъ далъ объясненіе на каждое возраженіе въ отдѣльности.

Въ преніяхъ участвовали еще кромѣ того: *Яковенко*, *Останковъ* и *докладчикъ*.

Въ концѣ заведенія председатель напомнилъ, что день заведенія совпадаетъ со днемъ смерти *С. С. Корсакова*, предложилъ почтить его память вставаніемъ и внести въ распорядительное заведеніе *Х Пироговскаго* сѣзда предложеніе назвать секцію нервныхъ болѣзней 1 мая 1907 года «посвященной памяти *С. С. Корсакова*».

Предложеніе принято единогласно.

Засѣданіе 1 мая (днемъ).

Проф. В. К. Ротъ въ нѣсколькихъ словахъ объясняетъ положеніе дѣлъ относительно «*Союза россійскихъ психіатровъ и невропатологовъ*» и сообщаетъ, что организацію дѣла взяли на себя *О. А. Чечоттъ* и *П. А. Останковъ*.

Председатель *Н. П. Каменевъ* предлагаетъ поблагодарить заведующихъ секціей по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ; благодаря ихъ работамъ не только организаціоннаго характера, но и чисто научнымъ секція имѣла такой огромный успѣхъ.

Председатель при несомлкемыхъ аплодисментахъ благодаритъ отдѣльно *проф. В. К. Рота*, *проф. В. П. Сербскаго*, *В. И. Яковенко*, секретарей: *М. С. Минора*, *С. А. Суханова*, *Ф. Е. Рыбакова* и *Н. И. Коротнева*.

А. А. Суховъ: *Вопросы и нужды дѣла борьбы съ эпилепсіей въ Россіи*. Докладчикъ остается на различныхъ способахъ борьбы съ эпилепсіей путемъ призрѣнія въ патронажахъ, обычнаго типа больницахъ и т. п., причемъ лично склоняется къ устройству не пріютовъ, а больничныхъ учреждений. Авторъ совѣтуетъ взять дѣло призрѣнія эпилептиковъ въ руки общественныхъ учреждений, такъ какъ существуетъ опасность захвата со стороны монашескихъ учреждений. Эпилептики въ правовомъ отношеніи находятся въ худшихъ условіяхъ, нежели душевно-больные. Статистическія изслѣдованія эпилепсіи очень плохи, они ограничиваются официальными цифрами, которыя совсѣмъ не соотвѣтствуютъ настоящему положенію вещей. Авторъ предлагаетъ дебатировать этотъ вопросъ и затѣмъ представить его для окончательнаго разсмотрѣнія въ Госуд. Думу какъ можно скорѣе, чтобы онъ не попалъ въ руки духовенства или казеннаго вѣдомства.

Председатель, резюмируя сказанное, говоритъ: «Здѣсь высказано и предложено на разсмотрѣніе секціи два вопроса, во-первыхъ, что вопросъ о призрѣніи эпилептиковъ подлежитъ исключительно вѣдѣнію общественныхъ силъ и,

во-вторыхъ, что Пироговское Общество должно учредить комиссію по организаціи дѣла призрѣнія эпилептиковъ».

А. А. Суховъ, признавая, что дѣло призрѣнія эпилептиковъ находится въ опасности захвата духовными и казенными учрежденіями, проситъ подчеркнуть это обстоятельство.

Предсѣдатель въ виду важности и чрезвычайной сложности вопроса предлагаетъ внести вопросъ объ эпилепсіи въ число программныхъ будущаго съѣзда Пироговскаго Общества.

Яковенко обращаетъ вниманіе докладчика, что страхи его преувеличены, такъ какъ монашескія организаціи призрѣваютъ эпилептиковъ на благотворительныя суммы, на которыя врядъ-ли возможно призрѣть всѣхъ эпилептиковъ. Что же касается общественныхъ учрежденій, то на нихъ возлагается даже обязанность призрѣть своихъ больныхъ. Но вопросъ не можетъ быть рѣшенъ, пока нѣтъ статистическихъ данныхъ, поэтому секція должна выразить пожеланіе, чтобы вопросы о статистикѣ, о формахъ призрѣнія и т. п. были изучены лучше и связаны съ общимъ вопросомъ обо всѣхъ душевно-больныхъ и ихъ правовомъ положеніи. Наиболѣе правильнаго рѣшенія этого вопроса можно ждать, сдѣлавъ его программнымъ.

Предсѣдатель отъ лица секціи вноситъ предложеніе, а формулировку предложенія передаетъ въ комиссію.

Г. Ю. Якубъ: *Психозы во время беременности какъ показаніе къ искусственному ея прерыванію.* Докладчикъ приходитъ къ заключенію, что рѣшиться прервать беременность вслѣдствіе психоза слѣдуетъ только при существованіи опасности для жизни и здоровья больной, такъ, тяжелыя формы меланхоліи могутъ служить показаніемъ къ искусственному прерыванію беременности. Рѣшиться на операцію слѣдуетъ только ex consilio съ психіатромъ. У женщинъ, у которыхъ психозъ повторяется во время нѣсколькихъ беременностей, слѣдуетъ предупреждать дальнѣйшую беременность.

Предсѣдатель: За 25-лѣтнюю психіатрическую практику я не видалъ случая, гдѣ бы было показаніе къ произведенію выкидыша у душевно-больной — для меня несомнѣнно, что выкидышъ долженъ имѣть витальныя показанія, когда мы можемъ ручаться, что психозъ угрожаетъ жизни плода и матери, но вотъ этого послѣдняго я за всю свою практику не встрѣчалъ.

Д. М. Горчаренко: *Къ вопросу объ единой нервно-физической энергіи съ точки зрѣнія эфирной теоріи.* Докладчикъ резюмируетъ свой докладъ слѣдующими словами: „Замѣняя ученіе о грубой матеріальной основѣ психическаго начала ученіемъ о невѣсомой эфирной субстанціи, мы этимъ даемъ ключъ къ объясненію сущности психическихъ процессовъ и жизненной силы“.

Проф. В. К. Ротъ закрываетъ засѣданія секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней и выражаетъ чувство удовлетворенія по поводу оправдавшейся возможности и продуктивности работы секціи.

Дѣтскія болѣзни.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Засѣданіе было открыто завѣдующимъ секціей проф. Н. С. Корсаковымъ, который указалъ на малое количество докладовъ, поступившихъ въ секцію, повидимому, оттого, что свѣдѣнія о разрѣшеніи съѣзда были

получены поздно, а также оттого, что часть докладов отошла въ секцію борьбы съ дѣтской смертностью.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *И. А. Троицкій*, который въ своей рѣчи высказалъ пожеланіе, чтобы на Пироговскихъ сѣздахъ подвергнуты были обсужденію и подведены итоги многимъ кореннымъ вопросамъ педиатріи, какъ, напр., вопросу о вскармливаніи дѣтей.

П. П. Эминетъ: *Клиническое значеніе сфигмографіи у дѣтей*. Изслѣдованіе пульса у дѣтей при помощи сфигмографа при одновременномъ опредѣленіи кровяного давленія принадлежитъ къ очень важнымъ діагностическимъ признакамъ. Докладчикъ, на основаніи изслѣдованія 450 дѣтей, пришелъ къ выводу, что между кровянымъ давленіемъ и сфигмограммой существуетъ тѣсная связь. Уголъ восхожденія анакротического колѣна зависитъ отъ давленія: онъ тѣмъ меньше, чѣмъ выше кровяное давленіе. Величина пульсовыхъ волнъ прямо пропорціональна кровяному давленію. Предикротическое поднятіе, такъ же, какъ и дикротическое находятся въ зависимости отъ кровяного давленія—первое при высокомъ, второе—при низкомъ наиболѣе развиты. Величина объемныхъ колебаній въ корнѣ аорты оказываетъ вліяніе на сфигмограммы только при высокомъ сравнительно кровяномъ давленіи, именно—увеличеніе объемныхъ колебаній совпадаетъ съ увеличеніемъ предикротического поднятія и уменьшеніемъ дикротического, а уменьшеніе объемныхъ колебаній совпадаетъ съ увеличеніемъ дикротического и уменьшеніемъ предикротического подъема. На протяженіи жизни ребенка отъ 6 до 15 лѣтъ имѣются два максимума кровяного давленія: въ 6 лѣтъ и въ 11 лѣтъ. Это находитъ себѣ объясненіе въ физиологическомъ ростѣ сердца и сосудовъ въ тотъ же періодъ времени. Предикротическій пульсъ является показателемъ состоянія мощи сердечной мышцы, эластичной способности корня аорты и высоты кровяного давленія. Столь часто встрѣчающаяся у дѣтей аритмія объясняется истощеніемъ и утомленіемъ сердечной мышцы, и сфигмографъ вмѣстѣ съ тонометромъ являются единственными приборами для изслѣдованія функциональной дѣятельности центрального органа. Этимъ путемъ опредѣляется и работоспособность сердца, и способность его приспособляться къ повышенію запросовъ, предъявляемыхъ жизнью въ его функциональной дѣятельности. Аритміи могутъ быть различнаго характера, и классификація аритміи должна быть по построенію двухъ или нѣсколькихъ пульсовыхъ волнъ, а не по характеру отдѣльной пульсаціи. Кромѣ того по сфигмограммѣ можетъ быть опредѣленъ и артритизмъ у ребенка. Соли и недоокисленные продукты жизненнаго метаморфоза, накопляясь въ излишкѣ въ организмѣ, отлагаются въ тканяхъ его и между прочимъ и въ первую очередь въ стѣнкахъ постоянно дѣятельныхъ сосудовъ. Благодаря этому создается гипертоничность сосудистой стѣнки настолько сильная, что она не можетъ ускользнуть отъ записывающаго рычажка сфигмографа. Катакротическое колѣно такихъ сфигмограммъ выгнуто кверху и усѣяно множествомъ вторичныхъ мелкихъ подъемовъ, причемъ главные поднятія по величинѣ почти не отличаются отъ подъемовъ отъ эластичности; вся

кривая имѣетъ несвободный, какъ-бы натянутый видъ; вторичныя возвышенія приближены къ вершинѣ, причемъ верхушки ихъ широки, иногда имѣютъ верхушечное плато.

Нѣсколько вопросовъ предложила докладчику ж.-врачъ *Шингалова*.

И. К. Стржелобицкій: Къ вопросу о распознаваніи воспаленія легкихъ у дѣтей. Распознаваніе воспаленія легкихъ у дѣтей принадлежитъ и къ легкимъ, и къ очень тяжелымъ, и нерѣдко случаи воспаленія легкихъ просматриваются. Нѣтъ ни одного признака, который не могъ бы отсутствовать, нѣкоторые опознательные пункты носятъ колеблющійся характеръ. Такъ, повышенная температура всегда подчеркивается при пневмоніяхъ. Между тѣмъ рядъ пневмоній протекаетъ по типу интермиттирующей и ремиттирующей температуры. Докладчикъ на основаніи своего опыта особенно подчеркиваетъ необходимость повторнаго изслѣдованія легкихъ въ тѣхъ случаяхъ, когда при отсутствіи другихъ указаній повышение температуры сопровождается интермиссіями или немотивированными ремиссіями. Далѣе обычно считается, что громкій крикъ у дѣтей исключаетъ тяжелое страданіе легкихъ. Это положеніе должно быть ограничено по отношенію къ нѣкоторымъ тяжелымъ пневмоніямъ, когда этотъ крикъ носитъ у дѣтей неистовый характеръ. Именно по отношенію къ такимъ случаямъ сильный крикъ служить діагностическимъ признакомъ тяжелой пневмоніи.

Кисель подтвердилъ, что интермиттирующая температура встрѣчается очень часто и наблюдается при всѣхъ формахъ и лобулярной, и лобарной, особенно при послѣдней. До сихъ поръ при пневмоніяхъ на температуру дѣйствительно возлагаютъ большія надежды, думая, что по t^0 можно рѣшить вопросъ, съ лобулярной или лобарной формой имѣется въ данномъ случаѣ дѣло. Что касается крика, то не объясняется-ли онъ послѣдовательнымъ пораженіемъ брюшины. *Н. С. Корсаковъ* также подтвердилъ частоту интермиттирующихъ типовъ лихорадки при пневмоніяхъ; при сильномъ крикѣ дѣтей особое вниманіе должно быть обращено на среднее ухо.

Столкинъ указываетъ на желательность изслѣдованія крови въ случаяхъ интермиттирующей температуры; затѣмъ желательно изслѣдовать среднее ухо, которое нерѣдко отзывается въ нерѣзкой формѣ на воспаленіе и можетъ явиться причиной крика.

Дальнѣйшіе доклады не были заслушаны, такъ какъ предстояло въ 2 ч. засѣданіе секціи борьбы съ дѣтской смертностью.

Засѣданія 27 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *И. К. Стржелобицкій* (Тула):

В. И. Молчановъ (Москва): Къ патогенезу церебральныхъ гемиплегій послѣ дифтеріи въ связи съ ученіемъ о дифтерійномъ тромбозѣ сердца (съ демонстраціей препаратовъ). Параличи одной половины тѣла вслѣдствіе пораженія головного мозга встрѣчаются при дифтеріи рѣдко, и патогенезъ ихъ еще не вполне изученъ. Докладчикъ сообщаетъ наблюдавшійся имъ случай. Дѣвочка, 10 лѣтъ, поступила въ клинику на 3-й день болѣзни съ тяжелой гипертоксической формой дифтеріи. На 8-й день болѣзни появились признаки нефрита, а черезъ сутки замѣчено было, какъ результатъ дифтерійной интоксикаціи, рѣзкое ослабленіе сер-

дечной дѣтельности (слабый, неправильный пульсъ, очень глухіе тоны и расширение сердца). Въмѣстѣ съ тѣмъ отмѣчены были признаки начинающагося паралича мягкаго неба. На 11-й день съ большой внезапно сдѣлался припадокъ, чрезвычайно напоминавшій апоплектический инсультъ, послѣ припадка обнаружены были афазія и полный параличъ всей правой половины тѣла. Дифференціальный діагнозъ заставилъ докладчика остановиться на предположеніи, что данный параличъ зависитъ отъ эмболии art. fossae Sylvii, тѣмъ болѣе, что глубокое расстройство сердечной дѣтельности, наступившее за два дня до инсульта, допускало полную возможность существованія источника для мозговой эмболии, т. е. сердечнаго тромба. Больная скончалась на 13-й день заболѣванія дифтеріей при явленіяхъ нарастающей слабости сердца. Кровь, взятая за 6 часовъ до смерти изъ локтевой вены въ количествѣ 10 куб. см., оказалась стерильной. Вскрытіе вполне подтвердило распознаваніе: закупорка одной изъ вѣтвей art. fossae Sylvii и тромбъ въ верхушкѣ лѣваго желудочка, при наличности измѣненія сердечной мышцы какъ въ видѣ паренхиматознаго перерожденія, такъ и въ видѣ воспаленія промежуточной соединительной ткани; эндокардита ни макроскопически, ни микроскопически обнаружить не удалось.—Изъ обширной литературы, приведенной докладчикомъ, видно, что всего до сихъ поръ описано 43 случая дифтерійной гемиплегіи. Изъ нихъ въ 9 случаяхъ распознаваніе было подтверждено вскрытіемъ. Что касается причинъ дифтерійныхъ параличей центральнаго происхожденія, то большинство авторовъ указываютъ на слѣдующія: энцефалитъ, кровоизліяніе, тромбозъ и эмболию мозговыхъ артерій. Наиболѣе частой (18 случаевъ) причиной является мозговая эмболія. Единственнымъ источникомъ ея являются сердечные тромбы; они были найдены во всѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло дошло до вскрытія. Въ 1902 г. *Marfan* предложилъ свою теорію для объясненія патогенеза сердечныхъ тромбовъ при дифтеріи. По его мнѣнію, главной причиной дифтерійнаго тромбоза сердца является эндокардитъ, который зависитъ отъ вторичной инфекции диплококкомъ; рѣзкое же ослабленіе сердечной дѣтельности вслѣдствіе міокардита лишь способствуетъ образованію тромбовъ, такъ какъ оно вызываетъ замедленіе или даже остановку тока крови.—Случай, описанный докладчикомъ и подробно изслѣдованный въ бактеріологическомъ и гистологическомъ отношеніи, не подтвердилъ взгляда *Marfan*'а. Въ сердечной мышцѣ найдены были рѣзкія, по преимуществу паренхиматозныя измѣненія; что же касается эндокардита, то онъ не былъ найденъ ни макроскопически, ни при изслѣдованіи срѣзовъ. Далѣе, бактеріологическое изслѣдованіе крови, произведенное при жизни и послѣ смерти больного, дало отрицательный результатъ; не удалось также обнаружить микробовъ и въ срѣзахъ, приготовленныхъ изъ сердца и изъ фокуса размягченія въ головномъ мозгу. Такимъ образомъ теорія инфекціоннаго эндокардита не приложима ко всѣмъ случаямъ дифтерійнаго тромбоза. Съ своей стороны докладчикъ предлагаетъ другое объясненіе. Намъ извѣстно, что дифтерійный ядъ вызываетъ глубокія измѣненія какъ въ мышечныхъ волокнахъ сердца, такъ и въ промежуточной соединительной ткани, гдѣ пре-

обладають сосудистыя измѣненія: расширеніе сосудовъ, замедленіе тока крови и даже тромбозъ отдѣльныхъ вѣтокъ. Такое разстройство кровообращенія въ самомъ сердцѣ нарушаетъ правильность питанія всѣхъ его составныхъ частей, въ томъ числѣ и эндокардія; кромѣ того дифтерійный ядъ производитъ непосредственное вредное вліяніе на клѣточные элементы эндокардія. Такимъ образомъ получаются два необходимыхъ условія для образованія тромба: замедленіе тока крови въ полостяхъ сердца вслѣдствіе перерожденія мышечныхъ волоконъ и трофическія измѣненія эндокардія, которыя достаточны для того, чтобы эндотелиальныя клѣтки потеряли свою способность противодѣйствовать свертыванію крови.

Бомштейнъ (Москва) говоритъ, что случай докладчика очень интересенъ, такъ какъ онъ указываетъ на вліяніе дифтерійнаго яда на внутреннюю стѣнку сосудовъ и на мышцу сердца.

П. П. Эминетъ (Харьковъ): *Къ вопросу о леченіи enuresis nocturnae.* Изъ обширнаго доклада, содержащаго подробныя литературныя свѣдѣнія объ этиологіи, симптоматологіи и патогенезѣ ночного недержанія мочи, мы приводимъ только данныя, касающіяся леченія. Прежде всего необходимо рѣшить, не кроется-ли въ самихъ половыхъ органахъ причина недержанія, и если имѣется фимозъ, сращенія *praeputii*, клитора, атрезія канала, *fissurae ani*, то слѣдуетъ примѣнить хирургическое леченіе. Въ случаѣ *oxyuris vermicularis* показано соотвѣтствующее леченіе. При исключеніи аномалій со стороны мочепоолового аппарата, когда, стало быть, страданіе—эссенціальное, прибѣгають къ общему леченію. Здѣсь на первомъ планѣ стоитъ нравственная и физическая гигиѣна. При этомъ прежде всего необходимо исключить всякое наказаніе, выговоры, упреки и вмѣсто этого «постараться внушить ребенку довѣріе къ самому себѣ и достигать этого, доставляя ему нѣсколько сухихъ ночей» (*Janet*). При плохомъ физическомъ питаніи ребенка необходимо общее леченіе и укрѣпленіе организма массажемъ, гимнастикой, гидротерапіей, солеными ваннами, пребываніемъ на морскомъ берегу. Для мѣстнаго леченія предложено много способовъ: катетеризація канала и шейки пузыря, прижиганіе канала у дѣвочекъ, электризація фарадическимъ токомъ въ различныхъ видоизмѣненіяхъ и т. д. Что касается медикаментознаго леченія, то съ этой цѣлью употребляютъ 2 ряда средствъ: антиспазмотическія—для уменьшенія раздраженія нервныхъ центровъ и пузыря, таковы: бромиды, белладонна, и тоническія—для увеличенія резистентности сфинктера, какъ-то: маточныя рожки, пух *vomica* etc. Въ 1891 г. *Czillag* предложилъ манальный способъ леченія недержанія мочи, на изложеніи методики котораго докладчикъ подробно остановился.

По мнѣнію докладчика, этому леченію должны подлежать прежде всего формы такъ назыв. чистой *enuresis nocturnae*, причину которой слѣдуетъ искать въ слабости запирающаго аппарата пузыря, т. е. «паралитическія формы», а также тѣ формы, которыя объясняются несоотвѣтствіемъ въ иннервации между *detrusor* и *sphincter vesicae*.—Докладчикъ за послѣдніе 2 года лечилъ по этому методу 10 дѣтей въ возрастѣ отъ 4 до 13 лѣтъ; изъ нихъ 3 дѣвочки, остальные мальчики. Дѣти эти были скро-

фулезы, анемичны и въ большинствѣ случаевъ имѣли невропатическую наслѣдственность. Кромѣ массажа у этихъ дѣтей не примѣнялось никакого другого леченія. Въ общемъ можно сказать, что уже на 4-й день леченія сфинктеръ и нервный аппаратъ настолько укрѣпляются, что дѣти въ состояніи сначала самостоятельно просыпаться ночью для того, чтобы помочиться, а потомъ даже могутъ удерживаться въ теченіе цѣлой ночи. Ни въ одномъ случаѣ докладчикъ не видѣлъ отрицательнаго результата, что же касается положительнаго, то у нѣсколькихъ больныхъ онъ держится уже 1½ — 2 года. При рецидивѣ болѣзни показано то же леченіе. Что касается времени леченія, то оно проводится непрерывно въ теченіе 12—15 дней или съ перерывомъ на 1—2 дня, или по серіямъ, напр. по 5 сеансовъ—три серіи съ промежутками въ 2 недѣли. Лучше сразу продѣлать полный курсъ леченія въ 15 сеансовъ. Нѣкоторые авторы указываютъ, какъ на отрицательную сторону метода, на возможность мастурбаціи. Самъ докладчикъ даже у взрослыхъ дѣтей не наблюдалъ появленія онанизма подъ вліяніемъ метода *Czillag'a*. — Изъ выводовъ докладчика отмѣтимъ, что способъ примѣнимъ къ дѣтямъ всякаго возраста, но что, начиная съ 13 лѣтъ, успѣхъ менѣе постояненъ и не такъ вѣренъ; кромѣ того леченіе докладчикъ считаетъ возможнымъ довѣрить лишь врачу, специально знакомому съ методомъ вообще и съ вибраціоннымъ массажемъ въ частности.

Стржельбицкій (Тула): Этіологія ночного недержанія мочи чаще всего — истерія. Отсутствіе другихъ признаковъ истеріи ничего не доказываетъ, ибо извѣстно, что въ дѣтскомъ возрастѣ истерія очень часто бываетъ моносимптоматической. Считаю методъ докладчика неудобнымъ, особенно у дѣвочекъ въ виду возможности мастурбаціи.

Латинеръ (Елецъ) считаетъ, что *enuresis nocturna* въ большинствѣ случаевъ сопровождается катарромъ пузыря; поэтому, кромѣ общаго укрѣпляющаго леченія, необходимо давать средства, дезинфицирующія пузырь.

Дементьевъ (Спб.): Въ дѣтскихъ колоніяхъ въ Петербургѣ каждое лѣто бываетъ 1500—2000 дѣтей въ возрастѣ 9—12 лѣтъ; изъ этого числа ежегодно наблюдается 50—75 дѣтей съ недержаніемъ мочи. Укрѣпленіе общаго здоровья, нервной системы и питанія съ помощью питательной пищи, купанья и т. д. несомнѣнно дѣйствуетъ очень благоприятно. Изъ фармацевтическихъ препаратовъ помогаетъ *t-ra lisc. vomis.* вечеромъ по 5 капель.

Городецкій, на основаніи собственныхъ наблюденій (4 случая), считаетъ массажъ наиболее надежнымъ и дающимъ наилучшіе результаты средствомъ. Одновременно необходимо общее леченіе. Лучшіе результаты получаются у болѣе молодыхъ дѣтей.

Сперанскій (Москва) наблюдалъ эффектъ при гипнотическомъ внушеніи наяву и во снѣ, наряду съ общимъ укрѣпляющимъ леченіемъ. Считаешь, что большинство случаевъ зависитъ отъ истеріи.

Усковъ считаетъ, что при ненадежности всѣхъ средствъ, въ томъ числѣ и электричества, и гипноза, массажъ, гдѣ докладчикъ получалъ подъ-рядъ 10 случаевъ излеченія, заслуживаетъ полнаго вниманія.

Никифоровъ сообщаетъ о 2 случаяхъ изъ частной практики; въ одномъ изъ нихъ самый обычный массажъ рег апит далъ очень хорошій результатъ.

Кисель (Москва) сообщаетъ о 2 способахъ леченія, практикуемыхъ имъ въ больницѣ. Первый способъ: ребенка помѣщаютъ въ больницу и не даютъ ему никакихъ лекарствъ. Ночью его будятъ 3 раза, черезъ 3 дня будятъ 2 раза, еще черезъ день—1 разъ. Черезъ 7—10 дней прекращаютъ будить.

Затѣмъ держать ребенка въ больницѣ еще 2—4 недѣли, и онъ оказывается здоровымъ. Дома болѣзнь не возобновляется, насколько можно судить по справкамъ. Второй способъ: ребенку внушаютъ на словахъ, чтобы онъ не смѣлъ больше мочиться подъ себя; затѣмъ держать въ больницѣ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ уже это одно помогаетъ. Въ общемъ можно сказать, что дѣти безъ психической и рѣзкой физической отсталости поддаются любому методу леченія.

Андреевъ наблюдалъ очень хорошіе результаты при леченіи по методу *Воскресенскаго*: въ мочевоѣ пузырь вводятъ жидкость, причемъ заставляютъ больного удерживать ее въ теченіе нѣскольکو минутъ; первый день вводятъ 100 куб. см., потомъ 150 — 200 и т. д. Сфинктеръ вырабатываетъ необходимую мощь.

Проф. *Корсаковъ* (Москва) указываетъ, что при *enuresis postuна* всегда имѣется одновременно та или иная аномалія со стороны нервной системы. У нѣкоторыхъ больныхъ наблюдаются аденоиды, фимозъ, циститъ (рѣдко). Этимъ мѣстнымъ заболѣваніемъ надо придавать значеніе; вслѣдъ за ихъ излеченіемъ иногда наблюдается выздоровленіе какъ-бы по волшебству. Бываетъ, что излечивается не укрѣпленіе, а ослабленіе организма; оппонентъ видѣлъ случай, гдѣ больной перенесъ тифъ и выздоровѣлъ отъ *enuresis*, а между тѣмъ раньше ничто не помогало. Нельзя отрицать вліянія и всѣхъ другихъ способовъ. Гипнозъ помогаетъ, но не всегда. Важенъ способъ воздѣйствія, тонъ врача, особенно у истеричныхъ дѣтей. Этимъ и объясняется, быть можетъ, успѣхъ докладчика, который такъ методически и аккуратно выполнялъ свой способъ.

Засѣданіе 29 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *С. М. Тимашевъ* (Томскъ).

Проф. *И. В. Трошкій* (Харьковъ): *Сравнительныя данныя по вопросу о вскармливаніи грудныхъ дѣтей*¹⁾. Приведя обширную литературу по вопросу объ искусственномъ вскармливаніи грудныхъ дѣтей, о преимуществахъ молока матери предъ молокомъ кормилицы, и въ особенности предъ искусственнымъ питаніемъ, и указавъ далѣе на рѣзкія противорѣчія въ литературѣ по этому вопросу, докладчикъ выставляетъ 15 положеній, изъ которыхъ приводимъ наиболѣе важныя: 1) Смѣшанное кормленіе можно рекомендовать, какъ способъ безопасный въ тѣхъ случаяхъ, когда у матери или кормилицы не хватаетъ молока для собственнаго ребенка. 2) Необходима организація, въ законодательномъ порядкѣ строгаго санитарнаго контроля надъ продажей молока на фермахъ, рынкахъ и въ частныхъ домахъ. 3) Необходимо ходатайствовать объ учрежденіи на государственнѣй счетъ въ городахъ и крупныхъ центрахъ такъ назыв. «Gouttes de lait», какъ самаго надежнаго и вѣрнаго способа въ борьбѣ съ дѣтскою смертностью. 4) Учрежденія для брошенныхъ и безпріютныхъ дѣтей подлежатъ полной реорганизаціи, согласно послѣднимъ требованіямъ науки; основнымъ правиломъ въ такихъ пріютахъ должно быть вскармливаніе дѣтей ихъ матерями. 5) Надо учредить особыя кассы, изъ которыхъ женщины бѣднаго класса могли бы получать субсидію въ теченіе послѣднихъ мѣсяцевъ беременности и первыхъ

¹⁾ Въ Справочномъ Листкѣ съѣзда докладъ имѣлъ другое названіе: «Кормиличный промыселъ съ научной и соціальной точекъ зрѣнія». Впослѣдствіи авторъ измѣнилъ названіе своего доклада.

послѣ родовъ. Изъ тѣхъ же касъ можно выдавать преміи за образцовое вскармливаніе грудныхъ дѣтей. 6) Строгое проведеніе въ жизнь основныхъ способовъ для борьбы съ дѣтской смертностью не только понизить высокій % ея, но ограничить въ значительной степени цифру слабыхъ, мало устойчивыхъ организмовъ, предупредить физическое и моральное калѣчество.

Страшунскій (Москва) указываетъ, что отъ матерей, кормящихъ искусственно, часто приходится слышать, что врачи совѣтовали имъ не кормить ребенка—безъ уважительныхъ причинъ. Необходимо устранить это зло; врачи должны быть крайне осторожны въ этомъ отношеніи.

Латинеръ (Елецъ): Кормиличный промыселъ есть вопросъ экономическій. Въ настоящее время женщина выброшена на рынокъ труда такъ же, какъ и мужчина. Сколько бы мы ни убѣждали женщинъ кормить грудью по соображеніямъ нравственнымъ, патріотическимъ и т. п.,—ничто не поможетъ, такъ какъ женщина должна зарабатывать, чтобы кормить своего ребенка.

Кисель указываетъ, что вопросъ о показаніяхъ и противопоказаніяхъ къ материнскому кормленію и назначенію кормилицъ далеко еще не разработанъ.

Послѣ преній и указаній на то, что Пироговское Общество должно обратить вниманіе на кормиличный промыселъ и, если возможно, способствовать законодательному рѣшенію вопроса, секція избираетъ комиссію для предварительнаго разсмотрѣнія вопроса о кормильномъ промыслѣ—въ составѣ: проф. *И. В. Троицкаго* и прив.-доц. *И. М. Колтакчи* (Харьковъ), *И. К. Стржелоубицкаго* (Тула) и *Н. А. Русскихъ* (Екатеринбургъ).

А. С. Ивановъ (Москва): Къ бактериологій кори (съ демонстраціей микроскопическаго препарата). Давъ подробный очеркъ литературы вопроса объ этиологій кори, докладчикъ изложилъ результаты произведенныхъ имъ при кори бактериоскопическихъ и бактериологическихъ изслѣдованій крови и выдѣленій слизистыхъ оболочекъ коревыхъ больныхъ. Всего въ разные промежутки времени было изслѣдовано въ этомъ направленіи 76 больныхъ дѣтей корью (амбулаторныхъ). Въ значительномъ большинствѣ случаевъ кровь бралась у больного въ разгарѣ высыпанія и въ очень немногихъ—до появленія сыпи на кожѣ. На сухихъ покрашенныхъ препаратахъ крови за рѣдкимъ исключеніемъ имѣлись тоненькія палочки съ закругленными концами длиною отъ 0,5—1,0 μ , располагавшіяся между эритроцитами большею частью одиночно и въ скудномъ количествѣ, частью въ кучкахъ числомъ отъ 10—30. Красились палочки не всегда равномерно, концы ихъ интенсивнѣе середины. Изъ 53 случаевъ кори, изслѣдованныхъ уколомъ пальца, удалось при посѣвахъ крови получить палочку, похожую морфологически на имѣющуюся въ микроскопическихъ препаратахъ крови. Только въ одномъ случаѣ изъ 25 случаевъ кори, гдѣ кровь бралась у больныхъ изъ вены, выдѣлена такая палочка при посѣвѣ на питательныя среды въ 14 случаяхъ. Полученная палочка хорошо красилась всѣми анилиновыми красками, по *Gram*'у не красилась. Палочка обладала активной подвижностью. На агарѣ, телячьей и свиной сывороткѣ ростъ обнаружился вначалѣ въ видѣ очень маленькой капли, слегка опалесцирующей. Въ старыхъ культурахъ отмѣчается полиморфность и образованіе эндоспоръ. Послѣднія на твердыхъ средахъ появляются довольно рано. По отношенію къ животнымъ полученная палочка оказа-

лась вирулентной. Бѣлыя мыши и кролики, при введеніи первымъ подѣ кожу, а вторымъ въ вену уха суточной бульонной культуры палочки, заболѣвали при явленіяхъ катаррального пораженія слизистыхъ оболочекъ и повышенія температуры, нѣкоторые погибали черезъ 5—8 дней. Описанная палочка оказалась также гноеродна, такъ какъ въ одномъ случаѣ на мѣстѣ впрыскиванія образовался абсцессъ и въ гноѣ находились исключительно эти палочки, при посѣвѣ гноя на питательныя среды получилась чистая разводка этой палочки. Сыворотка крови, взятой отъ больныхъ, перенесшихъ корь, въ концѣ 2 и на 3 недѣлѣ, обнаруживала агглютинирующія свойства въ разведеніи 1:30:75:100 съ суточной бульонной культурой палочки въ довольно рѣзко выраженной формѣ. Найденную имъ палочку докладчикъ считаетъ возбудителемъ кори.

Лановой (Москва) спрашиваетъ, похожа-ли палочка, полученная докладчикомъ, на палочку *Помяловскаго*; получивъ утвердительный отвѣтъ, оппонентъ сообщаетъ, что сыворотка *Помяловскаго* была примѣнена въ 20 случаяхъ въ коревомъ отдѣленіи больницы св. Владиміра. Никакого благопріятнаго эффекта не было; наблюдались даже весьма непріятныя побочныя явленія, какъ инфилтраты на мѣстѣ укола, ціанозъ и т. п. Предохранительныя прививки сыворотки (10 дѣтямъ) не предохранили ихъ отъ заболѣванія корью: всѣ заболѣли.

Кисель интересуется, насколько былъ выраженъ катарръ дыхательныхъ путей у опытныхъ животныхъ и носилъ-ли этотъ катарръ специфическій, рѣзко выраженный характеръ.

Докладчикъ сообщаетъ, что катарральныя явленія были выражены рѣзко: текло изъ носа, изъ глазъ, животныя избѣгали свѣта. У кроликовъ наблюдалось пораженіе кишечника въ видѣ слизистыхъ поносовъ.

Кисель указываетъ, что впрыскиванія $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ шприца бульонной культуры были слишкомъ велики: они убивали животныхъ въ нѣсколько дней. Лучше было бы впрыскивать ничтожныя количества для того, чтобы дать развиваться той или иной патолого-анатомической картинѣ и не вызывать слишкомъ быстро септическую картину.

Въ дальнѣйшихъ преніяхъ участвовали кромѣ того: *Корсаковъ*, *Эминетъ*, *Тимашевъ*, *Лановой*. Между прочимъ проф. *Корсаковъ* сообщилъ, что покойный *Г. Н. Габричевскій* считалъ палочку, полученную докладчикомъ, весьма вѣроятнымъ возбудителемъ кори.

Секція по вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Завѣдующій секціей *Д. Е. Гороховъ*, указавъ на то, что особая секція по вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью образована на нынѣшнемъ Пироговскомъ съѣздѣ впервые, напомнилъ, что эти вопросы уже издавна останавливали на себѣ вниманіе различныхъ съѣздовъ врачей, медицинскихъ Обществъ и общественныхъ организацій. Въ настоящее время по этимъ вопросамъ накопился богатый матеріалъ, и было бы желательно образовать при Правленіи Пироговскаго Общества особую комиссію, которая въ межсъѣздные періоды будетъ преемственно разрабатывать вопросы о борьбѣ съ дѣтской смертностью. Эта же комиссія вмѣстѣ съ Правленіемъ Общества должна послѣ X съѣзда организовать особый съѣздъ по вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью; на этотъ съѣздъ должны быть пригла-

шны представители различных общественных организаций. Материалы, разработанные комиссией и специальным съездом, современем послужат основанием для законодательной разработки вопроса въ русскомъ парламентѣ.

По предложенію завѣдующаго секціей почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *Н. А. Русскихъ* (Екатеринбургъ), товарищемъ предсѣдателя — *И. К. Стржелебицкій* (Тула).

Н. А. Русскихъ указалъ, что борьба съ дѣтской смертностью пережила до настоящаго времени 3 періода. 100 лѣтъ тому назадъ академикъ *Германъ* указалъ на высокую дѣтскую смертность въ Россіи. Несмотря на то, что фактъ этотъ былъ подтвержденъ и другими изслѣдователями, вопросъ заглохъ. Въ 80-хъ годахъ прошлаго столѣтія подъ предсѣдательствомъ *Боткина* была образована особая коммисія по оздоровленію населенія Россіи. Несмотря на огромный матеріалъ, собранный этой коммисіей, работы ея кончились ничѣмъ. Наконецъ, въ настоящее время мы переживаемъ третій періодъ, когда съ помощью *Пироговскаго Общества* и цѣлаго ряда врачей вопросъ этотъ опять выдвинутъ на первый планъ настолько, что образована даже специальная секція по вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью на X *Пироговскомъ* съѣздѣ.

В. С. Дементьевъ (Спб.): *О дѣятельности Союза для борьбы съ дѣтской смертностью въ Россіи*. Союзъ, основанный по мысли земскаго врача г. Екатеринбурга *Н. А. Русскихъ* при содѣйствіи проф. *Н. П. Гундобина*, открылъ свою дѣятельность 12 декабря 1904 г. Открытіе союза совпало съ одной стороны съ неудачной войной, съ другой — съ внутренними неурядицами; поэтому союзу трудно было рассчитывать на должное вниманіе Общества и на притокъ значительныхъ матеріальныхъ средствъ, необходимыхъ для осуществленія широкихъ задачъ его. Коснувшись вкратцѣ цѣлей, организации, управленія союза и устройства мѣстныхъ отдѣловъ, докладчикъ перешелъ къ дѣятельности союза за истекшее время. Дѣятельность эта началась при наличности капитала въ 2000 руб. и при 200 членахъ. Къ концу 1-го года союзъ имѣлъ уже капиталъ въ 9000 руб. и 800 членовъ. Въ теченіе 1-го года своего существованія, несмотря на скудные средства, союзъ успѣлъ организовать въ Спб. даровую раздачу молока дѣтямъ бѣднѣйшихъ матерей. Молоко раздавалось при городскихъ амбулаторіяхъ думскихъ врачей — всего роздано около 15.000 бутылокъ. Затѣмъ союзомъ открыты были ясли, имени *О. М. Достоевскаго* въ Старой Руссѣ и субсидировались въ размѣрѣ 100 руб. ясли въ дер. Торма, Ямбургскаго уѣзда, Петербургской губ.; открыты столовые въ селѣ Никитскомъ, Богородскаго уѣзда, Тульской губ.; раздавалась крупа и сгущенное молоко въ одной изъ деревень *Ефремовскаго* уѣзда той же губерніи. — С.-Петербургскимъ Императорскимъ Воспитательнымъ Домомъ предложено было членамъ союза имѣть наблюденіе за выбранными дѣтьми, отдаваемыми Домомъ на вскармливаніе роднымъ матерямъ. Члены союза приняли это предложеніе, но съ условіемъ, чтобы въ основѣ наблюденія за дѣтьми были истинно-гуманныя начала, по которымъ мать видѣла бы въ членѣ

союза не простого надзирателя, а покровителя. Членами союза въ теченіе 2-лѣтняго наблюденія единогласно констатируется совершенно правильная постановка всего дѣла призрѣнія вѣбрачныхъ дѣтей. Въ особенно тяжеломъ условіи находятся матери съ дѣтьми отъ 1½ до 2 лѣтъ, когда надзоръ за ними особенно необходимъ и кормленіе является болѣе дорогимъ; между тѣмъ мать въ это время получаетъ пособіе меньшее, нежели въ первый годъ (9 руб. и 6 руб.).—Въ теченіе 2-го года существованія союза денежные средства увеличились еще на 6000 руб.; молока роздано уже около 24.000 бутылокъ; кромѣ того организована правильная раздача молока съ врачебной „консультацией“ въ Елисаветинской дѣтской больницѣ, въ лечебницѣ Общества самаритянъ, въ дѣтской больницѣ Принца Ольденбургскаго и (предположено) въ Народномъ Домѣ гр. Паниной. Въ 1907 году открыты ясли на 40 чело-вѣкъ въ Галерной гавани въ Спб. Мѣстность населена рабочимъ элементомъ и бѣднотой. Посѣщаются ясли очень охотно. При ясляхъ предположено открыть дѣтскій садъ и организовать практическую школу нянь. Эта школа должна служить самой вѣрной посредницей по распространенію знанія гігіены дѣтскаго возраста среди народа. Курсъ предполагается отъ 6 мѣсяцевъ до 2 лѣтъ.—Въ дѣтскихъ амбулаторіяхъ Спб. и въ провинціальныхъ отдѣлахъ роздано около 40.000 различныхъ брошюръ (изданія Пироговскаго Общества) по гігіенѣ дѣтскаго возраста, заразнымъ болѣзнямъ и т. п. Кромѣ того союзъ издалъ свою картину—брошюру „Мать и Дитя“.—Въ пользу союза пожертвовано изданіе проф. Гундобина „Дѣтская смертность и мѣры борьбы съ нею“ и проф. Д. А. Соколова и И. Гребенищикова „Дѣтская смертность въ Россіи“.—Въ теченіе 2-лѣтняго существованія союзъ успѣлъ открыть два отдѣла: въ Екатеринбургѣ и Харьковѣ.—Вся небольшая исторія союза представляетъ наглядный примѣръ, насколько важна совѣстная работа Общества и врачей; ни одно, ни другіе въ отдѣльности не будутъ въ состояніи предпринять и выполнить дѣло, дѣйствительно широкое и крайне разностороннее.

Н. А. Русскихъ (Екатеринбургъ): О дѣятельности Уральского отдѣла Союза для борьбы съ дѣтской смертностью. Первоначальной мыслью при учрежденіи союза было объединеніе всѣхъ медицинскихъ Обществъ въ дѣлѣ борьбы съ дѣтской смертностью. На IX Пироговскомъ съѣздѣ въ 1904 г. мысль объ учрежденіи союза не встрѣтила сочувствія; находили нужнымъ устройство соответствующей комиссіи при Правленіи Пироговскаго Общества. Не отрицая цѣлесообразности устройства такой комиссіи, докладчикъ находить, что образованіе союза имѣетъ свои основанія: необходима постоянная и прочная организація, въ которую входило бы побольше лицъ не медицинскаго персонала. Врачи обременены непосильной работой; нельзя надѣяться только на ихъ силы. Уставъ Пироговскаго Общества для цѣлей союза недостаточенъ; необходимы провинціальные отдѣлы, выставки, музей, необходимы разнородные общественные элементы.

Уральскій отдѣлъ союза открытъ 29 мая 1905 г. Сложныя задачи

и недостатокъ средствъ на первыхъ порахъ тормозили дѣятельность отдѣла. Дѣятельность Уральскаго отдѣла союза выразилась въ слѣдующемъ: сдѣлана попытка распространенія гигиеническихъ знаній съ помощью брошюръ (черезъ школы); организованы въ скромныхъ размѣрахъ „Gouttes de lait“ и ясли; устроены чтенія по гигиенѣ дѣтскаго возраста съ демонстраціей картинъ посредствомъ волшебнаго фонаря въ Народномъ Домѣ; организовано статистическое бюро для изслѣдованія дѣла прирѣтнія дѣтей въ предѣлахъ Пермской, Вятской и Уфимской губ.; организованъ обходъ бѣдныхъ кварталовъ Екатеринбурга съ цѣлью разысканія бѣдѣвшихъ матерей для оказанія имъ пособія при вскармливаніи дѣтей. Въ ближайшемъ будущемъ предстоитъ сѣзъ отъ 12 уѣздовъ для выясненія причинъ дѣтской смертности.—„Gouttes de lait“ не имѣли характера французскихъ „consultations“. Нѣсколько приглашенныхъ дамъ стерилизовали въ данномъ помѣщеніи молоко и раздавали его. Матерямъ, не имѣвшимъ возможности изъ-за недостатка средствъ вскармливать грудью своихъ дѣтей, выдавалось денежное пособіе. 35 матерей получили болѣе 7000 бут. стерилизованнаго молока, разведеннаго водой по *Escherich*'у. Если матери не могли посылать за молокомъ, то ихъ приглашали въ помѣщеніе для ознакомленія съ производствомъ стерилизаціи.—Ясли открыты 16 мая 1906 г. Всѣхъ дѣтей перебивало (до 1 января 1907 г.) 41, изъ нихъ 29 до 1 года. Сумма дней—1608, на каждаго ребенка приходится около 40 дней. Взвѣшиваніе дѣтей показало, что всѣмъ имъ недостаетъ до средняго вѣса 2—3 фунтовъ, нѣкоторымъ даже 10 ф.; многія страдали расстройствами пищеваренія. Понятно, что при такихъ условіяхъ особенныхъ прибавокъ въ вѣсѣ не наблюдалось. Однако въ общемъ результаты утѣшительны.—Послѣднее Екатеринбургское земское собраніе ассигновало 300 р. для устройства трехъ яслей.—*Desiderata* для Екатеринбурга: consultations, ясли, дѣтскій садъ.

Н. П. Эминетъ (Харьковъ): *Отчетъ о дѣятельности Харьковскаго отдѣла Союза для борьбы съ дѣтской смертностью.* Отдѣлъ открытъ 15 апрѣля 1906 г. Устроена „Капля молока“; предполагается устройство образцовой фермы и молочной лабораторіи подъ управленіемъ опытнаго химика. Лабораторія будетъ снабжена всевозможными аппаратами и современнымъ будетъ стремиться изучать вопросы питанія дѣтей. Даются совѣты матерямъ. Устроены 3 временныхъ питательныхъ пункта. Больше всего раздавалось молока въ маѣ, іюнѣ и іюлѣ, меньше всего въ октябрѣ. Организованы общедоступныя бесплатныя чтенія по гигиенѣ дѣтскаго возраста. Распространено воззваніе Харьковскаго отдѣла союза подъ названіемъ: „Вниманію добрыхъ людей“—въ 50 тысячахъ экземпляровъ. Сочувствіе населенія выразилось въ ассигнованіи губернскимъ земствомъ 2000 руб. въ годъ, городомъ 1200 руб. и 300 руб. на лѣтніе мѣсяцы 1906 г. Кромѣ того гулянье и вечеръ дали около 800 руб.—Интересно отмѣтить два момента изъ жизни Харьковскаго отдѣла. Ходатайства къ губернатору о разрѣшеніи благотворительныхъ кружечъ, объ устройствѣ вечеровъ, о гектографѣ—не удовлетворялись совсѣмъ или лишь съ большимъ трудомъ. Попечитель учебнаго округа не разрѣшилъ

преподаванія гигиѣны дѣтскаго возраста въ учительскихъ семинаріяхъ и епархіальныхъ училищахъ въ виду того, что „дѣти слишкомъ обременены другими занятіями, и попечитель боится, что преподаваніе гигиѣны повлечетъ за собой увеличеніе смертности среди учащихся“.

Д. И. Орловъ (Москва): О работѣ комиссіи по вопросу о борьбѣ съ дѣтской смертностью, состоящей при Обществѣ русскихъ врачей въ Москвѣ. Настоящая комиссія образовалась всего только одинъ годъ тому назадъ: 14 апрѣля 1906 г. Интересный докладъ *Д. И. Орлова*, къ сожалѣнію, не укладывается въ рамки реферата; поэтому приводимъ только конецъ доклада, содержащій въ себѣ практическое предложеніе. „По высотѣ какъ общей, такъ и дѣтской смертности Россія занимаетъ первое мѣсто среди всѣхъ европейскихъ государствъ. Въ нашей странѣ дѣтская смертность представляетъ поэтому особенно тяжкое социальное зло, на борьбу съ которымъ преимущественно должны быть привлечены всѣ культурныя силы страны, какъ то и высказалъ прошлый IX Пироговскій съѣздъ, рекомендуя Правленію образовывать особую комиссію для всесторонняго изученія и освѣщенія борьбы съ дѣтской смертностью. Цѣлый годъ крайне напряженной работы нашей комиссіи еще болѣе убѣждаетъ меня въ необходимости, чтобы комиссія по борьбѣ съ дѣтской смертностью въ Россіи находилась при Правленіи Пироговскаго Общества, которому одному только по силамъ выполненіе задачъ, касающихся бѣдствій цѣлой страны, къ каковымъ, безспорно, принадлежитъ чрезмѣрная дѣтская смертность, наблюдаемая во всѣхъ уголкахъ нашего отечества. Заканчиваю свой докладъ предложеніемъ секціи поручить Правленію Пироговскаго Общества образовывать особую постоянную комиссію по борьбѣ съ дѣтской смертностью въ Россіи».

Секретарь секціи прочиталъ присланный отчетъ *Саратовскаго* отдѣла союза для борьбы съ дѣтской смертностью. Отдѣлъ существуетъ съ 1904 г. Въ настоящемъ году выдача молока матерямъ реорганизуется. Выдача молока въ амбулаторіяхъ подвергаетъ матерей и дѣтей опасности зараженія; развозка же молока угрожаетъ порчей благодаря жарѣ и сбиванію. Поэтому рѣшено учредить 4 специальныхъ пункта въ разныхъ мѣстахъ для раздачи молока.

Стржелебицкій (Тула): Въ раннемъ возрастѣ жизнь ребенка гораздо легче сохранить, ибо организмъ его цѣльный, не испорченный еще различными болѣзнями, а пути для сохраненія жизни намъ извѣстны.

Ланинскій (Елецъ): До тѣхъ поръ пока въ союзѣ будутъ работать одни лишь врачи, результаты будутъ ничтожны. Необходимо привлечь къ этому дѣлу всѣ живыя силы страны. Что касается врачей, то они должны выдвинуть фанатиковъ, которые зажгли бы сердца людей и показали, какой цѣной существуетъ правительство съ своими бюрократическими учрежденіями. Правительство поддерживаетъ пансіоны для дворянъ, субсидируетъ вѣдомство Императрицы Маріи, гдѣ дѣти выбрасываются съ 5-го этажа, устраиваетъ въ Петербургѣ Гинекологическій Институтъ съ органомъ за 17 тыс. руб. и органомъ, получающимъ 1200 руб. въ годъ,—а денегъ для яслей нѣтъ. Исслѣдованія надъ смертностью у лопарей на крайнемъ сѣверѣ показываютъ, что смертность у нихъ меньше, чѣмъ у православныхъ русскихъ крестьянъ. Смертность увеличивается Великимъ постомъ; необходима проповѣдь въ этомъ отношеніи. На

табачныхъ фабрикахъ смертность между грудными дѣтьми громадная; это объясняется тѣмъ, что никотинъ переходитъ въ организмъ утробнаго младенца. Предлагаетъ: во-первыхъ, образовать специальный журналъ для сосредоточенія всѣхъ работъ по дѣтской смертности; во-вторыхъ, обязать фабрикантовъ тѣхъ продуктовъ, которые отравляютъ организмъ матерей, устраивать ясли для дѣтей и давать работницамъ отпускъ съ сохраненіемъ жалованья на 6 недѣль до родовъ и 6 недѣль послѣ родовъ; въ-третьихъ, государство должно придти на помощь въ дѣлѣ борьбы съ дѣтской смертностью.

Тезяковъ сомнѣвается въ успѣхѣ союза. Уставъ составленъ бюрократическимъ путемъ. Предлагаетъ комиссію при Пироговскомъ Обществѣ при участіи не только московскихъ, но и провинціальныхъ врачей, а также общественныхъ дѣятелей.

Дементьевъ (Спб.) указываетъ, что уставъ союза утвержденъ при Плеве; это нормальный уставъ, измѣнить который тогда не было возможности.

Орловъ (Москва): Пироговское Общество нашло живыя силы для борьбы съ голодомъ. Надо думать, что предлагаемая комиссія съумѣетъ не только научно разработать вопросы о дѣтской смертности, но и намѣтитъ необходимыя практическія мѣропріятія и сплотитъ для ихъ осуществленія всѣ живыя силы страны.

Тишковъ (Курск. губ.) указываетъ на нецѣлесообразность и даже безмысленность нѣкоторыхъ параграфовъ союза.

Велеръ (Москва): Дѣтская смертность есть *слѣдствіе* экономическаго, социальнаго и политическаго положенія страны; необходимо устранить причину, на что Пироговское Общество указывало уже по цѣлому ряду другихъ вопросовъ.

Смирновъ (Москва): Въ деревняхъ матери часто хотятъ, чтобы дѣти ихъ умерли и для этого одѣваютъ здоровыхъ дѣтей въ бѣлье и платье больныхъ. Причина—бѣдность и невѣжество.

Столкиндъ (Москва) указываетъ на необходимость измѣненія бюджета страны; изъ 21½ миллиардовъ только 200 милліоновъ идутъ для народа.

Кисель (Москва): Слѣдуетъ-ли ожидать того блестящаго расцвѣта страны, когда можно будетъ работать вполне плодотворно? Нѣтъ, борьба въ отдѣльныхъ обществахъ и комиссіяхъ необходима; она имѣетъ еще и другую сторону, такъ какъ способствуетъ изученію вопроса и дѣлаетъ подготовительную работу, которая имѣетъ громадное общественное значеніе.

Гороховъ (Москва) предлагаетъ слѣдующую резолюцію: Секція по борьбѣ съ дѣтской смертностью, выслушавъ рядъ докладовъ, приходитъ къ заключенію, что необходимо устройство постоянной комиссіи при Пироговскомъ Обществѣ для изученія условий и причинъ дѣтской смертности, разработки практическихъ мѣръ борьбы съ нею и проведенія этихъ мѣръ въ жизнь.

Салтыкова (Харьковъ) указываетъ, что такая комиссія, внося свои предложенія въ Государственную Думу, можетъ такимъ образомъ вліять на законодательство страны.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. И. В. Трошкій (Харьковъ).

В. Д. Маркузонъ и А. А. Кисель (Москва): *Причины смертности въ дѣтскомъ возрастѣ по патолого-анатомическимъ даннымъ больницы Св. Ольги за 20 лѣтъ.* Обычный статистическій матеріалъ, касающійся причинъ дѣтской смертности, имѣетъ лишь относительную цѣнность. Далеко не всѣ свидѣтельства о смерти подписываются лечащими врачами; очень значительная часть ихъ выдается врачами при полиціи на основаніи показаній родителей или записокъ священниковъ. Даже и

тѣ свидѣтельства, которыя выдаются лечащими врачами, уже а priori имѣютъ опять-таки лишь относительную цѣнность; амбулаторная діагностика въ громадномъ большинствѣ случаевъ является симптоматической діагностикой, очень рѣдко выясняющей коренную причину смерти въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Даже самая тщательная клиническая діагностика подчасъ не даетъ намъ полной увѣренности въ правильной оцѣнкѣ причины смерти. Все сказанное свидѣлствуетъ, насколько важенъ пересмотръ установленныхъ на основаніи обычнаго статистическаго матеріала выводовъ о причинахъ смертности по матеріаламъ, провереннымъ путемъ аутопсій. Въ этомъ отношеніи и интересны данныя больницы Св. Ольги, такъ какъ въ этой больницѣ болѣе 92% всѣхъ умершихъ подвергнуты вскрытію. Больничныи матеріалъ, разработанный докладчиками, обнимаетъ 20 лѣтъ (1887—1906), а амбулаторный—11 лѣтъ (1896—1906). За это время въ амбулаторію обращалось болѣе 250 тысячъ дѣтей; выдано свидѣтельствъ о смерти около 10 тысячъ, что составляетъ около 4%. За 20-лѣтній періодъ лежало въ больницѣ болѣе 9000 дѣтей, умерло болѣе 900; % смертности нѣсколько болѣе 10%. Необходимо отмѣтить, что въ больницѣ Св. Ольги нѣтъ инфекціоннаго отдѣленія и нѣтъ спеціального отдѣленія для грудныхъ младенцевъ. Такимъ образомъ для патолого-анатомической оцѣнки ускользаютъ 2 могущественныхъ фактора дѣтской смертности: остро-заразные болѣзни и заболѣванія грудного возраста. Диаграммы причины смерти, представленныя докладчиками, расpredѣлены по группамъ, причемъ группировка произведена 2 раза: 1) по прижизненному опредѣленію причины смерти и 2) по указаніямъ на основную причину смерти, полученнымъ путемъ вскрытія и сопоставленія результатовъ послѣдняго съ другими имѣющимися данными. При разсмотрѣніи диаграммъ прежде всего бросается въ глаза, какъ рѣдко смерть ставится въ связь съ туберкулезомъ въ амбулаторіи и какой громадный % смертности даетъ онъ при болѣе подробномъ изученіи каждого случая. Вскрытіе выясняетъ, что громадное большинство больныхъ погибаетъ отъ паразитическихъ болѣзней и главнымъ образомъ отъ туберкулеза.—На основаніи своего матеріала докладчики приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) обычныя статистическія данныя даютъ не вполне точное представленіе о причинахъ дѣтской смертности и что, слѣдовательно, 2) необходимо для болѣе близкаго изученія этихъ причинъ обратиться къ спеціальному матеріалу больницъ; 3) предварительное изученіе такого матеріала показало, что самымъ грознымъ бичемъ дѣтей—по крайней мѣрѣ въ возрастѣ послѣ года—является наряду съ другими инфекціями—бугорчатка. Почвой, на которой гнѣздится туберкулезъ, является физическое увяданіе народа въ тискахъ нищеты и безправія. Радикальнымъ методомъ борьбы съ ужасающей дѣтской смертностью въ Россіи является устраненіе причинъ, которыя препятствуютъ даже попыткамъ нѣкотораго ослабленія этихъ тисковъ.

Лапинеръ (Елецъ) указываетъ на необходимость принятія мѣръ противъ зараженія туберкулезомъ въ раннемъ дѣтствѣ. Одной изъ такихъ мѣръ является правильный контроль за молокомъ, могущимъ заражать черезъ желудочно-кишечный каналъ. Необходима туберкулинизация коровъ.

Даниловъ (Москва) указываетъ, что въ Москвѣ, гдѣ ежегодно умираетъ болѣе 10.000 дѣтей, свидетельства о смерти выдаются только въ 8% больничными учреждениями, а въ 78% — вольнопрактикующими врачами. Патолого-анатомическій коррективъ очень желателенъ.

Стржелебицкій (Тула): Вопросъ о путяхъ вѣдренія инфекціи въ организмъ ребенка еще далеко не разработанъ. Первичное поражение кишечника туберкулезомъ наблюдается по литературнымъ даннымъ весьма рѣдко.

Кисель (Москва): Въ основу борьбы съ дѣтской смертностью должно быть положено тщательное изученіе причинъ дѣтской смертности. Работа *Маркузона* опровергаетъ существующій взглядъ, что болѣзни легкихъ опасны для ребенка. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи оказывается, что ребенокъ умеръ не отъ болѣзни легкихъ, а отъ туберкулеза. Если бугорчатки нѣтъ, то дѣти отлчиво справляются съ катаральной пневмоніей.

Маркузонъ, возражая *Ланинеру*, указываетъ, что по его даннымъ туберкулезная инфекція поступаетъ главнымъ образомъ черезъ дыхательные органы.

Кисель указываетъ, что до сихъ поръ мы ничего не знаемъ о путяхъ вѣдренія туберкулеза въ организмъ ребенка. Намъ извѣстна только локализція туберкулеза; самое частое мѣсто — бронхиальныя железы и легкія, рѣже всего — кишечникъ. Извѣстно изъ статистики воспитательныхъ домовъ, что туберкулезъ у дѣтей до 3 мѣсяцевъ встрѣчается очень рѣдко, послѣ же года — очень часто.

Троицкій (Харьковъ) указываетъ, что необходимо принимать мѣры противъ всѣхъ возможныхъ путей вѣдренія инфекціи — какъ черезъ дыхательные пути, такъ и черезъ кишечникъ.

Салтыкова (Харьковъ) предлагаетъ секціи высказаться за необходимость устройства особыхъ больницъ или по крайней мѣрѣ особыхъ отдѣленій при существующихъ больницахъ для дѣтей отъ самаго ранняго возраста до 5 лѣтъ.

Гороховъ (Москва) предлагаетъ секціи ходатайствовать передъ Правленіемъ Пироговскаго Общества о томъ, чтобы вопросъ, затронутый докладчикомъ — о причинахъ дѣтской смертности по патолого-анатомическимъ даннымъ больничныхъ и другихъ медицинскихъ учреждений — былъ поставленъ программнымъ на будущій сѣздъ.

Секція принимаетъ это предложеніе. Кроме того, согласно предложенію *А. Н. Салтыковой*, секція постановляетъ: въ виду того, что больничный матеріалъ, раскрывая причины дѣтской смертности, даетъ новое направленіе для способовъ борьбы съ нею, — ходатайствовать передъ городскими и земскими самоуправлениями объ устройствѣ больницъ для грудныхъ дѣтей.

Г. Ф. Говоровъ (Спб.): Опытъ организации «Капли молока» при С.-Петербургской Николаевской дѣтской больницѣ. «Капля молока» при названной больницѣ существуетъ 2 года. Она производится за наивозможно меньшую плату — для болѣе состоятельныхъ, для бѣдныхъ же бесплатно. Цѣна была назначена 5 коп. за порцію. Дѣло было расчитано сначала на 25 человекъ, въ послѣднее время оно расширилось до 90 — 99 человекъ. Такъ какъ при минимальной платѣ дѣло давало слишкомъ большой дефицитъ, то цѣна порціи была повышена до 8 и до 10 коп. (1905 годъ). Обстоятельство это, однако, не повліяло на число посѣтителей. Докладчикъ изложилъ подробно организацію «Капли молока», причемъ указалъ, что молоко подвергается стерилизаціи, пузырьки, закрытые гуттаперчевыми колпачками, вмѣстимостью отъ 75 до 200 к. с., количество пузырьковъ въ ежедневной порціи отъ 4 до 8. Ребенокъ при поступленіи на молоко осматривается врачомъ, ему дѣлается назначеніе; затѣмъ онъ приносится для взвѣшиванія еженедѣльно. Молоко выдается въ особыхъ корзиночкахъ подъ залогъ въ 40 коп. Персоналъ

состоить изъ амбулаторнаго врача, фельдшерицы, наблюдающей за приготовленіемъ молока, и 2 лицъ низшаго персонала. Въ первый годъ дѣятельности всѣхъ дѣтей, получавшихъ молоко, было 277, изъ нихъ бесплатно получали 31. Во второй годъ—всѣхъ дѣтей—263, бесплатно—31. Въ докладѣ приведены подробныя статистическія данныя, касающіяся возраста дѣтей, мѣсяцевъ года и т. д. На основаніи всѣхъ данныхъ докладчикъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: «Капля молока» легко можетъ быть устроена при каждой дѣтской больницѣ и амбулаторіи и въ ряду лечебныхъ мѣропріятій должна занимать выдающееся мѣсто, не говоря о томъ, что она вообще должна играть большую роль въ дѣлѣ борьбы съ дѣтской смертностью. Раздача молока не должна быть обязательно бесплатной; опытъ Николаевской дѣтской больницы показываетъ, что минимальная плата не вредитъ дѣлу. Желательно, чтобы дѣятельность «Капли молока», особенно въ провинціи, сосредоточивалась также около аптекъ, которыя имѣютъ извѣстное довѣріе публики и гдѣ скорѣе найдутся необходимыя приспособленія. Здѣсь же могъ бы объединяться кружокъ лицъ, сочувствующихъ этому дѣлу.

А. Н. Салтыкова (Харьковъ): Харьковскій отдѣлъ Союза для борьбы съ дѣтской смертностью устраиваетъ «Каплю молока» по образцу германскихъ аналогичныхъ учрежденій. Изложивъ задачи «Капли молока», докладчица указываетъ, что необходимо, чтобы городскія самоуправленія ввели въ кругъ своихъ обязанностей устройство «Gouttes de lait» и дѣтскихъ колоній, а также выработали обязательныя санитарныя требованія для молочныхъ фермъ (туберкулинизация). Необходимо также ходатайствовать о снятіи дорожныхъ пошлинъ съ заграничныхъ суррогатовъ молока, особенно съ мальцъ-экстракта *Loefflund*'а, который имѣетъ громадное значеніе при леченіи хроническихъ заболѣваній кишечника у грудныхъ дѣтей. «Капли молока» должны быть не только благотворительными учрежденіями, но и центрами для выработки правильныхъ научныхъ взглядовъ на питаніе дѣтей.

Францевъ (Иваново-Вознесенскъ) сообщаетъ объ устройствѣ «Капли молока» въ Ивановѣ-Вознесенскѣ. Сначала дѣло шло хорошо благодаря поддержкѣ мѣстныхъ богатыхъ фабрикантовъ; затѣмъ, однако, фабриканты отказали въ поддержкѣ, и осталась только помощь со стороны города и членскій взносъ мѣстнаго медицинскаго Общества. Вслѣдствіе этого дѣло, приносившее громадную пользу мѣстному рабочему населенію, теперь падаетъ. Необходимо, чтобы устройство «Капли молока» было не благотворительнымъ дѣломъ, а обязанностью городскихъ самоуправленій, особенно въ тѣхъ районахъ, гдѣ развита фабрично-заводская дѣятельность и гдѣ работаютъ женщины.

Шестакова (Спб.) дѣлаетъ краткое сообщеніе о «Каплѣ молока» на Выборгской сторонѣ въ Петербургѣ. Докладчица отмѣчаетъ, что «Капля молока» имѣетъ, между прочимъ, благотворное вліяніе на матерей, которыя стараются держать дѣтей какъ можно чище и какъ-бы хвастаются чистымъ содержаніемъ ребенка.

Н. А. Русских (Екатеринбург) видитъ въ устройствѣ «Капли молока» при Николаевской дѣтской больницѣ знаменіе времени: старыя больничныя учрежденія занимавшіяся до сихъ поръ только лечебной медициной, начинаютъ заниматься и профилактической медициной. Желательно, чтобы при всѣхъ больницахъ были устроены «Gouttes de lait» и consultations на манеръ французскихъ.

А. А. Кисель (Москва): Мы должны направить всѣ усилія къ тому, чтобы дать ребенку не каплю коровьяго молока, а полную женскую грудь. Поэтому надо еще призадуматься, стоитъ-ли объединяться подъ девизомъ «Капли молока». Русская женщина еще не отказывается кормить грудью. Отмѣна пошлннъ на суррогаты молока есть обоюдоострое оружіе. Ввозъ этихъ суррогатовъ надо сократить, конечно, не повышеніемъ пошлннъ, а распространеніемъ рациональныхъ способовъ кормленія.

Стржеლობицкій (Тула) указываетъ, что необходимымъ условіемъ при устройствѣ «Капель молока» должно быть устройство образцовыхъ молочныхъ фермъ, за молоко которыхъ врачъ можетъ поручиться.

Кусковъ (Москва): Раздача молока при больницахъ нежелательна, такъ какъ дана возможность зараженія. Пастеризація молока не можетъ быть исключена; есть случаи, когда стерилизованное молоко не переносится.

Салтыкова указываетъ, что главной задачей «Капель молока» является покровительство грудному кормленію. Харьковскій отдѣлъ будетъ также способствовать распространенію allaitement mixte.

Яхнина: Необходимо стремиться къ ограниченію рабочаго времени женщинъ на фабрикахъ, чтобы онѣ могли кормить. Существуютъ производства, напр., резиновая мануфактура, гдѣ женщина настолько пропитывается отвратительнымъ запахомъ, что грудныя дѣти отказываются брать грудь; въ такихъ случаяхъ «Gouttes de lait» прямо необходимы.

Землигъ: Для русскихъ крестьянокъ, кормящихъ до 2 лѣтъ, «Капли молока» являются желательнымъ учрежденіемъ для доставки хорошаго, здороваго прикорма ¹⁾.

Соединенное засѣданіе секцій кожныхъ и венерическихъ болѣзней и бактериологій.

Засѣданіе 26 апрѣля.

По предложенію проф. *А. И. Постылова* почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *Д. К. Заболотный* (Спб.).

Прочитаны привѣтственныя телеграммы отъ проф. *Т. Павлова*, проф. *В. И. Зарубина* и друг.

Проф. *Д. К. Заболотный*: Демонстраціи по микробиологій и патогенезу сифилиса. Работы по экспериментальному сифилису начались въ Институтъ экспериментальной медицины съ 1904 года. Въ скоромъ времени удалось напасть на породу обезьянъ (павіанъ), воспримчивыхъ къ зараженію сифилисомъ. Опыты ставились такимъ образомъ, что заражали какъ можно большее количество обезьянъ и затѣмъ слѣдили за теченіемъ сифилитической инфекціи. Наиболѣе удобнымъ мѣстомъ для зараженія являются надбровныя дуги и кожа праерутіи. Осадина черезъ 3—4 дня заживаетъ, а черезъ 3—4 недѣли образуется язва. У павіановъ язва появляется не ранѣе 3 недѣль; у другихъ породъ

¹⁾ Остальныя засѣданія секцій по вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью происходили совмѣстно съ секціей земской и городской медицины и изложены въ отдѣлѣ общественной медицины.

обезьянъ иногда черезъ 2 недѣли. Твердость язвы бываетъ различна. Зараженіе производилось не только втираніемъ въ кожу, но также при помощи трепаванія черепа и впрыскиванія заразнаго матеріала въ черепную полость подъ dura mater (подобно яду бѣшенства); при послѣднемъ способѣ получались явленія пораженія нервной системы. У нѣкоторыхъ обезьянъ въ дальнѣйшемъ теченіи были сыпи; специфичность послѣднихъ, однако, не установлена и возможно, что онѣ посторонняго происхожденія. Вопросъ этотъ рѣшается очень трудно, такъ какъ въ розеолахъ спирохэты не были найдены; ихъ трудно открыть даже у человѣка. Для полученія чистой сифилитической инфекціи предпочтительно брать содержимое железъ (посредствомъ отсасыванія шприцемъ). Въ железахъ содержатся только спирохэты *Schaudin'a*; другихъ же спирохэтъ, какія могутъ быть на открытыхъ язвахъ, въ железахъ нѣтъ. Другимъ источникомъ для полученія заразнаго матеріала могли бы служить случаи наслѣдственнаго сифилиса, такъ какъ въ органахъ при этомъ имѣется большое количество спирохэтъ; къ сожалѣнію, однако, спирохэты исчезаютъ, если трупъ лежалъ 24 часа. Если же удастся взять заразный матеріалъ сейчасъ же послѣ смерти, то такимъ путемъ удастся заразить обезьянъ. При переводѣ яда отъ обезьяны къ обезьянѣ (пассажъ) явленія сифилиса усиливаются. Докладчику удалось 4 раза довести пассажъ до 5-й генерациі. Иногда приходилось обрывать пассажъ по различнымъ причинамъ (не хватало обезьянъ и т. п.). Ослабленія яда у обезьянъ не наблюдалось. Первичныя язвы и адениты очень типичны. Вторичныя явленія (папулезная сыпь) наблюдаются рѣже; послѣдующіе опыты показали, впрочемъ, что вторичныя сыпи наступаютъ, если и не всегда, то во многихъ случаяхъ. Иногда наблюдается вторичная циркулярная сыпь на членѣ, напоминающая трихофитію; однако *trichophyton* въ этихъ случаяхъ не былъ найденъ, и проф. *Павловъ*, *Кульневъ* и др. признали сифилитическій характеръ этого явленія, напоминающаго аналогичное явленіе у человѣка. Что касается явленій третичнаго сифилиса, то у обезьянъ наблюдались: кахектическія явленія, развитіе соединительной ткани, склерозъ сосудовъ; иногда встрѣчались гуммоподобные фокусы въ печени (демонстрація препаратовъ). Въ дальнѣйшемъ теченіи наблюдались періоститы на черепныхъ костяхъ: вздутіе скуловыхъ костей, утолщеніе черепной покрывки, западеніе носа, пораженіе челюстей.

Послѣ открытія *Schaudin'*омъ спирохэтъ появилась громадная литература по данному вопросу. Въ настоящее время нѣтъ сомнѣнія, что спирохэта есть живой микроорганизмъ. Указанія на то, что спирохэты суть въ дѣйствительности лишь фибриллы соединительной ткани или окончанія нервныхъ волоконъ въ настоящее время опровергнуты. Спирохэты обладаютъ слѣдующими характерными признаками: глубокими завитками, жгутиками, болѣе сильнымъ окрашиваніемъ въ центрѣ; на концахъ онѣ сходятъ на нѣтъ. Споръ идетъ теперь лишь о томъ, принадлежатъ ли спирохэты къ бактеріямъ или же къ protozoa. Въ пользу принадлежности къ бактеріямъ говорятъ перехваты (пункты дѣленія на дочернія клѣтки) и жгутики. За принадлежность къ protozoa говорятъ распредѣленіе хроматиновыхъ железъ и такъ назыв. волнующаяся пластинка. Тончайшее строе-

ніе: въ матеріалѣ, богатомъ спирохетами, наблюдаются шары съ 1—2 хроматиновыми зернами; шары эти имѣютъ волокнистую структуру; вокругъ нихъ располагаются спирохеты. Если изслѣдовать матеріалъ въ живомъ видѣ, то получается впечатлѣніе, что спирохеты выходятъ изъ шаровъ (явленіе, напоминающее маларію). При дифференціальной окраскѣ центральная часть спирохетъ окрашивается лучше всего, периферія же и жгутики слабѣе. У каждой спирохеты есть одно хроматиновое зерно. При окрашиваніи живыхъ спирохетъ эта дифференціація удается особенно хорошо; при этихъ же условіяхъ наблюдается плазмолизъ (могущій напоминать фигуры дѣленія).

Если съ помощью аппарата *Bier'a* и насоса отсосать съ поверхности аэры или мокнущей паулы нѣсколько капель серозной жидкости и оставить такой матеріалъ въ трубочкѣ *Pasteur'a*, то наблюдаются явленія аутоагглютинаціи. Если къ матеріалу, не обнаруживающему явленій аутоагглютинаціи, прибавить фізіологическій растворъ и кровь стараго сифилитика, то получается агглютинація. Если оставить такую смѣсь на недѣлю, то наблюдаются явленія спирохетолиза. Въ заключеніе докладчикъ, указавъ на возможность широкой постановки вопроса, благодаря эксперименту на животныхъ, вновь подчеркиваетъ, что онъ считаетъ спирохеты специфическимъ возбудителемъ сифилиса. Докладчикъ демонстрировалъ рядъ рисунковъ, фотографій, препаратовъ и сръзовъ, имѣющихъ отношеніе къ данному вопросу. Кромѣ того съ помощью діапозитивовъ показаны были первичныя затвердѣнія на надбровныхъ дугахъ, вторичныя паулы — на бедрахъ, спирохеты — въ крови, циркулярная сыпь — на членѣ, агглютинація спирохетъ и т. д.

Пренія по докладу проф. *Заболотнаго* отложены впредь до выслушанія слѣдующихъ трехъ докладовъ.

Прив.-доц. *М. А. Членовъ* (Москва): *Объ экспериментальномъ сифилисѣ у обезьянъ*. Докладъ этотъ въ существенныхъ чертахъ напечатанъ въ «Русскомъ Врачѣ» за 1906 годъ. Приводимъ поэтому содержаніе доклада лишь въ самомъ краткомъ видѣ. Сифилисъ прививается какъ высшимъ, такъ и низшимъ породамъ обезьянъ, въ послѣднее время удавались прививки собакамъ. Третичный сифилисъ прививается обезьянамъ даже при 24-лѣтней давности. При злокачественномъ сифилисѣ спирохеты имѣются только въ начальныхъ стадіяхъ; въ дальнѣйшемъ онѣ погибаютъ. Раньше полагали, что ко времени развитія твердаго шанкра организмъ дѣлается невосприимчивымъ къ зараженію сифилисомъ. Опыты *Finger'a*, *Neisser'a* и др. на обезьянахъ показали, что можно вызвать вторичное зараженіе черезъ нѣкоторое время послѣ развитія сифилитическихъ явленій. Аналогичные опыты сдѣланы докладчикомъ. Прививка черезъ 10 мѣсяцевъ и 1 годъ послѣ зараженія показала, что образуются первичныя язвы и узелки. Такимъ образомъ старое ученіе объ иммунитетѣ не можетъ уже считаться столь прочнымъ. Что касается предохраненія отъ зараженія сифилисомъ посредствомъ вырѣзыванія твердаго шанкра, то вопросъ этотъ еще молодой. Раньше полагали, что вырѣзываніе не имѣетъ смысла. *Neisser'y*, вырѣзавшему соотвѣтствующее мѣсто черезъ 5 часовъ послѣ зараженія, не удалось предохранить организмъ отъ зараженія; въ крови

уже черезъ короткое время послѣ зараженія встрѣчаются спирохэты. Но, съ другой стороны кровь оказываетъ противодѣйствіе развитію спирохэтъ, и поэтому окончательное рѣшеніе даннаго вопроса должно быть отложено. Лечение въ будущемъ — сывороточное. Главное же значеніе для человѣчества имѣетъ приготовленіе чистыхъ культуръ и предохранительныя прививки вакцины. *Мечниковъ* указалъ на возможность полученія ослабленной вакцины посредствомъ пассажа. Относительно ртути и іода доказано, что они убиваютъ спирохэты (іодъ въ меньшей степени).

А. А. Цѣновскій (Одесса): *Опыты прививки третичнаго сифилиса низшимъ обезьянамъ*. Раньше незаразительность третичнаго сифилиса считалась аксіомой. Однако клиника показала, что даже 10—15-лѣтній сифилисъ давалъ зараженіе. Сообщенія многихъ авторовъ подтвердили, что заразительный періодъ сифилиса можетъ быть чрезвычайно продолжительнымъ. На одномъ изъ дерматологическихъ съѣздовъ былъ даже программный вопросъ: «О продолжительности заразительнаго періода сифилиса». *Мечникову* раньше не удавалось привить обезьянамъ гуммозный сифилисъ; у другихъ (нѣмецкихъ) авторовъ опыты дали положительный результатъ. Эта разница объясняется характеромъ гуммы, служащей источникомъ заразнаго матеріала. Докладчикъ производилъ свои опыты въ Одессѣ у проф. *Тарасевича* надъ низшими обезьянами, привезенными изъ Сингапура въ 1906 г. Работы начались въ ноябрѣ 1906 г. Часть животныхъ заражалась матеріаломъ, полученнымъ посредствомъ соскоба отдѣленія изъ нераспавшейся гуммы. Никакой реакціи не послѣдовало. Другой серіи животныхъ была привита сама ткань гуммы. Получился инфильтратъ черезъ 14—16 дней. Въ дальнѣйшемъ настроеніе и характеръ животного измѣнялись, наступало исхуданіе, животное погибало. Одной обезьянѣ была привита ткань чистой закрытой гуммы; развился инфильтратъ, всѣ лимфатическія железы, доступныя для изслѣдованія, увеличились, появилось повышеніе t^0 . Къ сожалѣнію, животное погибло отъ поноса. — Выводы докладчика сводятся къ тому, что самая *ткань* гуммы вызываетъ реакцію, специфичность которой впрочемъ должна еще быть доказана. Распадъ же гуммы не вызываетъ реакціи. Мѣсто прививки: надбровныя дуги, крылья носа. Скарификаціи дѣлаются подѣ хлороформомъ, что даетъ возможность работать спокойно и добро-совѣстно. — Въ гуммахъ больныхъ людей, отъ которыхъ брался заразный матеріалъ, докладчикъ спирохэтъ не находилъ.

С. Л. Богровъ (Москва): *Постановка серодіагностическихъ и экспериментальныхъ изслѣдованій сифилиса въ настоящее время въ Бреславльской клиникѣ проф. Neisser'a*. Серодіагнозъ сифилиса, впервые примѣненный проф. *Neisser'омъ*, состоитъ въ констатированіи задержанія гемолиза бараньей крови при наличии сифилитическаго инфекціоннаго начала (антигена) и одновременномъ присутствіи сифилитическаго противоядія (антитѣла). Техника этой реакціи описана *Neisser'омъ* ¹⁾. Всѣ употребляющіяся для этой реакціи

¹⁾ Экспериментальный сифилисъ. Переводъ подѣ редакціей Г. Н. Габричевскаго и А. И. Постылова.

сыворотки и экстракты столь не стойки, что необходимы ежедневныя провѣрки ихъ годности. Выводы, полученные изъ изслѣдованій, сводятся къ тому, что въ сывороткѣ сифилитиковъ (даже въ скрытомъ періодѣ) удастся констатировать наличность специфическихъ антитѣлъ въ 75—80 % всѣхъ случаевъ (1200 наблюд.), между тѣмъ какъ кровь нормальныхъ субъектовъ ихъ не содержитъ. Что касается сифилитического яда (антигена), то наличіе въ экстрактѣ крови сифилитиковъ наблюдается гораздо рѣже. — Что касается обезьянъ, то теперь онѣ служатъ только для прививокъ и изслѣдованій крови, но не подвергаются сифилизации повторными впрыскиваніями подъ кожу экстрактовъ сифилитическихъ органовъ въ виду одновременнаго образованія преципитиновъ, затемняющихъ ходъ реакціи. Имѣется теперь въ Бреславлѣ всего 50 обезьянъ исключительно низшихъ породъ (макаки, павіаны и проч.).

Проф. *Neisser* обращается къ товарищамъ всего міра съ просьбой присылать для изслѣдованія сыворотку и экстрактъ крови завѣдомыхъ и сомнительныхъ сифилитиковъ съ приложеніемъ краткой исторіи болѣзни — по адресу: Breslau XVI, Klinik für Hautkrankheiten (für Serodiagnose). Способъ приготовленія сыворотки такой: производится *venaepunctio*, кровь собирается въ количествѣ 5—10 куб. см. въ стерилизованную пробирку, которая запаивается и можетъ быть переслана. Для экстракта кровь въ такомъ же количествѣ выпускаютъ въ стерильную пробирку съ равнымъ количествомъ раствора слѣд. состава: *Aq. dest.* 1000,0, *NaCl* 8,5, *acid. carbol.* 5,0. *MDS.*; затѣмъ запаиваютъ и взбалтываютъ до отсылки въ теченіе 24 часовъ въ особомъ механическомъ встряхивателѣ (*Schüttelapparat*).

Берестневъ указываетъ, что злокачественный сифилисъ въ случаяхъ, приводимыхъ *Членовымъ*, зависѣлъ отъ осложненія стафилококкомъ. Думаетъ, что предупрежденіе инфекціи скорѣе можетъ быть достигнуто вырѣзываніемъ, нежели втираніемъ каломельной мази.

На вопросъ *Кладницкаго Заболотный* объяснилъ, что при изслѣдованіи розеолъ спирохеты были найдены всего 2—3 раза. Кромѣ изслѣдованія лаковой крови для нахожденія спирохеты въ крови человѣка есть еще много другихъ способовъ, напр. изслѣдованіе кровяного сгустка, мазка изъ крови. При высыпаніи сифилидовъ спирохеты генерализуются въ крови, образуются, вѣроятно, эмболии, дающія основаніе для образованія сифилидовъ.

Усовъ интересуется вопросомъ, черезъ сколько времени послѣ зараженія животныя погибаютъ и какія патолого-анатомическія измѣненія находятъ въ органахъ.

Заболотный: Животныя гибнутъ отъ случайныхъ инфекцій, некипяченой воды, неподходящаго питанія. Теперь при питаніи рисомъ, съмѣчками, фруктами, морковью они живутъ дольше. При явленіяхъ, связанныхъ съ сифилисомъ, животныя погибаютъ черезъ 2—2½ года. Явленія эти суть: исхуданіе, вылѣзаніе шерсти, рѣзкая анемія, кахексія, затвердѣніе сосудовъ на брюхѣ, прощупывающихся въ видѣ веревочекъ. На вскрытіи находятъ развитіе соединительной ткани вокругъ сосудовъ, перифлебиты и периартериты въ печени, гуммоподобныя образованія въ печени и селезенкѣ. При жизни кромѣ того иногда наблюдаются нервныя, эпилептоидныя явленія.

Усовъ: Артеріосклерозъ вызывается не однимъ лишь сифилисомъ. Въ опытахъ *Заболотнаго* замѣчается быстрое изнашиваніе организма, усиленное развитіе соединительной ткани. Явленія эти вызываются не только токсинами

сифилиса, а быть может тѣмъ, что животныя вырастаютъ въ чуждой имъ обстановкѣ и климатѣ.

Заболотный, не отрицая вліянія неблагоприятныхъ условій, а также и того, что мы мало знаемъ болѣзни обезьянъ, указываетъ, что на здоровыхъ обезьянахъ описанныя явленія все-таки не наблюдаются. Зараженіе несомнѣнно играетъ роль.

Членовъ, возражая *Берестневу*, напоминаетъ объ опытѣ *Габричевскаго*, который, прививъ тремъ обезьянамъ сифилисъ, одной изъ нихъ давалъ много алкоголя, другую—перегрѣлъ, а третью—оставилъ для контроля. У перегрѣтой обезьяны на вскрытіи селезенка оказалась подозрительной на сифилисъ. Злокачественный сифилисъ — не добавочная инфекция, а сифилисъ, развившійся на неблагоприятной почвѣ въ смыслѣ, указанномъ *Усовымъ*.

Въ преніяхъ принимали кромѣ того участіе: *Е. И. Марциновскій*, *Немировскій*, *Недригайловъ*, *Ужанскій* и др.

Е. И. Марциновскій: *Восточныя язвы и ихъ этиологія*. Географическое распространеніе восточной язвы: 15—20° восточн. долготы, 23—45° сѣверной широты. Болѣзнь встрѣчается отдѣльными, рѣзко отграниченными очагами. Такъ, напр., въ городѣ Елисаветполь болѣзнь встрѣчается довольно часто, между тѣмъ какъ на станціи Елисаветполь (въ 3 верстахъ отъ города) болѣзнь не наблюдается никогда. Иногда бываютъ эпидемическія вспышки, напр. при наплывѣ новаго населенія, войска. Большія эпидеміи были въ 1857 г. въ городѣ Дели, когда заболѣли 50—70 % всего населенія и во время похода на Кушку въ нашихъ войскахъ (75—90—100 % заболѣваній). Клиника болѣзни еще неясна. Инкубаціонный періодъ по различнымъ авторамъ отъ 7 дней до нѣсколькихъ мѣсяцевъ; по всей вѣроятности, онъ равенъ 7—14 днямъ до 2 мѣсяцевъ. 2-й періодъ болѣзни—образование папулъ; первые признаки его—появленіе пятнышка (macula), потомъ появляется узелокъ. 3-й періодъ—образование язвъ, дно которыхъ покрыто маркимъ налетомъ, а впослѣдствіи коркой. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ рубцеваніе, потомъ пигментація. Число язвъ 1, 2, 3; иногда бываетъ больше ста. Патолого-анатомически восточная язва представляетъ собою гранулему; иногда въ ней встрѣчается распадъ, какъ при туберкулезѣ, иногда—гигантскія клѣтки. Замѣчательна безболѣзненность грануляцій, находящихся на днѣ язвы; ихъ можно удалять пинцетомъ безъ боли. Это важный признакъ, мало отмѣченный въ литературѣ.—Прививки на животныхъ, несмотря на многочисленные опыты (съ прививкой корокъ), были неудачны; при прививкѣ грануляцій получились болѣе удачныя результаты. Какъ осложненія болѣзни встрѣчаются различнаго рода воспаленія, рожа, гангрена, піемія; бываютъ и смертныя случаи, сопровождающіеся изнурительной лихорадкой и поносами.—Въ качествѣ этиологическаго агента одни находили стрептококковъ, стафилококковъ, другіе—палочки. По изслѣдованіямъ докладчика болѣзнь вызывается специфическимъ возбудителемъ, принадлежащимъ къ protozoa, это тѣльца овальной формы, со слабой подвижностью, вродѣ trapanozoma. Позднѣе эти тѣльца начинаютъ дѣлиться и продѣлываютъ цѣлый рядъ фазъ развитія. Культуры не получены. Такъ какъ прививки животнымъ были неудачны, то докладчикъ сдѣлалъ себѣ самому восемь прививокъ, изъ которыхъ удалась одна. Подъ кожу до-

кладчикъ вводилъ частицу грануляціи, содержащую массу микроорганизмовъ (специфическихъ); другихъ микроорганизмовъ не было (прививки на агарѣ). Черезъ 20—30 дней появилось пятнышко коричневаго цвѣта; еще черезъ 30 дней наступило лихорадочное состояніе и недомоганіе въ теченіе недѣли. Мѣсто прививки покраснѣло и постепенно образовалась папула. Черезъ мѣсяцъ послѣ этого докладчику это мѣсто было вырѣзано, но не глубоко. Въ отдѣленіи—сокѣ папулы паразиты были найдены въ очень небольшомъ количествѣ. Еще черезъ мѣсяцъ въ томъ же мѣстѣ опять появился узелъ; черезъ пять мѣсяцевъ онъ былъ вырѣзанъ глубоко и найдены были въ большомъ количествѣ паразиты.—По мнѣнію докладчика, паразиты попадаютъ въ кожу человѣка посредствомъ какого-либо передатчика, по всей вѣроятности насѣкомаго, мало подвижнаго и не летающаго (ограниченность очаговъ). Необходимо пересмотрѣть всей клинической картины восточныхъ язвъ.—Въ заключеніе демонстрированы діапозитивы съ изображеніемъ паразита (*ovoplasma orientale*), въ которомъ видно ядро съ ядрышкомъ. Узелки располагаются на лицѣ, въ надбровныхъ дугахъ, ухѣ, преимущественно по ходу лимфатическихъ сосудовъ.

Ужанскій спрашиваетъ, какъ лечится восточная язва.

Докладчикъ: Въ Закавказьѣ лечатъ знахари. Хорошіе результаты даетъ хирургическое леченіе, а также хининъ въ видѣ смазываній 50% растворомъ и впрыскиваній.

На вопросъ, бывають-ли повторныя заболѣванія, докладчикъ отвѣчаетъ, что, повидимому, развивается иммунитетъ, такъ какъ повторныя заболѣванія бывають очень рѣдки.

Засѣданіе 27 апрѣля.

Почетный предсѣдатель прив.-доц. *Ивановъ* (Спб.).

П. А. Павловъ представилъ рядъ слѣпковъ и фотографій кожныхъ и венерическихъ больныхъ (*lymphangioma cutis circumscripta*, *naevus pigmentosus ichtyosiformis*, множественный *ulcera dura* на животѣ, *syphilis pigmentosa*, *naevus verrucosus pigmentosus* и др.) и предъявилъ больного съ *syphilis galopante*, леченнаго съ успѣхомъ мышьяко-ртутнымъ препаратомъ. Эффектъ леченія (*hydrarg. bijodat.*, *natrii jodati 0,047*—*natrii cacodil. 0,3*) былъ чрезвычайный. Сильно истощенный больной сталъ быстро поправляться. Инъекціи дѣлались черезъ день. Однако черезъ нѣсколько времени было повторено леченіе, но эффектъ былъ уже не такой блестящій.

При возникшемъ обмѣнѣ мнѣній (*Щепотьевъ*, *Сугзовъ*, *Мещерскій*, *Влаевъ*, *Борманъ*) высказано было подозрѣніе, не имѣлось-ли здѣсь скрытой формы малярии, и почему не было испробовано прямо ртутное леченіе, которое дало бы тотъ же эффектъ.

Я. Н. Соколовъ: О леченіи нѣкоторыхъ болѣзней кожи радиемъ. Наблюденія производились на амбулаторномъ матеріалѣ клиники кожныхъ болѣзней Московскаго университета. Общее число наблюденій—14, изъ нихъ 9 случаевъ кожной эпителиомы, 2 случая родимыхъ пятенъ (одно сосудистое другое бородавчатое), по одному случаю *verruca senilis*, *lupus vulgaris* и *lupus erythematodes*. Изъ 9 случаевъ кожной эпителиомы—3 уже вылечены, въ 1 случаѣ прошелъ годъ съ окончанія

лечения, въ другомъ — 5 мѣсяцевъ, а въ одномъ — 4 мѣсяца. Рецидивовъ не замѣтно. Въ 6 случаяхъ отмѣчается улучшение. Рубцы кожные мало замѣтные и не втянутые. Время лечения эпителиомъ величиною въ двухкопѣчную мѣдную монету продолжается $2\frac{1}{2}$ мѣсяца. Эпителиома большихъ размѣровъ и времени требуетъ больше. Достоинство метода въ его простотѣ, не требуется расхода электрической энергіи и ремонта, какъ при рентгенотерапіи и свѣтолеченіи. Реакція отъ радія всегда мѣстная. Докладчикъ приходитъ къ выводу, что лечение радіемъ кожныхъ эпителиомъ даетъ рубецъ, вполне удовлетворительный въ косметическомъ отношеніи. Лечение волчанки радіемъ даетъ рассасываніе узелковъ и образованіе удовлетворительное въ косметическомъ отношеніи рубцовъ. Лечение *lupus erythematodes* радіемъ даетъ рубцы удовлетворительные въ косметическомъ отношеніи, но не предупреждаетъ свѣжихъ высыпаній. Лечение *naevus vasculosus*, п. *papillaris* и *pigmentosis* даетъ вполне удовлетворительный результатъ. Лечение радіемъ не даетъ общей реакціи, не требуетъ траты электрической энергіи и ремонта, чѣмъ выгодно отличается отъ рентгенотерапіи и фототерапіи. Лечение радіемъ имѣетъ одинъ существенный недостатокъ — большую трату времени со стороны врача и совершается чрезвычайно медленно.

Рншетилло указалъ, что докладчикомъ не указана радиоактивность и измѣреніе единицы дѣйствія, а между тѣмъ измѣреніе силы радія легко производится приборомъ *Dahn'a*.

Богровъ считаетъ, что измѣреніе радиоактивности не можетъ быть переносимо въ клинику, такъ какъ оно приблизительное.

Борманъ возразилъ докладчику, что примѣненіе рентгенотерапіи имѣетъ преимущество передъ радіемъ: лечение продолжается болѣе короткое время, дешевле, точность дозировки, а реакція при *Roentgen'a* тождественна съ реакціей при радіи.

Г. И. Мещерскій предъявилъ больного съ болѣзью *Darier* *protopermose folliculaire végétante*. Случай очень эксквизитный (4 въ Россіи), вполне совпадаетъ съ описаніемъ *Darier*.

По поводу предъявленнаго случая *Поспѣловъ* отмѣтилъ бывшій у нихъ въ клиникѣ въ прошломъ году въ болѣе рѣзкой формѣ, больной былъ вылеченъ восходящими дозами мышьяка.

О. О. Лихаревъ предъявилъ больного съ *petrificatio cutis*. Больной страдаетъ уже 8 лѣтъ, когда появилось на внутренней сторонѣ голени пятно, болѣзненное при давленіи. Черезъ нѣсколько дней образовалась корочка съ выдѣленіемъ бѣлесоватой жидкости. Краснота исчезла, но по заживленіи обнаружилась пигментация. Такія пятна появились на бедрѣ, на животѣ и др. мѣстахъ. Микроскопическое изслѣдованіе указало на присутствіе извести. Особенно богатыя известковыя отложенія на пальцахъ рукъ.

Во время преній *Ивановъ*, *Суховъ* указали на возможность сифилиса, какъ производящей причины, или сифилисъ могъ дать толчокъ къ развитію болѣзни. Докладчикъ заявилъ, что специфическое лечение было примѣнено безъ успѣха.

С. Л. Богровъ (и *Е. И. Марциновскій*): Роль бластомицетовъ въ этиологіи кожныхъ заболѣваній. Въ одномъ случаѣ брюшного тифа и въ одномъ случаѣ *soxii'a* въ послѣоперационный періодъ наступило высыпаніе. Изслѣдованіе содержимаго дало бластомицеты. Докладчикамъ

удалось получать культуру ихъ на жирной средѣ. Бластомицеты на поверхности кожи встрѣчаются часто и чаще всего въ мѣстахъ, изобилующихъ саломъ, и при незначительныхъ условіяхъ измѣненія ихъ жизнедѣтельности могутъ переходить изъ сапрофитовъ въ патогенныя формы. Условіями возникновенія кожного бластомикоза является усиленіе вирулентности и стойкости дрожжей съ одной стороны и ослабленіе организма съ другой. Начальная форма кожного бластомикоза, соответствующая поражению устья кожныхъ фолликуловъ, клинически выражается наличностью акнеиформныхъ элементовъ. Смертность отъ бластомикоза невелика (14 %) и вездѣ имѣлись прибавочныя инфекціи. Въ сомнѣніи можно всегда ихъ найти, но тамъ они мало резистентны.

Въ *преніяхъ* приняли участіе *Борманъ*, *Марциновскій*, *Влаевъ*. Послѣдній сообщилъ результаты своихъ работъ надъ бластомицетами, причемъ оказалось, что они легко могутъ вызывать различные процессы—саркому, ракъ, остеому и т. д.

Г. И. Мещерскій: *Леченіе сифилиса мышьякомъ*. Докладчикъ охарактеризовалъ общую картину злокачественнаго сифилиса, слабое вліяніе ртути, обиліе и мощность клѣточного инфильтрата съ большимъ количествомъ полинуклеарныхъ элементовъ, вліяніе почвы на развитіе сифилиса въ той или другой формѣ и указалъ на прекрасные результаты, полученные имъ въ 25 случаяхъ отъ леченія мышьякомъ. Докладчикъ давалъ внутрь 5 % растворъ іодистаго натра и 1 % *Natri arsenicosi* подкожно съ послѣдовательнымъ ртутнымъ леченіемъ. Въ результатъ оказалось, что при одновременномъ мѣстномъ леченіи быстро улучшаются сифилиды, составъ крови и общее самочувствіе больныхъ.

С. Л. Богровъ: *Матеріалы къ патогенезу токсической уртикаріи*. (Изъ Института общей патологіи Московскаго университета). Вопросъ о патогенезѣ уртикаріи до сихъ поръ не можетъ считаться выясненнымъ. Одни считаютъ это ангионеврозомъ вслѣдствіе паралича вазоконстрикторовъ, другіе (*Neisser*) объясняютъ раздраженіемъ вазодилататоровъ, третьи (*Unna*) — раздраженіемъ вазоконстрикторовъ (венозная гиперемія). *Krocq* считаетъ это чувствительнымъ неврозомъ вслѣдствіе механическаго раздраженія. Далѣе секреторная теорія, воспалительная теорія. Поставленные докладчикомъ опыты показали, что токсическія вещества, могущія вызвать уртикарію при интрадермальномъ введеніи, вызываютъ при введеніи черезъ кровь измѣненія кожи, близко стоящія къ эритемамъ. Въ пищеварительныхъ органахъ нормальныхъ животныхъ (собакъ) во время акта пищеваренія находятся уртикаріогенныя вещества; послѣднія иногда могутъ быть найдены и въ крови воротной вены. При интрадермальномъ введеніи этихъ веществъ одного периферическаго раздраженія бываетъ достаточно для возникновенія волдыря. Полученные экспериментальнымъ путемъ волдыри представляютъ своеобразную картину воспаленія, въ которой серозная экссудация рѣзко превалируетъ надъ другими проявленіями воспалительной реакціи.

С. Борманъ: *Грибковыя заболѣванія волосистой части кожи и ихъ рентгенотерапія*. Въ вопросѣ о паразитахъ волосъ докладчикъ придерживается классификаціи *Sabouraud* и подробно разбираетъ отдѣльныя

формы заболѣваній волосъ. Въ вопросѣ о леченіи докладчикъ держится того взгляда, что безъ эпиляціи парши излечить невозможно и въ этомъ смыслѣ рентгенизацію считаетъ самымъ совершеннымъ методомъ, такъ какъ съ помощью дозировки X-лучей является возможность выработать вполне точный методъ эпиляціи всей головы. Докладчикъ примѣняетъ слѣдующій методъ: голову для эпиляціи подраздѣляютъ на 12—13 площадей въ 7—8 см. діаметра, каждое мѣсто освѣщается только одинъ разъ, причемъ дается полная доза въ 6х по *Kienboeck*'у или 4—5 Н по *Holz-Knecht*'у. Черезъ 14—15—16 дней начинается выпаденіе волосъ безъ всякой реакціи, даже безъ покраснѣнія. Выпаденіе волосъ длится 7 дней, а затѣмъ черезъ 6—8 недѣль начинается ростъ новыхъ здоровыхъ волосъ. Важно, по мнѣнію докладчика, то, что при меньшей дозѣ волосы не выпадаютъ, при большей выпадаютъ, но не вырастаютъ. Если на какомъ-либо мѣстѣ не получилось выпаденія, можно повторить рентгенизацію этого мѣста. Во время выпаденія волосъ они моются два въ недѣлю сулемою (2:1000) и смазываются іодной настойкой. Выздоровленіе получается быстро. Каждый сеансъ длится отъ 20 до 35 минутъ, причемъ больше двухъ мѣстъ въ одинъ день не подвергаютъ освѣщенію. Вся голова освѣщается приблизительно въ недѣлю. Дороговизна леченія преувеличена. По вычисленію докладчика, 14 сеансовъ обходится приблизительно въ 5 руб.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *А. А. Цѣхановскій*.

А. А. Цѣхановскій: О путяхъ выдѣленія ртути при подкожномъ ея введеніи въ организмъ. Экспериментальная работа докладчика произведена путемъ фистуль проф. *Павлова*; при этомъ выяснилось, что при введеніи подкожнымъ путемъ терапевтическихъ дозъ ртути количество выдѣляемой желчи повышается, а удѣльный вѣсъ повижается, что указываетъ на усиленіе секреторной дѣятельности, тѣ же явленія отмѣчаются, но въ меньшей степени по отношенію къ желудочному и кишечному соку, также и въ изолированной слюнной железнѣ. Такимъ образомъ основной выводъ докладчика заключается въ томъ, что введенная въ организмъ подкожнымъ путемъ ртуть выдѣляется не только мочей, но и железами желудочно-кишечнаго канала.

Пренія по поводу доклада касались метода опредѣленія ртути въ калѣ.

Д. Рѣшетилло: Леченіе эпителиомъ лучами *Roentgen*'а. Мы пережили увлеченіе рентгенотерапіей, когда думали, что она замѣнитъ, сведетъ на нѣтъ въ кожныхъ болѣзняхъ и хирургію, и дерматологію. Теперь это увлеченіе прошло, и выяснилось, что для цѣлесообразныхъ результатовъ нужна комбинація старыхъ и новыхъ методовъ. Докладчикъ собралъ 670 случаевъ эпителиомъ, пользовавшихся лучами *Roentgen*'а, причемъ въ 70% было получено выздоровленіе, 23,5% улучшеній и 6,5 безъ результата. Статистика другихъ авторовъ даетъ 95% выздоровленій. Останавливаясь на вопросѣ, отъ чего зависить это неодинаковое

дѣйствіе, докладчикъ относитъ это, во-первыхъ, къ природѣ клѣтокъ, изъ которыхъ состоитъ новообразование (клѣтки гигантскаго слоя меньше реагируютъ, чѣмъ клѣтки базальнаго слоя) и, во-вторыхъ—къ толщинѣ новообразования. Въ заключеніе докладчикъ устанавливаетъ, что цѣлебное значеніе рентгенотерапіи безспорно и вполнѣ установлено, но она не можетъ считаться исключительнымъ способомъ, а должна соединяться съ другими методами. Не всѣ случаи поддаются леченію; цѣлесообразно примѣненіе этого метода тотчасъ послѣ хирургическаго вмѣшательства. Вредъ X-лучей не можетъ считаться вполнѣ установленнымъ. Преимущества этого метода въ его безболѣзненности, въ хорошихъ косметическихъ результатахъ, въ рѣдкости возвратовъ при законченномъ леченіи. Обративъ вниманіе на отсутствіе русской статистики по этому вопросу, докладчикъ предлагаетъ поручить Правленію Пироговскаго Общества собрать матеріалы по предлагаемой имъ таблицѣ и организовать особую комиссію для разработки собранныхъ матеріаловъ.

Борманъ отмѣтилъ, что содержаніе доклада не соответствуетъ его названію: ничего не говорится о technikѣ леченія. Конечно, леченію лучами *Roentgen*'а не подлежатъ случаи глубокихъ эпителиомъ съ неповрежденной кожей, такъ какъ здѣсь необходима большая доза, которая съѣстъ кожу.

Богровъ указываетъ на желательность выясненія вопроса, какое мѣсто въ леченіи эпителиомъ должно быть уделено другимъ методамъ леченія, въ какихъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ свѣту, къ радію, и присоединяется къ мнѣнію докладчика о желательности организаціи комиссіи по собиранію и разработкѣ матеріала.

Секція постановила: 1) поставить вопросъ о леченіи эпителиомъ лучами *Roentgen*'а программнымъ на слѣдующемъ сѣздѣ, 2) просить Правленіе Пироговскаго Общества разослать опросную таблицу о результатахъ леченія эпителиомъ лучами *Roentgen*'а въ клиники, больницы и частныя лечебницы, 3) о результатахъ разработки полученнаго статистическаго матеріала сообщить слѣдующему Пироговскому сѣзду.

С. Ф. Проскуряковъ: О результатахъ дѣятельности свѣто-лечебнаго кабинета *Калинкинской городской больницы*. Общее количество лечившихся больныхъ къ 1 апрѣля 1907 г.—76, изъ нихъ 73 люповныхъ и 3 эпителиомы. Благодаря точнымъ способамъ установки давителя удалось сократить сеансы до получаса. Изъ 73 случаевъ люповныхъ—30,1 % совершенно выздоровѣли, 12 % почти выздоровѣли (остались небольшіе узелки и пигментныя пятна). Среди излечившихся были случаи очень застарѣлые. Докладчикъ отмѣчаетъ тотъ фактъ, что послѣ кратковременнаго перерыва леченіе переносилось лучше, причемъ во время перерыва фізіологическое дѣйствіе свѣта какъ-бы продолжалось. Количество сеансовъ было очень значительное, въ одномъ случаѣ 860 сеансовъ. Докладчикъ высказывается за желательность комбинаціи кожнаго леченія съ другими методами.

Рышетилло, справляясь о данныхъ, которыми руководствуется докладчикъ для установленія излеченія, высказывается за повѣрочное вирыскиваніе туберкулина.

Противъ этого высказываются докладчикъ, *Борманъ*, *Ивановъ*. *Борманъ* указываетъ на возможность фокуса въ другомъ мѣстѣ. *Ивановъ* приводитъ случай изъ клиники *Neisser*'а, гдѣ отъ туберкулина не была получена реакція, а въ то же время и микроскопически, и гистологически былъ подтвержденъ туберку-

лезъ. По отношенію къ предпочтенію способа *Finsen*'а передъ другими методами *Ивановъ* не согласенъ съ докладчикомъ. Способъ этотъ очень длителенъ, а другіе методы даютъ не худшіе результаты и въ болѣе короткое время.

Кромѣ того въ преніяхъ приняли участіе *Павловъ* и *Мещерскій*.

По окончаніи занятій секціи *Ивановъ* отъ имени секціи выразилъ благодарность завѣдующему секціей и секретарямъ за успѣшную организацію работъ секціи.

Соединенное засѣданіе секцій кожныхъ—венерическихъ болѣзней и земской—городской медицины.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *Д. К. Заболотный* (Спб.).

М. А. Членовъ (Москва): *Половая перепись Московскаго университета*. Въ 1903 г. докладчикъ обратился къ студенческому медицинскому Обществу при Московскомъ университетѣ съ предложеніемъ взять на себя разработку половой переписи московскаго студенчества. Опросный листъ разработанъ крайне широко и касался не только фізіологіи и патологіи половой жизни студентовъ, но и такихъ духовно-физическихъ сторонъ его существованія, какі: соціально-экономическое положеніе, вліяніе семьи, школы, литературы и театра, алкоголизма и т. д. Самая перепись была произведена въ 1904 г., т. е. въ самый острый моментъ предреволюціоннаго періода. Число полученныхъ отвѣтовъ равно 2150, что составляетъ почти половину тогдашняго контингента студенчества.—Докладъ изобилуетъ огромнымъ количествомъ цифръ, подчасъ чрезвычайно поучительныхъ и рисующихъ какъ отношеніе студенчества къ различнымъ фактамъ и вопросамъ жизни (въ частности половой), такъ и вліяніе всѣхъ вышеупомянутыхъ моментовъ на развитіе физической, духовной и нравственной личности учащагося юношества. Приводимъ нѣкоторыя цифры: 64 % студентовъ пьютъ спиртные напитки; большинство (71 %) начало употреблять алкоголь въ возрастѣ 15—20 лѣтъ; подавляющее большинство (98 %) пьетъ случайно, въ компаніи и т. п. Раннее проявленіе полового чувства наблюдалось въ 92 % и этому больше всего способствовали порнографическія книжки и картинки (24 %), уличныя впечатлѣнія (17 %), поведенія товарищей (14 %), прислуги и т. д.; при этомъ разъясненіе относительно сущности половыхъ процессовъ старались дать лишь въ 27 %, а именно чаще всего товарищи, а не родители. Раннее пробужденіе полового чувства большинствомъ студентовъ приписывается отсутствію разумнаго вліянія со стороны семьи и развращающему вліянію товарищей, старшихъ въ семьѣ, прислуги, порнографической литературы и живописи. Минуя вліянія школы учебнаго персонала, литературы, театра—переходимъ къ фізіологіи половой жизни. $\frac{1}{3}$ часть (33 %) студентовъ совершенно еще чиста въ половомъ отношеніи, причемъ воздержаніе объясняется главнымъ образомъ нравственными соображеніями (51 %), а частью боязнью зараженія (27 %). Начало *внѣбрачной половой жизни* въ $\frac{1}{2}$ случаевъ относится къ 14—17 годамъ, т. е. къ старшимъ классамъ гимназій, и способствуютъ

этому главнымъ образомъ проститутки или прислуга. 69% относится отрицательно къ вѣббранной половой жизни и въ видѣ мѣры борьбы съ нею больше всего отмѣчаютъ женитьбу, распространіе медицинскихъ знаній и кружки самообразованія.—Что касается *патологии* половой жизни, то общеизвѣстный «школьный порокъ» наблюдался раньше въ 60%; въ настоящее время онъ наблюдается въ 14%. Изъ *венерическихъ болѣзней* сифилисъ отмѣченъ въ 2,7%, перелой въ 20% и мягкій шанкръ въ 3%, причемъ въ половинѣ (если не болѣе) случаевъ зараженіе происходитъ до университета и въ огромномъ большинствѣ случаевъ (болѣе 70%)—отъ проститутокъ (большую часть отъ «одиночекъ»), а затѣмъ отъ прислуги (болѣе 10%). Цифры зараженія въ общемъ гораздо ниже цифръ соответствующихъ иностранныхъ переписей; изъ русскихъ—ниже цифръ харьковской переписи. Незначительность этихъ цифръ вполне объясняется какъ несомнѣнно растущей „половой чистотой“ молодежи, такъ и характеромъ времени, въ которое производилась перепись.—Всѣ данныя переписи ясно говорятъ, что студенчество подчиняется тѣмъ же социальнымъ законамъ, какъ и все общество, частью котораго оно является, и что къ нему нельзя относиться ни съ какой предвзятой точки зрѣнія, т. е. нельзя видѣть въ немъ ни сплошь идеалистическую массу, ни, наоборотъ, какъ дѣлають другіе, массу, состоящую чуть-ли не изъ однихъ отрицательныхъ элементовъ. Не дѣлая какихъ-либо объединяющихъ выводовъ изъ данныхъ переписи, можно сказать только одно: всей текущей жизнью поставлены на первомъ планѣ вопросы школы и семьи, и нѣтъ тѣхъ героическихъ усилій, которыя не слѣдовало бы употребить для правильнаго разрѣшенія этого дѣла, отъ котораго, быть можетъ, зависитъ и вся будущность Россіи.

Студентъ *Швейцеръ* предложилъ устроить половую перепись и среди учащихся въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ женскаго пола.

Грановскій сказалъ, что въ основѣ венеризма лежитъ факторъ естественно-исторической жизни и инстинктъ сохраненія вида, т. е. физиологическая потребность удовлетворенія полового инстинкта. Вторая точка зрѣнія необходима для оцѣнки социальной возможности жить правильной половой жизнью. Жизнь экономически необеспеченныхъ городскихъ слоевъ населенія, къ каковымъ должно быть отнесено студенчество, поставлена въ условія экономической невозможности правильно удовлетворять половому инстинкту, такъ какъ они не имѣютъ возможности содержать семью. Борьба съ венеризмомъ складывается изъ 2 моментовъ: изъ борьбы съ экономическою необеспеченностью мужской молодежи, создающей спросъ на проституцію, и изъ борьбы съ проституціей.

Клирикова: Въ правильномъ разрѣшеніи полового вопроса равно заинтересованы и мужчины, и женщины, отъ неправильнаго его разрѣшенія страдаютъ и мужчины, и женщины и послѣднія даже гораздо больше. Я полагаю, что единственно правильное разрѣшеніе его будетъ тогда, когда женщина займетъ достойное положеніе въ обществѣ. Изъ словъ докладчика видно, что преобладающее вліяніе на молодыхъ людей въ семьѣ имѣла мать, поэтому для блага общества это вліяніе должно быть обогорожено. Положеніе матери, вообще женщины должно быть поднято. Женщина должна получить вліяніе также на ходъ государственной и общественной жизни. Теперь во время переустройства государственнаго строя я предлагаю секціи высказать свое вѣское мнѣніе о необходимости уравниенія женщины въ политическихъ и гражданскихъ правахъ.

По поводу заслушаннаго доклада секція сдѣлала постановленіе учредить при Пироговскомъ Обществѣ комиссію для разработки вопросовъ половой жизни учащагося юношества и для пересмотра нашего законодательства о проституціи.

Ушные, горловые и носовыя болѣзни.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Открывая собраніе, завѣдующій секціей *А. О. Ивановъ*, упомянувъ о тѣхъ неблагопріятныхъ условіяхъ, при которыхъ открывается настоящій сѣздъ врачей, въ смыслѣ краткости подготовительнаго періода, отмѣтилъ большое число поступившихъ докладовъ и участниковъ сѣзда. „Этотъ успѣхъ сѣзда—замѣтилъ *А. О. Ивановъ*—говоритъ за то, что освобождающаяся общественная жизнь бодритъ и мысль научную и что спеціальность наша, не такъ давно считавшаяся узкою, все крѣпнѣтъ, растетъ и расширяетъ свои предѣлы“. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *П. П. Геллатъ*.

П. П. Геллатъ: Тепло, какъ лечебное средство при ушныхъ и горловыхъ болѣзняхъ. (Ауторефератъ). Медицина освобождается отъ власти доктринерства со времени эпохи возрожденія. Однимъ этапомъ освобожденія есть переворотъ въ нашихъ воззрѣніяхъ по отношенію къ лихорадкѣ. Лечение тепломъ отголосокъ этого переворота. Теоретическія основанія для примѣненія тепла слѣдующія: 1) Организмъ борется противъ всѣхъ вредоносныхъ началъ повышеніемъ t° . 2) Тепло переносится до довольно высокихъ степеней организмомъ легко, бактеріями плохо. 3) Бактерицидная сила кровяной сыворотки дѣйствительнѣе всего при $38-40^{\circ}$. 4) Optimum t° для бактерій—температура человѣческаго тѣла. 5) Тепло хорошій сосудорасширитель и регуляторъ питательныхъ соковъ. Тепло примѣняется въ сухомъ и влажномъ видѣ. Сухое выдерживается дольше и проникаетъ глубже. Тепло переносится легче и оказываетъ большее дѣйствіе, если оно примѣняется не постоянно, а 3—4 раза въ день на $\frac{1}{2}$ —1 часъ. Носители сухого тепла могутъ быть: пузырь съ горячею водою, песокъ, овесъ, зола, электрическія лампочки и т. д. Дѣйствіе тепла замѣчается менѣе всего при хроническихъ формахъ заболѣванія. Въ подострыхъ случаяхъ тепло сокращаетъ процессъ—уменьшаетъ болѣзненные явленія. Могучее вліяніе тепла въ острыхъ формахъ внѣ всякаго сомнѣнія. Оно примѣняется докладчикомъ въ продолженіе 10 лѣтъ съ постояннымъ расширеніемъ границъ показанія и испытано теперь на большомъ числѣ острыхъ отитовъ, мастоидитовъ, періостальныхъ нарывовъ, синовитовъ и гайморитовъ. Замѣтнѣе и раньше всего наступаетъ болеутоляющее дѣйствіе, потомъ рассасывающее на припухлости и выпоты. Прибѣгать къ операціи при примѣненіи тепла приходится рѣдко. Горячій пузырь на повязку послѣ гнойныхъ операцій уменьшаетъ боль и ускоряетъ заживленіе. Тепло оказываетъ и большое вліяніе при осложненіяхъ (нагноеніи, піэміи, гангренѣ) послѣ пулевыхъ ранъ.

Трофимовъ приводитъ случаи, гдѣ произошло излеченіе 3 острыхъ mastoidit'овъ и torticulis шеи, туберкулезнаго происхожденія, благодаря примѣненію аппарата *Leiter'a* съ t° въ 40° раза 3—4 въ день.

Свержевскій указываетъ, что въ 1901 году онъ примѣнялъ способъ леченія носа и горла горячимъ сухимъ воздухомъ и результаты своихъ наблюденій надъ 44 больными онъ изложилъ въ статьѣ «Примѣненіе горячаго воздуха при бо- лѣзняхъ носа и горла» (Мед. Обзор. 1902 г.).

Буракъ замѣчаетъ, что для опредѣленнаго сужденія нужны болѣе многочис- ленныя, систематически проведенныя по извѣстному плану изслѣдованія, такъ какъ въ дѣлѣ оцѣнки значенія извѣстнаго метода надо исключить всякія слу- чайности; мы знаемъ, — на это обратилъ вниманіе *Jansen* и др., — что при острыхъ мастоидитахъ однимъ помогаетъ тепло, другимъ холодъ и поэтому трудно иногда установить показанія. Далѣе по поводу того пункта доклада, гдѣ говорится о полученіи тепла путемъ свѣта, напр. электрическаго, ораторъ сообщаетъ о рядѣ произведенныхъ имъ опытовъ, при которыхъ онъ помѣщалъ животныхъ, зараженныхъ извѣстной бактеріальной формой, въ солевоидъ, обтекаемый токами «*haute fréquence*», и получалъ благопріятные результаты въ смыслѣ ослабленія силы инфекции.

Д-ръ Бѣлиновъ: Къ вопросу о распознаваніи гнойныхъ лабиринти- товъ. (Изъ клиники ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней проф. *Симановскаго*). Явные формы гнойнаго лабиринтита не представляютъ для діагноза почти никакихъ затрудненій, и существующіе методы изслѣ- дованія, какъ динамическія пробы равновѣсія по *v. Stein*'у, испытанія статическаго равновѣсія помощью гониометра *v. Stein*'а, пробы на нистагмъ, — вполне достаточны для ихъ распознаванія. Латентныя формы того же заболѣванія, встрѣчающіяся гораздо чаще, чѣмъ принято думать, также могутъ быть распознаны, хотя до сихъ поръ мы не имѣемъ ни одного вполне вѣрнаго діагностическаго метода, который въ каждомъ данномъ случаѣ, могъ бы поставить внѣ всякаго сомнѣнія ограниченный, скрытый гнойный процессъ во внутреннемъ ухѣ. Только совокупность данныхъ, получен- ныхъ при примѣненіи всѣхъ существующихъ способовъ изслѣдованія функцій лабиринта, могутъ болѣе или менѣе обезпечить діагнозъ.

Методъ *Barany* для изслѣдованія возбудимости статическаго снаряда лабиринта долженъ быть испытанъ передъ каждымъ оперативнымъ вѣ- шательствомъ на ухѣ, какъ наиболее вѣрное средство для діагностики скрытыхъ формъ лабиринтита, могущихъ при операціяхъ переходить въ различныя нагноенія съ распространеніемъ процесса на содержимое черепа (*exitus!*). Въ трехъ случаяхъ заболѣванія лабиринта, которые наблюдалъ докладчикъ, боковыя наклоненія головы оказались для вести- булярнаго снаряда такимъ же раздражителемъ, какъ вращеніе, калорія, гальваническій токъ и др. и т. п., отличаясь лишь меньшей силой; по этой причинѣ боковыя наклоненія головы нормально не вызываютъ со стороны вестибулярнаго аппарата никакой реакціи. Если таковая, resp. нистагмъ, появляется, то, какъ показали случаи докладчика, есть извѣстное основаніе считать соответствующій лабиринтъ въ состояніи раздраженія. При обратныхъ отношеніяхъ функція лабиринта потеряна. При боковыхъ наклоненіяхъ головы раздражается тотъ лабиринтъ, въ сторону котораго происходитъ наклоненіе (при взглядѣ въ ту же сторону). Методъ комбинаціи боковыхъ наклоненій головы съ вращеніемъ и кало- ріями заслуживаетъ вниманія потому, что онъ приближаетъ къ разрѣ- шенію важнаго въ практическомъ отношеніи вопроса о болѣе точной

локалізації болѣзненнаго процесса въ различныхъ участкахъ лабиринта. Однако этотъ методъ слишкомъ мало разработанъ, а потому нуждается въ дальнѣйшемъ изученіи.

Засѣдателевъ считаетъ, что докладчикъ недостаточно отгѣнилъ явленія раздраженія лабиринта и явленія паралича, тогда какъ указанные имъ симптомы: нистагмъ, головокруженіе и разстройство равновѣсія будутъ различны при раздраженіи или при параличѣ его. Въ первомъ случаѣ сильное головокруженіе; во второмъ невозможность вызвать его даже при сильномъ вращеніи; въ первомъ случаѣ произвольный нистагмъ, во второмъ невозможность его вызвать никакими способами. Наконецъ и разстройства равновѣсія будутъ разными при явленіяхъ раздраженія или паралича. Во многихъ случаяхъ можно безъ сильнаго центрофугированія ограничиться для полученія нистагма активнымъ вращеніемъ.

Буракъ, отмѣчая, что трудно опредѣленно локализовать болѣзненный процессъ въ лабиринтѣ, приводитъ случай, гдѣ при всѣхъ признакахъ пораженія лабиринта, при операціи измѣненій въ немъ не было найдено, между тѣмъ какъ всѣ болѣзненные явленія прошли.

Ивановъ отмѣчаетъ, что о законмѣрности въ данномъ вопросѣ трудно говорить: не всегда удается установить калорическій нистагмъ. Способъ полученія нистагма при вращеніи даетъ противорѣчивые результаты. По поводу заявленія *Бурака* сообщаетъ, что явленія пораженія лабиринта бываютъ нерѣдко въ результатѣ повышеннаго давленія въ полости средняго уха.

Бѣлиновъ замѣчаетъ, что съ выпаденіемъ функціи одного лабиринта раздражается викарно другой; слѣдовательно, нистагмъ при заболѣваніи внутренняго уха есть одновременно явленіе раздраженія (здоровое ухо) и выпаденія (больной лабиринтъ). Активное вращеніе, предлагаемое *Засѣдателевымъ*, не точный методъ, ибо положеніе головы при немъ не постоянное и, слѣдовательно, чистота опыта теряется, въ особенности если имѣть въ виду необыкновенную чувствительность лабиринта. Что касается законмѣрности со стороны симптомовъ, наблюдаемыхъ при испытаніи лабиринта, то, не отличаясь безусловной точностью, они, по сравненію съ обычными медицинскими способами, прямо поражаютъ своей сравнительной точностью и законмѣрностью.

Н. П. Трофимовъ: *Къ этиологіи нагноеній сосцевиднаго отростка въ связи съ клиническими данными.* Указавъ на серьезность и частоту гнойнаго воспаленія сосцевиднаго отростка, авторъ подчеркиваетъ важность изученія этиологическаго момента этого заболѣванія. Помимо затрудненнаго оттока изъ барабанной полости воспалительнаго секрета громадную роль въ заболѣваніи сосца имѣетъ и вирулентность микроорганизмовъ, вызывающихъ воспаленіе средняго уха; чѣмъ послѣдніе вирулентнѣе, тѣмъ легче сосецъ поражается гнойнымъ процессомъ. Инфекція можетъ быть и смѣшанная. И въ виду того, что бываютъ различныя клиническія формы этого заболѣванія, нужно думать, что въ однихъ случаяхъ преобладаетъ одинъ видъ микроорганизмовъ, въ другихъ—иной, причемъ болѣе вирулентный возбудитель заглушаетъ ростъ другихъ. Задача доклада—опредѣлить этихъ возбудителей воспаленія сосцевиднаго отростка и прослѣдить по возможности связь и отношеніе отдѣльных ихъ видовъ съ клинической картиной заболѣванія. Изложивъ литературу этого вопроса, докладчикъ сообщаетъ свои собственные изслѣдованія въ этомъ направленіи. Онъ изслѣдовалъ 30 случаевъ мастоидитовъ послѣ остраго и хроническаго отита и нашелъ 88 разъ: *streptococcus pyogenes brevis et longus* въ чистой к-рѣ, 7 разъ *staphylococcus aureus*

въ чистой к-рѣ, 22 раза streptococcus cum staphylococco albo, 3 раза streptococcus cum staphylococco aureo и staphylococcus albus et bac. lanceolatus и по одному разу streptococcus et bacillus lanceolatus, streptococcus et bac. pyocyaneus, staphylococcus et bac. pyocyaneus, streptococcus, staphylococcus alb. + bac. lanceolatus (палочка, дающая пленку въ бульонѣ, очень похожая на тифозную, и, наконецъ staphylococcus alb. et bac. Friedländer'a 1 разъ. Если теперь сопоставить данныя клиническаго теченія заболѣванія сосцевиднаго отростка при различныхъ видахъ микроорганизмовъ, то получимъ, что при:

| | Streptococc. | Strept. + Staphyl. | Staphyl. aur. | Strept. + Staph. aur. | Staph. + lanceolat. |
|--------------------------------|--------------|--------------------|---------------|-----------------------|---------------------|
| Большое разруш. отростка . . . | 46% | 30% | 100% | 67% | 50% |
| Грануляци въ немъ | 54% | 70% | — | 33% | 50% |
| Abscessus subperiost. | 13% | 18% | — | 33% | — |
| extraduralis | 5% | 45% | — | — | — |
| Смертность | 14% | 20,9% | 20% | 33% | — |
| Частота осложненій | 36,7% | 32% | 20% | 33% | 0 |
| Высокая температура | 80% | 60% | 80% | 33% | 50% |

Засѣдатель: Бактеріологическое изслѣдованіе гноя задача неблагоприятная, ибо степень тяжести процесса зависитъ не столько отъ вида бактерій, сколько отъ вирулентности ихъ и отъ строенія сосцевиднаго отростка, который являются главными факторами, опредѣляющими степень тяжести болѣзни, такъ какъ и въ здоровой барабанной полости кролика и собаки находили патогенныхъ микробовъ.

Кружилинъ: Трудно ото-хирургу опредѣлить моментъ хирургическаго вмѣшательства при гнойныхъ заболѣваніяхъ средняго уха и потому исполнѣ естественно будетъ въ природѣ бактерійной фауны гнойныхъ отитовъ искать опорной точки для своевременнаго хирургическаго воздѣйствія. Если у насъ накопится больше подобныхъ наблюденій, то безспорно они обѣщаютъ дать практическіе результаты.

С. М. Буракъ: Къ вопросу о параффиновыхъ протезахъ съ демонстраціей истологическихъ препаратовъ и фотографическихъ снимковъ. (Особенно рѣзкаго различія въ реакціи организма на твердый и мягкій парафинъ не наблюдается. Явленія проростанія парафина новообразованными клѣточными элементами идутъ обыкновенно рядомъ съ процессомъ инкапсулированія тѣхъ безчисленныхъ комочковъ, на которые парафиновые массы распадаются при введеніи ихъ подъ кожу, причѣмъ преобладаютъ то процессы инкапсулированія, то процессы проростанія въ зависимости не только отъ свойства вводимой массы, но и отъ условій опыта (быстрота введенія, t° массы, рыхлость ткани). Чѣмъ мельче и тоньше параффиновые массы располагаются въ щеляхъ ткани, тѣмъ благоприятнѣе условія для полнаго и скораго проростанія; при мягкомъ парафинѣ преобладаютъ явленія проростанія, при твердомъ инкапсулированія. Гигантскія клѣтки не составляютъ необходимаго агента для рассасыванія парафина. Воспалительная реакція при введеніи твердаго парафина въ первые дни очень сильна и проявляется мелкоклѣточной инфильтраціей при экссудатѣ и сильной гипереміи. Въ ближайшемъ сосѣдствѣ главной массы встрѣчаются безчисленные мелкіе комочки, разнообразной величины и формы. При введеніи мягкаго парафина комочки мельче и реакція менѣ бурна. Мѣстныя разстройства въ видѣ частичнаго омертвѣнія кожи,

выпада наружу параффина, выпаденія волосъ зависятъ отъ чрезмѣрнаго раздраженія. Смѣщеніе параффиновыхъ протезовъ, измѣненіе формы и величины ихъ бываютъ въ первые дни или недѣли; на степень измѣненія вліяетъ свойство ткани, положеніе протеза и твердость параффина. Мягко-параффиновые протезы съ теченіемъ времени приобрѣтають хрящеватую консистенцію, твердые же по сравненію съ предыдущими представляются болѣе ограниченными и подвижными. И съ твердымъ параффиномъ возможны тяжелыя осложненія (эмболии), при попаданіи расплавленной массы въ кругъ кровообращенія; при введеніи же мягкаго параффина съ извѣстными предосторожностями опасность эмболии мало вѣроятна. Параффино-пластика—цѣлесообразный методъ для исправленія западеній носа, при леченіи озаеп'ы, при втяженіи носовыхъ крыльевъ, при дефектахъ рѣчи вслѣдствіе патологическихъ состояній твердаго и мягкаго неба, при исправленіи западеній и рубцовыхъ втяженій на лицѣ и шеѣ, для закрытія ретроаурикулярныхъ отверстій послѣ операцій на сосцевидномъ отросткѣ, для устраненія впаденій послѣ радикальныхъ операцій на лобныхъ пазухахъ и т. д. Для параффинопластики самымъ подходящимъ матеріаломъ является смѣсь параффина съ вазелиномъ, точка плавленія отъ 40 до 45°; выборъ ткани соображается съ состояніемъ ригидности тканей: для леченія озаеп'ы можно брать болѣе твердыя смѣси. Матеріалъ вводится застывшимъ за 1 разъ отъ 0,1—0,3 и чѣмъ меньше, тѣмъ безопаснѣе и вѣрнѣе косметическій эффектъ. Особая осторожность требуется при ригидности тканей или рубцовыхъ измѣненіяхъ; вколъ надо производить сверху внизъ (на спинкѣ носа).

А. В. Златовъровъ: Объ исправленіи деформаций носа посредствомъ параффиновыхъ протезовъ. Докладчикъ говоритъ о преимуществахъ примѣненія твердаго параффина съ точкой плавленія въ 57—62°, предложеннаго *Eckstein*'омъ, передъ мягкимъ, введеннымъ въ употребленіе *Alb. Stein*'омъ. Докладчикъ раздѣляетъ всѣ деформации носа на двѣ категоріи, изъ которыхъ къ первой относятся всѣ деформации прирожденныя, ко второй всѣ деформации патологическаго происхожденія. Первая онъ предлагаетъ дѣлать преимущественно мягкимъ параффиномъ, а вторыя—сначала главное углубленіе деформации исправить при помощи твердаго параффина и заключительныя косметическія исправленія мягкимъ параффиномъ. Въ заключеніе докладчикъ предлагаетъ дѣлать эту операцію во всѣхъ подходящихъ случаяхъ, такъ какъ она въ общемъ не представляетъ опасности.

Л. Г. Свержевскій: О впрыскиваніи параффина при „озаепа“. Впрыскиваніе параффина съ точкой плавленія въ 48° С. въ плотномъ состояніи подъ атрофическую слизистую оболочку носа въ количествѣ отъ 0,1—0,5 куб. см. не вызываетъ побочныхъ вредныхъ вліяній и вполне безопасно для больныхъ. Неоднократное впрыскиваніе параффина въ плотномъ состояніи при тяжелыхъ формахъ озаеп'ы вызываетъ временное значительное улучшеніе въ смыслѣ устраненія зловонныхъ отдѣленій и другихъ болѣзненныхъ явленій, зависящихъ отъ пораженія носа. При легкихъ формахъ озаеп'ы и при простыхъ атрофическихъ измѣненіяхъ

слизистой оболочки носа подъ влияніемъ неоднократныхъ впрыскиваній малыхъ дозъ парафина въ плотныхъ состояніяхъ можетъ наступить стойкое полное излеченіе.

Ивановъ спрашиваетъ, были-ли у больныхъ съ озаеп'ой объективныя измѣненія въ носу въ смыслѣ улучшенія и измѣненія слизистой оболочки при впрыскиваніи парафиновыхъ массъ.

Свержевскій заявляетъ, что трудно говорить здѣсь о какой-либо закономерности, но ему пришлось наблюдать, что субъективныя измѣненія часто не соответствовали объективнымъ, и наоборотъ. Можно съузить значительно носовые ходы.

Буракъ совѣтуетъ при впрыскиваніи парафина при деформациахъ носа чтобы не попасть въ вену, вкладывать иглу глубоко въ корень носа и выпрыскивать содержимое шприца во время вытаскиванія иглы назадъ.

Блиновъ приводитъ случай, гдѣ послѣ впрыскиванія парафина, неизвѣстно по какому случаю, образовалась опухоль на переносѣ у основанія носа и частью на вѣкъ, что очень обезобразило больного. Онъ спрашиваетъ, выпрыскивали-ли докладчикъ парафинъ въ раковину только или и въ *septum nasi*.

Свержевскій сообщилъ, что впрыскиваніе производилось не только подъ слизистую нижней раковины, но и подъ слизистую оболочку носовой перегородки, нижняго носового хода, а также и средняго.

Геллатъ, резюмируя пренія, приходитъ къ заключенію, что нѣтъ еще вполне надежнаго способа леченія озаеп'ы. Твердый парафинъ безопаснѣ жидкаго и потому предпочтительнѣе. Относительно встрѣчающихся при впрыскиваніи еще большихъ обезображиваній говорить, что и у него былъ подобный случай и что при вырѣзываніи образовавшейся рубцовой ткани черезъ 3 года парафина тамъ уже не было.

А. В. Златовъровъ: Демонстрація новыхъ инструментовъ. Авторъ показалъ инструменты для вскрытія абсцессовъ глотки и заднеглоточнаго пространства, въ особенности перитонзиллярныхъ. До сихъ поръ для этой цѣли употребляли ножъ *Weber'a*, который несовсѣмъ удобенъ. Инструментъ, предлагаемый авторомъ состоитъ изъ ручки, въ которой два ножа подъ прямымъ угломъ: первый ножъ имѣетъ форму толстой круглой проволоки, не гнушейся: на концѣ ея маленькій ножичекъ въ $1\frac{1}{2}$ см. съ однимъ лезвіемъ. Второй ножъ имѣетъ такую же форму, но самый ножичекъ имѣетъ лезвіе съ двухъ сторонъ и стоитъ къ своему проволочному продолженію подъ прямымъ угломъ. Оба эти ножа могутъ быть ввинчены въ ручку въ любомъ положеніи въ смыслѣ направленія лезвія, и такимъ образомъ при прорѣзываніи напр. абсцессовъ въ передней дужкѣ ножъ можетъ быть поставленъ всегда параллельно дужкѣ, что важно, дабы не поранить *arteria carotis interna*. Такъ какъ глубоко прорѣзывать не рекомендуется, то для расширенія отверстія авторъ предлагаетъ еще пару очень тонкихъ щипцовъ, лопасти которыхъ на мѣстѣ своихъ соединеній изогнуты тоже подъ прямымъ угломъ, вслѣдствіе чего рука оператора не находится въ полѣ зрѣнія. Если вставить конецъ этихъ щипцовъ въ рану и развести лопасти, то такимъ образомъ расширяется рана. Вторые щипцы имѣютъ такую же форму, но операціонные концы лопастей согнуты подъ прямымъ угломъ. Преимущество этого инструментарія состоитъ въ томъ, что такіе ножи можно устанавливать во всякомъ положеніи, поле зрѣнія прекрасно видно и не закрывается на рукой

оператора, ни самимъ инструментомъ, глубоко не приходится рѣзать ножомъ, такъ какъ можно продолжать операцію тупымъ способомъ.

Геллатъ отмѣтилъ, что какъ простымъ, такъ и предложеннымъ ножомъ можно сдѣлать пораненіе сосудовъ, а расширитель причиняетъ очень большую боль.

Рохлингъ сообщаетъ, что въ одной изъ заграничныхъ клиникъ ему приходилось видѣть примѣненіе тупого крючка при перитонзиллярныхъ абсцессахъ—причемъ крючкомъ заходятъ между дужками, и такимъ образомъ уже на 2-й, или 3-й день гной удавалось удалить. Способъ этотъ совершенно безопасенъ.

Бродъ указываетъ, что пораненіе *arteriae carotidis* очень рѣдко при вскрытіи перитонзиллярныхъ нарывовъ, если разрѣзъ дѣлается ближе къ средней линіи, а если пораненія и бываютъ, то новые инструменты отъ нихъ не избавятъ.

Засѣданіе 27 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *Н. П. Трофимовъ*.

С. С. Преображенскій: О леченіи острыхъ и хроническихъ гноетеченій высасываніями. На основаніи своихъ наблюденій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Высасываніе очищаетъ среднее ухо, устраняя задержку и разложеніе секретіи. 2) Высасываніе препятствуетъ втяженію и сращенію (остатковъ) барабанной перепонки съ промоторіемъ. 3) Высасываніе способствуетъ заживленію перфوراціоннаго отверстія. 4) Высасываніе можетъ замѣнить парацентезъ при малыхъ и высокихъ перфوراціяхъ. 5) Высасываніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ предотвратить вскрытіе сосцевиднаго отростка. 6) Идеально «сухое» леченіе выполнимо только въ связи съ высасываніемъ. Авторъ демонстрировалъ аппаратъ для высасыванія.

Работновъ заявляетъ, что онъ употреблялъ способъ высасыванія при помощи обыкновенной банки, которая употребляется для леченія по *Bier'у*, и приводитъ рядъ исторій болѣзней, гдѣ онъ наблюдалъ, что теченіе средняго отита продолжается съ этимъ леченіемъ отъ 4 до 5 недѣль, что въ одномъ случаѣ, несмотря на примѣненіе банки, случился мастоидитъ, правда при суженномъ слуховомъ проходѣ (чего, быть можетъ, и не было бы при болѣе частомъ употребленіи банки 2—3 раза въ день), но что благоприятные результаты этого способа заключаются главнымъ образомъ въ уменьшеніи непріятныхъ субъективныхъ ощущеній, въ особенности боли, которая часто бываетъ при среднемъ отитѣ даже послѣ того, какъ парацентезъ совершился.

Преображенскій замѣчаетъ, что срокъ болѣзни его больныхъ не исключаетъ возможности предполагать, что безъ высасыванія теченіе болѣзни затянулось бы еще дольше, такъ какъ 4—5 недѣль—не есть предѣльный срокъ. Что касается до банокъ, то онъ считаетъ ихъ менѣе подходящими, чѣмъ показанный аппаратъ, такъ какъ банки дѣйствуютъ на большую поверхность, но съ недостаточной силой на гноеточащее мѣсто.

Трофимовъ указываетъ на то, что анатомическія условія средняго уха не вполне объясняютъ успѣхъ высасыванія. Для послѣдняго необходимо отрицательное давленіе, которое въ наружномъ слуховомъ проходѣ легко выравнивается благодаря существованію сообщенія съ полостью носоглотки черезъ посредство Евстахіевой трубы. При заболѣваніяхъ сосцевиднаго отростка, какъ извѣстно, очаги гноя часто лежатъ въ нижней трети отростка и не сообщаются съ полостью *antri*. Конечно, въ такихъ случаяхъ высасываніе не ведетъ къ цѣли.

Цыпкингъ примѣнялъ способъ *Преображенскаго*, но долженъ былъ его оставить, такъ какъ получалось довольно сильное кровотеченіе. Не можетъ-ли докладчикъ объяснить, почему это происходитъ и какъ съ этимъ бороться?

Докладчикъ отвѣтилъ, что этимъ нечего смущаться, такъ какъ кровотеченіе черезъ нѣсколько дней обыкновенно уменьшается и затѣмъ совершенно прекращается.

Н. И. Трофимовъ: Хирургическое леченіе зарощеній слухового прохода. Авторъ приводитъ литературныя справки, свидѣтельствующія о томъ, что новѣйшіе ото-хирурги при леченіи зарощеній слухового прохода не удовлетворены простыми разрѣзами въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣются болѣе обширныя зарощенія, вмѣстѣ съ тѣмъ способъ болѣе рѣшительнаго вмѣшательства недостаточно выясненъ у большинства авторовъ. Съ своей стороны онъ считаетъ, что крестообразный разрѣзъ съ послѣдующей тампонадой показанъ лишь при перепончатомъ зарощеніи въ хрящевой или костной части прохода, когда зондомъ удастся опредѣлить его протяженіе въ нѣсколько миллиметровъ до 3. При фиброзныхъ зарощеніяхъ въ хрящевой части наилучшимъ способомъ будетъ расширеніе костной части прохода по типу коренной трепанаци, удаленіе рубца изъ задней стѣнки и пришиваніе оставшагося лоскута кзади. При врожденныхъ атрезіяхъ слухового прохода оперативное вмѣшательство нецѣлесообразно.

Ивановъ замѣчаетъ, что при зарощеніяхъ слухового прохода онъ употреблялъ съ хорошимъ успѣхомъ способъ электролиза, къ сожалѣнію, очень болѣзненный. Для размачиванія рубцовыхъ стяженій онъ предлагаетъ испробовать впрыскиваніе фибролизина.

С. М. Буракъ: Къ вопросу о раннемъ распознаваніи и леченіи рака гортани. Выводы докладчика сводятся къ слѣдующему. Для ранняго распознаванія рака гортани нѣтъ ни одного клиническаго вполне надежнаго признака. Внутренній ракъ гортани можетъ протекать безъ особенныхъ мѣстныхъ симптомовъ. Ларингоскопическая картина очень рѣдко даетъ вполне вирулентное представленіе о границахъ новообразованія. Что касается пробнаго изсѣченія, то оно является не вполне индифферентнымъ для дальнѣйшей судьбы новообразованія актомъ и должно быть примѣняемо съ согласія больного. Отрицательные результаты микроскопическаго изслѣдованія не исключаютъ возможности рака. Расщепленіе гортани можетъ представляться иногда необходимымъ для діагноза и яснаго представленія о распространеніи рака гортани. Наружный ракъ легче діагностируется. Измѣненіе крови при ракѣ требуетъ еще дальнѣйшаго изученія. Ракъ гортани много лѣтъ можетъ не вызывать общихъ явленій. Предсказаніе всегда сомнительно и много зависитъ отъ гистологической природы его, иногда и хорошее при хирургическомъ вмѣшательствѣ. Хирургическая подготовка ларингологовъ необходима для успѣшной борьбы съ ракомъ гортани. Ларинготомія и тотальная резекція въ соотвѣтствующихъ случаяхъ пріобрѣтаетъ все больше сторонниковъ въ ущербъ частичнымъ резекціямъ. Иногда эндоларингеальный методъ имѣетъ несомнѣнныя преимущества передъ внѣгортаннымъ. Въ смыслѣ сохраненія голоса ларинготомія лучше тотальной и даже частичной резекціи. Леченіе адреналиномъ, радіемъ, X-лучами, сыворотками и т. п. не приноситъ пользы.

Яцута въ дополненіе къ вопросу о затруднительности діагностики привелъ случай, гдѣ былъ опредѣленъ ракъ гортани проф. *Симановскимъ* и др., а при операціи оказалась смѣшанная форма рака и туберкулеза. Больной послѣ экстирпаци гортани выздоровѣлъ.

Геллатъ, вопреки заявленію докладчика, что полиповидные раки доброкачественнѣе и рѣже даютъ метастазы, приводитъ 2 случая такого рака съ метастазами.

Относительно вопроса, кто долженъ дѣлать ларинготомію, нужно требовать въ интересахъ больного, чтобы ото-ларингологи дѣлали всѣ операціи на гортани, какъ это проводится относительно уха.

Бьлиновъ считаетъ, что ларинготомія, частичная и тотальная экстирпація гортани и др. хирургическія вмѣшательства должны быть предоставлены ларингологамъ, ибо имъ лучше извѣстны анатомическія и патологическія отношенія этого органа, чѣмъ хирургамъ. Этотъ взглядъ уже проводится за границей. Не найдеть-ли секція нужнымъ принять въ этомъ отношеніи соотвѣтствующую резолюцію?

Свержевскій отмѣтилъ, что докладчикъ съ особенной боязнью относится къ пробной ларинготоміи и тиреотоміи. Въ рукахъ опытныхъ ларингологовъ эти операціи нисколько не сложнѣе и труднѣе пробной ларинготоміи и во всякомъ случаѣ не труднѣе эндоларингеального удаленія глубокихъ частей опухолей.

фонъ-Штейнъ считаетъ, что эндоларингеальное леченіе должно быть всегда испробовано, если только опухоль ограничена, такъ какъ опубликованы случаи излеченія рака внутригортаннымъ извлеченіемъ. У него въ двухъ случаяхъ (ракъ опредѣленъ микроскопически) не наблюдалось рецидивовъ. Разъ только замѣчается нѣкоторая разлитость, то показана полная или частичная экстирпація.

Левенсонъ обращаетъ вниманіе товарищей на ранній признакъ рака гортани, это—появленіе стрѣляющей боли въ соотвѣтствующее ухо—признакъ, указанный еще лѣтъ тридцать тому назадъ *Ziemssen*'омъ. Хотя этотъ признакъ бываетъ и при туберкулезѣ гортани, а также при страданіи уха существуютъ ушные боли, однако у него было 2 случая, гдѣ этотъ признакъ оказался вѣрнымъ. Особенно интересенъ случай комбинированнаго заболѣванія ракомъ и сифилисомъ, причемъ специфическое леченіе дало значительное улучшеніе. Въ связи съ нѣкоторыми другими малохарактерными признаками появленіе упорныхъ болей въ ухѣ рѣшило для него вопросъ въ пользу наличности рака, что и было подтверждено черезъ 2 мѣсяца вскрытіемъ.

фонъ-Штейнъ: Нужно каждому предоставить полную свободу производить экстирпацію гортани; сдѣлать ее обязательной для каждого несовсѣмъ удобно, ибо не у всякаго можетъ быть достаточно опыта и ловкости. Не столько сама операція, сколько послѣдовательный уходъ доставляетъ наибольшія трудности.

Геллатъ, наоборотъ, не считаетъ, что раздѣленіе леченія гортани между хирургомъ и ларингологомъ не имѣетъ особеннаго значенія: нельзя предполагать, чтобы хирургъ могъ такъ относиться къ заболѣваніямъ гортани, какъ ларингологъ; нельзя также предполагать, чтобы не получилось никакихъ недоразумѣній между лечащимъ ларингологомъ и операторомъ. А это затягиваетъ день операціи, и такимъ образомъ сосредоточиваніе леченія въ однѣхъ рукахъ безспорно пойдетъ на пользу больного.

Ивановъ высказывается противъ резолюціи, такъ какъ нельзя заставить ларингологовъ дѣлать подобныя операціи резолюціями.

Л. Г. Свержевскій: О леченіи туберкулеза гортани застойной гиперэмией по способу *Bier*'а. Авторъ пользовался резиновымъ бинтомъ, которымъ перетягивалъ шею возможно ниже и получилъ во всѣхъ своихъ случаяхъ (17) хорошіе результаты въ смыслѣ уменьшенія боли при глотаніи, а въ одномъ почти полного излеченія. При этомъ онъ замѣтилъ, что въ большинствѣ случаевъ улучшеніе простирается только до извѣстнаго предѣла, а затѣмъ остается *in statu quo*, несмотря на энергичное продолженіе этого леченія.

Бродъ считаетъ, что леченіе tbc. гортани можно вести комбинированнымъ способомъ, какъ предлагаетъ *Bier*, но въ данномъ случаѣ нужно комбинировать

давление не съ присасываніемъ, а съ дѣйствіемъ горячаго воздуха, тѣмъ болѣе, что присасываніе примѣняется при наличности гнойниковъ, чего нѣтъ при тbc. гортани.

Преображенскій спрашиваетъ, не малъ-ли срокъ (не болѣе 7—8 мѣсяцевъ) для сужденія о результатахъ леченія по этому способу? *Bier* не совѣтуетъ бросать леченія ранѣе 9 мѣсяцевъ, и это касательно конечностей, которыя можно защитить отъ внѣшнихъ вліяній, чего съ гортанью сдѣлать нельзя. Такимъ образомъ для леченія гортани, вѣроятно, требуется болѣе большой срокъ. Кромѣ того *Bier* считаетъ при туберкулезѣ лучшимъ способомъ способъ комбинированный, именно застойную гиперемію и высасываніе, чего въ гортани опять-таки сдѣлать нельзя.

Л. Д. Работновъ: *Статистика внутричерепныхъ осложненій, ушного происхожденія по даннымъ русскихъ авторовъ*. Докладчикъ собралъ 540 случаевъ внутричерепныхъ осложненій, изъ нихъ:

| | | |
|----------------------------------|------------|-------|
| Заболѣваній пазухъ | 127, т. е. | 23,5% |
| Нарывы мозга | 112 „ „ | 20,7% |
| Воспаленіе оболочекъ | 103 „ „ | 19% |
| Піемія | 75 „ „ | 14% |
| Экстрадуральный нарывъ | 72 „ „ | 13,3% |
| Сложныя заболѣванія | 51 „ „ | 9,5% |

По сторонамъ пораженія осложненія чаще бываютъ слѣва, на хроническія формы средняго отита падаетъ гораздо болѣе случаевъ, чѣмъ на острые (279 и 133 случ.). По возрасту оказывается, что большинство осложненій у мужчинъ приходится на возрастъ отъ 20 до 30 лѣтъ, а у женщинъ на 2-е десятилѣтіе. Мужчины заболѣваютъ чаще женщинъ. Смертельные исходы обязательны при менингитахъ, какъ чистыхъ, такъ и въ связи съ другими осложненіями, а также при нарывахъ въ мозгу и мозжечкѣ, когда они встрѣчаются одновременно. Въ остальныхъ случаяхъ есть большая или меньшая надежда на выздоровленіе; напр. % выздоровленій при нарывахъ въ большомъ мозгу = 28. Общій % смертности равняется 65 % у взрослыхъ, а у дѣтей 80 %.

Левенсонъ напомнилъ, что на предыдущемъ сѣздѣ докладчикъ *Веселовозровъ* высказалъ предположеніе, что фактъ болѣе частыхъ осложненій со стороны лѣваго уха въ русскихъ статистикахъ въ сравненій съ западно-европейскими, въ которыхъ осложненія больше встрѣчаются съ правой стороны, можетъ быть объясненъ особенностями устройства славянскихъ череповъ. Интересно было бы, чтобы въ послѣдующихъ работахъ на измѣреніе череповъ людей, погибшихъ отъ внутричерепныхъ осложненій ушного происхожденія, было обращено вниманіе.

Трофимовъ, сообщивъ, что въ Германіи уже давно существуетъ систематическая сводка данныхъ нѣмецкихъ специалистовъ, и что работа *Работнова* даетъ начало такимъ сводкамъ въ Россіи, обратилъ вниманіе на значеніе подобныхъ статистическихъ работъ при разрѣшеніи многихъ специальныхъ вопросовъ и для разъясненія нѣкоторыхъ общественныхъ явленій. Такъ, наблюденіе докладчика о болѣе частомъ заболѣваніи мужчинъ можетъ быть объяснено сильнымъ распространеніемъ членовредительства ушей для избавленія отъ военной службы. Специальные вопросы также освѣщаются подобными статистиками. Такъ, % смертности отъ ушныхъ болѣзней разбиваетъ установившееся возрѣвнѣе о безвредности ушныхъ заболѣваній. При вскрытіи не всегда принимаютъ во вниманіе спеціальныя требованія отіатріи—изслѣдовать мозговые пазухи и пирамиды височной кости.

С. М. Буракъ: *Основные принципы въ леченіи туберкулеза гортани*. Излеченіе туберкулеза гортани не считается большой рѣдкостью. Необходимымъ условіемъ для леченія туберкулеза гортани является общее леченіе, соответствующій режимъ и обстановка. Абсолютное молчаніе большое подспорье леченію. Нельзя полагаться на самостоятельное изле-

чение *per viam medicatricem naturae*; мѣстное лечение лекарствами должно быть испробовано прежде, чѣмъ приступить къ болѣе энергичному мѣстному леченію, какъ: выскребанію, вырѣзанію и проч. Последнее въ большинствѣ случаевъ заслуживаетъ предпочтенія передъ обычными смазываніями *ac. lactico*, *menthol'омъ*, *phenosalil'омъ* и пр. Не требуется оперировать, если есть склонность къ самостоятельному или подъ вліяніемъ терапевтическихъ средствъ улучшенію. Оперативное пособіе особенно показано при инфильтратахъ, язвахъ и грануляціяхъ голосовыхъ связокъ, передней поверхности задней стѣнки и края надгортанника. Главными противопоказаніями, кромѣ кахексіи, упадка силъ, значительной t^0 , галопирующаго процесса въ легкихъ и т. п. служатъ широкія распространенія процесса внизъ и вглубь. При туберкулезѣ гортани у беременныхъ ранній выкидышъ пріобрѣтаетъ наибольшее число сторонниковъ среди ларингологовъ. Энергичная гальванокаустика можетъ оказаться полезной во многихъ случаяхъ туберкулеза гортани; опасность послѣдовательнаго отека преувеличена. Внѣгортанные методы, особенно *laryngotomia* и трахеотомія, заслуживаютъ примѣненія при обширномъ пораженіи гортани, стенозѣ голосовой щели при сравнительно хорошемъ общемъ состояніи и незначительномъ заболѣваніи легкихъ; въ исключительныхъ случаяхъ можетъ быть показано полное удаленіе гортани, одной или съ сосѣдними частями, какъ, напр., при ракѣ. При *dyspnoe* трахеотомія показана, какъ *ultimum refugium*, но лучше не дожидаться крайняго момента.

Бродъ говоритъ, что докладчикъ примѣнялъ способъ леченія *tbc.* гортани солнечнымъ свѣтомъ не въ надлежащее время дня, и что онъ отъ употребленія этого способа видѣлъ улучшеніе.

Левенсонъ пытался вліять на явленія бугорчатки гортани примѣненіемъ свѣта лампочками накаливанія и пришелъ послѣ 2-лѣтняго наблюденія къ пессимистическимъ выводамъ. Свѣтолечение лампочками не даетъ лучшихъ результатовъ, чѣмъ, напр., молочная кислота. Кажущееся улучшеніе въ начальномъ періодѣ леченія, вѣроятно, есть результатъ внушенія.

Геллатъ высказывается противъ ларинготоміи и трахеотоміи, такъ какъ послѣ этого больные погибаютъ скорѣе, чѣмъ можно было предполагать. По его мнѣнію, здѣсь играетъ громадную роль попаданіе крови въ легкія, при этомъ больные умираютъ вслѣдствіе распространенія процесса въ легкомъ. Оппоненту дало хорошіе результаты прижиганіе гальванокаустическимъ путемъ, въ особенности совмѣстно съ примѣненіемъ тепла, даже въ отчаянныхъ случаяхъ.

Златовъ примѣнялъ гальванокаустическую при туберкулезѣ гортани, которая дѣйствуетъ главнымъ образомъ въ смыслѣ облегченія болѣзненныхъ ощущеній и не вліяетъ на самый болѣзненный процессъ въ смыслѣ выздоровленія.

Преображенскій горячо рекомендуетъ при язвенныхъ процессахъ гортани 50% растворъ *acidi trichloroacetici*, считая его выше молочной кислоты.

Билиновъ указываетъ, что въ теченіи бугорчатки нужно различать, во 1-хъ, инфекцію туберкулезными бактеріями, во 2-хъ, вторичную инфекцію стафилококками и стрептококками. Намъ извѣстны средства только противъ послѣднихъ, вотъ почему одинаково полезны лечебныя средства въ случаяхъ болѣе раннихъ и одинаково безрезультатны въ болѣе позднихъ стадіяхъ. Поэтому предложенныя докладчикомъ средства приносятъ пользу тамъ, гдѣ есть грануляціи, вызванныя главнымъ образомъ вторичной инфекціей. Вѣрныхъ средствъ противъ *tbc.* нѣтъ, и отысканіе ихъ—дѣло будущаго.

С. О. фонз-Штейнз: Демонстрація новыхъ инструментовъ. Докладчикъ показалъ инструментъ—жомъ, для отжиманія гипертрофической раковины, вмѣсто ея резекція, при этомъ кровотеченія почти не бываетъ. Затѣмъ—жомы различнаго типа для pharyngitis lateralis, миндалины glandulae lingualis; новую петлю для сниманія тонзиллъ и инструментъ для предохраненія слизистой оболочки при резекціи septi nasi. Кюретки различнаго типа для выскабливанія Гайморовой полости черезъ ячеечное отверстіе зуба.

Д-ръ Бѣлиновъ демонстрировалъ долота для трепанаци на сосцевидномъ отросткѣ.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Предсѣдателемъ избранъ Я. И. Левенсонъ.

С. М. Буракъ: Къ вопросу о физиологическомъ значеніи надпочечниковаго экстракта (собственно его главнаго дѣйствующаго начала адреналина или супраренина и т. п.) и о практическомъ его примѣненіи преимущественно въ области ларинго-рино-отологии. (На основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ экспериментальныхъ и клиническихъ наблюденій). Несмотря на громадную литературу по этому вопросу, многія, существенныя съ точки зрѣнія прикладной медицины, стороны его остаются невыясненными. Ангитоническое дѣйствіе надпочечнаго экстракта составляетъ наиболее важную и наиболее изученную особенность его, менѣе выяснено дѣйствіе его на дыханіе, обмѣнъ веществъ, нервную систему и мускулатуру. При объясненіи сосудосуживающаго его дѣйствія наиболее правильнымъ надо признать мнѣніе о периферическомъ дѣйствіи экстракта. Сосудосуживающее свойство адреналина обнаруживается всего рѣзче при мѣстномъ его примѣненіи. Общее дѣйствіе экстракта гесп. адреналина рѣзче обнаруживается при внутривенномъ введеніи, чѣмъ при подкожномъ. Польза при внутреннемъ его употребленіи не доказана. Продолжительность и интенсивность дѣйствія его колеблется въ зависимости отъ дозы, концентраціи, мѣста приложенія, способа употребленія и приготовленія его, свѣжести препарата и индивидуальности и пр. Предѣльныя дозы для экстракта и адреналина не выяснены съ точностью. При наружномъ его примѣненіи, напр. смазыванія слизистой оболочки, общаго дѣйствія не обнаруживается даже при дозахъ значительно большихъ предѣльныхъ; въ виду этого адреналинъ примѣнимъ и у маленькихъ дѣтей. Дѣйствіе адреналина на слизистыхъ оболочкахъ обнаруживается при мѣстномъ примѣненіи скорѣе, чѣмъ при введеніи средства въ кровь. Вторичная гиперемія вслѣдъ за ангитоническимъ дѣйствіемъ бываетъ далеко не часто, но чаще при адреналинѣ, чѣмъ при надпочечномъ экстрактѣ, согласно болѣе сильному дѣйствію перваго. Кровоостанавливающее дѣйствіе экстракта, гесп. адреналина часто преувеличивается, въ особенности по отношенію къ сосудамъ сколько-нибудь крупнаго калибра.

Примѣненіе надпочечнаго экстракта въ рино-ларинго-отологии пока-

зуются: въ діагностическомъ отношеніи, въ терапевтическомъ, какъ «Cocain-sprayer» и какъ факторъ, ишѣмирующий поле оперативнаго вмѣшательства. Степень разведенія адреналина въ смѣси съ растворами кокаина можетъ быть различна; предпочтительнѣе болѣе слабые растворы. Непріятныя побочныя дѣйствія наблюдаются съ экстрактомъ чаще, чѣмъ съ адреналиномъ, и обыкновенно они не серьезны и скоропреходящи. При лекарственномъ леченіи злокачественныхъ новообразованій адреналинъ вправѣ занять мѣсто въ ряду другихъ средствъ, какъ symptomaticum.

С. Θ. фонъ-Штейнъ: О терапевтическомъ значеніи душей угольной кислотой при страданіяхъ уха, носа и гортани. Положенія доклада сводятся къ слѣдующему: 1. Угольная кислота, примѣняемая въ формѣ душей, вызываетъ сильное сокращеніе кавернозной ткани раковинъ, но не въ такой степени, какъ кокаинъ; при этомъ ткани, сохраняя свою розовую окраску, остаются долгое время сокращенными. 2. Острые насморки купируются душами. 3. Угольная кислота лучшее средство для возстановленія обонанія послѣ острыхъ ринитовъ. 4. Струей угольной кислоты, особенно послѣ предварительной смазки кокаиномъ и адреналиномъ, излечиваются острые стеноидиты и этмоидиты. 5. Катарръ Евстахіевыхъ трубъ, обусловливаемый насморками, излечивается. 6. При катарральныхъ отитахъ особеннаго эффекта не наблюдается. 7. Угольная кислота дѣйствуетъ тонизирующимъ образомъ на голосовыя связки даже при направленіи душа на заднюю стѣнку глотки. 8. Цѣлительное дѣйствіе угольной кислоты нужно поставить въ связь съ ея анестезирующимъ свойствомъ. 9. Душами нерѣдко излечивается упорный кашель.

А. Θ. Ивановъ: О леченіи острыхъ и подострыхъ воспаленій придаточныхъ полостей носа. Докладчикъ, на основаніи самонаблюденій, наблюденій надъ больными и опытовъ на трупахъ, пришелъ къ заключенію, что жидкость, влитая въ носовую полость въ горизонтальномъ положеніи больного съ запрокинутой назадъ головой, можетъ проникать до входныхъ отверстій придаточныхъ полостей носа, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и въ самыя полости. Углекислый газъ, пропущенный подъ давленіемъ въ $\frac{1}{2}$ —1 атмосферу черезъ носовую полость параллельно носовой перегородкѣ, оказываетъ сильное присасывающее вліяніе на придаточныя полости, пущенный же косо на боковую стѣнку носа или черезъ катетеръ по направленію къ отверстиямъ пазухъ проникаетъ въ большомъ количествѣ въ самыя полости. Углекислый газъ, пропущенный черезъ лекарственные растворы, увлекаетъ ихъ съ собой и способствуетъ проникновенію ихъ въ придаточныя полости носа. Далѣе докладчикъ описываетъ технику рекомендуемаго имъ способа леченія при заболѣваніи различныхъ пазухъ и излагаетъ результаты леченія.

Свержевскій говоритъ, что онъ не видитъ теоретическаго обоснованія рекомендуемаго докладчикомъ способа и что съ такимъ же успѣхомъ для сокращенія слизистой раковинъ онъ употреблялъ воздухъ различной температуры, пропуская его подъ различнымъ давленіемъ черезъ ходы носа.

Кружилинъ рекомендуетъ для направленія газа въ носовыя полости серебряную мягкую трубку Killian'a. Что же касается наблюдаемой анестезіи слизистой при пропусканіи CO₂, то подобный эффектъ можетъ быть отчасти отнесенъ на

охлаждающее вліяніе движущагося газа. Этимъ объясняется напр. вліяніе предва- рительныхъ глубокихъ вдыханій на ослабленіе глоточнаго рефлекса при ларин- госкопії.

Заспдателевъ не видитъ основанія сомнѣваться въ анестезирующемъ дѣйствиіи углекислаго газа на слизистую носа, разъ извѣстно, что онъ въ этомъ смыслѣ на слизистую желудка дѣйствуетъ.

Шнеерсонъ напоминаетъ о предложенномъ имъ еще въ 1897 году аппаратѣ для высасыванія гноя изъ полостей; этотъ же аппаратъ служилъ и для діагно- стическихъ дѣлей въ хроническихъ случаяхъ. Въ 1901 году имъ было сообщено въ Московскомъ Обществѣ русскихъ врачей о 44 случаяхъ острыхъ нагноеній придаточныхъ полостей носа, изъ которыхъ ни одинъ не перешелъ въ хрониче- скую форму. Этотъ способъ онъ считаетъ своимъ и говоритъ, что отъ *Zander- mann*'овскаго аппарата его аппаратъ отличается тѣмъ, что одновременно можно наблюдать, откуда гной выходитъ, и, кромѣ того, наконецнички, вставленный въ самую ноздрю, не даетъ возможности западать наружной стѣнкѣ во время аспираціи.

Преображенскій замѣтилъ, что хирургическое вмѣшательство въ придаточ- ныхъ полостяхъ носа нельзя назвать блестящимъ, такъ какъ и при широкихъ раскры- тіяхъ иногда нагноенія тянутся годы, поэтому всякій новый способъ нужно встрѣчать съ удовольствіемъ.

Чертовъ заявляетъ, что способъ вливанія въ носъ съ запрокинутой головой значительнаго количества *sosain'a* или *adrenalin'a* неудобенъ, потому что большая часть лекарства должна попасть въ носоглотку и вызвать непріятныя ощущенія — рвоту и кашель, что повлечетъ къ удаленію оставшейся жидкости изъ носа. Болѣе удобнымъ онъ считаетъ употребленіе вновь предложенныхъ распылителей жидкостей посредствомъ оливо *Wilson'a*.

Ивановъ, соглашаясь съ *Свержевскимъ* относительно механическаго дѣй- ствія углекислаго газа, заявляетъ, что химическая сторона газа мало изучена. Для пропусканія газа онъ употреблялъ обыкновенный ушной катетеръ; сеансы дѣлалъ онъ 2—3 раза въ день въ теченіе 10 дней. Заявленіе *Чертови* отно- сительно попаданія лекарства въ носоглотку неутвердно, ибо большая часть его все-таки остается въ носовыхъ ходахъ, а непріятныя ощущенія со стороны носог- лотки бываютъ только сначала, и больной скоро къ нимъ привыкаетъ.

Буракъ спрашиваетъ, не приходилось ли видѣть докладчику непріятныхъ явленій при пропусканіи газа черезъ носовые ходы? Дѣло въ томъ, что онъ счи- таетъ теоретически вполне допустимымъ слѣдующее соображеніе: послѣ тщательной очистки отъ гноя области среднего хода иногда остаются въ глубинѣ небольшіе комочки гноя, которые при пропусканіи тока газа и при сокращенной слизистой оболочкѣ адреналиномъ могутъ быть вогнаны въ здоровыя полости.

Ивановъ отвѣтилъ, что подобныхъ случаевъ наблюдать не приходилось.

Во время перерыва *С. М. Буракъ* произвелъ на одной больной съ сѣдловиднымъ западеніемъ носа въ средней части спинки выпрямленіе его посредствомъ парафина, который былъ введенъ шприцемъ д-ра *Бу- рака* въ смѣси съ вазелиномъ съ точкой плавленія въ 45°. Результатъ получился тутъ же: носъ выпрямился. Затѣмъ д-ръ *Буракъ* демонстриро- валь свой аппаратъ для удержанія послѣ операціи новопріобрѣтенной формы носа.

С. М. Буракъ: Казуистическія сообщенія. Докладчикъ приводитъ рядъ довольно рѣдкихъ заболѣваній изъ области ото-рино-ларингологии. 1-й случай касается мальчика 13 лѣтъ, у котораго исходило новообра- зованіе изъ *fossa supratonsillaris*, оказавшееся какъ-бы аденоиднаго стро- енія и названное докладчикомъ аденоиднымъ полипомъ. 2-й случай касается носоглоточной фибромы съ центральною полостью съ гладкими

фиброзными стѣнками. Аналогичныхъ случаевъ въ литературѣ докладчикъ не нашелъ. Слѣдующіе 2 случая экзквизитно-зубного происхожденія нагноевій Гайморовой полости съ фунгозными разрощеніями и глазными осложненіями — *exophthalmus*, флегмоны въ области верхней челюсти и краевъ орбиты и съ застойными явленіями въ области соска, представлены докладчикомъ въ подтвержденіе того, что на почвѣ каріозныхъ зубовъ могутъ быть не только простыя эмпіемы, но и настоящіе синовиты съ фунгозными разростаніями и тяжелыми осложненіями со стороны глазъ. Далѣе докладчикъ разсказалъ о случаѣ характернаго невроза носового происхожденія, заключавшагося въ томъ, что больной непрерывно чихалъ въ продолженіе послѣдняго полугода 30—40 разъ въ минуту и выздоровѣлъ послѣ удаленія утолщенной и сильной покраснѣвшей передней части средней раковины.

Заспдателевъ привелъ тяжелый случай нервнаго чиханія, причѣмъ послѣднее прекратилось подѣ влияніемъ прижиганія передняго конца лѣвой средней раковины. Черезъ 3 мѣсяца вновь появилось и снова остановилось отъ каутеризаціи.

Левенсонъ, указавъ на частоту случаевъ рефлекторныхъ неврозовъ, исходящихъ изъ слизистой оболочки носа, привелъ два случая: одинъ по поводу бронхіальной астмы, прошедшей послѣ удаленія полипа изъ носа, а другой касается излеченія пляски Св. Витта послѣ удаленія аденоидныхъ разрощеній носоглотки.

Альшванъ привелъ 4 случая бронхіальной астмы въ зависимости отъ хроническаго гайморита, полипа въ носу и отъ *cristae septi nasi*. По удаленіи этихъ причинъ болѣзненные явленія исчезли.

Свержевскій на основаніи своего большаго матеріала съ положительностью утверждаетъ, что большинство случаевъ бронхіальной астмы не зависитъ отъ измѣненій въ носу, что случаи астмы рефлекторнаго происхожденія со стороны слизистой носа очень рѣдки. Мѣстное леченіе въ носу и въ окружающихъ полостяхъ въ такихъ случаяхъ хотя и приносятъ облегченіе, но обыкновенно только временное.

Рохлинъ указываетъ, что бываютъ случаи чистаго невроза носа безъ всякихъ мѣстныхъ явленій; такъ, въ одномъ случаѣ у молодой женщины прошли мучительныя явленія *hydrorrhoe nasalis* послѣ леченія гипнозомъ.

К. А. Орлеанскій: Къ вопросу о лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудахъ миндалинъ въ связи съ вопросомъ о кровотеченияхъ послѣ удаленія миндалинъ. Лимфатическіе сосуды миндалевидныхъ железъ устанавливають связь этихъ железъ съ другими органами, а потому знаніе хода этихъ сосудовъ важно для уясненія многихъ клиническихъ явленій, наблюдаемыхъ при патологическихъ процессахъ въ миндалинахъ. Благодаря инъекціямъ можно установить связь миндалинъ посредствомъ лимфатическихъ сосудовъ съ глубокими шейными железами. Несомнѣнна связь миндалинъ съ *glandula lymphatica submaxillaris* соотвѣтствующей стороны. Изученіе вопроса объ отношеніи кровеносныхъ сосудовъ къ миндалинамъ даетъ объясненіе угрожающихъ кровотеченій при операціи тонзиллотоміи. Изученіе топографическихъ отношеній крупныхъ сосудовъ къ миндалинамъ (въ области *spatium pharyngomaxillare*) исключаетъ возможность пораненія этихъ сосудовъ при тонзиллотоміи. Питаніе миндалинъ артеріями происходитъ различно, но все-таки можно установить восемь типовъ развѣтвленія артерій. Химическія, механическія и лекарственныя средства, употребляемыя при кровотеченияхъ послѣ тонзиллотоміи, не надежны и часто не достигаютъ цѣли. Хирургическія средства и между

ними шовъ дужекъ стоять выше; особенно рекомендуется наложеніе скобокъ съ помощью особыхъ инструментовъ (*Henkes*) или же обыкновеннымъ пинцетомъ (авторъ). Докладъ сопровождался демонстраціей анатомическихъ препаратовъ съ налитыми лимфатическими и кровеносными сосудами, а также показаны были таблицы, фотографія и рисунки.

Златовъровъ спросилъ, останавливалъ-ли докладчикъ самъ кровотеченіе предложенными швами и не будутъ-ли прорѣзаться дужки, что, въ свою очередь, можетъ вызвать кровотеченіе?

Докладчикъ отвѣтилъ, что сильное кровотеченіе бываетъ при пораненіи артеріальныхъ и венозныхъ сплетеній, чего при осторожномъ накладываніи швовъ можно избѣжать; употреблять предложенные имъ швы на дужки докладчику не приходилось.

Буракъ совѣтуетъ не класть больныхъ во время кровотеченія изъ миндалинъ, ибо тогда больные проглатываютъ кровь, и нельзя судить о серьезности положенія; при этомъ приводить 2 смертныхъ случая; изъ лекарственныхъ средствъ рекомендуетъ ferrugrin.

Докладчикъ замѣтилъ, что онъ не получилъ хорошаго впечатлѣнія отъ ferrugrin'a, гораздо лучше смѣсь ас. tannici и перекиси водорода.

Златовъровъ спросилъ докладчика, не соскакиваетъ-ли петля, имъ употребляемая, особенно холодная, вглубь по ту сторону миндалины и не захватитъ-ли она капсулу съ сосудами?

Докладчикъ указалъ, что arteria lingualis иногда поднимается своей дугой до половины или нижней трети миндалины и отдѣляется отъ нея только своей капсулой. Поэтому при раненіи art. lingualis мы получимъ сильное кровотеченіе; если даже и не ранимъ ее, то можетъ сдѣлаться кровотеченіе въ случаѣ, если art. tonsillaris выходитъ изъ вершины дуги art. lingualis, ибо она иногда имѣетъ порядочный просвѣтъ. По поводу тонзиллотоміи петель съ гильотиной сообщилъ, что ее удобнѣе наложить, чѣмъ тонзиллотомъ, такъ какъ вмѣсто кольца здѣсь упругая проволока, которая благодаря эластичности легко облегаетъ нужное мѣсто.

Преображенскій говорить, что онъ до сихъ поръ не пережилъ ни одного кровотеченія, но всегда его боится и предлагаетъ испробовать такого рода способъ: взять деревянную палочку, хотя бы изъ лучины, привязать вату, обмазанную сухимъ таниномъ и крѣпко нажать на кровоточащее мѣсто, а противоположный конецъ заставить больного держать коренными зубами противоположной стороны, и въ такомъ видѣ держать зажатую палочку сколько только можетъ больной. Это лучше пальца, который можетъ скоро устать.

Докладчикъ считаетъ этотъ способъ нецѣлесообразнымъ, такъ какъ глотательныя движенія, которыя непременно будутъ повторяться часто вълѣдствіе попадания крови въ rharynx, будутъ препятствовать правильному положенію тампона. Трудно примѣнять этотъ способъ у дѣтей.

Кружилинъ отмѣтилъ, что изслѣдованіе лимфатическихъ путей докладчика имѣетъ большое практическое значеніе при удаленіи злокачественныхъ опухолей миндалины, однако на представленномъ препаратѣ не видно, гдѣ кончается верхняя лимфатическая вѣтвь.

А. О. Ивановъ: Демонстрація резиновой тампонады носа. При извлеченіи обычной ватной или марлевой тампонады изъ носовой полости послѣ операций въ немъ наблюдается сильная болѣзненность и кровотеченіе, вызывающее необходимость новой тампонаціи и происходящее отъ того, что вмѣстѣ съ тампономъ обрываются приставшіе къ нему сосудистые тромбы. Поэтому докладчикъ испробовалъ тампонаду резиной, къ которой не пристаегъ тромбъ, и получилъ прекрасные результаты. Употребляется для этой цѣли или обыкновенный кондомъ, который по вве-

деніи въ носовую полость набивается марлей, или полоски тонкаго резинового полотна.

Златовъровъ сообщилъ, что не употребляетъ при конхотоміи адреналина, такъ какъ послѣ него чаще бываетъ послѣдовательное кровотеченіе. Тампонируетъ онъ очень слабо, такъ что больной можетъ даже дышать этой поздрей. Послѣдовательныхъ кровотеченій теперь не наблюдаетъ.

фонъ-Штейнъ предлагаетъ замѣнить резиновую тампонаду пергаментной бумагой, клеенкой и пр., какъ болѣе дешевыми веществами.

Буракъ подчеркиваетъ то обстоятельство, что % опасныхъ кровотеченій послѣ внутричерепныхъ операцій все-таки очень невеликъ и можно довольствоваться небольшимъ кускомъ ваты. Но разъ передъ нами дѣйствительно серьезное кровотеченіе, нужно думать, что резиновая тампонада умѣстна тамъ, гдѣ раневая поверхность ровна, гдѣ дѣйствіе одного механическаго сдавленія должно оказать эффектъ; но не надо забывать тѣ случаи, гдѣ поверхность неровна, съ углубленіями и складками или выступами, какъ, напр., въ среднемъ ходѣ носа, гдѣ требуется результатъ отъ быстраго свертыванія крови. Здѣсь рыхлая марля или вата, впитывая въ себя кровь, способствуетъ закупоркѣ сосудовъ.

Кружилинъ спрашиваетъ докладчика, способствуетъ-ли резиновая гладкая поверхность образованію тромба и приходилось-ли докладчику употреблять ее при сильныхъ, опасныхъ кровотеченіяхъ?

Ивановъ отвѣчаетъ, что въ опасныхъ случаяхъ кровотеченія резиновую тампонацію ему примѣнять не приходилось.

По окончаніи дебатовъ прив.-доц. *С. С. Преображенскій* предложилъ выразить д-ру *С. М. Бураку* благодарность, указывая на многочисленность и значеніе внесенныхъ послѣднимъ докладовъ.

Затѣмъ председатель собранія предлагаетъ собранію поблагодарить *С. О. фонъ-Штейна* за товарищеское отношеніе при посѣщеніи членами съѣзда клиники *Базановой* для осмотра.

Глазныя болѣзни.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Почетный предсѣдатель *Т. Е. Выподскій* (С.-Петербургъ), товарищъ предсѣдателя *Л. Н. Пирошковъ* (Вологда).

Е. П. Браунштейнъ и *Я. Г. Замковскій* (Харьковъ): О леченіи трахомы радіемъ (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ). Послѣ изложенія литературы вопроса, въ которой, наряду съ хорошими результатами радіотерапіи (*Darier, Falta, Зеленковский, Кардо-Сисоевъ* и др.) замѣчается отрицательное отношеніе къ этому методу и даже высказывается предостереженіе въ виду способности радія вызывать воспалительныя измѣненія въ глазномъ яблокѣ (*Ukthoff, Wicherkiewitz, Birch-Hirschfeld*), докладчики сообщаютъ о примѣненіи радія въ 1 случаѣ фолликулеза и 17—трахомы. Леченіе радіемъ производилось на одной сторонѣ при одинаковыхъ измѣненіяхъ въ обоихъ глазахъ, посредствомъ 3 млгрм. радія (активность котораго была провѣрена), ежедневными или менѣе частыми сеансами. Изъ приведенныхъ исторій болѣзни вытекаетъ, что радіотерапія вызываетъ дѣйствительно уплощеніе и уменьшеніе фолликуловъ, но эффектъ этотъ непродолжителенъ. Въ концѣ-концовъ, черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ не оказывается никакой разницы въ состояніи конъюнктивы на сторонѣ, подвергнутой

дѣйствию радія, и на сторонѣ, оставленной безъ леченія. Въ одномъ случаѣ во время леченія появилось раздраженіе глаза, съ сильною перитонеальной инъекціею, которое въ теченіе нѣсколькихъ дней поддалось атропину. Выставленные микроскопическіе препараты изъ конъюнктивъ, подвергнутыхъ радіотерапіи въ теченіе разныхъ сроковъ, въ свою очередь доказываютъ, что трахоматозный фолликулъ подвергается дѣйствию радія быстро, но зато только на время; въ немъ оказываются тѣ же измѣненія, которыя были найдены *Birch-Hirschfeld*'омъ и которыя соответствуютъ даннымъ изслѣдованій *Heineke* надъ нормальнымъ лимфатическимъ фолликуломъ. Въ виду изложеннаго дѣлается выводъ, что радій вліяетъ на трахоматозное зерно, но не на возбудителя трахомы. Такое заключеніе, основанное на достаточно продолжительныхъ и тщательныхъ наблюденіяхъ, побудило докладчиковъ оставить дальнѣйшія попытки леченія трахомъ радіемъ.

В. С. Мускеловъ (Тифлисъ): *Лучи Becquerel'я при трахомѣ*. За отсутствіемъ докладчика, сообщеніе прочитано секретаремъ *А. А. Бильскимъ*. Подвергнувъ 17 случаевъ трахомы дѣйствию 5 мгрм. радія, докладчикъ отмѣтилъ у всѣхъ больныхъ постепенное уменьшеніе зеренъ, а у 2 изъ этихъ больныхъ—значительное просвѣтленіе паннозной роговицы и улучшеніе зрѣнія. Наряду съ радіотерапіею примѣнялись примочки изъ *hydrarg. oxysulphat*. Докладчикъ вынесъ впечатлѣніе, что въ застарѣлыхъ случаяхъ трахомы съ регрессивными измѣненіями, утолщеніемъ оболочки и рубцеваніемъ, радій оказываетъ лишь незначительное вліяніе на ходъ процесса, но болѣе свѣжія зернистыя формы даютъ несомнѣнное улучшеніе, и слизистая оболочка можетъ принять вполне нормальный видъ. Докладчикъ полагаетъ даже, что въ удачныхъ случаяхъ не бываетъ рецидивовъ. Какіе именно изъ *Becquerel*'евыхъ лучей (α , или β , или γ) дѣйствуютъ на трахому, покуда неизвѣстно.

Лазаревъ считаетъ наблюденія *Мускелова* бездоказательными, въ виду того, что одновременно примѣнялась еще синеродистая ртуть. Относительно мѣстной терапіи онъ замѣтилъ еще хорошее вліяніе іода. Вообще же при леченіи трахомы и при сужденіи о результатахъ различныхъ терапевтическихъ способовъ и приѣмовъ необходимо принимать во вниманіе общее состояніе больныхъ (малокровіе, лимфатическій складъ, англійская болѣзнь и др.), а также ту перемѣну, которая создается при больничномъ леченіи трахомы какъ въ мѣстномъ, такъ и въ общемъ отношеніи: устраненіе пыли, профессиональных раздраженій глазъ у рабочихъ и т. д.

Каминскій имѣетъ дѣло съ большимъ контингентомъ трахоматозныхъ въ мѣстности, изъ которой идетъ большая эмиграція въ Америку, гдѣ, согласно американскому закону объ эмиграціи, закрытъ доступъ больнымъ трахомою. Важенъ вопросъ, какъ вылечить больного въ возможно кратчайшій срокъ, и въ этомъ отношеніи весьма хорошо дѣйствуетъ эксцизія хряща по *Kuhn*'у.

Казасъ находитъ желательнымъ провѣрку дѣйствія радія на большомъ матеріалѣ трахоматозныхъ, каковой имѣется напр. въ арміи и въ особенности въ специальныхъ лечебныхъ станціяхъ для трахоматозныхъ. Возможно, что этотъ способъ будетъ имѣть ту же судьбу, какъ другія терапевтическія попытки послѣднихъ лѣтъ, напр. іодъ и лимоннокислая мѣдь, относительно которыхъ и военные врачи въ концѣ-концовъ высказались отрицательно.

Лавреитъевъ, видѣвшій больныхъ, представленныхъ въ свое время въ

С. Петербургскомъ Офтальмологическомъ Обществѣ, полагаетъ, что подобные успѣхи ободряютъ къ дальнѣйшему испытанію радіотерапіи. Большимъ препятствіемъ въ этомъ отношеніи является, однако, дороговизна радія. Быть можетъ, примѣненіе болѣе дешевыхъ «радіофоровъ», предложенныхъ взамѣнъ радія, дало бы опредѣленные результаты. Относительно леченія трахомы въ войскахъ существуютъ теперь предписанія, запрещающія употребленіе сильно раздражающихъ составовъ и средствъ, производящихъ ожогъ тканей.

Браунштейнъ, по предложенію котораго были произведены изслѣдованія также относительно эманцій, положительно отрицаетъ возможность замѣнить радій такъ назыв. радіофорами. Что касается успѣховъ, достигнутыхъ *Зеленковскимъ*, то нужно имѣть въ виду сравнительно легкія формы заболѣванія въ С.-Петербургѣ и тѣ тяжелыя, которыя обычно приходится видѣть въ Харьковѣ.

Выгодскій отмѣчаетъ безусловно благопріятное впечатлѣніе, вынесенное изъ осмотра больныхъ, пользовавшихся *Зеленковскимъ*, и обращаетъ вниманіе на имѣющій быть опубликованнымъ *Кардо-Сисоевымъ*, въ диссертации, большой рядъ наблюденій. *Кардо-Сисоевъ* собралъ 114 случаевъ трахомы, всѣхъ 3 степеней, и получилъ еще лучшіе результаты, нежели *Зеленковский*. Онъ производилъ сеансы черезъ день, до легкаго некроза; подъ некротизированною поверхностью оказывалась гладкая, чистая конъюнктива.

Замковскій, по поводу вопроса, не зависитъ-ли успѣхъ леченія отъ силы воздѣйствія радія на слизистую оболочку, отмѣчаетъ, что измѣненія въ фолликулахъ наступали одинаково при употребленіи различными авторами, 2, 3, 10 млгрм. радія.

М. В. Кадинскій (Москва): *Резекція склеры* (съ демонстраціей офтальмоскопическихъ и микроскопическихъ рисунковъ). По предложенію проф. *С. С. Головина* (Одесса) докладчикъ произвелъ экспериментальныя изслѣдованія для разрѣшенія вопроса о томъ, какая бѣлочная оболочка можетъ быть изсѣчена безъ вреда для органа и функцій его. Практическая сторона этого предмета относится къ ранамъ, какъ травматическимъ (возможность резекціи ушибленныхъ, помятыхъ и зараженныхъ или подозрительныхъ въ смыслѣ инфекціи краевъ ранъ склеры), такъ и оперативнымъ (резекція частей склеры, спаянныхъ съ внутриглазничными опухолями, резекція для удаленія инородныхъ тѣлъ и цистицерковъ изъ полости глаза); наконецъ, изслѣдованія своевременны и въ виду того, что резекція склеры уже производилась у человѣка, по предложенію *Leop. Müller'a*, съ цѣлью излеченія міопической отслойки сѣтчатки. Изслѣдованія, произведенныя на собакахъ, заключались въ изсѣченіи кусковъ склеры разной величины, зашиваніи ранъ шелкомъ и микроскопическомъ изслѣдованіи въ разные періоды заживленія. Оказалось, что глазъ собаки переноситъ безъ вреда резекцію склеры на протяженіи 4—5 до 8—10 мм. Новообразованная соединительная ткань, закрывающая дефектъ, толще нормальной ткани склеры, но не эктазируется. Шелковинки переносятся тканью безреактивно. Сосудистая и сѣтчатая оболочка въ области раненія подвергаются соединительнотканному измѣненію. Отслойка сѣтчатки наблюдалась въ 9%. Докладъ представляетъ предварительное сообщеніе къ болѣе обширному труду, имѣющему появиться въ печати.

Е. П. Браунштейнъ (Харьковъ): *Къ оперативному леченію ишеміи сѣтчатой оболочки глаза*. Указавъ на свои прежнія сообщенія объ ангионеврозахъ и ишеміи сосудовъ сѣтчатки (IX Пироговскій сѣздъ и

Вѣстникъ Офтальмологіи 1905 г.), авторъ даетъ общій обзоръ функціональных (спастическихъ) и анатомически обусловленныхъ (эвдартеріитъ) разстройствъ кровообращенія, ведущихъ къ внезапной потерѣ зрѣнія, и причинъ ихъ (истерія, неврастенія, хининъ и др. отравленія). Далѣе, онъ останавливается на удачныхъ исходахъ иридэктоміи при эмболии центральной артеріи сѣтчатки (*A. Graefe 1861, С. Н. Ложечниковъ 1904*). Затѣмъ сообщаются слѣдующіе 4 случая: 1. Горнорабочій, 41 г., опустившись въ шахту, по сигналу былъ вынутъ изъ нея совершенно слѣпымъ. $V=0$, расширенные зрачки, еле реагирующіе только на солнечный свѣтъ, сѣтчатки почти нормальны, сосочки съ рѣзкими границами, артеріи крайне истончены. Обычное леченіе безуспѣшно. Иридэктомія на правомъ глазу; къ вечеру видитъ свѣтъ, въ теченіе слѣдующихъ дней — движенія руки, пальцы до 1 фута; въ дальнѣйшемъ зрѣніе постепенно повышается до $\frac{20}{20}$. 2. Горнорабочій, 20 л., ослѣпъ во время работы въ шахтѣ. Расширенные, слабо реагирующіе зрачки, *ischaemia retinae*, $V=0$. Обычное леченіе безъ результата. Черезъ нѣсколько дней послѣ иридэктоміи праваго глаза является свѣтоощущеніе, затѣмъ зрѣніе постепенно прибавляется. Въ то же время оказывается, что и въ лѣвомъ, неоперированномъ глазу зрѣніе возстаивается. Окончательный исходъ: $V=\frac{20}{20}$ въ обоихъ глазахъ. 3. У 24-лѣтняго, послѣ отравленія, повидимому колбаснымъ и рыбнымъ ядами, наступаютъ потеря сознанія и судороги. Зрачки расширены, безъ реакціи, $V=0$, суженіе сосудовъ сѣтчатки съ четкоюобразными перехватами. Гальванизация, валеріана, нитроглицеринъ, амилъ-нитритъ не помогаютъ. Иридэктомія праваго глаза. Черезъ 5 дней появляется слабое свѣтоощущеніе, нѣсколько дней спустя и лѣвый глазъ начинаетъ различать свѣтъ лампы. Въ дальнѣйшемъ прогрессивное увеличеніе остроты зрѣнія обоихъ глазъ до $\frac{20}{70}$ и $\frac{20}{50}$, затѣмъ, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, снова упадокъ зрѣнія до $\frac{20}{100}$, причѣмъ отмѣчено частичное поблѣднѣніе сосочковъ. 4. Человѣкъ, страдающій артеріосклерозомъ и перенесшій, повидимому, лихорадочную инфекціонную болѣзнь, слѣпнетъ на оба глаза. $V=0$, расширенные, едва реагирующіе зрачки, *ischaemia retinae*. Иридэктомія сперва справа, 1 недѣлю спустя слѣва. Постепенное улучшеніе зрѣнія до $\frac{10}{40}$ и $\frac{10}{20}$. Отмѣчая фактъ возстановленія зрѣнія послѣ операціи въ случаяхъ, обреченныхъ на слѣпоту безъ оперативнаго вмѣшательства, докладчикъ останавливается также на томъ обстоятельстве, что и въ другомъ, неоперированномъ глазу возвращалось зрѣніе, что объясняется сосудодвигательными измѣненіями, наступающими вслѣдъ за оперативнымъ вмѣшательствомъ.

Авербахъ видѣлъ обоюдостороннюю ишемію сѣтчатки съ внезапной потерей зрѣнія у 70-лѣтняго артеріосклеротика и эмфизематика.

Лазаревъ наблюдалъ слѣпоту, продолжавшуюся 3 дня у женщины, перенесшей тифъ. Въ другомъ случаѣ слѣпота развилась послѣ простуды; повторные проколы роговицы возстановили зрѣніе лишь до счета пальцевъ на 0,5 м.

Браунштейнъ подтверждаетъ, что при полной ишеміи сѣтчатки безъ оперативнаго пособія наступаетъ слѣпота; возстановленіе зрѣнія безъ операціи возможно при частичной ишеміи.

Казасъ наблюдалъ частичную ишемію (эмболию?) сѣтчатки у 16-лѣтней послѣ инфлуэнцы. Зрѣніе возстановилось вполне послѣ прокола передней камеры.

Каминскій отмѣчаетъ рѣдкость случаевъ, описываемыхъ докладчикомъ, и, не отрицая необходимости оперативной помощи у подобныхъ больныхъ вообще, признаетъ случаи докладчика недостаточно убѣдительными въ смыслѣ таковой необходимости, въ виду того, что и на неоперированной сторонѣ наступало улучшеніе зрѣнія, которое не поддается чисто теоретическому объясненію.

Винодскій указываетъ на отравленіе древеснымъ спиртомъ, какъ на моментъ, который нужно имѣть въ виду при наличности ишеміи.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Предсѣдатель *Е. П. Браунштейнъ*, товарищъ предсѣдателя *Е. Г. Лазаревъ*.

А. Г. Лаврентьевъ (Москва): О дѣятельности комиссіи по изученію трахомы. Въ засѣданіи 9 января 1904 г. секція глазныхъ болѣзней IX Пироговскаго съѣзда постановила: «Признавая трахому постепенно увеличивающимся социальнымъ бѣдствіемъ, борьба съ которымъ представляется неотложной, просить Правленіе Пироговскаго Общества учредить при Обществѣ постоянную комиссію, которая занялась бы изученіемъ эпидеміологіи и изысканіемъ мѣръ борьбы съ трахомой въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова». Для лучшей формулировки этого постановленія была избрана комиссія изъ *Е. П. Браунштейна*, *В. П. Иванова*, *А. Г. Лаврентьева*, *Н. И. Максимовича* и д-ра *Марголина*—докладчика по данному вопросу. Многочисленные запросы и обращенія къ разнымъ земскимъ учрежденіямъ, сдѣланные по этому предмету, остались, за немногими исключеніями, безъ отвѣта, такъ что ожидавшагося отъ нихъ матеріала относительно регистраціи трахомы и главныхъ очаговъ ея покуда почти еще нѣтъ. Поэтому докладчикъ предлагаетъ собранію обсудить, какими путями можно было бы полвинуть впередъ это дѣло борьбы съ всенароднымъ бѣдствіемъ. Далѣе, имѣя въ виду, что онъ является единственнымъ членомъ комиссіи въ Москвѣ, онъ предлагаетъ пополнить комиссію лицами, имѣющими быть избранными въ нее и могущими раздѣлить съ нимъ сложный трудъ комиссіи, буде она останется въ Москвѣ при Правленіи Пироговскаго Общества. Наконецъ, онъ представляетъ на разрѣшеніе секціи вопросъ объ оставленіи комиссіи въ Москвѣ, или же о перенесеніи главной дѣятельности ея на югъ, гдѣ трахома болѣе распространена и проявляется въ болѣе тяжелыхъ формахъ, напр. въ Харьковѣ, гдѣ веденіе дѣла могъ бы взять на себя членъ комиссіи *Е. П. Браунштейнъ*, и въ другіе центры и о привлеченіи въ комиссію новыхъ членовъ.

Докладъ вызвалъ весьма оживленныя пренія, въ которыхъ принимали участіе *Фишъ*, *Будде*, *Пирошковъ*, *Кириманъ*, *Браунштейнъ*, *Каминскій*, *Лаврентьевъ*, *Натансонъ*. Большинство собранія высказалось за продолженіе дѣятельности комиссіи въ Москвѣ, какъ мѣстѣ постоянного пребыванія Правленія Пироговскаго Общества, и за пополненіе комиссіи новыми московскими членами, каковыми были намѣчены: *М. О. Авербахъ*, *П. И. Березкинъ*, *Б. А. Гурвичъ* и *А. В. Натансонъ*. Вопросъ объ учрежденіи подкомиссій въ разныхъ мѣстахъ

Россія покуда оставленъ открытымъ, впредь до выясненія результатовъ работы постоянной комиссіи. Въ общемъ безспорно выяснилась желательность подготовительной работы на мѣстахъ. Относительно самой организаціи борьбы съ трахомой нѣкоторые высказались за возможность приступать прямо къ необходимымъ мѣрамъ, въ видѣ учрежденія специальныхъ трахоматозныхъ больницъ, должностей «трахомныхъ» врачей или послыки специальныхъ отрядовъ въ мѣстности, наиболѣе зараженныя, причемъ предполагалось, что главные очаги трахомы уже известны, благодаря статистическимъ даннымъ земствъ, Попечительства о слѣпыхъ, военного вѣдомства, больничныхъ учреждений и отдѣльныхъ врачей. Но преобладающимъ мнѣніемъ оказалось мнѣніе тѣхъ, которые высказались за предварительную повсемѣстную регистрацію и, по возможности, поголовные осмотры населенія врачами и студентами высшихъ курсовъ въ мѣстахъ наибольшаго распространенія трахомы. Въ смыслѣ концентрированія данныхъ о тѣхъ статистическихъ сводкахъ, которыя сдѣланы до сихъ поръ, предложено организовать специальную бібліотеку по трахомѣ при Пироговскомъ Обществѣ. Земскіе врачи, участвовавшіе въ дебатахъ, предложили обращаться не къ земскимъ управамъ, а въ земско-санитарные совѣты и во врачебныя общества. Относительно средствъ, необходимыхъ какъ для предварительной, регистраціонной работы, такъ и для организаціи самой борьбы съ трахомой, выяснилось, что таковыхъ, повидимому, нельзя ожидать въ настоящее время ни отъ правительства, ни отъ большинства земствъ, переживающихъ финансовый кризисъ. Въ виду этого *Натансонъ* напомнилъ, что Попечительство о слѣпыхъ Императрицы Маріи Александровны, какъ обширная филантропическая организація, имѣющая дѣлю также предупрежденіе слѣпоты, быть можетъ, согласилось бы направить часть своей дѣятельности, распространяющейся на всю страну, на дѣло борьбы съ трахомой, какъ безусловно подходящее къ прямымъ основнымъ задачамъ Попечительства.

Председатель, резюмируя пренія, указалъ на то, что война и послѣдовавшія за нею событія отвлекли вниманіе и отъ даннаго вопроса и временно лишили многихъ товарищей возможности отдаться этому дѣлу и что проведеніе его въ жизнь тормозилось неблагоприятными экономическими условіями. Онъ высказываетъ надежду, что по мѣрѣ установленія желательнаго строя жизни получить благоприятное разрѣшеніе и разсматриваемый наболѣвшій вопросъ о борьбѣ съ трахомой, какъ однимъ изъ самыхъ ужасныхъ народныхъ бѣдствій Россіи. Затѣмъ онъ предлагаетъ на обсужденіе слѣдующую формулировку постановленій секціи: «Секція, признавая борьбу съ трахомой неотложною необходимою, проситъ Правленіе войти въ Попечительство о слѣпыхъ съ представленіемъ о социальномъ значеніи трахомы въ Россіи и о желательности направить дѣятельность отдѣла Попечительства по предупрежденію слѣпоты преимущественно на трахому. Въ случаѣ согласія Попечительства предоставить необходимыя для этого средства, секція проситъ Правленіе поручить комиссіи по борьбѣ съ трахомой выработать, совместно съ Попечительствомъ, дальнѣйшій образъ дѣйствій въ указанномъ направленіи».

Б. А. Гурвичъ (Москва): *Показанія къ операціи при глаукомѣ*. Докладчикъ, высказавшійся уже по вопросу о леченіи глаукомы на основаніи статистики изъ 270 случаевъ (Общ. Глазн. Врач. въ Москвѣ 22 февраля 1905 г. и докторская диссертація 1906 г.) и выслушавшій въ свое время какъ въ преніяхъ въ Обществѣ, такъ и на диспутѣ, весьма энергическія возраженія противъ выставленныхъ имъ положеній и толкованій сопоставленныхъ имъ фактовъ, снова возвращается къ этому предмету. Онъ старается доказать справедливость своего заявленія, будто бы исключительно лекарственное леченіе глаукомы (средствами, суживающими зрачокъ) даетъ лучшіе результаты, нежели хирургическое. Въ свое время докладчикъ судилъ о вліяніи исключительно міотическихъ

средствъ по 10 случаямъ изъ своей статистики и по 11, приведеннымъ *Г. Е. Выгодскимъ* въ его диссертации (С.-Петербургъ, 1902). Нынѣ онъ представляетъ еще 11 случаевъ, прослѣженныхъ до 6½ лѣтъ, пользованныхъ только міотическими средствами и подвергнутыхъ многократнымъ тонометрическимъ изслѣдованіямъ. Въ сл. I, у 60-лѣтняго, при продолжительности наблюденія въ 5½ лѣтъ, острота зрѣнія поднялась съ 0,2 до 0,9. Въ остальныхъ отмѣчено паденіе остроты зрѣнія на 0,1—0,2, но и эти случаи признаются имъ доказательными въ смыслѣ цѣлебнаго эффекта приэктоміи. Далѣе онъ опирается на авторитетъ *Адамюка*, который въ «Вѣстникѣ Офтальмологіи» 1906 г., по поводу работы *Г. Е. Выгодскаго*, сообщаетъ о томъ, что онъ самъ десятки лѣтъ страдалъ глаукоматозными приступами, операціи не подвергался, употреблялъ только муотиса и сохранилъ нормальное зрѣніе, и описываетъ еще подобные случаи изъ своей практики. На основаніи таковыхъ данныхъ докладчикъ вновь заявляетъ, что для выясненія эффекта операціи при глаукомѣ и дѣйствія міотическихъ средствъ необходимо прослѣдить оперированные случаи безъ послѣдующаго употребленія лекарствъ, и что исключительное пользованіе послѣдними заслуживаетъ большаго вниманія.

Натансонъ указалъ на несоотвѣтствіе между заглавіемъ сообщенія и содержаніемъ его. Докладчикъ представилъ нѣсколько случаевъ глаукомы, не представляющихъ ничего необычнаго, полемическія замѣчанія относительно труда *Г. Е. Выгодскаго*, которыя не представляютъ интереса для большинства присутствующихъ въ засѣданіи, упомянулъ статью *Адамюка*, которая едва-ли чему-либо научила людей, свѣдущихъ въ леченіи глаукомы. Если бы докладчикъ озаглавилъ свое сообщеніе, напр.: «Нѣсколько сравнительныхъ тонометрическихъ изслѣдованій глаукоматозныхъ глазъ», то это соотвѣтствовало бы дѣйствительному содержанію его доклада; о показаніяхъ же къ операціи при глаукомѣ въ немъ совсѣмъ не было рѣчи.

Выгодскій въ весьма подробномъ возраженіи указалъ докладчику на недостатки всѣхъ его статистическихъ сопоставленій и выводовъ вообще и тѣхъ, которые относятся къ исключительно медикаментозному леченію — въ частности. Онъ указываетъ на погрѣшности докладчика относительно классификаціи формъ глаукомы, которые привели его къ выводамъ, не соотвѣтствующимъ другимъ статистикамъ и повседневному опыту. Изъ 11 новыхъ случаевъ исключительно медикаментознаго леченія, сообщаемыхъ докладчикомъ, только 1 можетъ считаться доказательнымъ, всѣ прочіе являются отрицательными въ смыслѣ докладчика. 10 случаевъ изъ матеріала оппонента переданы докладчикомъ неточно и истолкованы невѣрно. Самонаблюденіе *Адамюка* представляетъ случай, оставшійся долго въ стадіи glauc. progromale; что въ подобныхъ случаяхъ муотиса способенъ поддерживать зрѣніе на нормѣ, не представляетъ ничего новаго. Наконецъ, матеріалъ, собранный оппонентомъ, въ большей долѣ — изъ дѣятельности покойнаго *Донберга*, съ несравненно большею продолжительностью наблюденій, нежели у докладчика, въ высокой мѣрѣ пригоденъ для выясненія цѣлебнаго эффекта операціи: *Донбергъ* обыкновенно не назначалъ пилокарпина послѣ операціи, и тѣмъ не менѣе операціи давали тотъ значительный процентъ улучшеній, который выведенъ оппонентомъ. *Выгодскій*, являющійся горячимъ поборникомъ оперативнаго леченія глаукомы, особенно подчеркиваетъ эту точку зрѣнія въ виду того, что за послѣднее время у нѣкоторыхъ петербургскихъ товарищей по специальности проявилось опредѣленное стремленіе не оперировать глаукомы, и настоятельно предостерегаетъ, ради блага больныхъ, отъ отрицательнаго отношенія къ операціи и отъ выводовъ вродѣ представленныхъ докладчикомъ.

Авербахъ ставитъ на видъ докладчику, что онъ послѣ упадка зрѣнія у больныхъ, пользовавшихся имъ міотическими лекарствами, самъ направляетъ ихъ въ лечебницы для операціи. Въ интересахъ такихъ пациентовъ было бы несомнѣнно болѣе раннее производство иридэктоміи; точно также несомнѣнно, что послѣдняя лучше сохраняла бы у нихъ зрѣніе, если бы не было нежелательнаго промедленія въ хирургической помощи.

Лазаревъ, приведя нѣсколько разительныхъ примѣровъ пагубныхъ послѣдствій при отсутствіи или промедленіи оперативной помощи, обращаетъ еще вниманіе на то, что въ возникновеніи и теченіи глаукомы играютъ важную роль еще и другіе моменты, въ особенности общее состояніе здоровья, при неблагоприятномъ стеченіи результатъ операціи можетъ получиться и плачевный, но подобныя факты столь же небудительны противъ оперативнаго вѣшателства при глаукомѣ, какъ тѣ случаи, гдѣ удавалось поддерживать зрѣніе только медикаментами.

Браунштейнъ указываетъ, что докладчикъ пытается потрясти довѣріе къ методу, открытому *Albrecht'омъ Graefe* и обезсмертившему его. Подобнымъ отношеніемъ къ операціи при глаукомѣ докладчикъ вступаетъ на скользкій путь; оно тѣмъ болѣе нежелательно, что, какъ замѣтилъ также *Винодскій*, уже и такъ у нѣкоторыхъ специалистовъ замѣчается тенденція избѣгать хирургическаго вѣшателства. Основнымъ способомъ леченія глаукомы является попрежнему иридэктомія, попытки замѣнить ее другими методами по сіе время не дали удовлетворительныхъ результатовъ. Но иридэктомія должна быть сдѣлана *lege artis*. *Браунштейнъ* приводитъ нѣсколько наблюденій изъ своей практики въ доказательство того, что рецидивы и ухудшенія послѣ операціи обуславливаются часто неправильностью въ заживленіи рубца и въ особенности ущемленіями; послѣ второй операціи, произведенной для вырѣзыванія ущемленія, давленіе понижалось, зрѣніе поправлялось и возвратовъ болѣе не наблюдалось. При условіи правильно произведенной операціи иридэктомія является незамѣнимымъ, покуда, благодѣяніемъ для глаукоматозныхъ, которымъ иначе угрожаетъ неминуемая слѣпота, и попытки дискредитировать ее или умалять значеніе ея не могутъ встрѣтить сочувствія.

Е. П. Браунштейнъ: О кратчайшихъ одиночныхъ свѣтовыхъ раздраженіяхъ съѣтчатки. Для точнаго разрѣшенія вопроса о дифференціальной свѣточувствительности глаза и о такъ назыв. «порогѣ» свѣтового раздраженія докладчикъ поставилъ себѣ задачу подвергать съѣтчатую оболочку раздѣльнымъ свѣтовымъ раздраженіямъ, значительно болѣе кратковременнымъ, нежели то было возможно при существовавшихъ нынѣ постановкахъ опытовъ. Приспособленія и приборы, придуманные имъ для этой цѣли и не поддающіеся краткой передачѣ въ рефератѣ и безъ рисунковъ, вскорѣ будутъ описаны въ подробности въ спеціальной статьѣ. Упомянемъ только, что степень свѣтового раздраженія видоизмѣнялась посредствомъ большой ирисъ-діафрагмы *Zeiss'a* и что для полученія кратчайшаго свѣтового дѣйствія былъ примѣненъ опытъ съ падающимъ предметомъ, который, проходя мимо окошечка прибора, открывалъ его только на время прохожденія его мимо отверстія, каковая ничтожнейшая дробная доля секунды не достигалась по настоящее время. Исслѣдованія эти дали слѣдующіе существенные результаты: общепринятый взглядъ, будто бы свѣтовые раздраженія не различаются раздѣльно, когда они слѣдуютъ другъ за другомъ быстрѣе $\frac{1}{8}$ секунды, оказался невѣрнымъ. Далѣе, законы свѣточувствительности, установленные *Charpentier*, по изслѣдованіямъ докладчика, не соотвѣтствуютъ дѣйствительности, въ виду

найденной докладчиком кумуляции светового раздражения. Кроме исследований у здоровых, способ применялся в патологических случаях, в том числе при пигментном ретините. Вообще метод, подробное описание которого, как уже сказано, имеет появиться в печати, дает возможность крайне точного количественного определения специфической чувствительности светоощущающих элементов.

Соединенное заседание секций глазных болезней и железнодорожной медицины.

Заседание 28 апреля.

Председатели: *Е. Г. Лазарев* и д-р *Верцинский*.

И. В. Лисицын (Москва): *Характер и частота повреждений глаз у железнодорожных служащих*. В течение 1900—1904 гг. у служащих Московско-Казанской железной дороги, по разным отделам службы, наблюдалось из 8555 несчастных случаев 1146 повреждений глаза, которые составляют, следовательно, 13,7 % всех повреждений. Они распределяются, по характеру травм, на следующие категории: инородных тел в роговой оболочке 570; легких ушибов глаза 341; ссадин 92, ожогов 79; ранений века, соединительной оболочки и роговицы 52; проникающих ран глазного яблока 12. Из всех видов железнодорожной службы наибольшую опасность для глаз обуславливает работа в мастерских, причем ей подвержены, в наибольшей степени, слесари, кузнецы, заклепщики. Сравнивая свои числа с другими статистическими сводками (германского Reichsversicherungsamt, отдела промышленности русского министерства финансов), докладчик устанавливает, что отношение частоты повреждений глаз к общему числу всех повреждений у железнодорожных служащих есть величина почти постоянная; распределение повреждений глаз по отделам службы и цехам также имеет известную закономерность.

Затем, переходя к рассмотрению предохранительных мер против повреждений глаз, докладчик перечисляет улучшения производства труда, поднятие уровня культуры работы, устройство предохранительных приспособлений в мастерских, своевременную и правильную окулистическую помощь. Необходимо, чтобы в штаты врачебной службы всех железных дорог были введены специалисты-консультанты по глазным болезням. Касательно защищающих очков разных типов (таковые демонстрируются собранию) уже установлено, что они не удовлетворяют своей цели (засоряются, запотбевают, ржавеют, чрезмерно греют и т. д.); рабочие, несмотря на опасность, находят более удобным для себя работать без них и навязывать их рабочим не следует. Присмотревшись к некоторым родам работы, докладчик пришел к убеждению, что в области предохранительных приспособлений можно сделать еще некоторые улучшения, так, напр., при токарной работе, где мелкие металлические стружки разбрызгиваются пучками, несомненно можно защитить от них глаза щитами, приданными к стан-

камъ. Между тѣмъ, защита глазъ, равно какъ своевременное рациональное леченіе поврежденій, помимо значенія ихъ для зрѣнія пострадавшаго, служатъ также интересамъ дорогъ. Изъ матеріала докладчика—не считая еще незаконченныхъ дѣлъ—по 17 тяжелымъ поврежденіямъ выдано вознагражденій за утрату трудоспособности 12.000 руб., а 4 присуждены пожизненные пенсіи въ 907 рублей ежегодно, которыя при капитализаціи составили бы крупную сумму. Далѣе, въ виду того, что вопросъ объ оцѣнкѣ уменьшенія трудоспособности былъ поднятъ на VIII Пироговскомъ съѣздѣ *А. В. Натансономъ, Е. П. Браунштейномъ и А. А. Маклаковымъ*, а также въ виду новаго закона 1903 г., докладчикъ коснулся и этого вопроса. Законъ предписываетъ для руководства экспертамъ таблицы по *Josten*'у, впрочемъ для нихъ не обязательныя. Докладчикъ признаетъ ихъ не удовлетворяющими цѣли и отдаетъ предпочтеніе расцѣнокъ, предложенной *Кацауровымъ*.

Большій подтверждаетъ, что никакіе, самые идеальныя, защищающіе очки не удовлетворяютъ рабочаго: они грязнятся, очистить ихъ трудно, очки служатъ лишь помѣхой для рабочаго. На Брянскихъ заводахъ тяжелыя поврежденія глазъ случаются весьма часто, но рабочіе тѣмъ не менѣе отказываются отъ услугъ самыхъ усовершенствованныхъ типовъ очковъ. Изъ таблицъ, по которымъ учитывается ущербъ трудоспособности, ни одна самая справедливая не можетъ быть признана удовлетворительною, такъ какъ результатъ оцѣнки переводится на денежное вознагражденіе, а послѣднее находится въ полной зависимости отъ средняго заработка. Двое рабочихъ одного цеха получаютъ за полную потерю зрѣнія: одинъ—за глазъ нѣсколько десятковъ рублей, другой—тысячи. При переводѣ потери трудоспособности на деньги слѣдовало бы принимать въ расчетъ не средній заработокъ отдѣльнаго рабочаго, а средній заработокъ цѣлаго цеха.

Астраханъ считаетъ законъ 1903 г. крайне неудовлетворительнымъ: рабочій вознаграждается въ половинномъ размѣрѣ, неся другую половину на свой страхъ, а статистика показываетъ, что рабочій виновенъ въ несчастномъ случаѣ только въ 15%. Таблицы германскаго образца неудовлетворительны во многихъ отношеніяхъ, необходимо выработать новыя нормы и расцѣнки. Опредѣленіе трудоспособности должно быть изъято изъ вѣдѣнія врачей, пользующихъ рабочихъ, и передано въ бюро изъ независимыхъ врачей, техниковъ и обязательно самихъ рабочихъ.

Заусайловъ: Научно составленныя таблицы для опредѣленія трудоспособности безусловно полезны и будутъ нужны, когда ими будутъ пользоваться эксперты въ судахъ; въ настоящее же время онѣ совершенно бесполезны, такъ какъ эксперты часто руководятся исключительно своими ничѣмъ не обоснованными личными воззрѣніями.

Каминскій находитъ таблицы *Zehender'a, Josten'a, Кацаурова* и др. совершенно неудовлетворительными; способствующими эксплуатаціи рабочихъ предпріятіями. Только врачи, стоящіе на почвѣ интересовъ рабочихъ, способны выработать таблицы, удовлетворяющія справедливости.

Михайловъ: Непригодность почти всѣхъ существующихъ типовъ предохранительныхъ очковъ подтверждается опытомъ многихъ заводовъ и желѣзнодорожныхъ мастерскихъ, гдѣ эти очки хранятся, какъ предметъ рѣдкости. Секція желѣзнодорожной медицины слѣдуетъ подчеркнуть выводъ докладчика о необходимости обратить особенное вниманіе на устройство предохранительныхъ механизмовъ у машинъ, станковъ и т. д. Что касается необходимости имѣть окулистовъ на каждой желѣзной дорогѣ, то таковыя должности имѣются уже на казенныхъ линіяхъ, но должны быть заведены также на всѣхъ частныхъ. Необоснованность всѣхъ существующихъ повинѣ принциповъ и нормъ оцѣнки трудоспособности за-

ставляетъ желать радикальнаго пересмотра этого вопроса. Наилучшую постановку этого дѣла мы будемъ имѣть лишь тогда, когда будетъ введено обязательное страхованіе рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ.

Натансонъ заявляетъ, что когда онъ на VIII Пироговскомъ съѣздѣ высказалъ пожеланіе, чтобы вопросъ о трудовомъ зрѣніи и зрительной трудоспособности былъ разрѣшенъ на основаніи возможно обширнѣйшаго фактическаго матеріала, онъ надѣялся, что на этотъ призывъ откликнутся первымъ дѣломъ желѣзнодорожные врачи, матеріаль которыхъ имѣетъ то большое преимущество, что у всѣхъ поступающихъ на желѣзнодорожную службу предварительно изслѣдуется зрѣніе. Въ этомъ смыслѣ докладъ *Лисицына* представляется неполнымъ, такъ какъ, имѣя въ своемъ распоряженіи данныя объ остротѣ зрѣнія рабочихъ разныхъ разрядовъ и цеховъ, онъ не коснулся вопроса, какое трудовое зрѣніе необходимо для каждой данной отрасли труда. Далѣе — и это относится также ко всѣмъ изысканіямъ, которыя еще имѣютъ быть произведены въ будущемъ — весьма важно прослѣдить дальнѣйшую судьбу рабочихъ, потерпѣвшихъ поврежденія глазъ, въ смыслѣ производимой ими работы, размѣра заработка и т. д.; даже малочисленныя данныя этого рода представляютъ важнѣйшій критерій для разрѣшенія вопроса о степени уменьшенія заработка послѣ тѣхъ или иныхъ поврежденій глаза. Вопросъ этотъ можетъ быть разрѣшенъ научно и справедливо лишь на основаніи фактовъ изъ жизни, которые должны быть собраны въ возможно большемъ числѣ.

Финшъ находитъ, что вопросъ о трудоспособности представляетъ понятіе не только медицинское, но и техническое. Трудоспособность есть величина не постоянная, а измѣнчивая, съ годами она эволюционируетъ, особенно въ связи съ спеціализаціей въ тѣхъ отрасляхъ промышленнаго труда, гдѣ установилось утонченно-мелкое раздѣленіе его. При исчисленіи трудоспособности необходимо ввести учетъ средней продолжительности жизни и средней эволюціи трудоспособности въ данной отрасли промышленности. Формулы *Zehendert'a*, *Josten'a*, *Кацаурова* и др. совершенно неудовлетворительны, несмотря на введенную въ нихъ алгебру, такъ какъ изъ нихъ совсѣмъ исключенъ указанный моментъ трудоспособности съ технической стороны.

Мясоедовъ указываетъ на то, что никакія формулы или таблицы не обязательны ни для эксперта, ни для суда, и на странное положеніе экспертизы, которой судъ, буде найдетъ нужнымъ, можетъ не придавать никакого значенія. Далѣе, въ преніяхъ указывается на случаи, гдѣ окулистическая экспертиза поручалась судомъ не-спеціалистамъ.

Лисицынъ отвѣчаетъ *Натансону*, что въ представленной имъ таблицѣ всѣ пострадавшіе распредѣлены по категоріямъ службы, а по правиламъ желѣзнодорожной службы каждая категорія службы требуетъ той или иной остроты зрѣнія, такъ что внесеніе пострадавшихъ въ ту или другую графу таблицы уже даетъ указаніе на существовавшій предѣлъ остроты зрѣнія.

Лазаревъ въ заключительномъ словѣ подчеркиваетъ, что экспертамъ приходится, въ сущности, опредѣлять не потерю работоспособности, а уменьшеніе возможности зарабатывать; такой живой вопросъ не можетъ быть втиснутъ ни въ какую мертвую формулу. Нужно считаться не только съ зрѣніемъ, оставшимся въ томъ или другомъ глазу, но еще съ ремесломъ пострадавшаго, съ психическимъ состояніемъ его послѣ поврежденія и съ условіями трудового рынка. Потерявшему одинъ глазъ трудно найти работу, предприниматели боятся принимать на работу кривого, для того чтобы въ случаѣ поврежденія и другого глаза не пришлось вознаграждать рабочаго еще въ болѣе высокой мѣрѣ. Эксперты рѣшительно ничѣмъ не связаны, и они могутъ учесть условіе рынка въ значительной степени, опредѣляя такъ назыв. потерю «трудоспособности» при полной потерѣ зрѣнія одного глаза даже до 50%.

Вл. Спасскій (Екатеринославъ): *Новый приборъ для опредѣленія симуляціи слѣпоты и слабости зрѣнія (съ демонстраціей)*. Ознако-

мивъ собраніе вкратцѣ съ принципами приборовъ, предложенныхъ разными авторами для обнаруженія симулянтовъ и построенныхъ на основаніи свойства стереоскопа, отраженія отъ зеркалъ, поставленныхъ подъ угломъ и дающихъ перекрестныя изображенія, которыми можно придать, цвѣтными стеклами, извѣстную окраску (*Javal, Fles, Bertelé, Cezalé, Bertin Sans, Maréchal, Lucciola Prado*), докладчикъ демонстрировалъ стереоскопическій ящикъ съ внутренними зеркалами, въ которомъ имѣется комбинація нѣкоторыхъ изъ вышеприведенныхъ принциповъ изслѣдованія. Передать въ точности устройство прибора безъ пояснительныхъ рисунковъ невозможно.

Каса не надѣется, чтобы предлагаемый приборъ оправдалъ надежды, возлагаемыя на него докладчикомъ. Существуетъ чуть-ли не до 1000 принциповъ и комбинацій способовъ изслѣдованія, и тѣмъ не менѣе, какъ оппонентъ убѣдился по собственному опыту при изслѣдованіи симулянтовъ изъ призываемыхъ къ отбыванію воинской повинности, удастся уличить только притворщиковъ, симулирующихъ слѣпоту на одинъ глазъ, но почти никогда нѣтъ возможности опредѣлить, при симуляціи или аггравациі слабости зрѣнія, истинную остроту зрѣнія.

Натансонъ никакъ не можетъ согласиться съ точкой зрѣнія *Каса*. Если для точнаго и достаточно скорого изобличенія симулянта и агграватора недостаточно 1000 способовъ изслѣдованія, то нужно искать 1001-го, лучшаго, привѣтствовать таковой и быть благодарнымъ изобрѣтателю его за его стараніе облегчить нашу трудную задачу. Мы обязаны умѣть изобличать притворщика и прилагать всѣ старанія, чтобы раскрыть истинную функцію органа. Мы не должны терпѣть лжи и обязаны доискиваться истины. Если мы признаемъ, что нельзя допустить эксплуатаціи рабочихъ предпринимателями, то, съ другой стороны, мы обязаны содѣйствовать тому, чтобы не было обмана и вымогательства со стороны испытуемыхъ на предметъ опредѣленія трудоспособности или по какимъ-либо инымъ надобностямъ. Для того, чтобы доказать необходимость и пользу все новыхъ способовъ раскрытія симуляціи, приведу, что мнѣ лично пришлось видѣть въ нѣсколькихъ собственныхъ и чужихъ случаяхъ, какъ посредствомъ таблицъ д-ра *Н. В. Лисицына* (составленныхъ по принципу германскаго военнаго врача *Havelberg'a* изъ знаковъ, наполовину черныхъ и красныхъ, которые разсматриваются черезъ зеленое и красное стекло) можно точно опредѣлять остроту зрѣнія у симулянта. Чѣмъ больше способовъ мы будемъ имѣть въ своемъ распоряженіи, тѣмъ легче будетъ наша задача, рѣшенія которой мы должны добиваться во имя справедливости.

Лаврентьевъ также находитъ, что *testimonium paupertatis*, выставленное первымъ оппонентомъ окулистамъ вообще и военнымъ въ частности, незаслуженно; при испытаніи новобранцевъ не такъ уже рѣдко удастся опредѣлить степень аггравациі, принципы которой приведены въ подробности въ руководствѣ *Longmore'a*.

Заусайловъ, подтверждая, что борьба съ симуляціей весьма трудна, считаетъ ее, однако, возможною, и полагаетъ, что аппаратъ докладчика можетъ оказаться весьма полезнымъ въ желѣзнодорожно-врачебномъ дѣлѣ. Ухищренія притворщиковъ могутъ ввести въ заблужденіе даже самаго опытнаго изслѣдователя.

Мясоедовъ: Пользованіе аппаратами и приѣмами хитрости при испытаніи подозрѣваемыхъ въ притворствѣ допустимо только, когда предвидится возможность получить несомнѣнно вѣрный результатъ. При малѣйшемъ сомнѣніи въ правильности изслѣдованія такіе приѣмы не должны быть примѣняемы, такъ какъ ошибка можетъ имѣть тяжелыя послѣдствія для испытуемаго.

О. Ф. Пастровъ (Рыбинскъ): О таблицахъ *Донберга*, примѣняемыхъ желѣзнодорожными врачами для опредѣленія остроты

зрѣнія. Докладчикъ произвелъ рядъ изслѣдованій надъ таблицами *Донберга*, служащими для испытанія зрѣнія на нѣкоторыхъ желѣзныхъ дорогахъ. Помимо неточностей въ исполненіи самихъ таблицъ, онъ отмѣтилъ большую разницу при изслѣдованіи цифрами и знаками для неграмотныхъ. Послѣдніе даютъ, при прочихъ равныхъ условіяхъ, остроту зрѣнія на 0,1—0,2 выше, нежели первыя, что уже само по себѣ имѣетъ большое практическое значеніе. Болѣе подробныя изслѣдованія, произведенныя съ помощью цифръ и знаковъ, вырѣзанныхъ изъ соотвѣтствующей строки, показали, что при послѣднихъ получается самая ничтожная разница въ узнаваемости знаковъ одной строки, при первыхъ же—весьма большія колебанія. Такъ, напр., цифры 7, 4 и 8 изъ строки, соотвѣтствующей 0,5 остроты зрѣнія, узнаются въ отношеніи $15\frac{1}{4}$, $13\frac{1}{2}$, $10\frac{1}{2}$; цифра 4, 2, 3, 1, 0 изъ строки, соотвѣтствующей 0,5— $1\frac{3}{4}$, $12\frac{3}{4}$, $12\frac{1}{2}$, $12\frac{1}{4}$, 11, и т. д. Въ виду указанного, докладчикъ предлагаетъ замѣну таблицъ *Донберга* болѣе точными и считаетъ желательнымъ производить изслѣдованіе не съ помощью разноцѣнныхъ, въ оптическомъ смыслѣ, буквъ и цифръ, а только посредствомъ знаковъ, поставленныхъ въ различныхъ направленіяхъ. Кромѣ того для точности изслѣдованія и въ особенности у симулянтовъ слѣдуетъ производить изслѣдованіе не на сплошныхъ строкахъ, соотвѣтствующихъ извѣстной градаціи остроты зрѣнія, а показывая изслѣдуемому каждый знакъ въ отдѣльности, или же въ спеціально приспособленномъ приборѣ, въ которомъ въ каждый данный моментъ показывается только одинъ опредѣленный знакъ.

Лаврентьевъ подтверждаетъ, что таблицы *Донберга* въ научномъ отношеніи неточны и практически неудовлетворительны. Точными могутъ быть признаны только буквы, числа и знаки, измѣренныя прецизионными физическими приборами; изъ русскихъ таблицъ, удовлетворяющихъ этому условію, можно назвать таблицы С.-Петербургской Глазной Лечебницы и проф. *А. А. Крюкова*. Разница при опредѣленіи остроты зрѣнія буквами и цифрами, съ одной стороны, и знаками для неграмотныхъ, состоящими изъ прямыхъ линій, въ пользу послѣднихъ, давно извѣстна. Что касается ошибокъ при показываніи знаковъ подъ-рядъ въ одной строкѣ, соотвѣтствующей данной степени остроты зрѣнія, то можно пользоваться либо передвижными знаками, либо же таблицами, въ которыхъ каждая строка, какъ въ таблицѣ оппонента, составлена изъ знаковъ, принадлежащихъ къ различнымъ градаціямъ остроты зрѣнія. Далѣе, помимо того, что знаки, состоящіе изъ круглыхъ элементовъ, узнаются труднѣе, нежели составленные изъ прямыхъ черточекъ, нужно принять во вниманіе утомленіе, наступающее при продолжительномъ изслѣдованіи и уменьшающее узнаваемость знаковъ. Какова была продолжительность измѣреній докладчика?

Цастровъ: Измѣренія у каждого даннаго лица продолжались иногда до 3 часовъ, но моментъ утомленія едва-ли игралъ здѣсь большую роль, такъ какъ разницы въ узнаваемости отдѣльныхъ знаковъ, съ ничтожными колебаніями, получались одинаковыя у различныхъ субъектовъ.

Каминскій: Изслѣдованія должны быть производимы при одинаковыхъ всегда условіяхъ. Въ этомъ смыслѣ дневное освѣщеніе неудовлетворительно; у одного и того же изслѣдуемаго могутъ получиться различные результаты, смотря по силѣ дневного свѣта въ моментъ изслѣдованія. Въ интересахъ точности нужно отдать предпочтеніе равномерному источнику искусственнаго свѣта, достаточной силы. Знаки даютъ возможность болѣе вѣрнаго опредѣленія остроты зрѣнія, нежели буквы.

Натансонъ отмѣчаетъ, что докладчикъ первый въ Россіи затронулъ вопросъ, которымъ уже давно занимаются заграницы (*Landolt, Guillery, Pergens* и др.). Кромѣ научнаго значенія, вопросъ этотъ практически важенъ, и не только въ желѣзнодорожномъ дѣлѣ, гдѣ изслѣдованіе зрѣнія у поступающихъ на службу уже давно узаконено. Новый законъ 1903 г. объ отвѣтственности работодателя за несчастные случаи побудилъ и нѣкоторыя промышленныя предпріятія производить предварительныя измѣренія остроты зрѣнія у вновь поступающихъ рабочихъ. Кстати, интересно отмѣтить по этому поводу явленіе контрастиміаціи: изслѣдуемый, страдающій дефектомъ зрѣнія и желающій не быть забракованнымъ, примѣняетъ всяческія ухищренія, чтобы симулировать лучшую остроту зрѣнія, нежели та, которая у него имѣется. То же приходится видѣть даже у дѣтей, изслѣдуемыхъ при поступленіи въ школы, преимущественно профессиональныя (шитье, рукодѣлія и др.). Въ смыслѣ трудового зрѣнія совершенно безразлично, имѣть-ли данный глазъ остроту зрѣнія въ 0,8, 0,9 или 1,0, но для нѣкоторыхъ профессій, напр. въ желѣзнодорожной службѣ, законъ предписываетъ, напр., остроту зрѣнія 1,0. При прочихъ равныхъ условіяхъ знаки дадутъ 1,0, а цифры или буквы—0,8 или 0,9. Поэтому желательно, чтобы всякій врачъ, которому важны интересы трудящихся, изслѣдовалъ остроту зрѣнія у нихъ, для ихъ выгоды, только одноцѣнными знаками, а не разноцѣнными и неоднородными буквами и цифрами. Приспособленія для показыванія каждаго знака въ отдѣльности производятся нѣкоторыми иностранными фирмами. Таблицы для изслѣдованія, конечно, должны быть точныя; во избѣжаніе ошибокъ относительно астигматизма прямолинейные знаки должны быть поставлены или показываемы также въ косыхъ направленіяхъ, а не только въ отвѣсномъ и горизонтальномъ.

Заусайловъ, подтверждая, что буквы и знаки одинаковаго размѣра разбираются неодинаково легко, выражаетъ благодарность докладчику за разъясненіе этого практически важнаго вопроса. Слѣдуетъ завести таблицы болѣе совершенныя, нежели нынѣ употребляемыя, и просить докладчика провѣрить предварительно новыя таблицы.

Авербахъ также указываетъ на общезвѣстную всѣмъ окулистамъ и практически столь важную разницу въ изслѣдованіи разнородными зрительными пробами.

Финъ: Выбирая при изслѣдованіи только знаки, состоящіе изъ прямыхъ линій, мы всегда получимъ болѣе высокую остроту зрѣнія, нежели при изслѣдованіи круглыхъ знаковъ. 1 и 7 всегда на 0,1—0,2 выше, нежели 8, 9; первая—любимыя цифры окулиста; вторыя — ненавистныя. Между ними — 2, 3, 5, 6. Таблицы, состоящія изъ столькихъ разнородныхъ элементовъ, конечно, неудовлетворительны.

Соединенное засѣданіе секцій глазныхъ болѣзней и военной медицины.

Засѣданіе 28 апрѣля.

И. И. Казасъ: Нѣсколько словъ по поводу пунктовъ новаго росписанія болѣзней, относящихся къ зрительному аппарату. Въ пространномъ докладѣ докладчикъ разбираетъ недостатки и недочеты новаго росписанія болѣзней отъ 27 іюня 1906 г., поскольку оно касается зрѣнія, а также постановки окулистической экспертизы въ военномъ вѣдомствѣ. Главное вниманіе онъ обращаетъ на ст. 39, согласно которой для приѣма на военную службу требуется острота зрѣнія въ одномъ глазу не ниже 0,5. Около этихъ 0,5 сосредоточивается, такъ сказать, работа военныхъ врачей и глазныхъ отдѣленій военныхъ госпиталей. Весьма большую долю испытуемыхъ изъ новобранцевъ въ госпиталяхъ составляютъ

подлежащее изслѣдованію зрѣнія симулянты и опротестованные воинскими частями. Опредѣленіе вопроса о наличности или отсутствіи остроты зрѣнія въ 0,5 и выше весьма часто представляется весьма труднымъ. Часто получается несоотвѣтствіе между заключеніями разныхъ изслѣдователей относительно одного испытуемаго. Иногда разрѣшеніе вопроса, за неимѣніемъ достаточнаго числа военныхъ врачей, свѣдущихъ въ изслѣдованіи зрѣнія, предоставляется мало знакомымъ съ изслѣдованіемъ глазъ и зрѣнія. Мы имѣемъ въ распоряженіи для общаго сужденія о наличности вышеуказанной нормы критерій отсутствія патологическихъ измѣненій, могущихъ объяснить упадокъ зрѣнія, и скіаскопію для опредѣленія аномалій рефракціи, но опредѣлить степень остроты зрѣнія, въ особенности у изощрившихся симулянтовъ и агграваторовъ, почти никогда не удается. Въ виду сказаннаго, докладчикъ предлагаетъ облегчить и урегулировать эту сторону военно-врачебной дѣятельности установкою и введеніемъ схемы соотвѣтствія между степенью недостатка рефракціи и остротою зрѣнія, примѣнительно къ нормѣ въ 0,5; далѣе, онъ находитъ, что для разрѣшенія всѣхъ такихъ сомнѣній и для устраненія указанныхъ недочетовъ было бы весьма полезно созвать съѣздъ окружныхъ окулистовъ.

Даврентъевъ въ своемъ возраженіи отмѣчаетъ, что новое росписаніе болѣзней, освобождающихъ отъ военной службы, составляетъ большой шагъ впередъ; уже одно то, что низшимъ предѣломъ для строевого нижняго чина, вмѣсто прежней $\frac{1}{4}$, установлена $\frac{1}{2}$ для праваго глаза, составляетъ громадный успѣхъ, завоевать который удалось лишь многолѣтними настойчивыми стараніями окружныхъ окулистовъ и другихъ военныхъ врачей, такъ какъ пришлось годами преодолевать проведенное авторитетомъ военной окулистикки, по заключенію котораго былъ установленъ предѣлъ въ $\frac{1}{4}$. Далѣе, новое росписаніе принимаетъ въ расчетъ и астигматизмъ, о которомъ въ старомъ не было рѣчи. Безспорно, и въ новомъ росписаніи есть недочеты; одинъ изъ важнѣйшихъ заключается въ исключеніи изъ строя близорукихъ съ хорошимъ зрѣніемъ, въ виду запрещенія носить очки въ строю; если бы это запрещеніе было уничтожено, то армія пріобрѣла бы большое число солдатъ, которые съ очками могли бы отлично исполнять всю строевую службу. Но въ общемъ оппонентъ подчеркиваетъ, что новое росписаніе имѣетъ свои большія преимущества передъ старымъ. Что касается печальной картины, нарисованной докладчикомъ, то оппонентъ никакъ не можетъ согласиться съ пессимистическимъ взглядомъ его. Поскольку ему извѣстно изъ весьма продолжительной дѣятельности сперва въ С.-Петербургскомъ, а потомъ въ Московскомъ военномъ округѣ, положеніе дѣла въ нихъ никогда не было столь печально, какъ изображаетъ д-ръ *Казасъ*. Онъ приписываетъ отношеніе послѣдняго къ этому вопросу, хотя бы частью, вліяніямъ идей, которыя пытался провести въ жизнь покойный *Е. В. Костеничъ*, но нужно замѣтить, что *Костеничъ* былъ профессоромъ и консультантомъ военнаго госпиталя, но настоящимъ военнымъ врачомъ не былъ, а потому и взгляды его въ этомъ отношеніи были односторонніе. Относительно предлагаемой докладчикомъ схемы *Даврентъевъ* указываетъ на невыполнимость задачи, потому что постоянныхъ соотношеній между остротою зрѣнія и степенью аметропіи не существуетъ. Если докладчикъ жаловался на произволъ въ военно-медицинской экспертизѣ, то эта новая схема, если бы она была выполнима, повела бы къ еще большему произволу. Въ заключеніе оппонентъ, естественно, только подтверждаетъ желательность съѣздовъ военно-окружныхъ окулистовъ, тѣмъ болѣе, что послѣдній съѣздъ имѣлъ мѣсто уже давно.

Ветеринарія.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ, по предложенію завѣдующаго секціей *С. Н. Павлухина*, избранъ д-ръ *Мостыинскій*, товарищемъ предсѣдателя д-ръ *Ивановъ*.

А. И. Веревкинъ: О туберкулезѣ рогатаго скота въ Воронежской губ. и о необходимости введенія мѣропріятій противъ него, съ проектомъ обязательныхъ правилъ борьбы съ туберкулезомъ. Главный недостатокъ борьбы съ туберкулезомъ скота заключается, по мнѣнію докладчика, въ отсутствіи однообразныхъ мѣропріятій. Затѣмъ борьба съ туберкулезомъ тормозится отсутствіемъ боевъ въ густо населенныхъ мѣстахъ, и устройство ихъ настоятельно необходимо прежде всего. По мнѣнію докладчика, борьба съ туберкулезомъ по методу *Bang'a* хотя и ведетъ къ болѣе вѣрному искорененію болѣзни, но по мѣстнымъ условіямъ у насъ въ Россіи встрѣчаетъ непреодолимые препятствія. Между тѣмъ примѣненіе метода *Ostertag'a* доступнѣе, наконецъ, дженеризацію по *Behring'u* авторъ находитъ желательной въ качествѣ широкаго опыта, но не какъ мѣру борьбы съ туберкулезомъ.

Коневъ во всѣхъ предлагаемыхъ мѣрахъ видитъ одни палліативы. Проводя параллель съ мѣропріятіями противъ распространенія сапа, ораторъ находитъ, что наиболѣе радикальной мѣрой было бы уничтоженіе всѣхъ животныхъ, дающихъ реакцію на туберкулинъ. Последняя, правда, даетъ извѣстный процентъ неправильныхъ показаній; но если будетъ установлено возвращеніе до 50% стоимости скота владѣльцамъ, проведеніе этой мѣры облегчится.

Противъ этого радикальнаго предложенія, однако, возстали всѣ послѣдующіе ораторы (*Виленицъ*, *Малеванскій*, *Дубровъ*, *Гиркевичъ*), которые выдвинули рядъ другихъ предохранительныхъ мѣръ. *Дубровъ*, кромѣ того, считаетъ необходимымъ возбудить вопросъ объ измѣненіи закона о страхованіи скота, гдѣ одна статья исключаетъ другую.

Сидоровъ спрашиваетъ, какія мѣры вообще можно принять при столь недостаточномъ ветеринарномъ персоналѣ, когда на цѣлый уѣздъ имѣется только одинъ ветеринарный врачъ?

Кромѣ того въ преніяхъ принимали участіе: *Шатри*, *Никифоровъ*, *Ивановъ*, *Борисовъ*, *Ключаревъ*, *Максutowъ* и *Михайловъ*, указавшіе на невозможность успѣшной борьбы при современныхъ условіяхъ и современной постановкѣ ветеринарнаго дѣла.

Въ заключеніе секція сдѣлала слѣдующія постановленія:

1) Борьба съ туберкулезомъ и другими заразными болѣзнями можетъ быть успѣшной при примѣненіи однообразныхъ мѣропріятій и послѣ того, когда будетъ проведена коренная реформа всего государственнаго строя на демократическихъ началахъ.

2) Необходимо тщательно изучить распространеніе туберкулеза въ Россіи и выработать мѣры, могущія быть примѣнимыми въ нашихъ хозяйствахъ.

3) Для изученія туберкулеза на скотѣ въ Россіи секція считаетъ необходимымъ выдѣлить подкомиссію, которая занялась бы изученіемъ и разработкой этого вопроса.

Выбрать членовъ подкомиссіи рѣшено поручить Московскому Обществу ветеринарныхъ врачей.

Н. А. Покишишевскій: О серовокцинаціи и серотерапіи, какъ мѣръ борьбы съ сибирской язвой. Указавъ на возможность получить изъ крови лошадей и овецъ сыворотку, обладающую предохранительными

свойствами противъ сибирской язвы, докладчикъ отмѣчаетъ рядъ успѣшныхъ лабораторныхъ опытовъ въ этомъ отношеніи, подтвердившихъ предохранительныя свойства этой сыворотки; эта сыворотка обладаетъ также бактерицидными и агглютинирующими свойствами. Въ виду того, что практическое примѣненіе комбинированнаго способа прививки сыворотки вмѣстѣ съ ослабленнымъ вирусомъ сибирской язвы дало въ Аргентинѣ и отчасти въ Германіи положительные результаты, авторъ указалъ на правильность испытанія примѣненія этого способа и въ Россіи и, кромѣ того, на желательность примѣненія на практикѣ комбинаціи сыворотки съ 2-й вакциной *Ценковского*.

Въ преніяхъ приняли участіе: *Борисовъ, Бацевичъ, Макеутовъ, Недригайловъ, Острянинъ, Коневъ, Поповъ, Шадринъ.*

Засѣданіе 27 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ д-ръ *Борисовъ* (Курск. губ.).

А. С. Тимченко: О борьбѣ съ контагіозной плевронеймоніей (септицеміей) свиней. Положенія: 1) Въ виду того, что только при помощи метода серотерапіи и серовакцинаціи возможна вполне дѣйствительная борьба съ септицеміей свиней, желательна наличность антисептикэмической сыворотки. 2) Постановка опытовъ въ цѣляхъ полученія ея, въ виду малой разработки даннаго вопроса въ литературѣ, сопряжена съ большимъ рискомъ потерять опытное животное, что въ связи съ матеріальной необеспеченностью большинства лабораторій имѣетъ немаловажное значеніе. 3) Такого рода рискъ сводится до минимума, если для интравенозной гипериммунизации животнаго въ цѣляхъ полученія антисептикэмической сыворотки пользоваться убитыми культурами *bac. sui sept.*, такъ какъ опыты на кроликахъ и рогатомъ скотѣ даютъ указаніе на присутствіе иммунизирующаго начала и въ убитыхъ культурахъ. 4) Антисептикэмическая сыворотка, полученная при такихъ условіяхъ, обладаетъ предохранительными свойствами, но пассивный иммунитетъ, сообщаемый ею, непродолжителенъ, почему является необходимость для закрѣпленія его въ активный прибѣгать къ введенію живыхъ возбудителей септицеміи свиней. 5) Лечебныя же свойства данная сыворотка выказываетъ только при введеніи ея животнымъ, находящимся въ начальной, слабой степени заболѣванія.

Стояновскій сообщаетъ, что на бактериологической станціи Харьк. Ветер. Института сыворотка тоже получена, но впрыскивается она не въ *vena jugularis*, а подъ кожу. Сыворотка оказалась активной; при впрыскиваніи ея вмѣстѣ съ *virus*омъ животное не падало.

Пацевичъ (Москва) хвалитъ подкожное введеніе сыворотки вмѣсто громоздкаго и сложнаго внутривеннаго впрыскиванія.

Коневъ указываетъ на неясность номенклатуры болѣзней свиней. Статистика показываетъ, что на югѣ Россіи наиболѣе распространена рожа свиней; затѣмъ слѣдуетъ повальная пнеймонія, потомъ повальныи энтеритъ. Принимая во вниманіе различную вирулентность различныхъ видовъ одного и того же микроба въ разныхъ уѣздахъ и даже въ одной и той же эпизоотіи, необходимо устроить какое-нибудь обще-земское учрежденіе или фабрику, гдѣ подъ наблюденіемъ ветеринарныхъ врачей-спеціалистовъ были бы собраны всѣ разновидности

микробовъ одного и того же *virus'a* и вырабатывалась бы сыворотка, годная для всей страны. Предлагаетъ избрать комиссію для разрѣшенія этого вопроса.

Шадринъ указываетъ на громадное зло, причиняемое болѣзнями свиней нѣмцамъ-колонистамъ, которые почти исключительно живутъ заработкомъ, даваемымъ свиньями. Каждый годъ—два они лишаются $\frac{2}{3}$ —90% свиней. Онъ считаетъ, что первой задачей ветеринарной лабораторіи является точная дифференціація болѣзней свиней, для того чтобы была возможность лечить ихъ соответствующими вакцинами.

Б. Л. Пацевичъ (Москва): Къ вопросу о мѣрахъ борьбы съ различными болѣзнями свиней. Болѣзни свиней имѣютъ громадную литературу; къ сожалѣнію, однако, въ номенклатурѣ наблюдается полнѣйшій сумбуръ. Этой спутанности понятій въ значительной мѣрѣ способствуетъ вопросъ о смѣшанныхъ инфекціяхъ; существованіе настоящихъ одновременныхъ смѣшанныхъ инфекцій докладчикъ отрицаетъ. Для успѣшной борьбы съ болѣзнями свиней необходимо установить точную номенклатуру въ зависимости отъ дѣйствительнаго возбудителя болѣзни. Докладчикъ предлагаетъ различать: 1) рожу свиней, 2) 3 группы болѣзней: а) геморрагическую септицэмію (пнеймонію), вызываемую *bacill. bipolaris seu sui septicus*; эта форма отличается специфической патолого-анатомической картиной; б) чистую форму энтерита, вызываемую *bacill. sui pestica*, которая принадлежитъ къ группѣ *coli* или къ группѣ паратифа (паратифозная сыворотка А даетъ агглютинацію съ бациллою энтерита); с) кахексію свиней, вызываемую *bacill. pyogenes Gripps'a*.

Во главѣ угла для борьбы съ болѣзнями свиней должно стоять тщательное изученіе этихъ болѣзней, что въ свою очередь можетъ быть достигнуто учрежденіемъ центральной лабораторіи, широко обеспеченной матеріально и снабженной всѣми научными усовершенствованіями, а также соответствующимъ специально образованнымъ врачебнымъ персоналомъ.— Въ заключеніе докладчикъ, коснувшись вопроса о заграничныхъ сывороткахъ, появившихся въ послѣднее время въ огромномъ количествѣ, указываетъ, что цифровыя данныя самихъ изобрѣтателей сыворотокъ отличаются сомнительнымъ характеромъ. Въ виду чисто коммерческаго характера учрежденій, занимающихся приготовленіемъ сыворотокъ, докладчикъ предлагаетъ секціи воздержаться отъ рекомендаціи этихъ сыворотокъ земскимъ врачамъ до тѣхъ поръ, пока эти фабрики не сообщать точныхъ статистическихъ свѣдѣній о ходѣ и способѣ приготовленія сыворотокъ и получаемыхъ результатахъ.

Коневъ заявляетъ, что предстоитъ докладъ объ устройствѣ института экспериментальной ветеринаріи, а потому предлагаетъ отложить пренія по этому вопросу до выслушанія этого доклада.

Тереженко сообщаетъ объ очень благопріятныхъ результатахъ, получаемыхъ имъ въ теченіе уже 3 лѣтъ отъ примѣненія заграничныхъ сыворотокъ противъ *Schweineseuche* и *Schweinepest*.

Вилениъ указываетъ, что номенклатура *Пацевича* такъ же мало поможетъ дѣлу, какъ и прежняя, ибо отличается такой же спутанностью.

Коневъ: Необходимо придерживаться трехъ формъ болѣзней свиней, относительно которыхъ нѣтъ сомнѣній; что же касается кахексін, то повальная пнеймонія, протекая хронически, подходитъ подъ то, что называютъ теперь кахексіей; поэтому послѣдняя еще не можетъ быть выдѣлена какъ отдѣльная форма. Пока

нѣтъ своихъ сыворотокъ, своихъ фабрикъ для приготовленія годнаго матеріала, приходится пользоваться заграничными фабрикатами; надо только требовать, чтобы они подвергались контролю.

Маливанскій предлагаетъ пользоваться номенклатурой, выработанной на послѣднемъ международномъ сѣздѣ въ Германіи.

Стояновскій предлагаетъ земствамъ публиковать свои статистическія наблюденія надъ дѣйствіемъ сыворотокъ.

Въ заключеніе секція, по предложенію предсѣдателя, принимаетъ номенклатуру: рожа, пневмонія и энтеритъ и постановляетъ избрать комиссію для согласованія этой номенклатуры съ нѣмецкой.

Засѣданіе 30 апрѣля.

Почетный предсѣдатель *А. А. Дудукаловъ*.

А. В. Бѣлицеръ: *О пироплазмозѣ лошади въ Россіи*, съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ *piroplasma equi*. Указавъ на то, что пироплазмозъ, какъ особая повальная болѣзнь лошадей, регистрировался раньше подъ различными названіями, докладчикъ сообщилъ о распространеніи этой болѣзни въ Россіи и экономическомъ ея значеніи. Коснувшись этиологіи, симптоматологіи, патологической анатоміи и діагностики болѣзни, докладчикъ выработалъ планъ дальнѣйшаго изученія болѣзни.

Н. А. Шадринъ: *О желательномъ типѣ земской ветеринарной организаціи*. Старыя земскія учрежденія, по мнѣнію докладчика, вообще мало сдѣлали въ области ветеринаріи, расходы ихъ на ветеринарію не превышаютъ въ среднемъ 2 % бюджета. Но съ того времени, какъ дѣятельность земства приняла характеръ рѣзко реакціонный, разрушается и то немногое, что сдѣлано земствомъ. Саратовская ветеринарная организація разрушена, грозитъ разрушеніемъ и организація Московскаго земства. Коснувшись типа земской ветеринарной организаціи въ настоящее время, когда эпизоотическая дѣятельность возложена на губернское земство, а леченіе sporadическихъ случаевъ на уѣздное, докладчикъ нарисовалъ желательный типъ земской ветеринарной организаціи съ введеніемъ мелкой земской единицы. По его мнѣнію, губернское земство должно попрежнему принимать мѣры противъ эпидемическихъ и эпизоотическихъ болѣзней, леченіе же sporadическихъ случаевъ должно быть возложено на уѣздное и участковое земство, причемъ уѣздному принадлежить направляющая и руководящая роль въ этомъ вопросѣ. Для выработки новой формы земской ветеринарной организаціи, докладчикъ находитъ желательнымъ образовать подготовительную комиссію и созвать для окончательнаго разрѣшенія этого вопроса 2-й всероссійскій ветеринарный сѣздъ. Наконецъ, докладчикъ сообщилъ секціи, что въ проектѣ новаго закона о мѣстномъ самоуправленіи, выработанномъ конститутціонно-демократической партіей, ветеринарія изъята изъ компетенціи уѣзднаго, участковаго и поселковаго земства. Находя такого рода организацію ветеринарнаго дѣла не соотвѣтствующей интересамъ населенія, докладчикъ предложилъ возбудить передъ Государственной Думой ходатайство о пересмотрѣ этой части проекта въ вышеуказанномъ смыслѣ.

Въ преніяхъ участвовали: *Бацивичъ, Мاستынскій, Елазинъ, Павлушковъ, Семеновъ, Никифоровъ* и др.

Одобривъ въ общемъ предложеніе докладчика, секція рѣшила вопросъ о созывѣ 2-го всероссійскаго сѣзда обсудить особо, а по предложенію *Мастынского* сдѣлала слѣдующія постановленія: «Ветеринарная секція X Пироговскаго сѣзда высказываетъ глубокое сожалѣніе о начавшемся вмѣстѣ съ нахлынувшей волной реакціи погромъ ветеринарныхъ, земскихъ и городскихъ организацій, при вѣтствуетъ пострадавшимъ отъ реакціи товарищамъ-труженикамъ на нивѣ земской и городской организаціи и выражаетъ надежду, что скоро разсѣется опустившаяся тѣма и наши товарищи получатъ возможность продолжать свою плодотворную работу».

Гигіена.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Завѣдующій секціей *В. Е. Игнатьевъ*, открывая засѣданіе секціи, напомнилъ, что программа, выработанная для X сѣзда, осталась такою же, но къ ней еще прибавлены нѣкоторые вопросы, которые были выдвинуты въ послѣднее время и освѣтить которые было бы крайне важно въ настоящее время. Такимъ образомъ выдвинуты три вопроса: 1) оцѣнка англійскихъ и американскихъ фильтровъ воды, 2) біологическая фильтрація и 3) вопросъ о преподаваніи гигиены въ среднихъ и низшихъ учебныхъ заведеніяхъ и о реорганизаціи преподаванія ея въ высшихъ школахъ, университетахъ. Въ заключеніе завѣдующій секціей предложилъ въ почетные предсѣдатели *Л. А. Тарасевича* и въ почетные секретари *Н. А. Золотавина*.

П. Н. Дятроптовъ: О бактериологической оцѣнкѣ работы англійскихъ песочныхъ фильтровъ. Указавъ на то, что фильтры англійской системы при правильномъ устройствѣ и эксплуатаціи могутъ задержать до 98 % и больше общаго количества микроорганизмовъ, находящихся въ водѣ до фильтраціи, докладчикъ видитъ задачу правильной эксплуатаціи англійскихъ фильтровъ въ томъ, чтобы держать ихъ на высшей нормѣ работы, которая и должна быть провѣряема бактериологическими изслѣдованіями воды до и послѣ ея фильтраціи. Докладчикъ предложилъ вниманію секціи результаты систематическаго ежедневнаго контроля фильтровъ Одесскаго водопровода за 5 лѣтъ (съ 1901 по по 1905 годъ), берушаго воду изъ рѣки Днѣстра. Въ Одессѣ въ настоящее время 10 фильтровъ; нагрузка ихъ въ общей толщѣ $6\frac{3}{4}$ фунтовъ, слой песка 3 фута 2 дюйма, скорость фильтраціи въ среднемъ не выше $3\frac{1}{2}$ дюймовъ. Бактеріологическимъ изслѣдованіемъ воды установлено среднее годовое количество микроорганизмовъ въ одномъ куб. стм. водопроводной воды въ Одессѣ за періодъ времени съ 1892 г. по 1897 г. включительно не превышающимъ 20—32 колоніи. Въ 1897 г. водопроводъ былъ выкупленъ городомъ у частной компаніи, а съ 1898 г. началось его расширеніе, которое еще не закончилось до настоящаго времени. Въ періодъ расширенія водопровода изслѣдованіе воды давало уже 60 колоній на 1 куб. стм. Съ 1901 г. были организованы изслѣдованія воды съ цѣлью провѣрки работы фильтровъ на Днѣстрѣ. Бактеріальная

флора рѣки Днѣстра, выраженная въ подсчетахъ аэробныхъ микробовъ, сильно разнится по отдѣльнымъ годамъ, что обуславливается величиною разливовъ рѣки (паводковъ). Эти паводки характеризуются быстрымъ разростаніемъ количества микробовъ въ рѣчной водѣ. При этомъ оказалось, что наиболѣе успѣшно фильтры справляются со своей задачей, давая наименьшее количество микробовъ даже въ абсолютныхъ цифрахъ, именно въ то время, когда рѣчная вода болѣе богата взвѣшенными частицами, а вмѣстѣ съ ними и микроорганизмами. Это объясняется тѣмъ, что при мутной водѣ на поверхности фильтровъ скорѣе образуется тотъ тонко-илистый слой, который обезпечиваетъ задержку бактерій. Въ среднемъ за 5 лѣтъ работа Одесскихъ фильтровъ выразилась въ задержкѣ 95 % микробовъ изъ рѣчной воды, т. е. была близка къ нормѣ, но въ дѣятельности фильтровъ были такіе моменты, когда они пропускали изъ рѣчной воды отъ 40 до 70% микробовъ и даже обогащали рѣчную воду ими; эти отклоненія отъ нормы обуславливаются внѣшними причинами. Фильтры въ Одессѣ открытые, замерзающіе зимой; поверхность ихъ и зимой заиливается, фильтръ начинаетъ давать мало воды и требуетъ очистки. То же повторяется во время осенняго и іюньскаго паводковъ. При употребляемыхъ способахъ чистки фильтровъ послѣдніе въ первое время послѣ нея даютъ въ магистралахъ воду съ большимъ количествомъ микробовъ. Среднее суточное количество воды, даваемое всѣми десятью фильтрами, не превышаетъ 5—5½ миллионовъ ведеръ, а когда спросъ на воду достигаетъ въ лѣтнее время 6—6½ миллионовъ ведеръ, то тутъ уже поневолѣ приходится допускать превышающую обычную норму скорость фильтраціи и не приходится тратить время на основательную промывку только что вымытаго фильтра. Таковы, по мнѣнію докладчика, дефекты, отмѣченные въ работѣ англійскихъ фильтровъ Одесскаго водопровода ежедневнымъ систематическимъ изслѣдованіемъ воды.

Коснувшись мѣръ улучшенія Одесскихъ фильтровъ и способа контроля надъ работой ихъ, докладчикъ выставилъ слѣдующія положенія: 1. Подсчетъ аэробныхъ микробовъ въ водѣ до и послѣ фильтраціи ея на англійскихъ фильтрахъ, являясь очень чувствительнымъ реагентомъ для опредѣленія эффектовъ фильтраціи, можетъ служить хорошимъ средствомъ для контроля работы англійскихъ фильтровъ. 2. Для правильной постановки такого контроля необходима на каждомъ водопроводѣ экспериментальная разработка, какъ самого способа очистки воды, такъ и различныхъ деталей его, соотвѣтственно индивидуальнымъ особенностямъ источника водоснабженія. Добытая этой разработкой данныя должны лечь въ основу устройства фильтровъ и быть приняты къ обязательному руководству при ихъ эксплуатаціи. 3. При возникновеніи опасности загрязненія источника водоснабженія (въ случаѣ появленія эпидемій въ населенныхъ пунктахъ на берегу источника) необходимы спеціальныя бактеріологическія изслѣдованія воды и правильная и своевременная освѣдомленность санитарнаго надзора на водопроводѣ о появленіяхъ указанныхъ эпидемическихъ заболеванийъ. 4. При санитарной оцѣнкѣ воды съ бактеріологической стороны необходимо примѣненіе всѣхъ установленныхъ наукой методовъ—опредѣ-

ление количества аэробныхъ и анаэробныхъ бактерій, установленій титра воды на *b. coli*; въ случаѣ надобности спеціальныя изслѣдованія на патогенныя микробы. 5. Необходима спеціализація врачей санитаровъ на водопроводахъ не только путемъ изученія современныхъ методовъ изученія воды, но и путемъ возможно широкаго ознакомленія съ современными санитарно-техническими требованіями и усовершенствованіями въ водопроводномъ дѣлѣ.

П. Н. Дятроптовъ раньше, чѣмъ приступить къ докладу, сообщилъ секціи о той потерѣ, которую понесла земская санитарія вслѣдствіе смерти д-ра *Карманенко*.

В. Е. Игнатъевымъ было предложено секціи почтить память его вставаніемъ и выразить Одесской санитарной организаціи сочувствіе въ повешенной ею тяжелой утратѣ.

Д-ръ Раммуль: О дѣйствіи англійскихъ фильтровъ въ 1906 и 1907 г. на Рублевской водоносной станціи г. Москвы. Станція расположена на правомъ берегу Москвы-рѣки и рассчитана на доставку 14 милліоновъ ведеръ фильтрованной рѣчной воды въ сутки въ районѣ Москворѣцкаго водоснабженія г. Москвы. Вода всасывается изъ пріемника машинами и нагнетается ими въ отстойникъ. Время отстаиванія воды въ отстойникѣ колеблется отъ 7 до 12 часовъ. Изъ отстойника вода подступает самотекомъ на крытые англійскіе фильтры, числомъ 8. Слой воды надъ фильтромъ при нормальной загрузкѣ фильтра равняется 1,2 метра. Скорость фильтрованія колеблется отъ 5—100 мм. въ часъ. Фильтрованная вода подступает самотекомъ въ сборный резервуаръ, откуда перекачивается въ другой резервуаръ, находящійся въ Воробьевыхъ горахъ, и поступает самотекомъ въ Москву. Въ теченіе 9—9½ мѣсяцевъ въ годъ вода Москвы-рѣки довольно прозрачна, и посредствомъ фильтраціи черезъ англійскіе фильтры можно получать совершенно прозрачную воду и задерживать отъ 94—99,7 % бактерій. Но во время весеннихъ и осеннихъ паводковъ, когда прозрачность рѣчной воды сильно падаетъ, воду приходится коагулировать. Въ качествѣ коагулянта пользуются сѣрнокислымъ алюминіемъ, 5 % растворъ котораго примѣшивается къ рѣчной водѣ до поступленія ея въ отстойникъ. Сѣрнокислый алюминій разлагается съ выпаденіемъ алюминія въ видѣ хлопьевидной водной окиси. Необходимыя дозы коагулянта нужно установить для каждаго водопровода опытнымъ путемъ. Бактеріологическія пробы берутся ежедневно изъ всѣхъ фильтровъ въ отдѣльности, изъ сборнаго резервуара, рѣки и отстойника. Среднее количество за годъ бактерій въ одномъ куб. стм. воды изъ отдѣльныхъ фильтровъ колебалось отъ 9—17. Среднее для сборнаго было 14; для отстойника 816 и рѣки 1276. Процентъ задержки бактерій отдѣльными фильтрами колебался за годъ отъ 97,57—98,7. Отстойникъ задержалъ въ среднемъ за мѣсяцъ 32,6 % бактерій; во время коагулированія воды до задержки фильтровъ % колебался отъ 66,4—92,5, а когда вода не коагулировалась—отъ 3,5 до 45,8. Такъ какъ во время коагулированія англійскіе фильтры быстро засоряются, то въ прошломъ году устроены предзарительные фильтры, черезъ которые

пропускаютъ отстоявшуюся воду до поступленія ея на англійскіе фильтры. Загрузка предварительныхъ фильтровъ менѣе мелкая, чѣмъ у англійскихъ, поэтому они не засоряются такъ быстро и скорость фильтрованія у нихъ въ 10—15 разъ больше, чѣмъ у англійскихъ. Предварительные фильтры задерживаютъ большую часть взвѣшенныхъ веществъ и часть бактерій. Коснувшись далѣе результатовъ физико-химическихъ изслѣдованій воды, докладчикъ выставилъ слѣдующія положенія: 1) Въ случаяхъ появленія въ очищаемой водѣ очень большого количества мельчайшихъ, особенно глинистыхъ взвѣшенныхъ веществъ, проходящихъ черезъ англійскіе фильтры, полезно коагулировать воду до фильтраціи. 2) Коагулированіе и медленное фильтрованіе даетъ, при достаточномъ количествѣ коагулянта, вполнѣ прозрачную и съ небольшимъ количествомъ бактерій воду. 3) Количество необходимаго коагулянта зависитъ отъ степени прозрачности, характера взвѣшенныхъ веществъ, времени отстаиванія и скорости фильтрованія воды; оно должно опредѣляться для cadaго водопровода опытнымъ путемъ. 4) Чѣмъ меньше степень прозрачности, чѣмъ мельче взвѣшенные вещества, чѣмъ короче время отстаиванія и скорость фильтрованія, тѣмъ больше количество требуемаго коагулянта. 5) Работоспособность англійскихъ фильтровъ можно сильно увеличить при помощи предварительныхъ фильтровъ, что особенно важно во время коагулированія воды. 6) Раціональными предварительными фильтрами являются песчаные фильтры, очищаемые быстро вдуваніемъ снизу жаркаго воздуха.

Ивановъ ознакомилъ секцію съ фильтрами въ г. Ростовѣ, гдѣ вода фильтруется сначала американскими, а затѣмъ англійскими фильтрами, и результаты фильтрованія хуже.

Зиминъ находитъ необходимыми нѣкоторыя директивы въ этомъ отношеніи; методы для наблюденія за сооруженіями должны быть упрощены; научными изслѣдованіями необходимо освѣтить коагулированіе, причемъ въ Москвѣ количество коагулянта очень велико.

Золотавинъ высказалъ сожалѣніе, что оба докладчика ничего не сказали о стоимости тѣхъ или другихъ фильтровъ, что очень важно для мелкихъ городовъ.

Соколовъ указалъ на необходимость строгаго санитарнаго надзора за той мѣстностью, по которой проходятъ источники водоснабженія.

Розановъ находитъ, что фильтры, содержаніе лабораторіи и организація санитарнаго надзора требуютъ очень много средствъ; небольшіе города должны избѣгать пользоваться открытыми водоемами питьевой воды.

Положенія *П. Н. Дятропцова* секціей приняты.

Н. П. Зиминъ: Объ очищеніи питьевой воды американскимъ способомъ по научнымъ даннымъ за послѣдніе 4 года. Докладчикъ ознакомилъ секцію съ послѣдними изслѣдованіями *Bitter'a*, *Hetschlich'a* и *Schreiber'a* по этому вопросу. Послѣдній руководилъ работами, производившимися въ Берлинѣ по вопросу объ очищеніи питьевой воды американскими фильтрами. Указавъ на образующуюся въ этихъ фильтрахъ искусственную пленку, причемъ % задержанныхъ бактерій достигаетъ 99 и даже 100, докладчикъ выставилъ слѣдующія положенія: 1) Научныя изслѣдованія по вопросу объ очищеніи питьевой воды американскимъ способомъ дали вполнѣ удовлетворительные результаты. 2) Американскій способъ очищенія питьевой воды въ большой мѣрѣ обезпечиваетъ работу фильтровъ.

Въ послѣдовавшихъ затѣмъ преніяхъ *Амстердамскій* поинтересовался узнать, какіе результаты достигнуты въ г. Томскѣ, гдѣ имѣются американскіе фильтры.

Докладчикъ всѣ недочеты фильтра въ г. Томскѣ объясняетъ техническимъ несовершенствомъ постановки дѣла.

Орловъ ознакомилъ секцію съ устройствомъ фильтровъ въ Рыбинскѣ, гдѣ коагулянтъ прибавляется широкою рукою.

Дятловъ отмѣтилъ высказанную и *Н. П. Зиминъ* мысль о необходимости индивидуализаціи каждаго источника водоснабженія.

Смирновъ находитъ такую индивидуализацію болѣе необходимой при американскихъ фильтрахъ.

Дроздовъ указалъ на то, что коагулированіе воды было изучено русскими изслѣдователями и только осуществлено американскими конструкторами.

Ораторъ присоединился вполне къ положеніямъ, выставленнымъ докладчикомъ, при той постановкѣ всего дѣла, которая соотвѣтствовала бы постановкѣ въ Берлинѣ.

Кромѣ того въ преніяхъ принимали участіе: *Раммуль*, *Коцынъ*, *Орловъ*, *Тарасевичъ* и др.

Засѣданіе 27 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *П. Н. Дятловъ*, а почетнымъ секретаремъ *Н. И. Тезяковъ*.

А. Д. Соколовъ: О біологическомъ способѣ очистки сточныхъ водъ по опытамъ на *Московскихъ городскихъ поляхъ орошенія*. Прежде всего докладчикъ напомнилъ секціи о комиссіи по вопросу о сточныхъ водахъ, работавшей во время IX сѣзда и пришедшей къ слѣдующимъ заключеніямъ: наилучшіе способы очистки сточныхъ водъ основаны на процессахъ разложенія органическихъ веществъ на особо-подготовленныхъ поляхъ (поля орошенія и перемежающаяся фильтрація). Въ случаѣ неудобства примѣненія одного изъ этихъ способовъ наилучшихъ результатовъ можно ожидать отъ искусственной біологической очистки сточныхъ водъ или отъ комбинаціи этихъ способовъ между собой. При этомъ была сдѣлана оговорка о желательности производства обширныхъ новыхъ изслѣдованій въ данномъ направленіи. Далѣе докладчикъ сообщилъ, что Московское городское самоуправленіе рѣшило произвести эти опыты, для чего была избрана особая комиссія. Большое вниманіе удѣлила комиссія на выработку широкой программы біологическаго изслѣдованія, по которой въ настоящее время ведутся опыты и еще не закончены. Затѣмъ начали строить фильтры, состоящіе изъ осадочнаго бассейна и септикъ-тонка съ расчетомъ на суточный объемъ, распределительнаго резервуара и фильтровъ. Такимъ образомъ были построены двѣ системы съ 3 парами фильтровъ въ каждой. До начала опытовъ была изучена канализаціонная жидкость. Въ общемъ наша канализаціонная жидкость содержитъ 1 гр. плотныхъ веществъ, т. е. хуже, чѣмъ жидкость иностранныхъ городовъ съ 600 — 700 мгрм. плотнаго остатка въ литрѣ, и притомъ наша жидкость очень измѣнчива; составъ послѣдней колебался главнымъ образомъ отъ спуска сточныхъ водъ съ фабрикъ и заводовъ. Затѣмъ испытаны были періодическіе фильтры изъ кокса, 1-й крупный и 2-й мелкій окислители (двухнапускные фильтры). Когда фильтры созрѣли, то испытаніе ихъ дало довольно благоприятные резуль-

таты. Взвѣшенныхъ веществъ задерживалось 95 %; окисляемость уменьшилась на 75 % амміака, а потомъ на 82 %; азотной кислоты въ фильтратѣ было 100—150 мгрм., а азотистой 1—1½ мгрм. въ литрѣ. Съ осени 1905 г. станція была построена, и тогда начались сравнительныя испытанія осадочной и септикъ-тонковой системъ. Сравненіе эти двухъ системъ приводитъ къ слѣдующимъ выводамъ: обѣ системы играютъ малую роль въ очисткѣ жидкости и только просвѣтляютъ ее; септикъ-тонкъ задерживаетъ 80 %, а осадочный бассейнъ — 60 % взвѣшенныхъ веществъ; другихъ явленій не наблюдалось, окисляемость не измѣнялась, но амміакъ увеличивался; въ первое время септикъ-тонкъ задерживалъ на 56 % больше бактерій, чѣмъ осадочная система, затѣмъ пошло выравниваніе, и въ конечномъ результатѣ обѣ системы стали задерживать по 75 % бактерій. Вначалѣ не образовывалось въ септикъ-тонкѣ корки, подъ которой происходитъ разложеніе органическихъ веществъ, а теперь корка образовалась. Докладчикъ былъ противникомъ септикъ-тонка, такъ какъ у насъ сточная жидкость 80 % всего азота имѣетъ уже въ видѣ амміака, и только остальные 20 % — въ видѣ другихъ соединеній; но послѣднія наблюденія показали, что въ септикъ-тонкѣ осадка почти не оказалось, между тѣмъ какъ одною изъ главныхъ отрицательныхъ сторонъ осадочнаго колодца является вопросъ, куда дѣвать осадокъ. Такъ какъ значеніе самихъ фильтровъ болѣе или менѣе извѣстно, то для комиссіи было важно выяснитъ, насколько эти фильтры могутъ функціонировать при нашихъ климатическихъ условіяхъ и не замерзнутъ-ли они. Въ 1-ю зиму фильтры покрыли; открыли ихъ, когда миновали морозы, и фильтры продолжали работать. Когда же они созрѣли, то ихъ оставили открытыми, и они благополучно пережили слѣдующую зиму. Испытаны были также непрерывные фильтры, біологическая фильтрація въ комбинаціи съ полями орошенія; построены были малые экспериментальные біологическіе фильтры изъ разнаго матеріала — шлакъ, коксъ, гравій, и со сточными водами, содержащими патогенные микроорганизмы; съ цѣлью удешевленія способа были испытаны земляные бассейны, выложенные дерномъ, булыжникомъ и кирпичемъ; функціонировали они такъ же, какъ и септикъ-тонки, наконецъ ведется работа, насколько въ нихъ растворяется клѣтчатка. Въ заключеніе докладчикъ выставилъ слѣдующія 2 положенія общаго характера, но оговорился, что опыты еще не закончены и еще не выяснено напр., какіе фильтры лучше — двухъ или трехнапускные:

- 1) Наблюденія, произведенныя на Московской испытательной станціи по біологическому способу очистки сточныхъ водъ, вполне подтверждаютъ и прежнія наблюденія (Царское Село), что біологическій способъ очистки сточной жидкости вполне примѣнимъ и при нашихъ суровыхъ климатическихъ условіяхъ безъ всякихъ искусственныхъ утепляющихъ средствъ.
- 2) Городская канализаціонная жидкость при 2-хъ ступеняхъ окислителей съ предварительнымъ отстаиваніемъ (осадочный бассейнъ или септикъ-тонкъ) можетъ быть признана, послѣ созрѣванія фильтровъ, достаточно очищенной, чтобы ее спускать въ общественные водоемы, водою которыхъ населеніе не пользуется непосредственно для питья.

А. Г. Огородниковъ: Къ вопросу о сульфуризаціи и десульфуризаціи при біологическомъ способѣ очистки сточныхъ водъ. Указавъ на то, что загрязненную воду выгодно поставить въ условія десульфуризаціи, чтобы разложить органическія вещества, и сульфуризаціи, чтобы окислять все въ сѣрную кислоту, докладчикъ сообщилъ результаты полученныхъ имъ аналитическихъ данныхъ. Онъ производилъ сравнительное опредѣленіе количествъ валовой или неопредѣленной сѣры сѣрнистаго водорода и сѣрной кислоты въ водѣ изъ разводныхъ каналовъ осадочныхъ бассейновъ, первыхъ и вторыхъ окислителей. На основаніи 57 опредѣленій сѣрной кислоты онъ отмѣтилъ значительное уменьшеніе ея—десульфуризацію—въ осадочныхъ бассейнахъ, причемъ это рѣче было выражено въ септикъ-тонкѣ, чѣмъ въ осадочномъ колодцѣ. Когда вода проходить часть фильтра, то уже имѣется прибавка сѣрной кислоты—сульфуризаціи, особенно на 2-мъ окислителѣ. Количество напусковъ вліяетъ, по мнѣнію докладчика, на процессъ сульфуризаціи. Сѣрнистаго водорода въ септикъ-тонкѣ было найдено больше, чѣмъ въ осадочномъ бассейнѣ; тамъ же было замѣчено и увеличеніе неопредѣленной сѣры, какъ и въ осадочномъ колодцѣ, что служить, какъ думаетъ докладчикъ, показателемъ, что сѣра составляетъ промежуточную ступень между сѣрнистымъ водородомъ и сѣрной кислотой. Коснувшись еще и другихъ своихъ наблюденій, докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Въ біологической системѣ очистки сточныхъ водъ сказывается явленіе какъ интенсивной десульфуризаціи, такъ и сульфуризаціи, причемъ сульфуризаціи по мѣрѣ прохожденія жидкости черезъ стадіи системы постепенно смѣняетъ десульфуризацію и получаетъ окончательное преобладаніе на вторыхъ окислителяхъ. 2) Въ септикъ-тонковой системѣ оба явленія интенсивнѣе и въ силу этого она посылаетъ въ стоки менѣе SO_2 , чѣмъ осадочная система.

Д-ръ Сахаровъ: О соотношеніи между качествомъ очищаемой сточной воды на поляхъ орошенія г. Москвы и количественнымъ учетомъ анаэробныхъ бактерій, *enteritidis sporogenes* и *bacterium coli commune*. Указавъ на то, что чистая питьевая вода не должна содержать анаэробныхъ культуръ, и что большое содержаніе анаэробныхъ бактерій даетъ представленіе о томъ, насколько вода очищена, докладчикъ коснулся методики произведенныхъ имъ опытовъ на Опытной станціи біологической очистки сточныхъ водъ на поляхъ орошенія г. Москвы и на основаніи ихъ сообщилъ секціи, что въ фильтратѣ послѣ вторыхъ фильтровъ анаэробныхъ культуръ имъ пока не найдено, хотя онъ и не отрицалъ возможности ихъ нахожденія въ незначительномъ количествѣ при дальнѣйшихъ опытахъ.

В. А. Дроздовъ: О примѣненіи окислителя Дибдина въ дѣлѣ біологической очистки сточныхъ водъ. Послѣдній способъ очистки раздѣляется на 2 части—обезвреживаніе растворенныхъ органическихъ веществъ и взвѣшенныхъ примѣсей, причемъ обезвреживаніе послѣднихъ оставляетъ желать еще многого. Въ настоящее время заграницей избѣгаютъ оставлять надолго въ септикѣ эти примѣси, въ виду скорого засоренія

коксового окислителя. При этих условиях, по мнению докладчика, весьма важна предварительная обработка сточной жидкости при помощи окислителя *Дибдина*. Последний состоит из шиферных пластин, причем канализационная жидкость наливается без отстаивания на этот окислитель. Когда он пущен в работу, происходит, как полагает докладчик, идеальное отстаивание, при этом отложенные на поверхностях окислителя взвешенные примеси подвергаются деятельности аэробных бактерий. В заключение докладчик высказал уверенность, что пластинчатый окислитель будет особенно полезен для биологических станций очистки сточных вод, сахарных заводов и вообще всяких вод, содержащих много углеводов, потому что во 1) в нем совершенно исключаются анаэробные процессы, особенно вредные для этих жидкостей; во 2) в него может поступать жидкость со всеми взвешенными веществами, следовательно устройства решеток и сит для отцеживания отпадают; в 3) взвешенные вещества в нем перерабатываются окислительным процессом без выделения зловонных газов, затруднение с удалением взвешенных веществ устраняется; в 4) заменяя собою отцеживательную камеру и первичный окислитель и обладая водоемкостью вдвое большей, чем коксовой или щебенной, пластинчатый окислитель требует в 2 раза меньший бассейн и тем удешевляет строительные работы.

Заседание 28 апреля.

Б. С. Кулеша: К вопросу об объективных признаках загниваемости. Усиленное развитие биологического способа за последнее время упорно выдвигает, по мнению докладчика, вопрос о методах определения степени очистки сточных вод. Одним из самых важных критериев для оценки качества воды, очищенной биологическим способом, является так назыв. проба на загниваемость. Эта проба, будучи методом вполне рациональным по существу, на практике оказывается настолько зависимой от мелких случайностей, что часто нельзя решить, загнила данная вода или нет. Сделав попытку ввести в этот способ более или менее определенные и научно-обоснованные объективные начала, докладчик, исходя из различного рода соображений, взял в качестве руководящих ингредиентов аммиак солевой и азотную кислоту. Из полученных им данных можно прийти к выводу, что изменение в этих ингредиентах становилось аналитически ощутимым уже через 2 суток, и докладчик приходит к тому выводу, что наступление загнивания вод, очищенных биологическим способом, может быть предсказано гораздо ранее своего появления и гораздо определеннее, чем оно определяется обычными способами, т. е. при помощи органов чувств.

А. Д. Соколов: К вопросу о методике санитарной оценки сточных вод, очищенных биологическим способом (общедоступны и лабораторные исследования). Коснувшись определения физических качеств сточных вод и пробы на загниваемость, докладчик указал,

что объективными способами могут служить кислородная проба, проба на краски, проба на мочевины и т. п., каковыя приемы находятся въ стадіи разработки въ лабораторіи при биологическихъ фильтрахъ на московскихъ поляхъ орошенія. Лабораторныя изслѣдованія, по мнѣнію докладчика, должны быть направлены прежде всего на выясненіе степени разведенія водой жидкости и общаго состава растворимыхъ и нерастворимыхъ веществъ. Сообщивъ дальнѣйшую программу подробнаго изслѣдованія, принимаемаго на станціи, докладчикъ пришелъ къ выводу о желательности объединенія методики изслѣдованія сточныхъ водъ въ томъ смыслѣ, чтобы въ лабораторіи въ Россіи пользовались одними и тѣми же приемами опредѣленія степени очистки воды.

Пренія велись совмѣстно по докладамъ, прочитаннымъ 27 и 28 апрѣля.

Розановъ, находя неудовлетворительными результаты, достигнутые дорого стоящими приспособленіями, устроенными въ Москвѣ, и ставя цѣлью такихъ приспособленій воду безупречную для спусканія въ рѣку, воду, которую можно пить, полагаетъ, что процессъ биологической очистки необходимо выяснитъ. Послѣдній основанъ на процессѣ гніенія, и, по мнѣнію оппонента, будущее принадлежитъ прибору, о которомъ сообщилъ инженеръ *Дроздовъ*, гдѣ имѣется дѣло не съ процессомъ гніенія, а съ процессомъ тлѣнія безъ всякаго развитія гнилыхъ продуктовъ. Что касается контроля, то въ этомъ отношеніи надо только то, что можетъ быть обезпечено безъ контроля.

Игумновъ указываетъ на цѣлый рядъ невыясненныхъ вопросовъ: насколько процессъ загниванія необходимъ для дальнѣйшаго окисленія, необходимо-ли удаленіе осадка изъ септика или нѣтъ, какіе септики болѣе цѣлесообразны, открытые или закрытые, наконецъ каково значеніе коры, только-ли въ защитѣ отъ свѣта и воздуха или въ данномъ случаѣ имѣется другое воздѣйствіе?

Недригайловъ призналъ большое значеніе за выслушанными докладами; лабораторныя опыты перенесены въ болѣе широкія условія. Но, по мнѣнію оппонента, количественныя и качественныя изслѣдованія бактерій были произведены недостаточно, такъ какъ весьма возможно, что выживали и выпускались въ рѣку наиболѣе вредныя патогенныя бактеріи. Кромѣ того методика, предложенная докладчикомъ *Сахаровымъ*, недостаточна.

Коцингъ полагаетъ, что въ спускной водѣ много взвѣшенныхъ веществъ, органическихъ веществъ азотной и азотистой кислотъ, много червей и много бактерій, не всегда сапрофитовъ, и, слѣдовательно, спускъ этой воды въ общественныя водоемы не можетъ быть допущенъ. Ораторъ не знаетъ такихъ водоемовъ, водою которыхъ не пользуется населеніе для питья, и стоитъ за комбинированный способъ биологическихъ фильтровъ съ полями орошенія. Ненадежность методовъ выдѣленія брюшнаго тифа, о чемъ говорилъ докладчикъ *Сахаровъ*, ораторъ называлъ ересью; эти способы надежны.

Смирновъ признаетъ большую пользу за септико-тонкомъ.

Соснинъ указалъ, что испытательная станція выступила съ докладами во время работъ, которыя еще не закончены; намъ нужны процессы тлѣнія, каковой вопросъ имѣетъ огромное значеніе; говоря о шиферныхъ пластинкахъ, ораторъ допускаетъ возможность измѣненія и приспособленія этого способа къ нашимъ условіямъ. По его мнѣнію, намъ нужно выяснитъ вопросъ относительно путей, въ какомъ направленіи продолжать опыты.

Вегеръ интересуется главнымъ образомъ вопросомъ, что представляютъ собою биологическіе фильтры и какіе результаты они даютъ?

Левицкій тоже ставитъ вопросъ практически: биологическій фильтръ, и можно ли его рекомендовать въ условіяхъ упрощенныхъ безъ спеціалистовъ и лабораторныхъ изслѣдованій? Онъ находитъ много отрицательныхъ сторонъ: сохраненіе выгребной ямы, фильтръ созрѣваетъ черезъ 2 мѣсяца, большая стоимость поста-

новки этого фильтра; вода же получается очень сомнительная. Въ вопросѣ о спускѣ этой воды въ водоемы онъ несогласенъ съ докладчикомъ.

Ферхминъ въ 1902 г. въ Германіи видѣлъ біологическіе фильтры, вода съ которыхъ стекала въ особый бассейнъ, гдѣ плавали золотыя рыбки, и употреблялась для поливки сада. Ораторъ спрашиваетъ, отчего нельзя имѣть теперь такую воду?

Грудзинскій совѣтуетъ органамъ общественнаго самоуправленія подождать проведеніемъ въ жизнь этого способа.

Дроздовъ указалъ на то, что біологическій способъ можетъ очистить сточную воду до желательной степени въ зависимости отъ числа фильтровъ. Опыты, сдѣланные въ Америкѣ, показали, что колоніи бактерій постепенно гибли, и результаты этихъ фильтровъ были признаны вполне благопріятными.

Инатъевъ, указавъ на то, что мы стоимъ передъ вопросомъ громадной социальной важности въ виду колоссальнаго роста городовъ, не можетъ согласиться съ товарищемъ, что этотъ способъ нужно вычеркнуть. Ораторъ признаетъ громадное значеніе за такими опытными станціями, на которыхъ можно научно подойти къ этому вопросу.

Меводіевъ поднимаетъ вопросъ о возможности спуска продуктовъ съ біологическихъ фильтровъ въ подпочвенную воду.

Лавровъ признаетъ имѣющимъ большое значеніе за устройствомъ біологическихъ фильтровъ въ частныхъ владѣніяхъ; контроль легко организовать, поля орошенія требуютъ тоже контроля, отстойникъ необходимъ; непрерывные фильтры работаютъ энергичнѣе, занимаютъ меньше мѣста, но вслѣдствіе морозовъ, по мнѣнію оратора, у насъ должны быть періодическіе фильтры.

Дятроптовъ, на основаніи всего сказаннаго, наилучшимъ способомъ обезвреживанія сточныхъ водъ при настоящемъ положеніи нашего знанія и опыта считаетъ попрежнему поля орошенія, среди другихъ способовъ лучше другихъ біологическіе фильтры. Мы не можемъ его абсолютно рекомендовать, но мы можемъ рекомендовать продолжать опыты въ этомъ направленіи. Что касается, — сказали ораторъ — Московской станціи, она не дала оцѣнки этого способа, но она дала рядъ указаній, имѣющихъ практическое значеніе; къ нимъ относятся 1-е положеніе *Соколова*, работы докладчика *Огородникова* и *Кулеша* и положеніе *Соколова* объ объединеніи методовъ на различныхъ опытныхъ станціяхъ. Въ заключеніе секція сдѣлала слѣдующія постановленія: «Не имѣя достаточныхъ научныхъ и практическихъ данныхъ для окончательной оцѣнки біологическаго способа очистки сточныхъ водъ, секція находитъ продолженіе опытовъ въ этомъ направленіи очень желательнымъ и ставитъ этотъ вопросъ программнымъ на слѣдующій XI съѣздъ».

И. М. Лавровъ: О сжиганіи городскихъ отбросовъ. Докладчикъ коснулся разныхъ системъ мусоросжигательныхъ печей и демонстрировалъ ихъ діапозитивами.

Въ преніяхъ по этому докладу принимали участіе: *Розановъ*, *Вегеръ*, *Дроздовъ*, *Васильевскій*, *Лавровъ* и *Дятроптовъ*. Послѣдній, резюмируя пренія, призналъ сжиганіе мусора въ настоящее время санитарной мѣрой для оздоровленія городовъ; при введеніи этой мѣры изслѣдованіе мѣстности, обследованіе мусора и соблюденіе всѣхъ указанныхъ санитарныхъ требованій являются обязательнымъ условіемъ; пора, чтобы уборка мусора была организована городскими общественными управленіями. Въ заключеніе ораторъ выразилъ пожеланіе, чтобы дѣло очистки городовъ отъ мусора было поставлено въ раціональныя условія.

В. Е. Инатъевъ, заканчивая секцію, предложилъ выразить глубокую благодарность отъ имени съезда Московскому городскому самоуправленію и Одесской городской лабораторіи.

Соединенное заѣданіе секцій: гігіены, земской и городской медицины, фабричной медицины и по вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью.

Заѣданіе 30 апрѣля.

Н. В. Зака: Роль школы въ борьбѣ съ заболеваемостью и смертностью населенія. Докладчикъ полагаетъ, что усилія правительства, общественныхъ самоуправленій и ученыхъ провести въ жизнь народа гігіеническія начала и повліять тѣмъ на уменьшеніе смертности населенія будутъ далеко недостаточными, если почва совершенно не подготовлена для воспріятія и роста этихъ сѣмянъ, если само населеніе въ лицѣ каждой особи само не будетъ убѣждено въ необходимости и цѣлесообразности тѣхъ или иныхъ мѣропріятіи. Необходимо дать народу прежде всего всеобщую грамотность, поднять насколько возможно его культурность и умственное развитіе; тогда можно разсчитывать, что разумное слово найдетъ въ его умѣ живой откликъ. Обрисовавъ блестящую постановку преподаванія соматологіи и гігіены въ школахъ цѣлаго ряда иностранныхъ государствъ и въ частности въ Японіи, докладчикъ доказываетъ, что школа, чрезъ которую проходить или по крайней мѣрѣ долженъ пройти почти весь народъ, есть единственный путь сдѣлать эти необходимѣйшія свѣдѣнія достояніемъ всѣхъ и каждого. Настоящій моментъ докладчикъ считаетъ благоприятнымъ для осуществленія этого давно желательнаго дополненія къ нашему образованію. Знаніе гігіены должно быть сообщаемо учащимся строго систематическимъ путемъ съ необходимыми демонстраціями и объясненіями, причемъ учащіеся должны въ школѣ практически наблюдать примѣненіе тѣхъ или иныхъ заботъ о сохраненіи здоровья и убѣждаться въ ихъ цѣлесообразности. Врачъ школы долженъ явиться однимъ изъ дѣятельныхъ членовъ педагогическаго персонала; положеніе врача должно быть улучшено, чтобы онъ могъ посвятить школѣ большую часть трудового дня. Подчеркнувъ далѣе, что преподаваніе основъ гігіены должно производиться не только въ высшихъ и среднихъ, но и въ низшихъ школахъ, докладчикъ считаетъ цѣлесообразнымъ сдѣлать школу мѣстомъ распространенія гігіеническихъ свѣдѣній и для взрослого населенія, особенно въ маленькихъ городахъ, мастерскихъ и деревняхъ. Желательно, чтобы Пироговскій съѣздъ вновь подтвердилъ настоятельную необходимость въ названныхъ мѣропріятіяхъ для оздоровленія народной жизни. Детальную разработку всѣхъ затронутыхъ имъ вопросовъ докладчикъ предлагаетъ поручить комиссіи при Пироговскомъ Обществѣ; послѣдняя въ дальнѣйшемъ могла бы представить мотивированный законопроектъ въ Государственную Думу.

А. Ѳ. Малининъ: Преподаваніе гиіены въ средней школѣ, какъ важный факторъ поднятія здоровья и жизненности русской интеллигенціи. Основные положенія доклада сводятся къ слѣдующему: Чрезвычайно низкій уровень жизненности нашихъ образованныхъ классовъ зависитъ не только отъ тяжелыхъ внѣшнихъ условій государственной и общественной жизни, но и отъ безсознательно-небрежна отно-

шенія къ здоровью. Первая задача преподаванія гигиѣны въ средней школѣ—содѣйствовать развитію и укрѣпленію съ юношескихъ лѣтъ въ будущихъ гражданахъ, передъ вступленіемъ ихъ въ отвѣтственную жизнь, сознанія, что забота о здоровьѣ не только дѣло личнаго интереса, но и долгъ передъ будущимъ поколѣніемъ и родиной. Привлеченіе вниманія къ предмету должно быть основано на пробужденіи интереса къ нему; поэтому преподаваніе слѣдуетъ вести для учениковъ съ подготовленнымъ развитіемъ, т. е. старшихъ классовъ, въ формѣ необязательныхъ лекцій-бесѣдъ, причемъ необходимо широкое жизненное освѣщеніе предмета подкрѣплять выводами науки и иллюстрировать чтеніе свѣтовыми картинами, различными демонстраціями, экскурсіями для обзора городскихъ санитарныхъ организацій, музеевъ и пр. Обстоятельное изложеніе гигиѣны можетъ быть проведено при одной двухчасовой лекціи въ недѣлю въ теченіе учебнаго года въ выпускномъ классѣ или же лучше раздѣлить его на 2 послѣднихъ класса при одномъ часѣ въ недѣлю, причемъ преподаванію гигиѣны должно предшествовать ознакомленіе съ анатоміей, фізіологіей, бактеріологіей, химіей—при отсутствіи самостоятельнаго преподаванія названныхъ наукъ. Часы, посвященные урокамъ гимнастики, и время перерывовъ должны представлять собою какъ-бы практическую часть преподаванія гигиѣны въ смыслѣ приданія цѣлесообразнаго характера физическимъ играмъ, упражненіямъ, труду и пр.

А. А. Цвѣтаевъ (Томскъ): Оцѣнка Нью-Йоркскихъ школъ (N. I. public schools) съ точки зрѣнія противорѣчій между требованіями школьной гигиѣны и политикой господствующаго класса. Система американскаго образованія, демонстрируемая на Нью-Йоркскихъ общественныхъ школахъ, обнаруживаетъ неизмѣримое преимущество культурныхъ запросовъ господствующаго класса Америки въ сравненіи съ Россіей. Тѣмъ не менѣе, гигиеническая оцѣнка школьнаго режима въ этихъ школахъ приводитъ къ убѣжденію, что данныя науки (гигиѣны и анат.-фізіол.) только въ томъ случаѣ проводятся здѣсь въ жизнь, если онѣ не стоятъ въ противорѣчій съ господствующимъ классомъ, и наоборотъ. Вопросъ о новой школьной системѣ народнаго образованія въ Россіи тѣсно связанъ съ вопросомъ о новомъ правительствѣ (новомъ господствующемъ политическомъ классѣ) и до тѣхъ поръ пожеланія гигиѣны и психо-фізіологіи будутъ утопичными. Только общественный строй, къ которому стремится социаль-демократическая философія, будетъ лишенъ указанныхъ выше противорѣчій.

Общая резолюція доклада *А. А. Цвѣтаева*, принятая секціей, гласитъ: «Принимая во вниманіе, 1) что путемъ школы поддерживается общественный и государственный строй и 2) что основныя задачи народной школы въ отношеніи нравственныхъ, религіозныхъ и патріотическихъ привычекъ, преслѣдуемая Министерствомъ Народнаго Просвѣщенія, совершенно не соотвѣтствуютъ современному состоянію общества, секція высказывается за необходимость, чтобы во главу угла новой школьной системы были поставлены интересы просвѣщенія населенія».

Л. С. Горохова (Москва): *Къ санитарному состоянію среднихъ учебныхъ заведеній.* Настоящій докладъ представленъ X Пироговскому съѣзду по порученію комиссіи по борьбѣ съ дѣтской смертностью, учрежденной при Обществѣ русскихъ врачей въ Москвѣ въ 1906 г. Докладъ составленъ на основаніи отвѣтовъ, полученныхъ комиссіей отъ 18 школьныхъ врачей, завѣдующихъ 45 школами разныхъ вѣдомствъ, въ томъ числѣ отъ одного врача, завѣдующаго 27 начальными городскими школами.—*Положеніе училищнаго врача* достаточно ясно опредѣляется полученными отвѣтами: въ 14 школахъ назначеніе врача зависитъ отъ директора учебнаго заведенія; въ начальныхъ городскихъ школахъ и 4-хъ средне-учебныхъ заведеніяхъ врачъ избирается Совѣтомъ. Имѣющіеся въ 8 школахъ инструкции для дѣятельности врача не даютъ ему никакихъ правъ. Участіе врачей въ педагогическомъ совѣтѣ всецѣло зависитъ отъ усмотрѣнія администраціи училища: обычно врачъ можетъ явиться лишь по приглашенію директора и пользуется совѣщательнымъ голосомъ. Въ нѣкоторыхъ училищахъ инструкція обязываетъ врача бывать въ классѣ не менѣе 1 раза въ мѣсяцъ, въ другихъ врачи въ классы не допускаются (въ 6 школахъ). Трудъ школьнаго врача очень плохо оплачивается. Число учащихся, падающее на одного врача, очень велико: въ начальныхъ городскихъ школахъ 3200—3500 (!), въ средне-учебныхъ заведеніяхъ 240—630.—Поголовный осмотръ учащихся въ большинствѣ школъ производится отъ 1—2 разъ въ годъ. Встрѣчаются школы, гдѣ результаты осмотровъ вовсе не записываются, иногда за недостаткомъ времени. Вакцинація и ревакцинація вовсе не практикуется въ 8 школахъ, производится въ случаяхъ возникновенія эпидеміи въ 4-хъ и обязательна — тоже въ 4-хъ. Участіе школьнаго врача въ профилактикѣ нервныхъ и другихъ заболѣваній (размѣщеніе учениковъ въ классѣ, распредѣленіе уроковъ, отдыха, ѣды, организація физическихъ упражненій, обсужденіе мѣръ взысканій и т. п.) зависитъ отъ администраціи средне-учебныхъ заведеній, а также отъ возможности для врача посвящать свое время школѣ, т. е. отъ размѣра жалованья. *Врачебно-санитарный надзоръ* обнаружилъ, что 8 средне-учебныхъ заведеній по отношенію къ помѣщенію (воздухъ, отопленіе, освѣщеніе, водоснабженіе и проч.) удовлетворяютъ санитарнымъ требованіямъ, 1—обставлено роскошно; въ остальныхъ же имѣются существенные недостатки. Изъ данныхъ по обстановкѣ школы отмѣчается недостаточность питанія въ училищѣ вѣдомства Имп. Маріи.—Относительно такъ назыв. «льготъ» для слабыхъ дѣтей интересно отмѣтить, что въ школѣ Мин. Фин. такой льготой считается освобожденіе дѣтей, страдающихъ сердцемъ, отъ сложныхъ физическихъ упражненій. Есть и еще «льготы»: въ средне-учебныхъ заведеніяхъ Мин. Нар. Просв. слабымъ дѣтямъ экзамены переносятся на осень. *Лѣтнія колоніи* и санаторіи при большинствѣ средне-учебныхъ заведеній отсутствуют.—Приведя въ заключеніе мнѣніе отдѣльныхъ школьныхъ врачей о *мѣрахъ* къ улучшенію гигиены учащихся, кромѣ устраненія недостатковъ училищнаго помѣщенія и санитарной его обстановки, докладчица выставляетъ слѣдующія положенія: 1. Въ большинствѣ средне-учебныхъ

заведеній наблюдается отсутствіе врачебно-санитарнаго надзора. 2. Имѣющіяся инструкціи для дѣятельности врача не даютъ ему никакихъ правъ. 3. Трудъ врача такъ плохо оплачивается въ средне-учебныхъ заведеніяхъ, что онъ не можетъ посвятить себя дѣлу школьной санитаріи и гигиены, такъ какъ вынужденъ искать заработка. 4. Свободное воспитаніе и развитіе ребенка—возможно только въ свободной странѣ. 5. Санитарно-гигиеническое дѣло въ школѣ должно быть всецѣло въ рукахъ врача—при необходимомъ условіи измѣненія его правового и матеріальнаго положенія.

А. А. Цвѣтаевъ: Томскій городской санитарно-школьный надзоръ. Докладчикъ привелъ данныя, полученные въ Томскихъ городскихъ школахъ за первый годъ существованія санитарно-школьнаго надзора съ апрѣля 1903 по февраль 1904 г.

Л. С. Горохова (Москва): Къ заболѣваемости и смертности среди учащихся. За недостаткомъ времени докладъ г-жи Гороховой не былъ полностью прочитанъ. Прочитаны были только обращеніе къ товарищамъ (въ началѣ доклада) и положенія. Положенія: 1. Отсутствіе свободнаго воспитанія и развитія на основахъ педагогики служить однимъ изъ факторовъ заболѣваемости учащихся. 2. Инертность родительскихъ организацій въ дѣлѣ защиты школы послужила причиной возникновенія союза учащихся. 3. Реформа школы несовмѣстима съ политическимъ безправіемъ, такъ какъ школа служить вѣрнымъ отраженіемъ жизни. 4. Репрессіи въ сторону учащихся растутъ въ зависимости отъ усиленія реакціи. 5. Отсутствіе правильной постановки психо-физическаго воспитанія и гигиены въ средне-учебныхъ заведеніяхъ, въ связи съ отсутствіемъ въ нихъ врачебнаго надзора — служить главнѣйшей причиной заболѣваемости и смертности среди учащихся. 6. Экзамены, ведущіе лишь къ умственному и физическому переутомленію учащихся, не могутъ служить мѣриломъ ихъ знанія и должны быть немедленно отмѣнены. 7. Распространеніе алкоголизма среди учащихся стоитъ въ зависимости отъ школьнаго воспитанія и отъ политическаго неустройства въ странѣ, гдѣ напр. $\frac{1}{3}$ двухмилліарднаго приходнаго бюджета зиждется на народномъ пьянствѣ. 8. Школа перестанетъ быть тюрьмой лишь тогда, когда станетъ общественной, и завѣдываніе ею перейдетъ въ руки опытныхъ педагоговъ, врачей, родительскихъ и общественныхъ организацій.

Цвѣтаевъ заявляетъ, что при постановкѣ преподаванія, существующей въ нашихъ школахъ, знанія по гигиенѣ будутъ отрывочными.

Ланинскій: Просвѣщеніе народа зависитъ отъ реальнаго соотношенія силъ, а не отъ формы правленія. Нью-Йоркъ тратитъ на школы 45 мил., а дѣло обстоитъ тамъ не многимъ лучше, чѣмъ у насъ. Это объясняется властью капитала. Рокфеллеръ издалъ библію и Новый Заветъ съ исключеніемъ всѣхъ тѣхъ мѣстъ, гдѣ говорится дурно о богатыхъ. Дѣло можетъ исправиться только при народо-власти. До тѣхъ же поръ личная инициатива имѣетъ громадное значеніе въ дѣлѣ привитія народу правильныхъ гигиеническихъ понятій.

Михайлова поражена той темнотой и массой предрассудковъ, которые остаются у кончающихъ женскія гимназіи. Гигиена должна быть неотъемлемою частью преподаванія, и должна изучаться не одинъ годъ, а два. Преподавать гигиену въ женскихъ средне-учебныхъ заведеніяхъ должна женщина-врачъ и къ

тому же гинекологъ, такъ какъ пребываніе въ школѣ совпадаетъ съ пластическимъ періодомъ развитія организма.

Колосовъ надѣется, что при правильной постановкѣ преподаванія гігіены, особенно гігіены половой жизни, уменьшится число самоубійствъ, доходящее въ послѣднее время до колоссальныхъ размѣровъ.

Воскресенскій настаиваетъ на необходимости отмены переходныхъ экзаменовъ, вызывающихъ высшую степень переутомленія у многихъ дѣтей. Это своего рода истязаніе.

Кисель указываетъ, что преподаваніе гігіены у насъ совершенно не стоитъ въ связи съ тѣмъ курсомъ предметовъ, который читается въ среднихъ школахъ. Необходимо, чтобы наряду съ гігіеной преподавалось естествознаніе. — Желательно, чтобы преподаваніе гігіены было поручено специалистамъ-гігіенистамъ, а не тѣмъ врачамъ, которые состоятъ при школахъ.

Вейеръ: Преподаваніе гігіены въ школѣ лишь тогда будетъ служить интересамъ народа, когда народъ будетъ самъ управлять своими судьбами.

По вышеприведеннымъ докладамъ соединенное засѣданіе сдѣлало слѣдующія постановленія: 1) Подтверждая вредное для здоровья учащихся значеніе переходныхъ экзаменовъ, ни въ какомъ случаѣ не могущихъ служить мѣриломъ знаній, вводимыхъ къ тому же въ настоящее время срочно, секція протестуетъ противъ возобновленія ихъ и заявляетъ о безусловной необходимости ихъ отмены. 2) Школа перестанетъ вредно вліять на физическое, умственное и нравственное развитіе дѣтей, когда она станетъ общественной и когда всецѣло перейдетъ въ руки общественно-демократическихъ самоуправленій.

Послѣ перерыва засѣданіе возобновляется подлѣ почетнымъ предсѣдательствомъ *П. П. Розанова* (Ялта).

Д. Е. Гороховъ (Москва): *По вопросу о регистраціи болѣзненности и смертности дѣтей.* (По порученію комиссіи, состоящей при Обществѣ русскихъ врачей въ Москвѣ, по вопросу о борьбѣ съ дѣтской смертностью). Главныя положенія доклада: 1. Въ цѣляхъ изученія дѣтской смертности и борьбѣ съ нею необходима правильная постановка регистраціи заболѣвшихъ и умершихъ, при объединеніи методовъ санитарно-статистическихъ изслѣдованій. 2. Необходима систематическая запись *каждаго повторнаго больного при новомъ его заболѣваніи* всякій разъ на новую регистраціонную карту; только при такомъ условіи каждое новое заболѣваніе попадетъ въ разработку данныхъ о болѣзненности дѣтей, а слѣдовательно и въ общую сводку о заболѣваемости дѣтскаго населенія. 3. Карта по заболѣваемости, равно какъ и карта по смертности должны быть удостовѣряемы врачомъ. 4. Для регистраціи умершихъ вполнѣ удовлетворительной представляется карта, выработанная комиссіей, состоящей при Обществѣ русскихъ врачей въ Москвѣ. 5. Всесторонняя разработка карточнаго матеріала о болѣзненности и смертности населенія должна быть въ рукахъ общественныхъ учреждений и систематически вестись, по объединеннымъ методамъ, специальными санитарно-статистическими отдѣленіями — при губернскихъ земскихъ управахъ, а въ большихъ городахъ — при городскихъ управахъ. 6. Номенклатура дѣтскихъ болѣзней, выработанная комиссіей примѣнительно къ номенклатурѣ Пироговскаго Общества, можетъ служить однообразной программой для разработки данныхъ о заболѣваемости дѣтей, пользуемыхъ какъ въ больницахъ, такъ и въ амбулаторіяхъ. 7. Въ цѣляхъ борьбы съ дѣтской смертностью въ Россіи стоитъ на очереди повсемѣстная организація

врачебныхъ консультацій для дѣтей — для подачи врачебныхъ совѣтовъ матерямъ по вскармливанию и по уходу за грудными дѣтьми (подобная карта предложена была секціи докладчикомъ).

Арцимовичъ: У земскихъ врачей существуетъ масса карточекъ (для регистраціи трахомы, сифилиса, остро-заразныхъ болѣзней и т. д.). Необходимо выработать одну общую карточку, въ которой нашли бы себѣ отвѣтъ интересы всѣхъ врачей.

Вегеръ указываетъ, что въ настоящее время регистрація находится въ вѣдѣніи губернскихъ врачебныхъ управленій при губернскихъ правленіяхъ; такимъ образомъ мы не имѣемъ возможности указывать, какъ должно быть поставлено дѣло. Когда же регистрація смертности будетъ въ рукахъ общественно-санитарныхъ организацій, то мы можемъ поставить дѣло рационально.

Послѣ продолжительныхъ преній, въ которыхъ участвовали, кромѣ названныхъ—*Розановъ, Поповъ, Гранъ* и др., предсѣдатель предлагаетъ секціи отложить рѣшеніе вопроса до тѣхъ поръ, пока коммиссія по борьбѣ съ дѣтской смертностью счумѣетъ представить докладъ объ испытаніи предложенной ею карточки. Секція соглашается съ этимъ предложеніемъ.

Н. П. Даниловъ (Москва): *Дѣтская смертность въ Москвѣ съ 1890 г. по 1902 г.* Докладъ изобилуетъ большимъ количествомъ цифръ и сопровождается демонстраціей ряда діаграммъ, рисующихъ смертность дѣтей въ различныхъ возрастахъ, въ разные годы и отъ различныхъ причинъ. Матеріалъ составленъ на основаніи карточекъ, доставленныхъ больничными учрежденіями, полицейскими управленіями и вольнопрактикующими врачами. Въ Москвѣ ежегодно умираетъ около 12.000 дѣтей, изъ нихъ 49 % умираетъ въ Московскомъ Воспитательномъ Домѣ. Наиболѣе неблагоприятнымъ годомъ для дѣтей отъ 0—1 года былъ 1903 г., въ теченіе котораго смертность равнялась 772 pro mille. Въ возрастѣ отъ 0—1 года главное мѣсто занимаютъ болѣзни пищеваренія, второе—врожденная слабость; въ возрастѣ 5—10 л. главное мѣсто занимаютъ острые инфекціонныя болѣзни (587 на 1000 умершихъ), слѣдующее мѣсто—туберкулезъ. — Интересно отмѣтить, что по даннымъ докладчика густота и скученность населенія не оказываютъ существеннаго вліянія на колебанія коэффиціента смертности, особенно въ первыхъ двухъ возрастныхъ группахъ (0—1 и 1—5 л.). Указавъ на нераціонально поставленную регистрацію заболѣваній въ Москвѣ, докладчикъ считаетъ необходимымъ, чтобы регистрація какъ заболѣваемости, такъ и смертности дѣтскаго возраста велась всюду по однообразной статистической карточкѣ и чтобы разработка получаемого такимъ образомъ статистическаго матеріала находилась въ рукахъ общественно-врачебныхъ организацій вообще и въ рукахъ санитарныхъ врачей въ частности.

Д. М. Рабиновичъ выражаетъ удивленіе тому, что по даннымъ докладчика дѣтская смертность въ участкѣ съ большей скученностью населенія (3-й Мясницкій уч.)—меньше, нежели въ участкахъ (напр. Лефортовскомъ), гдѣ густота и скученность меньше.

Вегеръ объясняетъ это обстоятельство тѣмъ, что въ 3-мъ Мясницкомъ участкѣ находятся съ одной стороны дворцы московскихъ богачей, съ другой ж стороны—Хигровъ рынокъ съ многочисленными ночлежными домами, гдѣ почти нѣтъ дѣтей.

И. Д. Астраханъ (Москва): *Борьба съ дѣтской смертностью на фабрикахъ и заводахъ.* Среди дѣтей фабричныхъ женщинъ господствуетъ

удручающая смертность. Изъ 1000 дѣтей, вскармливаемыхъ матерями, бывшими фабричными, въ деревнѣ умираетъ до года 343, а изъ 1000 дѣтей, остающихся при матеряхъ, работающихъ на фабрикѣ, умираетъ 533. Причины такой большой смертности очевидны. Для ихъ перечисленія надо было бы подробно коснуться всѣхъ недостатковъ нашего рабочаго законодательства, въ несовершенствахъ котораго главнымъ образомъ и лежить корень зла. Здѣсь и длинный рабочій день, и темнота культурная, плохая и недостаточная пища, — словомъ, почти полное игнорированіе охраны труда въ смыслѣ санитарно-врачебномъ, экономическомъ и правовомъ. Для успѣшной борьбы съ дѣтской смертностью на фабрикахъ и заводахъ докладчикъ признаетъ необходимымъ: 1) точную регистрацію смертности дѣтей на фабрикахъ и заводахъ по карточкамъ, заполняемымъ только врачами, и правильную постановку врачебной помощи дѣтямъ фабричныхъ. Въ настоящее время при нѣкоторыхъ фабрикахъ и заводахъ существуютъ врачи для рабочихъ; но дѣтямъ врачебная помощь не обеспечена и во всякомъ случаѣ дѣло идетъ не дальше поверхностнаго амбулаторнаго леченія. 2) Необходима рациональная постановка родовспоможенія, имѣющая въ виду не только періодъ родовъ, но и періодъ беременности; необходимо спеціальное страхование на случай беременности и материнства. 3) Необходима борьба съ безграмотностью; на фабрикѣ съ 4000 рабочихъ докладчикъ нашелъ 92 % безграмотныхъ женщинъ. Необходима популяризація среди фабричныхъ знаній по гигиенѣ вообще и по гигиенѣ беременности, родовъ и материнства въ частности. Общедоступно-популярныя чтенія, лекціи, бесѣды и демонстраціи должны разрѣшаться явочнымъ порядкомъ, не подвергаясь полицейской цензурѣ. 4) Необходимо уравниваніе въ правахъ дѣтей законныхъ и внѣбрачныхъ. Многіе фабриканты совершенно игнорируютъ внѣбрачныхъ дѣтей, не давая работающимъ на фабрикахъ дѣвицамъ и вдовамъ даже и тѣхъ ничтожныхъ льготъ, которыя даются законнымъ матерямъ. Дѣтская смертность внѣбрачныхъ дѣтей особенно велика. 5) Необходимо устройство при фабрикахъ и заводахъ яслей и врачебныхъ консультацій для здоровыхъ матерей-кормилицъ и дѣтей; необходима льготная и бесплатная раздача молока. 6) Необходима организація на фабрикахъ, гдѣ возможно, спеціальныхъ комитетовъ или попечительствъ по охранѣ материнства и борьбѣ съ дѣтской смертностью. Изысканіе средствъ и способовъ для охраны беременныхъ, кормящихъ и дѣтей, предоставленіе работы кормящей женщинѣ, доставка доброкачественнаго молока для нуждающихся въ немъ дѣтей, организація рациональнаго ухода за дѣтьми, устройство разумныхъ игръ, площадокъ и проч. — вотъ краткій планъ задачъ такихъ комитетовъ, которые, работая въ маломъ масштабѣ, даже на отдѣльныхъ предпріятіяхъ, должны тѣмъ не менѣе оказать большую услугу въ дѣлѣ борьбы съ дѣтской смертностью. 7) Необходима самая широкая охрана со стороны закона труда женщинъ, совершенно независимо отъ того, будетъ-ли она когда-либо матерью или нѣтъ. Главная причина дѣтской смертности кроется, конечно, въ неурядкахъ соціального строя, тяготящего надъ всѣмъ русскимъ народомъ. Можетъ быть, правы тѣ, кото-

рые утверждают, что пока этот строй не падетъ, говорить о какой-нибудь продуктивной работѣ съ однимъ изъ безчисленныхъ золъ не приходится. Но, съ другой стороны, время не ждетъ, зло прогрессируетъ и уноситъ все больше и больше жертвъ. Пока на одномъ флангѣ идетъ борьба за лучшее будущее, нельзя складывать оружія и на другомъ. Нельзя въ ожиданіи большаго пренебрегать малымъ, нельзя давать торжествовать большому злу, когда мы можемъ умалить его значеніе хоть малымъ добромъ. Подъ послѣднимъ докладчикъ разумѣетъ доступныя намъ мѣры борьбы съ колоссальною дѣтскою смертностью. Это особенно важно по отношенію къ фабричному населенію, которое, согласно многимъ весьма авторитетнымъ изслѣдованіямъ, положительно вырождается и физически, и духовно.

Засѣданіе 1 мая.

Почетнымъ предѣвателемъ избранъ Н. И. Тезяковъ.

Ф. Д. Румянцевъ: *О частотѣ рахита у дѣтей въ г. Иркутскѣ и о мѣрахъ борьбы съ нимъ, какъ факторомъ дѣтской смертности.* Всего изслѣдовано докладчикомъ въ отношеніи рахита 1318 дѣтей въ возрастѣ отъ 3 мѣс. до 3 лѣтъ. Изъ нихъ рахитиковъ 675 или 51,2 %; въ болѣе рѣзкой формѣ рахитъ отмѣченъ только у 222, или 16 %. Слѣдовательно, по частотѣ рахита, Иркутскъ ближе всего стоитъ къ Кіеву, несмотря на рѣзкую противоположность въ климатическомъ отношеніи. Въ 1-й мѣсяцъ рахитъ наблюдался крайне рѣдко; наибольшій расцвѣтъ болѣзни получаетъ отъ $\frac{1}{2}$ — 2 лѣтъ. Изъ условій, вліяющихъ на развитіе рахита, докладчикъ указываетъ на жилища и способъ вскармливанія. Разность въ возрастѣ родителей, повидимому, не имѣетъ значенія. — Обращаясь къ мѣрамъ борьбы съ рахитомъ, какъ факторомъ дѣтской смертности, докладчикъ выставляетъ слѣдующія положенія: 1) Улучшеніе соціально-экономическихъ условій крестьянства и рабочаго люда, въ связи съ чѣмъ естественно улучшатся и санитарныя условія, должно завять фундаментальное мѣсто въ этой борьбѣ. 2) Распространеніе гигиеническихъ знаній вообще и въ частности знаній относительно раціональнаго вскармливанія ребенка, въ чемъ чувствуется недостатокъ и среди обезпеченныхъ классовъ населенія; а потому желательно, чтобы знакомство съ гигиеной дѣтскаго возраста и, въ частности, съ вскармливаніемъ дѣтей сдѣлалось предметомъ преподаванія въ женскихъ гимназіяхъ, институтахъ и другихъ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ. 3) Положеніе: „каждый ребенокъ имѣетъ право на грудь своей матери“ должно сдѣлаться закономъ, и потому каждой матери-работницѣ въ области интеллектуальной или физической должна быть дана возможность кормить своего ребенка. 4) Въ случаяхъ крайней необходимости искусственнаго вскармливанія послѣднее должно быть поставлено соотвѣтственно послѣднимъ даннымъ науки, для чего необходимо позаботиться объ устройствѣ образцовыхъ фермъ, откуда можно было бы получать молоко соотвѣтственно возрасту ребенка за недорогую плату, а для бѣдныхъ и бесплатно. 5) Устройство учреждений вродѣ

„Капли молока“ или по примѣру заграничных *consultations des nourrissons* должно найти широкое распространѣніе. 6) Желательно, чтобы земскія и городскія учрежденія приглашали на службу специалистовъ-педиатровъ, какъ приглашаютъ специалистовъ-хирурговъ или окулистовъ.

Кусковъ: Необходимо создать опредѣленную симптоматику и терминологию и установить предѣлы, за которыми начинается рахитъ. Самыя минимальныя измѣненія (небольшія четочки, малыя измѣненія головы и т. п.) должны считаться рахитомъ. Что касается неправильностей кормленія, то онѣ не имѣютъ того громаднаго значенія, какое имъ приписывается. Важнѣе, быть можетъ, наслѣдственность — помимо, конечно, социально-экономическихъ условій. Вопросъ о частотѣ рахита можетъ быть рѣшенъ или массовыми наблюденіями многихъ лицъ, или же однообразными изслѣдованіями по опредѣленной системѣ.

Кисель указываетъ, что по свѣдѣніямъ московскихъ больницъ смертность отъ кори среди рахитиковъ доходить до 40% (!). Въ виду неясности общихъ точекъ зрѣнія на рахитъ, необходимо выбрать комиссію, которая должна разработать программу изслѣдованія рахита — Заграницей изслѣдованій рахита не многимъ больше, чѣмъ у насъ. Авторы-то много, но контингентъ изслѣдованныхъ очень малъ.

Федоровъ подтверждаетъ, что рахитъ въ Иркутскѣ распространенъ сравнительно мало; это относится не столько къ количественному, сколько къ качественному распространенію его: уродливыя формы не встрѣчаются. Между тѣмъ благоустройство города ниже критики, климатъ тоже убійственный. Очевидно, что кромѣ неправильностей питанія существуютъ еще какія-то причины, способствующія развитію рахита.

Левинскій обращаетъ вниманіе на странное совпаденіе, получающееся при сопоставленіи дѣтской смертности съ распространеніемъ рахита: высокая дѣтская смертность совпадаетъ съ наибольшимъ распространеніемъ рахита. Для объясненія этого оппонентъ напоминаетъ объ одномъ изъ факторовъ дѣтской смертности, а именно — объ отношеніи къ сезону зачатія. Дѣтская смертность есть сезонная смертность, ибо больше всего наблюдается лѣтомъ. Тѣ новобранцы, сезонъ рожденія которыхъ падаетъ на лѣто, оказываются развитыми хуже, чѣмъ остальные (ростъ меньше, грудь уже). Къ такимъ же выводамъ приходитъ и *Френкель* изъ Костромской губ. Сезонность рожденія является однимъ изъ факторовъ, вліяющихъ на дальнѣйшее развитіе ребенка и въ частности на развитіе рахита. Конечно, это не единственная причина.

Кисель, указавъ на болѣе легкій рахитъ, наблюдаемый въ Москвѣ по сравненію съ Петербургомъ, объясняетъ причину этой разницы характеромъ рабочаго населенія: въ Петербургѣ рабочій живетъ осѣдло, постоянно; между тѣмъ въ Москвѣ — пришлый элементъ, который зимой остается, а на лѣто отправляется съ семьей въ деревню. — Самыя важныя средства для предупрежденія развитія рахита — грудное молоко, воздухъ и свѣтъ. Въ богатыхъ семьяхъ качество рахита совсѣмъ иное, нежели въ бѣдныхъ.

Орловъ считаетъ, что нѣтъ нужды въ особой комиссіи по изученію рахита; при Пироговскомъ Обществѣ предлагается устройство комиссіи по борьбѣ съ дѣтской смертностью; при этой комиссіи можетъ быть подкомиссія для изученія способовъ борьбы съ рахитомъ.

Стрѣлوبيцкій (Тула) говоритъ, что самыя тяжелыя формы рахита ему приходилось наблюдать у деревенскихъ жителей. Это доказываетъ, какъ сложна этиология рахита.

Шижалова спрашиваетъ докладчика, нѣтъ-ли у него данныхъ о распространеніи рахита въ достаточномъ классѣ. Видѣ тутъ рахитъ наблюдается сплошь и рядомъ при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ. Необходимо для всесторонняго изученія вопроса выяснить, какія причины вызываютъ рахитъ въ достаточныхъ классахъ.

Кисель изслѣдовалъ въ этомъ направленіи 100 семействъ, живущихъ при хорошихъ матеріальныхъ условіяхъ. Рахитъ у нихъ такъ же частъ, какъ и у бѣдныхъ; но онъ гораздо легче протекаетъ. Причина рахита въ достаточныхъ классахъ—быть можетъ наслѣдственность.

Шижалова указываетъ также на возможность истощающаго вліянія на родителей разныхъ болѣзней, могущихъ способствовать развитію рахита.

Левинскій указываетъ на необходимость примѣненія широкаго статистическаго метода для изученія рахита.

По окончаніи преній по этому вопросу, въ которыхъ участвовали еще *Поповъ*, *Кусковъ*, *Даниловъ* и др., предсѣдатель предлагаетъ секціи слѣдующую резолюцію: Заслушавъ докладъ д-ра *Румянцева* о частотѣ рахита въ Иркутскѣ и признавая, что рахитъ является однимъ изъ факторовъ дѣтской смертности, секція находитъ нужнымъ къ той комиссіи, которая будетъ организована при Пироговскомъ Обществѣ по борьбѣ съ дѣтской смертностью, присоединить комиссію по изученію рахита и мѣръ борьбы съ нимъ. Секція принимаетъ эту резолюцію.

В. С. Дементьевъ (Спб.): *Отчетъ о санитарныхъ колоніяхъ С.-Петербургскихъ городскихъ начальныхъ училищъ за 10 лѣтъ*. Въ 1896 г. впервые была устроена колонія на 260 чел. въ наемныхъ крестьянскихъ избахъ и дачахъ въ Лужскомъ уѣздѣ С.-Петербургской губ. Число колоній и прирѣваемыхъ дѣтей съ каждымъ годомъ увеличивалось; въ прошломъ 1906 г. число дѣтей дошло до 1200. Средства на содержаніе колоній отпускаются городскимъ общественнымъ управленіемъ. Расходы, выразившіеся въ 1906 г. суммою въ 11 тысячъ руб., въ 1906 г. равнялись 63.420 руб. За 10 лѣтъ С.-Петербургское общественное управленіе израсходовало на содержаніе колоній болѣе 300 тысячъ рублей. Докладчикъ представилъ проекты построекъ, которыя будутъ возведены въ ближайшемъ будущемъ; черезъ нѣсколько лѣтъ Петербургъ будетъ имѣть образцовый дѣтскій городокъ, вмѣщающій 1500 дѣтей. Постройки возводятся такія, что онѣ смогутъ служить и зимнимъ помѣщеніемъ; это дастъ возможность устроить и зимнія санаторія.—Докладчикъ подробно описалъ порядокъ назначенія дѣтей въ колоніи, образъ жизни дѣтей, санитарное состояніе колоній, мѣры противъ распространенія заразныхъ болѣзней, довольствіе дѣтей и т. д. Въ среднемъ, довольствіе ребенка въ теченіе лѣта обходилось колоніи (въ 1906 г.) въ 12 руб. 40 коп., а содержаніе въ 24 руб. 07 коп.—Въ заключеніе, коснувшись занятій дѣтей въ колоніяхъ, докладчикъ указываетъ, что колоніи должны имѣть не только лечебное, но и воспитательное значеніе. Съ другой стороны, укрѣпляя здоровье слабыхъ и истощенныхъ дѣтей, школьныя колоніи являются однимъ изъ способовъ борьбы съ высокой дѣтской смертностью.—Докладчикъ предлагаетъ секціи высказаться въ томъ смыслѣ, что ни одна школа не можетъ быть открыта, не обезпечивъ лѣтняго отдыха въ колоніяхъ для своихъ неимущихъ школьниковъ.

Поповъ, отмѣтивъ несовѣстный выборъ кандидатовъ для школьныхъ колоній, практикуемый въ петербургскихъ школахъ (отъ каждого класса избирается три кандидата), интересуется этиологіей эпидеміи скарлатины, возникшей въ 1906 г. въ школьныхъ колоніяхъ.

Докладчикъ объясняетъ, что въ деревнѣ, расположенной въ 2 верстахъ отъ колоній, возникла эпидемія скарлатины. Молоко доставляется изъ разныхъ дере-

вень, смѣшивается и дается въ некипяченомъ видѣ; въ числѣ поставщиковъ молока оказался одинъ изъ той деревни, гдѣ была эпидемія скарлатины.

Городецкій: У насъ порядокъ выбора кандидатовъ для колоній иной. Школьнымъ врачамъ предлагаютъ выбрать тѣхъ, которые наиболѣе подходятъ; затѣмъ въ соединенномъ засѣданіи школьнаго комитета и всѣхъ врачей отбираются наиболѣе слабыя дѣти. Результаты въ общемъ прекрасные, несмотря на отвратительныя климатическія условія (маларія). Максимальная прибавка за 6 недѣль—13 фунтовъ. Колоніей завѣдуетъ медицинское Общество; городъ даетъ субсидію въ 500 руб. Распространеніе колоній не только желательно, но необходимо. Городскія самоуправленія должны имѣть въ виду, что всегда наряду съ школами нужно устраивать и школьныя колоніи.

Левицкій указываетъ, что данныя докладчика представляютъ особенный интересъ благодаря масштабу дѣла. Школьныя колоніи въ Петербургѣ—не случайное дѣло, не дѣло благотворительнаго кружка, а общественное учрежденіе. Городъ ассигнуетъ все то, что необходимо для колоній; это самое существенное, самое цѣнное въ докладѣ. Колонія должна быть органической составною частью школы.

Кисель: Въ Москвѣ школьныя колоніи являются дѣломъ совершенно частнаго кружка; городское же самоуправленіе изъ 25-милліоннаго бюджета даетъ только 3000 р. Между тѣмъ въ такомъ дѣлѣ благотворительность не можетъ ничего сдѣлать; школьныя колоніи, какъ необходимый элементъ постановки первоначальнаго образованія въ городахъ, могутъ быть устроены рационально только самими городскими самоуправлениями. Секція должна подчеркнуть отвратительную постановку этого дѣла въ Москвѣ, особенно по сравненію съ Петербургомъ.

Матвѣева: Въ Петербургѣ некуда посылать школьниковъ съ начальными формами туберкулеза. Въ обычныя колоніи ихъ не принимаютъ, а между тѣмъ они-то больше всего и нуждаются въ лѣтнемъ отдыхѣ и леченіи. Поэтому школьные врачи въ Петербургѣ обратились въ городскую комиссію по народному образованію съ ходатайствомъ, чтобы въ санаторію Общества русскихъ врачей (для взрослыхъ) принимались также и школьники, или же чтобы были устроены спеціальныя отдѣленія при санаторіяхъ для дѣтей съ начальными формами туберкулеза.

Левицкій считаетъ, что первыми кандидатами въ школьныя колоніи должны быть именно дѣти съ начальными формами туберкулеза.

Кисель: До тѣхъ поръ, пока школьникъ считается принадлежащимъ къ школѣ, до тѣхъ поръ дѣти съ начальными формами туберкулеза должны быть первыми кандидатами въ колоніи и должны имѣть преимущества предъ малокровными, истощенными дѣтьми. Если же школьникъ боленъ туберкулезомъ и не принадлежитъ уже къ школѣ, то остается пожелать, чтобы для подобныхъ дѣтей были устроены спеціальныя колоніи.

Румянцевъ указываетъ на малую обезпеченность Петербурга школьными колоніями. Родители мечтаютъ о колоніи, какъ о чемъ-то недосыгаемомъ.

Предсѣдатель *Н. И. Тезяковъ:* Необходимо, чтобы всѣ стороны школьной жизни были реорганизованы, чтобы города, устроить дѣтскія колоніи, не забывали, что это только одна изъ мѣръ для упорядоченія школьной жизни. Онъ предлагаетъ секціи слѣдующую резолюцію: Секція, выслушавъ докладъ д-ра *В. С. Демментьева* объ организаціи школьныхъ колоній въ С.-Петербургѣ, постановила: въ цѣляхъ борьбы со слабымъ физическимъ развитіемъ и болѣзненностью учащихся въ городскихъ первоначальныхъ школахъ, находить крайне желательнымъ въ ряду другихъ оздоравливающихъ мѣропріятій открытіе лѣтнихъ школьныхъ колоній, какъ необходимой части школьнаго санитарнаго дѣла. Устройство такихъ колоній должно быть дѣломъ общественныхъ учреждений, вѣдающихъ дѣло народнаго здоровья.

Секція принимаетъ эту резолюцію.

Затѣмъ секція, согласно предложенію д-ра *Городецкого*, постановляетъ: просить комиссію по борьбѣ съ дѣтской смертностью, которая будетъ учреждена при Пироговскомъ Обществѣ, о томъ, чтобы она собирала всѣ данныя, касающіяся школьных колоній, и опубликовывала ихъ для свѣдѣнія всѣхъ лицъ, интересующихся этимъ вопросомъ.

Даниловъ предлагаетъ секціи слѣдующія двѣ резолюціи: 1) Изъ всѣхъ заслушанныхъ на секціи борьбы съ дѣтской смертностью докладовъ рельефно выступаетъ необходимость организаціи общегосударственной борьбы съ дѣтской смертностью, какъ общественнымъ зломъ, вліяющимъ не только на физическую, но и на экономическую жизнь народа. Первымъ шагомъ такого общественнаго выступленія противъ дѣтской смертности можетъ явиться если не полное уничтоженіе кормиличнаго промысла, то значительное его ограниченіе законодательнымъ путемъ съ помощью проведенія черезъ Государственную Думу законопроекта (въ духѣ закона *Русселя*), который долженъ гласить: всякая женщина, желающая взять мѣсто кормилицы, обязана представить свидѣтельство, что ея ребенокъ умеръ, а если живъ, то уже не нуждается въ ея молокѣ. 2) Секція борьбы съ дѣтской смертностью рѣзко осуждаетъ существованіе всѣхъ пріютовъ для кормилицъ въ настоящемъ ихъ видѣ, устроенныхъ какъ акушерками, такъ и врачами.

Послѣ оживленныхъ преній, въ которыхъ принимаютъ участіе *Левицкій*, *Тезяковъ*, *Поповъ*, *Стржелобичскій*, *Гранъ*, *Салтыковъ* и *Даниловъ*, секція принимаетъ вторую изъ резолюцій, предложенныхъ д-ромъ *Даниловымъ*; первую же резолюцію секція постановляетъ передать въ комиссію по борьбѣ съ дѣтской смертностью.

Закрывая засѣданія секціи по борьбѣ съ дѣтской смертностью, завѣдующій секціей *Д. Е. Гороховъ* произнесъ слѣдующую рѣчь: «Граждане-товарищи по борьбѣ за жизнь дѣтей! Закрывая нашу молодую секцію по спеціальному вопросу о дѣтской смертности, объединенные общей идеей боремся на мѣстахъ съ бѣдствіемъ всенароднымъ, дадимъ другъ другу слово не терять связи съ Пироговскимъ Обществомъ — этимъ свѣточемъ освобожденія нашей родины. Какъ бы ни была скромна работа каждого изъ насъ — она имѣетъ въ общей сложности громадное общественное значеніе. Настанетъ время — и мы съ сознаниемъ исполненнаго долга отдадимъ отчетъ въ евоей дѣятельности... Московская организація — комиссія по борьбѣ съ дѣтской смертностью — впервые встрѣтившись съ вами, товарищи, въ секціи борьбы съ дѣтской смертностью, шлетъ привѣтъ всѣмъ оставшимся на мѣстахъ товарищамъ по работѣ и проситъ сообщать о своей дѣятельности, чтобы совмѣстными усилиями очищать путь, ведущій къ единой цѣли — освобожденію могучаго богатыря — народа, оздоровленію голодающаго, безземельнаго населенія. Да здравствуетъ борьба за жизнь будущихъ гражданъ свободной культурной страны!»

Астраханъ произнесъ привѣтственное слово секціи отъ Общества фабричныхъ врачей въ Москвѣ, причемъ отмѣнилъ, что борьба съ дѣтской смертностью на фабрикахъ находится въ особыхъ условіяхъ. — На имѣющемъ состояться черезъ годъ съѣздѣ фабричныхъ и заводскихъ врачей по вопросамъ фабричной медицины и гигіены — однимъ изъ программныхъ вопросовъ будетъ борьба съ дѣтской смертностью.

Поповъ отмѣчаетъ отсутствіе тезисовъ различныхъ докладовъ въ сборникахъ и вѣстникахъ, издаваемыхъ правленіемъ Пироговскаго Общества, и высказываетъ пожеланіе, чтобы къ XI съѣзду Правленіе подѣйствовало въ этомъ направленіи на товарищей-докладчиковъ.

Румянцевъ высказываетъ пожеланіе, чтобы на XI съѣздѣ была устроена выставка, на которой находилось бы все, что касается борьбы съ дѣтской смертностью и охраны дѣтства и материнства.

Тезяковъ выражаетъ пожеланіе, чтобы отдѣльная секція по борьбѣ съ дѣтской смертностью существовала и на будущихъ съѣздахъ.

Послѣ закрытія засѣданія д-ръ *Гранъ*, какъ представитель организаціи по борьбѣ съ голодомъ въ Самарской губерніи, обратился къ присутствующимъ и отсутствующимъ товарищамъ съ просьбой, сущность которой сводится къ слѣдующему: Такъ какъ голодъ отразится, несомнѣнно, прежде всего на смертности дѣтей, то организація намѣтила, какъ одну изъ мѣръ, устройство сѣти молочно-питательныхъ пунктовъ; въ дальнѣйшемъ предполагаются ясли, пріюты и т. д. Такихъ молочно-питательныхъ пунктовъ предполагается открыть до 1000. Дѣло это новое, организація стоитъ въ этомъ вопросѣ совершенно одиноко; въ виду этого она обращается къ товарищамъ съ просьбой помочь ей своими совѣтами. Главнымъ образомъ важно выяснитъ вопросъ о раціонахъ дѣтей отъ 0—3 лѣтъ въ условіяхъ крестьянскаго хозяйства.

Земская и городская медицина.

Засѣданіе 25 апрѣля.

Засѣданіе открыто завѣдующимъ секціей *И. В. Поповымъ*, который изложилъ въ общихъ чертахъ главнѣйшія задачи секціи въ настоящее переходное время. На послѣднихъ сѣздахъ секція земской и городской медицины работала раздѣльно; теперь, когда на очереди основные вопросы, въ равной мѣрѣ затрагивающіе и городскихъ, и земскихъ врачей работниковъ, вполнѣ естественно вести эти работы совмѣстно. Упомянувъ въ теплыхъ словахъ объ отсутствующихъ товарищахъ, изъ которыхъ нѣкоторые сошли со сцены жизни, другіе захвачены административнымъ произволомъ, разбросаны по окраинамъ или мѣстамъ заключенія, *И. В. Поповъ* заранѣе отмѣтилъ тѣ шероховатости въ работѣ секціи, которыя имѣютъ свою причину въ краткости подготовительнаго періода. Въ виду этого бюро секціи не могло озаботиться достаточнымъ количествомъ докладовъ по программнымъ вопросамъ; съ другой стороны, многіе доклады представлены прямо въ секцію, не подвергшись предварительному разсмотрѣнію бюро. Въ цѣляхъ достиженія единства въ работѣ и постановленіяхъ секціи *И. В. Поповъ* предложилъ собранію намѣтить сразу 5 почетныхъ предсѣдателей на всѣ предполагаемыя засѣданія секціи.

На это засѣданіе почетнымъ предсѣдателемъ былъ предложенъ и избранъ *Н. П. Васильевскій* (Одесса).

Н. П. Васильевскій въ своей рѣчи указалъ на коренное измѣненіе въ работахъ секціи. Прежде она разрабатывала вопросы, которые подлежали проведенію въ жизнь черезъ земскія и городскія самоуправленія. Въ настоящій моментъ объ этомъ говорить не приходится. И земскія собранія, и городскія думы представляютъ собою оплотъ реакціи, и рассчитывать на нихъ въ дѣлѣ проведенія новыхъ реформъ не приходится. Да и можно-ли вообще думать, что развитіе земской и городской медицины пойдетъ тѣмъ же путемъ. Предстоитъ коренная ломка—переустройство всѣхъ этихъ учреждений на тѣхъ же основаніяхъ, которыя указаны для всего государства. Въ настоящее время всѣ вопросы можно разсматривать только въ отношеніи къ преобразованнымъ общественнымъ учреждениямъ, въ которыхъ мы, какъ третій элементъ, будемъ продолжать работать. Поэтому задачи секціи значительно расширяются, расширяются

до задачъ общественно-государственныхъ, поскольку послѣднія получаютъ осуществленіе въ нашемъ демократическомъ народномъ представительствѣ. На программѣ засѣданія стояли пять докладовъ; къ сожалѣнію, два докладчика отсутствовали (*П. П. Викторовъ* — соціально-медицинская реформа тѣлеснаго и душевнаго оздоровленія русскаго народа и *А. В. Генке* — врачебный строй будущей Россіи).

Н. А. Кабановъ: *Мыры борьбы съ вырожденіемъ и вымираніемъ населенія въ Россіи*. Борьба съ болѣзненною наслѣдственностью и вырожденіемъ является насущнѣйшей задачей государства. Болѣзненная наслѣдственность не есть вѣчто роковое; вырождающійся организмъ при извѣстныхъ условіяхъ можетъ стать жизненнымъ и работоспособнымъ, полезнымъ членомъ общества. Поэтому подобная борьба ведетъ и къ оздоровленію общества, и къ оздоровленію послѣдующихъ поколѣній. Широкое развитіе дегенераціи стоитъ въ связи съ ненормальными внѣшними условіями. Это имѣетъ особое значеніе для Россіи, гдѣ и дегенерація достигаетъ значительнаго развитія, и внѣшнія условія крайне ненормальны. Въ Россіи особенно рѣзко дѣленіе на два класса: классъ зажиточный и классъ трудящійся, крайне необеспеченный, живущій въ очень тяжелыхъ условіяхъ. Промежуточныя ступени очень незначительны и очень неустойчивы. Ко второму классу относятся рабочіе и крестьяне, условія жизни которыхъ крайне способствуютъ развитію дегенераціи. Здѣсь этотъ процессъ нерѣдко вполне заканчивается въ 2—3 поколѣнія. И если населеніе не вымираетъ, то только въ виду высокой рождаемости. Невѣжество и нищета въ этомъ классѣ это — тотъ Гордіевъ узелъ, который нельзя распутать, а надо разрубить. Частичныя мѣропріятія въ этой области безцѣльны. Коренныя фабричныя и аграрныя реформы — единственное средство, настоятельно необходимое въ настоящее время, когда ненормальныя условія достигли апогея, а процессы дегенераціи развились до крайнихъ предѣловъ.

Не касаясь деталей фабричной реформы, докладчикъ указалъ на 8-часовой рабочей день, опредѣленный минимумъ заработной платы, устройство здоровыхъ жилищъ, государственное страхованіе. Въ области аграрной реформы — расширеніе крестьянскаго землевладѣнія безъ обремененія налогами съ основнымъ требованіемъ — право на землю для всѣхъ трудящихся, распространеніе сельско-хозяйственныхъ знаній. Въ этомъ процессѣ дегенераціи трудящагося класса особенно печально положеніе дѣтей и подростковъ, подвергающихся воздѣйствію внѣшнихъ условій въ тотъ именно моментъ, когда организмъ особенно ранимъ. Здѣсь настоятельно необходима реформа начальной школы, увеличеніе курса низшей школы (до 8-лѣтняго), введеніе преподаванія гуманитарныхъ наукъ, физическое воспитаніе и т. д., конечно, при условіи, что школа будетъ свободна. Въ условіяхъ жизни зажиточнаго класса, условіяхъ діаметрально противоположныхъ первымъ, имѣется все-таки значительное количество моментовъ для вырожденія. Къ нимъ докладчикъ относитъ прежде всего среднюю школу, затѣмъ условія городской жизни, въ измѣненіи которыхъ очень много можетъ сдѣлать реформа городского самоуправленія, муницип-

ципализация земельной ренты, далее молодѣтельный образъ жизни, стоящій въ связи съ капиталистическимъ строемъ. Въ борьбѣ съ наследственной болѣзненностью, съ вырожденіемъ населенія докладчикъ считаетъ факторомъ колоссальной важности—сотрудничество и взаимопомощь. На развитіи этой послѣдней мысли докладчикъ остановился особенно подробно.

Въ заключеніе докладчикъ считаетъ необходимымъ, чтобы съѣздъ избралъ комиссію для разработки въ общихъ чертахъ проектовъ коренныхъ реформъ: фабричной, аграрной, народнаго образованія, мѣстнаго самоуправления и городского благоустройства съ точки зрѣнія борьбы съ болѣзненной наследственностью, геср. съ точки зрѣнія охраненія общественнаго здоровья. Впослѣдствіи эти проекты должны быть своевременно переданы въ будущій русскій парламентъ, въ качествѣ матеріаловъ для будущихъ парламентскихъ законопроектовъ.

Штейнфельдъ считаетъ, что основная причина болѣзненной наследственности и дегенераціи—народное невѣжество, безправіе, бѣдность. И если можно и надо говорить о наследственности, то именно о наследственности этихъ трехъ факторовъ въ русскомъ населеніи.

Кацъ возражаетъ противъ произнесенія теоретическихъ докладовъ на секціяхъ земской медицины. Здѣсь надо отмѣчать съ цифрами въ рукахъ особенности русской дѣйствительности. Богатство и бѣдность существуютъ вездѣ. Что касается реформъ, то онѣ полно, ярко и выпукло предложены въ резолюціи противохоленнаго съѣзда, и разжижать эту резолюцію не слѣдуетъ. Образованіе комиссій, предлагаемое докладчикомъ, безцѣльно; время общихъ предложеній миновало. Секція и съѣздъ должны присоединиться къ резолюціи противохоленнаго съѣзда.

Абрамовъ указываетъ на необходимость помѣстить въ числѣ мѣръ, предупреждающихъ вырожденіе, и вопросъ о смягченіи поста. Поднятый Пироговскимъ съѣздомъ этотъ вопросъ будетъ потомъ подтвержденъ и духовными организаціями.

[Замѣчаніе со стороны собранія: «населеніе посятся цѣлый годъ!»].

Данинскій протестуетъ противъ появленія на секціи такихъ необоснованныхъ докладовъ. Въ теченіе прошлыхъ лѣтъ Пироговскіе съѣзды призывали къ борьбѣ и развивали въ сознаніи населенія необходимость этой борьбы. Теперь, когда мы пережили революціонную бурю, когда народъ выставилъ рядъ требованій, наша задача иная; мы должны оформить и подкрѣпить научно эти требованія. Восьмичасовой рабочій день—почему онъ необходимъ, что говорить по этому поводу наука?

Астраханъ замѣчаетъ, что общество должно выслушивать каждаго. Восьмичасовой рабочій день давно доказанъ научно, и это не минимумъ, а максимумъ труда, котораго можно требовать отъ рабочаго. Докладчикъ пропустилъ одну крупную мѣру—призывъ къ борьбѣ съ дѣтской смертностью.

Долгополовъ (привѣтствуется шумными аплодисментами) считаетъ, что вопросъ, поднятый докладчикомъ, очень серьезенъ. Картины, нарисованныя имъ, говорятъ объ ужасномъ состояніи, которое переживаетъ русскій народъ. Населеніе вырождается и не доживаетъ до средняго уровня. Смертность велика, число бракуемыхъ новобранцевъ все возрастаетъ. И все, что предлагается для освѣщенія ненормальнаго состоянія русскаго народа, надо привѣтствовать. Мѣры, предлагаемыя докладчикомъ, глубоки и правильны. Мѣрами легкими, палліативами уничтожить это социальное зло нельзя. Требуются широкія демократическія реформы. Всѣ вопросы, намѣченные докладчикомъ, разрабатываются въ настоящее время въ Государственной Думѣ.

Кабановъ, отвѣчая своимъ оппонентамъ, замѣтилъ, что разработка этихъ вопросовъ въ Думѣ не исключаетъ разработки ихъ здѣсь съ опредѣленной точки зрѣнія—именно врачебно-санитарной. Что касается отсутствія аргументаціи въ

обоснованіи положеній, то это объясняется желаніемъ сократить докладъ. Эта аргументація имѣется и въ большой научной литературѣ о болѣзненной наслѣдственности, и между прочимъ въ работахъ самого докладчика по этому вопросу.

Тифшицъ возстаетъ также противъ малой обоснованности доклада.

Предсѣдатель, резюмируя докладъ и пренія, предложилъ не выносить въ настоящее время опредѣленной резолюціи, оставивъ это до выслушанія остальныхъ докладовъ.

Послѣ перерыва *А. А. Суховъ* прочелъ сообщеніе: *Къ вопросамъ и нуждамъ современной медицины*. Среди тяжелыхъ сторонъ современной жизни есть одна свѣтлая, бодрящая это — растущее день ото дня стремленіе къ оздоровленію и демократизаціи. Въ цѣляхъ достиженія этихъ стремленій необходимо прежде всего единеніе всѣхъ. Къ сожалѣнію, этого единенія пока не замѣтно. Врачи тоже разбились на отдѣльные сѣзды, отдѣльныя общества, мало соприкасающіеся между собой. И получается то, что вопросы обще-врачебнаго характера поднимаются на отдѣльныхъ сѣздахъ и рѣшаются крайне односторонне. Все это должно быть объединено на Пироговскихъ сѣздахъ, причемъ самые сѣзды должны быть реформированы въ духѣ времени. Было бы желательно, чтобы всѣ доклады подвергались предварительному разсмотрѣнію въ медицинскихъ Обществахъ и мотивированными поступали на сѣздъ, печатались къ сѣзду, чтобы и отсутствующіе товарищи могли бы вносить свои мнѣнія. Публичность, коллегіальность, широкая общественность, демократичность и стремленіе къ симбіозу съ другими обществами — вотъ тѣ основныя черты, которыя желательно привить въ полной мѣрѣ врачебной организаціи. Всѣ области жизни должны быть реформированы. Докладчикъ подробно изложилъ главнѣйшія реформы, намѣчаемыя въ этомъ отношеніи. Развитие взаимопомощи въ цѣляхъ оздоровленія, страхование на случай утраты трудоспособности, популяризація знаній и особенно гигиено-профилактики; организація общественно-общедоступной медицинской помощи, подходящее участіе въ оплатѣ ея, реформа врачебнаго труда и заработка; реформа всего школьнаго строя, реформа всего строя медицинскаго преподаванія и дѣятельности.

Въ послѣдней области докладчикъ намѣтилъ такіе пункты: 1) Уничтоженіе отдѣльныхъ исключительно-спеціальныхъ школъ массажа, повивальныхъ бабокъ, дантистовъ, зубныхъ врачей, провизоровъ и т. д. 2) Организація единой средней медицинской школы и выработка въ нихъ средне-медицинскихъ тружениковъ — помощниковъ врача; повышение общеобразовательнаго ценза для поступленія въ такую школу; широкое изученіе въ нихъ естествознанія и основъ медицины и права перехода въ высшую школу. 3) Реформа высшей школы: коллегіальность всего дѣла, служеніе общепросвѣтительнымъ цѣлямъ. Реформа учебнаго строя: введеніе всего естествознанія въ среднюю школу, введеніе туда же основъ медицинской науки; преподаваніе въ высшей школѣ общественной медицины, основъ юриспруденціи, сопредѣльныхъ съ нею. 4) Организація и средней, и высшей школы на началахъ общественности и демократичности: полная гласность, коллегіальность, товарищество; участіе въ веденіи всего дѣла на этихъ началахъ учащихся и учащихъ; предметность преподаванія, боль-

шая клиничность его; популяризація знаній; уничтоженіе латинскаго языка. 5) Реформа общеобразовательныхъ школъ на этихъ же началахъ: уничтоженіе древнихъ языковъ, правъ ихъ и аттестата зрѣлости, лучшая и большая постановка изученія естествознанія и новыхъ языковъ; коллегіальность всего дѣла. Докладчику не удалось закончить свое сообщеніе вслѣдствіе истеченія 20-минутнаго срока.

Э. Шенг: Къ вопросу о кризисѣ земской медицины. О кризисѣ земской медицины за послѣднее время много говорятъ, причѣмъ пессимисты и оптимисты обычно сходятся въ томъ, что земской медицинѣ нужно только какъ-нибудь претерпѣть страдную полосу черносотенной земской реакціи, а тамъ придетъ новое демократическое земство, и тогда вмѣстѣ со всѣмъ земскимъ хозяйствомъ немедленно расцвѣтетъ и увядшая было земская медицина. Докладчикъ считаетъ, что современный кризисъ земской медицины коренится глубже и что съ возникновеніемъ демократическаго земства онъ не разрѣшится немедленно и въ полной мѣрѣ. Для выясненія своей точки зрѣнія докладчикъ даетъ бѣглый, но глубокой анализъ социальнаго генезиса земской медицины. Земская медицина въ послѣднемъ счетѣ и по преимуществу духовное дѣтище земскаго третьяго элемента, интеллигентнаго пролетарія-разночинца. Такъ какъ земская медицина при ея возникновеніи была наименѣе колючимъ изъ земскихъ начинаній, менѣе всего встрѣчала бюрократическихъ препонъ, то она скоро заняла первое мѣсто въ земскомъ бюджетѣ. Однако съ развитіемъ земско-медицинской организаціи, съ ростомъ профессиональной объединенности медицинскаго персонала для реакціоннаго большинства земскихъ собраній становилось все яснѣе, что въ лицѣ земской медицины растетъ чуждая ему по духу демократическая организація. Постепенно глухая вражда земства и его наемниковъ все разгоралась, и, наконецъ, въ «Судный День» русской жизни она стала явной, для всѣхъ очевидной. Такимъ образомъ земская медицина въ своемъ развитіи стала въ противорѣчіе съ классовыми интересами помѣстнаго дворянства и буржуазіи, не имѣя въ то же время возможности вполне слиться съ народными массами, устраненными отъ активнаго участія въ земскомъ хозяйствѣ. И есть основаніе опасаться, что кризисъ земской медицины демократизаціей земства не разрѣшится въ полной мѣрѣ, а только измѣнится. Главныя основанія для этихъ опасеній заключаются прежде всего въ ненормально высокомъ процентѣ расходовъ на земскую медицину въ бюджетѣ современнаго земства. Докладчикъ привелъ въ діаграммахъ рядъ цифровыхъ данныхъ, изъ которыхъ видно, что медицина въ земскомъ бюджетѣ вездѣ занимаетъ первое мѣсто (въ общеземскомъ бюджетѣ — 28,3 %, въ общеуѣздномъ — 29,3, въ общегубернскомъ — 27,5). Народное образованіе занимаетъ въ общеземскомъ и общеуѣздномъ земствѣ второе мѣсто, а въ общегубернскомъ — четвертое. Въ демократическомъ земствѣ, весьма вѣроятно, земская медицина будетъ оттѣснена съ перваго мѣста народнымъ образованіемъ и мѣропріятіями экономическаго характера. Тормазомъ явится и тяжелое финансовое наслѣдство, которое предстоить получить демократическому земству отъ современнаго; мало вѣроятно, что бюджетъ демократи-

ческаго земства на первых порахъ значительно превыситъ бюджетъ современнаго земства. И очень возможно, что на первых порахъ въ переходное время подъ флагомъ экономіи вновь выдвинутся многіе, казалось бы, основательно похороненные архаизмы — самостоятельный фельдшеризмъ, плата за амбулаторное и коечное леченіе и т. д. Нельзя быть увѣреннымъ въ положительной оцѣнкѣ крестьянствомъ въ будущемъ земствѣ всѣхъ деталей современной земско-медицинской организаціи. Основные принципы земской медицины, повидимому, соотвѣтствуютъ социальнымъ условіямъ русской деревни и имѣютъ историческое право на дальнѣйшее существованіе. Судьба земской медицины тѣсно связана съ успѣхомъ общеполитической и экономической реформы, и чѣмъ медленнѣе, несовершеннѣе, половинчатѣе будетъ разрѣшаться общеполитическій и экономическій кризисъ русской жизни, чѣмъ менѣе полно будетъ проведенъ демократическій принципъ въ реформированномъ земствѣ, тѣмъ тяжелѣе, опаснѣе и длителнѣе будетъ кризисъ земской медицины.

Въ виду поздняго времени желающихъ возразить не было.

Обсужденіе доклада въ связи съ другими докладами отложено до слѣдующаго засѣданія.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Почетный предсѣдатель *Н. И. Тезяковъ*.

Въ своемъ вступительномъ словѣ *Н. И. Тезяковъ* отмѣтилъ, что общеземскій кризисъ особенно вредно отражается на земской санитарной организаціи. Реакціонныя земскія силы, которыя, въ силу классовыхъ и ценовыхъ условій избранія, заняли выдающееся положеніе въ земствѣ, обрушились съ особой силой на земскую санитарію. Она разгромлена въ Курскѣ, Тулѣ, Воронежѣ и др., во многихъ она сѣужена, обезличена. Между тѣмъ эти организаціи и являются тѣмъ цементомъ, который скрѣпляетъ всѣхъ въ одну могучую семью для борьбы за народныя нужды. Можно легко уничтожить санитарно-врачебныя бюро, но нельзя уничтожить ту работу, которую они уже совершили и которая будетъ полезна будущему демократическому земству, гдѣ самъ народъ будетъ заботиться о себѣ. Въ этомъ земствѣ и санитарныя организаціи найдутъ свое мѣсто. Мы этимъ поэтому не смущаемся и твердо вѣримъ въ будущее. Да здравствуютъ демократическія земскія учрежденія и санитарная организація свободнаго народа!

Д. Н. Жбанковъ: *Борьба съ голодомъ по матеріаламъ Московскаго комитета общественной помощи голодающимъ*. Борьба съ голодомъ является лучшимъ образчикомъ того, какъ администрація удовлетворяетъ народныя нужды. Пироговское Общество приняло участіе въ борьбѣ съ голодомъ впервые во время Казанскаго съѣзда. Оно работало въ Казани, въ Одессѣ, въ Сибири, въ Бессарабіи, и... его работа была прекращена администраціей. Всѣ просьбы о разрѣшеніи работать оставались безъ отвѣта. И только когда наступило время «свободы» осенью 1905 года, явилась возможность создать что-либо явочнымъ порядкомъ

Когда разлагающееся земство въ видѣ общеземской организаціи рѣшило работать подѣ флагомъ Краснаго Креста, третьему элементу оставалось объединиться отдѣльно, что и совершилось въ Москвѣ, по инициативѣ сельско-хозяйственнаго общества и при участіи около 20 союзовъ и обществъ. Въ этотъ комитетъ общественной помощи голодающимъ вошло и Пироговское Общество. Былъ намѣченъ широкій планъ: работа на мѣстахъ, организація комитетовъ, привлеченіе мѣстныхъ людей, крестьянства, всестороннее изученіе голода, вызываемыхъ имъ заболѣзаній, вліяніе его на всѣ стороны крестьянства, способы борьбы съ нимъ и т. д., однимъ словомъ, использовать голодъ для удовлетворенія населенія не только пищей физической и духовной, преслѣдуя широкія просвѣтительныя цѣли. Однако время «свободы» миновало скоро; было разгромлено сельско-хозяйственное общество, на мѣстахъ многіе члены комитета арестованы. Все-таки за періодъ 1905 — 1906 г. комитетъ широко приходилъ на помощь, истратилъ 130 т. рублей, въ 40 уѣздахъ организовалъ 340 питательныхъ пунктовъ, послалъ 9 врачебно-продовольственныхъ отрядовъ, выдалъ 1.100.000 обѣдовъ, не считая продовольственныхъ пайковъ. Въ 1906 — 1907 г. собрано 93 т., не хватаетъ 45 т., чтобы довести дѣло до конца. Но работать было тяжело, приходилось работать въ атмосферѣ полицейскаго сыска, столовыя закрывались, часть работниковъ арестовывалась, часть высылалась. Тогда комитетъ обратился въ первую Государственную Думу съ просьбой: «образуйте губернаторовъ!» Съ тѣхъ поръ можно отмѣтить, небольшое, правда, ослабленіе административнаго преслѣдованія. Комитетъ пытался внести свою лепту и въ работу второй Думы. Онъ отправилъ туда весь матеріалъ о ходѣ продовольственной помощи, о невозможныхъ условіяхъ доставки хлѣба, о тѣхъ кругосвѣтныхъ путешествіяхъ, которыя претерпѣваетъ грузъ раньше, чѣмъ достигнетъ цѣли назначенія, о томъ, какъ раздается ссуда, о качествѣ хлѣба. Указывалось, что, несмотря на страшный голодъ, подати и недоимки все-таки строго взыскиваются. Отвѣтъ на это получился лишь частнаго характера: «ваши пожеланія такъ далеки отъ того, что мы можемъ сдѣлать». Наконецъ, деньги для помощи голодающимъ Государственная Дума отдала опять въ чиновничьи руки, другими словами—для голодающихъ Государственной Думой не сдѣлано ничего.

Д. Н. Жбанковъ предлагаетъ секціи во 1) дать разрѣшеніе Правленію вести и впредь борьбу съ голодомъ въ указанномъ направленіи и во 2) отправить отъ имени съѣзда слѣдующее заявленіе въ Государственную Думу: «Признавая, что устраненіе неурожаевъ и правильная борьба съ голодовками, ставшими постояннымъ, почти ежегоднымъ явленіемъ въ большей или меньшей части Россіи, возможны только при полномъ преобразованіи настоящаго государственнаго строя, коренномъ разрѣшеніи земельного вопроса и передачѣ всего продовольственнаго дѣла преобразованнымъ на демократическихъ началахъ органамъ мѣстнаго самоуправления, съѣздъ въ настоящее время полагаетъ наиболѣе важной обязанностью всего русскаго общества и Государственной Думы организацію помощи милліонамъ голодающихъ, такъ какъ это дѣло не терпитъ никакого отлагательства.

Въ виду того, что правительство оказалось несостоятельнымъ для выполненія продовольственнаго дѣла и въ настоящее время нѣтъ другихъ достаточно компетентныхъ и пользующихся довѣріемъ народа органовъ для веденія этого важнаго дѣла, московскій комитетъ полагаетъ, что Государственная Дума должна взять всецѣло въ свои руки продовольственное дѣло. Не только контроль и выработка законопроектовъ на будущее, но практическое осуществленіе немедленной помощи голодающимъ должно быть первой и главной задачей избранной Думой продовольственной комиссіи. Нужда не ждетъ, страданія голодающихъ требуютъ облегченія, на очереди обѣщаніе полей, и Дума должна удовлетворить эти неотложныя нужды; иначе, кромѣ страшныхъ страданій въ настоящемъ, странѣ угрожаетъ новый искусственный неурожай. Для выполненія этой важной задачи Дума можетъ и должна сдѣлать слѣдующее: 1) Путемъ командировки своихъ членовъ въ пострадавшія губерніи организовать на мѣстахъ продовольственные комитеты изъ выборщиковъ съ привлеченіемъ въ составъ этихъ комитетовъ уполномоченныхъ, представителей голодающаго населенія и членовъ отъ общественныхъ организацій, работающихъ въ настоящее время въ борьбѣ съ голодомъ и его послѣдствіями. 2) Сдѣлать новую необходимую ассигновку на борьбу съ голодомъ и отпустить потребныя суммы въ распоряженіе мѣстныхъ продовольственныхъ комитетовъ. 3) Во всѣхъ мѣстностяхъ, гдѣ нѣтъ достаточно заготовленнаго зерна для обѣщанія и куда подвозъ не можетъ быть своевременно сдѣланъ, произвести принудительное отчужденіе частныхъ хлѣбныхъ запасовъ съ уплатой за нихъ по оцѣнкѣ, опредѣленной мѣстными комитетами. 4) Немедленно прекратить взысканіе всѣхъ податей и недоимокъ съ пострадавшаго отъ неурожая населенія. 5) Предоставить полный просторъ частной и общественной дѣятельности въ дѣлѣ помощи голодающимъ и уничтожить всякія стѣсненія и запрещенія для работы интеллигентныхъ лицъ въ деревнѣ, такъ какъ отсутствіе этихъ лицъ въ голодающей деревнѣ является однимъ изъ существенныхъ препятствій для правильнаго распредѣленія помощи между голодающими».

Для редакціи этого заявленія *Д. Н. Жбанковъ* предложилъ избрать небольшую комиссію.

М. М. Гранъ: Пироговскіе сѣзды, какъ таковыя, остаются большими должниками передъ русскимъ народомъ. Вопросъ о голодѣ не разъ обсуждался на сѣздахъ, но всегда ех tempore по случаю голода. Никакихъ матеріаловъ въ обычное время не было, разработкѣ этого вопроса не было уделено вниманія, и первый долгъ возмѣстить то, что не было сдѣлано. Что такое русскій голодъ—лучше всего видно на примѣрѣ Самарской губерніи, еще недавно считавшейся житницей Россіи, а въ послѣднія 30 лѣтъ периодически голодающей съ промежутками въ 3—5 лѣтъ. Уже въ іюнѣ 1905 г. было ясно, что надвигается сильный голодъ. На 8 іюля было созвано экстренное земское собраніе, но 9-го состоялся роспускъ Думы, а такъ какъ докладъ земскаго собранія базировался на дѣятельности Государственной Думы, то при роспускѣ послѣдней—собра-

нѣю уже ничего не оставалось дѣлать. Атмосфера междумскаго періода достаточно извѣстна. Земство по вопросу о голодѣ повисло въ воздухѣ и не знало, что ему дѣлать. Между тѣмъ голодъ развивался. Если взять за мѣрило голодъ 1891 года, то въ 1906—1907 г. голодъ былъ въ $2\frac{1}{2}$ раза больше. Въ августѣ была уже такая острота голода, что у огромнаго большинства запасовъ хлѣба не было вовсе и въ хлѣбѣ появились подмѣси. Наконецъ, 31 августа въ Петербургѣ состоялось межвѣдомственное совѣщаніе изъ чиновниковъ и представителей земствъ; насколько близко принимала къ сердцу и понимала бюрократія состояніе голоднаго населенія видно изъ того, что Самарское губернское земство исчислило минимумъ въ 20 милліоновъ пудовъ хлѣба, межвѣдомственное совѣщаніе сократило на 14 милліоновъ, а когда дѣло попало въ руки Гурко, то по невѣдомымъ причинамъ эта цифра сократилась до $11\frac{1}{2}$ милліоновъ пудовъ. Въ сентябрѣ хлѣба еще не поступало. Это былъ періодъ Гурко-Лидвалеваго—закупки хлѣба черезъ крупныхъ подрядчиковъ. Нужда росла, и даже губернское присутствіе просило о разрѣшеніи купить хлѣбъ на мѣстѣ, но всегда получался отказъ на всѣ посылаемыя просьбы. Но въ концѣ стали поставлять хлѣбъ изъ Сибири—хлѣбъ съ головней, куколемъ, спорыней. Доставлено было 200 вагоновъ—и всѣ были забракованы. Потомъ дѣло нѣсколько наладилось, но все же идетъ плохо. Докладчикъ пріѣхалъ на сѣздъ прямо отъ киргизъ Бузулукскаго уѣзда, гдѣ появилась цынга. Киргизы эти живутъ въ 55 верстахъ отъ станціи желѣзной дороги, но хлѣбъ, предназначенный для нихъ, они получаютъ только черезъ мѣсяцъ. Да и то имъ приходится отправляться самимъ на станцію и везти его со станціи на нанятыхъ ими самими подводахъ. Докладчикъ самъ слышалъ отъ населенія, что киргизамъ пришлось продавать хлѣбъ на мѣстѣ полученія по 40—50 к. пудъ, такъ какъ они не въ состояніи везти его къ себѣ. Администрація сама сознается, что дѣло идетъ изъ рукъ вонъ плохо. Въ «Красномъ Крестѣ» дѣло тоже обстоитъ плохо. Вся помощь населенія передана въ руки земскихъ начальниковъ, волостныхъ старшинъ и писарей. Много кормящихъ, но мало толку. Во многихъ столовыхъ «Краснаго Креста» горячей пищи не выдаютъ, въ другихъ она очень скудна. Достаточно сказать, что на 45 человѣкъ полагается 4 фунта картофеля, 4 фунта пшена и сколько угодно воды. Въ ноябрѣ приступило къ работѣ земство и организовало 800 столовыхъ; общеземская организація кормитъ 30 т. человѣкъ, общественная—20 т. человѣкъ. Санитарныя послѣдствія голода пока выразились рѣзко проявившейся цынгой (около 2 т.), колоссальной эпидеміей брюшнаго тифа (что отчасти стояло въ связи съ засухой), болѣзненностью, вырожденіемъ дѣтей перваго возраста. Народное хозяйство идетъ ко дну, разореніе колоссальное, убыль скота небывалая. Докладчикъ рядомъ діаграммъ иллюстрируетъ чрезмѣрный голодъ 1906 г. и его вліяніе на санитарное состояніе населенія.

Присоединяясь къ предложеніямъ Д. Н. Жбанкова, докладчикъ предлагаетъ избрать комиссію для выработки прежде всего особой программы для изслѣдованія голода съ общественной, хозяйственной и поли-

тической точек зрѣнія и для разработки какъ уже накопившагося материала, такъ и имѣющаго поступить; къ участію въ комиссіи привлечь представителей другихъ организацій.

Д-ръ *Перимовъ* (Казань) нарисовалъ такую же тяжелую картину положенія вопроса въ Казанской губ. Поздняя помощь правительства, земство работаетъ черезъ волостныя попечительства, кторыя находятся въ рукахъ волостныхъ писарей, Красный Крестъ проводитъ гомеопатическій способъ кормленія, тратя 10 % всѣхъ расходовъ на управленіе комитета. А между тѣмъ пауперизація страшная, жители перешли въ землянки, группируются въ одной избѣ изъ за отсутствія топлива, злая корча и т. д.

Преслѣдованія со стороны администраціи, аресты...

Н. И. Долмоповъ говоритъ о томъ, что члены Государственной Думы въ своей работѣ связаны также, какъ и работники на мѣстахъ, и передаетъ исторію продовольственнаго вопроса въ Думѣ, когда не только не удалось послать членовъ Думы на мѣста, но даже пригласить экспертовъ. Въ фоліантахъ, предоставленныхъ въ распоряженіе комиссіи, ничего опредѣлить нельзя, такъ какъ неизвѣстно, получалось-ли на мѣстахъ назначенное, какъ и когда. Входить въ сношенія съ мѣстными органами нельзя. Получилось позорное положеніе. Остается просить направлять свѣдѣнія съ мѣстъ частнымъ образомъ. Государственная Дума взять въ свои руки продовольственное дѣло неможетъ, такъ какъ у нея нѣтъ исполнительнаго органа.

Ставится на баллотировку первое предложеніе *Д. Н. Жбанкова* — продолжить дѣятельность Правленія въ борьбѣ съ голодомъ и принимается единогласно.

Точно также единогласно принимается предложеніе *М. М. Грана* о выборѣ комиссіи для разработки вопроса о голодѣ въ Россіи.

Предложеніе *Д. Н. Жбанкова* о посылкѣ заявленія въ Думу вызываетъ пренія

Шоръ не видитъ основанія для отправки заявленія, такъ какъ Гос. Дума, по признанію ея члена, связана по рукамъ и ногамъ, находится подъ постояннымъ опасеніемъ конфликтовъ и роспуска. Можно только принять резолюцію, выражающую глубокое негодованіе дѣятельности правительства въ настоящей продовольственной кампаніи. (Аплодисменты).

Вееръ также высказывается противъ отправки заявленія.

Жбанковъ защищаетъ свое предложеніе, указывая, что Государственная Дума нуждается въ наказахъ отъ населенія.

Мицкевичъ полагаетъ, что заявленіе слѣдуетъ послать въ Думу въ измѣненной редакціи. Въ Думѣ образовалось черносотенно-кадетское большинство. На этомъ оратора прерываетъ шиканье съ одной стороны и аплодисменты съ другой.

Предсѣдатель звонитъ и съ трудомъ возстановляетъ спокойствіе.

Ораторъ продолжаетъ: «черносотенно-кадетское большинство»...

Въ залѣ подымается буря криковъ, шиканья, аплодисментовъ.

Спокойствіе не возстановляется, несмотря на непрерывные звонки предсѣдателя.

Предсѣдатель пытается произвести баллотировку по вопросу: «желаетъ-ли собраніе слушать оратора» путемъ поднятія рукъ. Не производя подсчета, а по общему впечатлѣнію предсѣдатель заявляетъ, что собраніе оратора слушать не желаетъ. Поднимаются протесты, а съ другой стороны крики «довольно». Объявляется перерывъ.

Президіумъ долго совѣщается и послѣ перерыва слово предоставляется *Мицкевичу*. Ораторъ объясняетъ, что ояъ не имѣлъ намѣренія оскорбить собраніе.

Онъ стоитъ за посылку заявленія, такъ какъ это можетъ побудить Думу заняться и пересмотрѣть продовольственный вопросъ. Въ послѣднее время, однако, явилось опасеніе, какъ бы Дума не обратилась въ орудіе реакціи: кадеты, голосуя вмѣстѣ съ правыми, составляютъ большинство и уступаютъ правительству позицію за позиціей. (Аплодисменты).

Большинствомъ голосовъ секціи высказалась за предложеніе *Д. Н. Жбанкова*, и въ редакціонную комиссію приглашены всѣ врачи, принимавшіе участіе въ борьбѣ съ голодомъ.

Засѣданіе закрыто въ 12 ч. ночи.

Соединенное засѣданіе секцій: гигиены, земской и городской медицины и по вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью.

Засѣданіе 27 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *С. С. Салазкинъ*.

И. А. Багашевъ: *О необходимости реформы преподаванія на медицинскомъ факультетѣ*. Студенты, по мнѣнію докладчика, должны получать научную подготовку для работы, какъ лечебно-медицинской, такъ и общественно-медицинской, для чего программы медицинскаго факультета должны быть пересмотрѣны и исправлены. Эта подготовка требуетъ учрежденія цѣлаго ряда новыхъ кафедръ и институтовъ и введенія соответственныхъ практическихъ занятій. Съ этою цѣлью докладчикъ предлагаетъ просить Правленіе Пироговскаго Общества совместно со студенческимъ Пироговскимъ Обществомъ разработать программы того и другого рода и уполномочить ихъ дать дальнѣйшее движеніе вопросу. Эта задача, по мнѣнію докладчика, потребуетъ продолжительной работы, а въ настоящее время было, по крайней мѣрѣ, желательнымъ введеніе предметной системы, учрежденіе параллельныхъ курсовъ при существующихъ кафедрахъ и широкая постановка практическихъ занятій — въ духѣ преподаванія общественно-медицинскаго.

Л. А. Тарасевичъ: *«О желательныхъ перемѣнахъ въ постановкѣ преподаванія медицины, экзаменовъ врачебныхъ и на доктора медицины»*. Докладчикъ полагаетъ, что программы и планы преподаванія на медицинскихъ факультетахъ не стоятъ въ соответствіи съ современнымъ состояніемъ науки и съ требованіями жизни, а вся постановка преподаванія страдаетъ цѣлымъ рядомъ существенныхъ недостатковъ. Въ частности докладчикъ указалъ наслѣдующія отрицательныя стороны: 1) отсутствіе нѣкоторыхъ чрезвычайно важныхъ кафедръ; 2) существованіе ряда кафедръ относительно излишнихъ; 3) распределеніе времени и средствъ между отдѣльными кафедрами, несоответствующее ихъ относительному значенію въ общей системѣ медицинскаго образованія; малочисленность учащаго персонала; 4) отсутствіе свободнаго преподаванія и 5) курсовая система въ циклѣ предметовъ и совершенно не рациональная постановка экзаменовъ. Помимо этого докладчикъ считаетъ необходимымъ въ интересахъ дѣла: 1) организацию младшихъ преподавателей съ обезпеченіемъ ихъ вліянія на ходъ преподаванія, ихъ правъ и интересовъ, 2) урегулированіе отношеній между студентами и профессо-

рами; 3) устройство курсовъ для усовершенствованія врачей, причемъ университетъ долженъ давать лишь научный цензъ, а право практики приобрѣтается государственными экзаменами, носящими практическо-клинический характеръ. Въ заключеніе докладчикъ сообщилъ о конфликтѣ между профессорами и студентами медицинскаго факультета Новороссійскаго университета. Принимая во вниманіе, что задержки въ ходѣ занятій и производствѣ экзаменовъ вредны и нежелательны, особенно при существующемъ у насъ недостаткѣ врачей и считая совершенно недопустимымъ, чтобы профессорскій персоналъ нарушалъ и разстраивалъ правильный ходъ занятій и доводилъ дѣло до потери 900 студентовъ результатовъ труда цѣлаго года, докладчикъ находитъ, что студентамъ мед. факультета Новороссійскаго университета должна быть предоставлена возможность получить зачетъ полугодія и подвергнуться экзаменамъ.

А. А. Цѣновскій: О высшей ученой степени врача. Полученіе врачами высшей ученой степени (доктора медицины) въ своемъ настоящемъ видѣ является пережиткомъ и требуетъ самыхъ коренныхъ измѣненій. Докладчикъ въ рядѣ живыхъ картинъ изобразилъ отдѣльные моменты полученія этой степени лекаремъ. Постановка дѣла глубоко не правильна въ самомъ корнѣ, не достигаетъ никакой цѣли по существу и очень оскорбительна по своей обстановкѣ и для экзаменующихся, и для профессорской коллегіи. Требованіе этой степени отъ лицъ, ищущихъ служебной или административной карьеры, не имѣетъ никакого смысла и должно быть совершенно отмѣнено. За степенью доктора медицины нужно признать значеніе степени только ученой, академической. Наконецъ степень доктора медицины вообще должна быть раздроблена на нѣсколько отдѣловъ, соотвѣтственно той или другой группѣ спеціальныхъ наукъ; а параллельно этому естественно долженъ измѣниться и характеръ академическихъ требованій отъ лицъ, ищущихъ этой степени.

К. Ф. Мацневскій: О современномъ высшемъ медицинскомъ образованіи. Докладчикъ перечислилъ недостатки преподаванія и подготовки врача къ ученой степени. За истеченіемъ 20 мин. докладчикъ не сообщилъ выводовъ изъ своего доклада.

Л. С. Миноръ: Объ учрежденіи кафедры общественной медицины на медицинскомъ факультетѣ высшихъ женскихъ курсовъ въ Москвѣ. Докладчикъ сообщилъ, что имъ было внесено предложеніе въ медицинскій факультетъ объ учрежденіи новой кафедры общественной медицины, и онъ имѣетъ основаніе думать, что это предложеніе осуществится.

А. А. Суховъ, за недостаткомъ времени, прочелъ выставленныя имъ положенія: Къ вопросу о реформѣ всего строя медицинскаго преподаванія и дѣятельности, а именно: 1) Уничтоженіе отдѣльныхъ исключительно спеціальныхъ школъ массажа, повивальныхъ бабокъ, дантистовъ, зубныхъ врачей и т. д. 2) Организациа единой средней медицинской школы, повышеніе обще-образовательнаго ценза для поступленія въ такую школу, широкое изученіе въ нихъ естествознанія и основъ медицины и право перехода въ высшую школу. 3) Реформа высшей школы: коллегіальность всего дѣла, служеніе общепросвѣтительнымъ цѣлямъ. Ре-

форма учебнаго строя: введеніе всего естествознанія въ среднюю школу, введеніе туда же основъ медицинской науки; преподаваніе въ высшей школѣ общественной медицины, основъ юриспруденціи, сопредѣльных съ нею. 4) Организациа и средней, и высшей школы на началахъ обществённости и демократичности. 5) Реформа общеобразовательныхъ школъ на этихъ же началахъ.

П. П. Розиновъ, по порученію врачей-слушателей Еленинскаго Института въ Петербургѣ семестра 1907 г., прочелъ докладъ: *О повторительныхъ курсахъ для врачей при клиникахъ и больничныхъ учрежденіяхъ*. Указывая на существующую настоятельную потребность у практическихъ врачей, работающихъ въ земствахъ и городахъ, въ томъ, чтобы время отъ времени повторно возобновлять научныя занятія при клиническихъ больничныхъ учрежденіяхъ и въ лабораторіяхъ, докладчикъ находить неудовлетворительными занятія слушателей въ имѣющемся въ Петербургѣ для удовлетворенія этой потребности Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны. Врачи-слушатели сдѣлали попытку оказать воздѣйствіе на установившуюся практику въ Институтѣ и внесли предложеніе, чтобы въ автономный уставъ Института, проектъ котораго въ настоящее время разрабатывается особой комиссіей, были включены слѣдующія статьи: а) приглашеніе въ Институтъ профессоровъ и лекторовъ только по публичному конкурсу, б) степень доктора медицины должна быть исключена, какъ критерій достоинства кандидатовъ; къ конкурсу должны быть допускаемы всѣ врачи, и основаніемъ для оцѣнки должны служить научныя и практическія работы, работоспособность кандидата и его преподавательскія способности, в) врачи-слушатели должны имѣть своихъ представителей въ Совѣтѣ Института и г) состязанія Совѣта должны быть публичными для врачей-слушателей. Кромѣ того врачи-слушатели сдѣлали нѣкоторыя практическія указанія о желательныхъ измѣненіяхъ въ постановкѣ преподаванія и занятія. Въ виду огромнаго спроса на повторительные курсы, докладчикъ находить, что слишкомъ мало для этой цѣли двухъ существующихъ учреждений (Еленинскій Институтъ и Гинекологическій Институтъ проф. *Ситнирева* въ Москвѣ). Докладчикъ находить, что при нѣкоторой организациі для данной цѣли могли бы служить университетскія клиники, клиническіе институты и лабораторіи въ теченіе лѣтнихъ каникулъ, а также больницы въ университетскихъ городахъ. Въ виду важности и общественнаго характера врачи-слушатели Еленинскаго Института постановили внести его на обсужденіе Пироговскаго сѣзда и просить его сдѣлать постановленіе о томъ, чтобы было поручено Правленію Пироговскаго Общества врачей разработать и проектировать организацию повторительныхъ курсовъ для врачей при клиническихъ и больничныхъ учрежденіяхъ въ университетскихъ городахъ.

По выслушаніи докладовъ проф. *Салазкинъ* предложилъ, за недостаткомъ времени, обсудить сначала, какое направленіе дать поднятымъ вопросамъ, причемъ секціей было постановлено: передать этотъ вопросъ въ Правленіе Пироговскаго Общества съ тѣмъ, чтобы оно составило комиссію для его работы и пригласило туда лицъ изъ высшихъ учебныхъ заведеній и ученыхъ обществъ.

Пренія по заслушаннымъ докладамъ были перенесены на 30 апрѣля.

Засѣданіе 30 апрѣля.

Салазкинъ замѣтилъ, что медицинское образованіе должно быть поставлено на широкомъ основаніи, т. е. на основахъ естествознанія. Право практики не долженъ давать университетъ, а послѣдній долженъ дать только общій методъ мышленія.

Коганъ указалъ, что такъ какъ теперь наука стремится возможно раньше распознавать болѣзни—для этого необходимо широкое научное образованіе для врача и знаніе законовъ біологіи, а не морфологіи, какъ теперь. Клиническій курсъ долженъ быть продленъ.

Цвѣтаевъ считаетъ, что система медицинскаго образованія неразрывно связана съ системой общаго образованія. Университетъ долженъ дать, какъ въ Америкѣ, знанія для практической дѣятельности.

Астраханъ замѣтилъ, что практическія знанія для врача пріобрѣтаются во 2-й школѣ—въ больницѣ.

Безпаловъ внесъ вопросъ о реформѣ самого строя высшей школы. Совѣты въ нашихъ университетахъ автономны, но не демократичны: нѣтъ права голоса у младшихъ преподавателей и у представителей отъ студенчества.

Вееръ указалъ на тотъ фактъ, что Московскій университетъ закрытъ, какъ на признакъ бюрократически-полицейскаго характера автономныхъ совѣтовъ.

Рахмановъ рекомендовалъ уничтожить дипломы и экзамены.

Тарасевичъ и *Виндорчикъ* предложили выбрать комиссію для разработки новыхъ направленій по этому вопросу.

Студ. Скачковъ сказалъ, что нужно ввести студентовъ въ совѣтъ.

Противъ этого предложенія высказался *Завьяловъ*, а за это предложеніе—*Астраханъ*.

Швейцеръ вноситъ предложеніе относительно вольнослушательницъ университетовъ. Онѣ слушаютъ то же самое, но не имѣютъ права на государственнѣй экзаменъ.

Принята резолюція относительно конфликта въ Одесскомъ университетѣ слѣдующаго содержанія: «Секція, освѣдомленная о томъ, что конфликтъ въ Новороссійскомъ университетѣ между профессорами и студентами грозитъ послѣднимъ, въ числѣ до 900 чел., потерю цѣлаго академическаго года, а для нѣкоторыхъ и двухъ лѣтъ, постановила: признать, что данный конфликтъ относится видимо къ разряду тѣхъ, которые за послѣдніе годы столь часты въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ. Эти конфликты являются выраженіемъ ненормальности политическихъ условій страны въ данное время, а также выраженіемъ аномаліи въ строѣ высшей школы и неурегулированности правовыхъ и моральныхъ взаимоотношеній между профессорами и студентами. Къ реорганизации высшей школы и къ урегулированію указанныхъ отношеній должны быть направлены усилія тѣхъ и другихъ. Но какъ бы и когда бы ни выяснилось общее положеніе высшей школы и взаимоотношенія между профессорами и студентами, секція, не входя въ обсужденіе инцидентовъ въ Новороссійскомъ университетѣ, полагаетъ, что нельзя допустить возможности потери 900 студентовъ цѣлаго учебнаго года, какъ въ интересахъ студентовъ, такъ и въ интересахъ общественныхъ, помня, что задержка выпускъ врачей должна крайне неблагоприятно отражаться на интересахъ населенія».

Принята вторая резолюція *Тарасевича* съ поправками *Багашева*: «Программы и планы преподаванія медицинскихъ факультетовъ не стоятъ въ соотвѣтствіи съ современнымъ состояніемъ науки и съ требованіями жизни. Неудовлетворительны во многихъ отношеніяхъ постановка преподаванія и организція факультетовъ и совѣтовъ. Въ частности слѣдуетъ указать съ одной стороны на многопредметность, курсовую систему, существованіе какъ ряда обязательныхъ предметовъ, не имѣющихъ существеннаго значенія для врача, отсутствіе другихъ, чрезвычайно важныхъ, не соотвѣтствующее значенію и трудности отдѣльныхъ дисциплинъ, распредѣленіе средствъ и времени между различными

каедами, безусловно нецѣлесообразную постановку экзаменовъ, какъ врачебныхъ, такъ и на доктора медицины; отсутствіе свободы преподаванія, отсутствіе повторительныхъ курсовъ для врачей; съ другой—на недостаточность учебнаго персонала, отъ чего особенно страдаетъ наиболѣе существенная сторона дѣла — веденіе лабораторныхъ и клиническихъ занятій; полную неурегулированность положенія такъ назыв. младшихъ преподавателей, лишенныхъ всякаго опредѣленнаго участія въ веденіи университетскаго дѣла; на неурегулированность правовыхъ отношеній между студенчествомъ и профессурой. Сознывая, что исполнѣ правильная постановка дѣла будетъ возможна только при коренной реформѣ общихъ условій нашей жизни, съ которой школа находится въ ближайшей и неразрывной связи, при соотвѣтственной реорганизациіи средней школы и при полной автономіи университетовъ, секція находитъ, что частичныя мѣры для устраненія перечисленныхъ выше недостатковъ могутъ и должны быть принимаемы уже и теперь, въ особенности когда на очередь будетъ поставленъ вопросъ о новомъ университетскомъ уставѣ, при выработкѣ котораго должны быть обязательно приняты во вниманіе мнѣнія врачей-практиковъ и запросы студенчества, преподаваніе на медицинскихъ факультетахъ должно носить университетскій, а не узко-профессіональный характеръ и университетъ долженъ давать только научныя права; право практики пріобрѣтается особымъ клиническимъ экзаменомъ. Для детальной разработки вопросовъ секція находитъ нужнымъ, чтобы Правленіе Пироговскаго Общества образовало совѣщаніе съ участіемъ свѣдущихъ и заинтересованныхъ лицъ. Этому совѣщанію должны быть переданы работы и рѣшеніе съѣзда по данному вопросу».

Соединенное засѣданіе секцій: гігіены, земской и городской медицины и фабричной медицины.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ А. И. Шингаревъ.

Н. А. Вигдорчикъ: *Соціальное страхованіе съ врачебной точки зрѣнія.* (Ауторефератъ). Соціальное страхованіе не можетъ быть разработано и введено въ жизнь безъ участія врачей. Цѣлый рядъ вопросовъ соціальнаго страхованія соприкасается съ медициной и потому не можетъ быть рѣшенъ безъ компетентнаго мнѣнія врачей. Съ другой стороны, соціальное страхованіе играетъ громадную роль въ жизни врачебнаго сословія и въ этомъ отношеніи можетъ быть смѣло поставлено наряду съ земской медициной. Вліяніе его касается какъ матеріальныхъ условій врачебной дѣятельности, такъ и условій моральныхъ. Это доказывается опытомъ Германіи. Въ виду всего этого и необходимо ввести вопросы страхованія въ кругъ вѣдѣнія Пироговскихъ съѣздовъ и Пироговскаго Общества. IX Пироговскій съѣздъ уже вынесъ резолюцію по этому вопросу, теперь недостаточно однѣхъ резолюцій, необходимы практическіе шаги. Для этого необходимо образовать при Пироговскомъ Обществѣ особую комиссію по соціальному страхованію, въ задачи которой входило бы: 1) всестороннее изученіе соціальнаго страхованія съ медицинской точки зрѣнія, въ особенности же разработка условій его примѣненія въ Россіи; 2) ознакомленіе широкихъ врачебныхъ круговъ съ значеніемъ соціальнаго страхованія для народнаго здоровья и для интересовъ врачебнаго сословія; 3) распространеніе въ массахъ населенія

интереса къ институту соціального страхованія путемъ лекцій, брошюръ, бесѣдъ и проч.

В. Я. Канель: Страхование рабочихъ. Страхование рабочихъ въ настоящее время всеми рекомендуется, рекомендуется предпринимателями, требуется рабочими, признано учеными обществами. Очевидно, различные слои влагаютъ различное содержаніе въ этотъ терминъ. И вотъ мы знаемъ на основаніи записокъ фабрикантовъ, о какомъ страхованіи они ведутъ рѣчь. Они хотѣли бы создать больничныя кассы и перенести на нихъ все расходи по леченію рабочихъ. Въ этихъ кассахъ главными участниками должны быть рабочіе. Фабриканты уже теперь говорятъ о томъ, что по закону 1866 года они вовсе не обязаны лечить рабочихъ, они обязаны лишь *устраивать* больничныя помѣщенія. Правительство всецѣло идетъ въ этомъ дѣлѣ навстрѣчу желаніямъ предпринимателей. Въ своемъ законопроектѣ правительство намѣтило типъ фабричныхъ кассъ, давно осужденныхъ въ Германіи, какъ орудіе кабалы надъ рабочими. Руководство фабричными кассами сосредоточится въ рукахъ предпринимателей, денежные суммы будутъ находиться опять-таки въ рукахъ предпринимателей. Предприниматели надѣются создать свои больницы, своихъ „довѣренныхъ“ врачей, которые продавали бы фабрикантамъ не только свои силы, но и свою душу, какъ это дѣлается въ Германіи. Врачи обязаны самымъ рѣшительнымъ образомъ протестовать противъ такой системы страхованія, попирающей основныя права рабочихъ. Врачи не должны допустить, чтобы правительство въ союзѣ съ буржуазіей, внося только для вида проектъ такъ называемаго государственнаго страхованія, на самомъ дѣлѣ дало только лишнее орудіе капиталу въ его борьбѣ съ трудомъ. Страхование рабочихъ должно быть построено на совершенно иныхъ принципахъ. Оно должно прежде всего осуществляться исключительно на счетъ промышленности, которая и является виновницей несчастій и болѣзней, которыя сыплются на рабочихъ, ихъ преждевременной старости и инвалидности. Пособія, которыя получаетъ рабочій, должны исчисляться на основаніи фактическаго заработка, причемъ сумма, получаемая увѣчнымъ или больнымъ, должна по возможности равняться той, которую онъ получилъ бы, если бы онъ оставался здоровымъ. Завѣдываніе кассами должно сосредоточиться въ рукахъ профессиональных рабочихъ организацій. Врачи должны заранѣе поднять свой голосъ въ пользу того, чтобы они были совершенно освобождены отъ какой бы то ни было зависимости по отношенію къ предпринимателямъ. Институтъ „довѣренныхъ врачей“ въ Германіи, призванный къ жизни промышленными товариществами, далъ основаніе для справедливыхъ нареканій противъ врачей, отстаивающихъ интересъ капитала. Русскіе врачи не должны мириться съ такимъ положеніемъ вещей и обязаны поставить себя съ самаго начала такъ, чтобы они могли дѣйствовать вполне самостоятельно, служа лишь интересамъ борющагося пролетаріата.

Н. Г. Котикъ: Новое теченіе въ развитіи общественной медицины. Докладчикъ пытается очертить современную постановку медицинскаго дѣла въ городахъ, земствахъ, на фабрикахъ и приходитъ къ

очень печальнымъ выводомъ. Городская медицина рабочими не признается и называется маргаритовой медициной. Земская медицина, признавъ важность профилактическихъ мѣропріятій, тратитъ большія средства на леченіе нерациональное. Бесплатность земской помощи только по названію, косвенно она прикрыта налогами. Земская медицина переживаетъ кризисъ. Врачебное сословіе разбито на рядъ группъ, не имѣющихъ связи съ населеніемъ; часть врачей тоже принадлежитъ въ сущности къ эксплуататорамъ. Основывать рациональную медицинскую помощь надо на сознательныхъ пролетарскихъ медицинскихъ силахъ. Докладчикъ формулировалъ свои выводы въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1) Рациональная организація медицинской помощи широкимъ слоямъ населенія возможна лишь при государственномъ страхованіи рабочихъ и при полной демократизаціи всего общественнаго строя. 2) Существующая въ Россіи организація земской, городской и фабрично-заводской медицины плохо удовлетворяетъ своему назначенію. 3) Въ настоящее переходное время рабочія массы должны, опираясь на свои профессиональныя организаціи, создавать собственными силами свои санитарно-медицинскія организаціи, которыя послужатъ исходнымъ пунктомъ новаго направленія въ развитіи общественной медицины въ Россіи. 4) Эти санитарно-медицинскія организаціи должны состояться изъ сознательныхъ пролетарскихъ элементовъ всѣхъ медицинскихъ силъ страны и покоиться на двухъ основныхъ принципахъ: а) врачи и другія лица медицинскаго персонала должны быть избираемы самими рабочими на опредѣленный срокъ и б) они должны быть на жалованьи. 5) При настоящихъ общественно-политическихъ условіяхъ въ Россіи возможно лишь весьма несовершенно рѣшеніе поставленной задачи. 6) Починъ въ этомъ дѣлѣ должны брать на себя въ каждомъ городѣ или округѣ центральныя бюро профессиональныхъ союзовъ, какъ уже готовыя пролетарскія организаціи. Какъ на примѣръ, достойный подражанія, докладчикъ указалъ на Москву, гдѣ при мѣстномъ центральномъ бюро профессиональныхъ союзовъ, по инициативѣ бюро, создалась уже организація врачей, которая за скромную плату подаетъ медицинскую помощь членамъ союза.

Пренія по поводу докладовъ *Видорчика* и *Канеля* носили довольно единодушный характеръ и только дополнили ту картину фабричной обстановки, которую нарисовалъ докладчикъ. Споръ былъ только о роли больничныхъ кассъ, къ чему нѣкоторые относились отрицательно, на основаніи того, что кассы на первое время будутъ слишкомъ слабы и обойдутся рабочимъ очень дорого. Правительственный проектъ всѣмъ осуждался какъ фальсификація страхованія. Поднимался вопросъ и о всеобщемъ страхованіи.

Шингаревъ, резюмируя пренія, сообщилъ, что этотъ вопросъ на очереди въ Гос. Думѣ и высказался въ томъ смыслѣ, что въ странѣ съ неразвившейся промышленностью неправильно возлагать все бремя на капиталистовъ; всѣ должны участвовать въ страхованіи.

Секція приняла положеніе *Н. А. Видорчика* объ организаціи комиссій при Пироговскомъ Обществѣ по специальному страхованію, и въ эту комиссію передается докладъ *В. Я. Канеля*, съ основными положеніями котораго секція согласилась. Докладъ *Н. Г. Котика* подвергся критикѣ, особенно по пункту второму.

Штейнфельдъ заявилъ, что пунктъ второй совершенно не пріемлемъ, пунктъ третій можно принять только съ поправками.

Игумновъ напомнилъ, что за 40 лѣтъ земская медицина выработала известныя идеалы, жила дѣйствительно жизнью народа и кой-что все-таки дала, въ то время какъ другія организаціи ничего не дали. Идеаль земской медицины очень широкъ, она строилась на идеяхъ взаимопомощи и нуждахъ всей массы. Пользу переоцѣнки отрицать нельзя, нельзя и огульно осуждать.

Канель находить, что докладчикъ неправильно освѣтилъ задачи профессиональныхъ союзовъ. Профессиональные союзы не могутъ сейчасъ и брать на себя организацію медицинской помощи рабочимъ. Ихъ задача—борьба за лучшія условія жизни и труда, и отвлекать ихъ отъ этой задачи никоимъ образомъ не слѣдуетъ.

Мунблитъ и др. возражали, что союзы и не должны брать на себя задачи организаціи врачебной помощи. Рабочіе имѣютъ право требовать медицинской помощи и отъ фабрикантовъ. Предложеніе докладчика снимаетъ бремя съ плечъ фабрикантовъ, съ чѣмъ согласиться никоимъ образомъ нельзя.

Жбанковъ указалъ, что предложеніе докладчика неисполнимо на практикѣ, такъ какъ у профессиональныхъ союзовъ нѣтъ средствъ. Принципіально же медицинская помощь и образованіе должны быть основаны на взаимномъ страхованіи. Что касается земской медицины, то класть на нее хулу не приходится. Земскіе врачи стоятъ выше западно-европейскихъ, и съ земской медицины Западъ долженъ брать примѣръ.

Предсѣдатель указываетъ, что докладъ поддержки у собранія не встрѣчаетъ, и въ этомъ вина докладчика, онъ не доказалъ и не можетъ доказать своего второго положенія. По вопросу о профессиональныхъ союзахъ положенія докладчика также оказываются не пріемлемы.

В. Ф. Ставровскій: *Восьмичасовой рабочий день съ социальнo-гигіенической точки зрѣнія*. Наша жизнь поставила на первую очередь восьмичасовой рабочий день. И дѣйствительно, вопросъ этотъ вполне назрѣлъ, вполне выясненъ и обоснованъ и съ экономической, и съ физиологической стороны. Восьмичасовой рабочий день существуетъ уже во многихъ мѣстахъ. У насъ по закону рабочий день $11\frac{1}{2}$ ч., а передъ праздниками 10 час. Въ вѣкоторыхъ мѣстахъ, правда, стали вводить его и въ Россіи. Вездѣ оказалось, что производительность работы повысилась, увеличилась заработная плата, что является способомъ улучшенія труда. Англійскій рабочий дѣлаетъ въ 10 часовъ то, что русскій рабочий въ 16 ч. Кузнецы при ассеназаціонномъ обозѣ въ Москвѣ дѣлаютъ теперь въ 9 часовъ то же, что раньше въ $11\frac{1}{2}$ —12 ч. Переходя къ научному обоснованію восьмичасового рабочаго дня, докладчикъ подробно остановился на работѣ по этому вопросу *Спченова*, *Эрисмана*, *Гюппе* и др., доказывающихъ научно, что работа свыше восьми часовъ въ день производитъ разрушеніе въ организмѣ.

Дементьевъ обратилъ вниманіе на ужасныя условія дѣтскаго труда.

Геллеръ отмѣтилъ, что восьмичасовой рабочий день возможенъ при образцовой организаціи дѣла; въ отсталыхъ въ техническомъ отношеніи странахъ восьмичасовой день ввести нельзя. Поэтому и необходимо поддержать пролетаріатъ въ борьбѣ.

Коваленко указалъ на необходимость опредѣленной резолюціи по этому вопросу.

Ариимовичъ сообщилъ, что въ Костромской губ. на многихъ фабрикахъ введенъ девятичасовой рабочий день, но заработокъ рабочихъ при этомъ настолько ничтоженъ, что рабочіе принуждены брать на себя двойную смѣну. Только при измѣненіи существующихъ условій можно добиться введенія восьмичасового дня.

Цеттаевъ считаетъ, что восьмичасовой рабочий день, какъ minimum, не будетъ до тѣхъ поръ, пока мы не создадимъ царство пролетаріата.

Поповъ напоминаетъ, что на кievскомъ VI съѣздѣ уже была вынесена резолюція о восьмичасовомъ рабочемъ днѣ; теперь надо подтвердить необходимость его введенія.

Предложеніе *Попова* секціей принято.

Соединенное засѣданіе секцій: гигиены, бактеріологіи, земской и городской медицины и по вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью.

Засѣданіе 29 апрѣля.

Почетный предсѣдатель *Д. К. Заболотный*.

С. И. Златогоровъ: *Предохранительная прививка при скарлатинѣ*. Всякая попытка помочь въ борьбѣ со скарлатиной, болѣзью, уносящей массу жертвъ, конечно, заслуживаетъ вниманія. И несмотря на то, что до сихъ поръ мы не знаемъ истиннаго возбудителя скарлатины, предохранительная вакцина *Габричевскаго* сразу обратила на себя вниманіе, такъ какъ она приготовлена изъ стрептококка, роль котораго при скарлатинѣ чрезвычайно велика. Автору приходилось много разъ изслѣдовать бактеріологически и больныхъ скарлатиной, и трупы погибшихъ отъ скарлатины, и онъ можетъ подтвердить, что стрептококкъ при скарлатинѣ—находка весьма частая. Предохранительная вакцина авторомъ примѣнялась только приготовленная бактеріологическимъ Институтомъ Московскаго университета, и впрыскивалась подъ кожу въ количествѣ отъ 0,2 до 0,8 сообразно возрасту; гдѣ возможно было, впрыскиваніе дѣлалось второй разъ черезъ недѣлю въ количествѣ полуторномъ. До сихъ поръ опубликованы наблюденія надъ вакциной *Златогорова*, *Ланговаго*, *Дрейлина*, *Никитина*, *Добровольской*, *Абанолова*, *Маркузона*, — всего около 3000 наблюденій. Наблюденій еще недостаточно, чтобы дѣлать широкіе выводы, но они заслуживаютъ вниманія и съ практической, и теоретической стороны и поощряютъ къ дальнѣйшимъ наблюденіямъ. Эти наблюденія отвѣчаютъ на вопросы: 1) приносятъ ли прививки вредъ вообще, 2) приносятъ-ли онѣ вредъ больнымъ съ другими болѣзнями, 3) даютъ-ли онѣ хоть нѣкоторую невосприимчивость и 4) приблизительный срокъ продолжительности иммунитета. Наблюденія автора отчасти были опубликованы въ 1906 г. въ М. 12 «Врач. Газеты» и дополненія къ нимъ доложены на съѣздѣ. Наблюденія начались въ ноябрѣ 1905 г. и были произведены: 1) въ Петербургской гор. дѣтск. больницѣ (въ различныхъ отдѣленіяхъ), 2) въ отдѣльных семьяхъ и 3) въ частной школѣ. Всего наблюденій 610, изъ нихъ повторно привиты 234, всего прививокъ сдѣлано 844. Впрыскиваніе даетъ мѣстную реакцію въ 12 %, общую въ 10,4 %. Вторая прививка даетъ реакцію менѣе сильную. Въ больницѣ прививки дѣлались: 1) въ дифтеритномъ баракѣ, чтобы предохранить отъ скарлатины, всѣмъ больнымъ, кромѣ очень тяжелыхъ, 2) въ терапевтическомъ и хирургическомъ отдѣленіи при появленіи скарлатины, больной переводился въ заразное, всѣмъ остальнымъ дѣлалась вакцинація и 3) въ помѣщеніи служителей

при появлении скарлатины. Кроме того, в 9 семьях делались прививки по случаю появления скарлатины, и в школь. Наблюдения в инфекционном отделении больницы говорят, что для больных вакцинация не вредна и что прививка вызывала более частое появление скарлатинных сыпей, но более легких, чем у непривитых. Многие сыпи, которые приходится приписать вакцинации, суть токсического характера и не заразительны. Наблюдения в терапевтическом, хирургическом отделении, в казармах служителей, в семьях и школь, показали, что вакцинация *прекращала заболѣванія*. В школь появилась вторично скарлатина через 12 месяцев, а в казармах служителей через 16 месяцев и никто из привитых не заболѣлъ. Таким образом в вакцинѣ *Габричевскаго* мы имѣем в настоящее время чрезвычайно крупное приобретение, которое, может быть, обогатит наш скудный запас предохранительных средств при инфекционных болѣзнях.

Докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Прививка скарлатинной вакцины, вызывая в большинствѣ случаевъ незначительную реакцію, не можетъ считаться средствомъ, приносящимъ вредъ привитымъ. 2) В известномъ числѣ случаевъ (по *Ланговому* в 13,3 %) черезъ 24—48 часовъ послѣ прививки получается скарлатинообразная сыпь, часто эфемерная, при небольшомъ повышеніи температуры и ангины. 3) Скарлатинныя сыпи, наблюдаемыя послѣ вакцинации, должны быть разсматриваемы различно: одни должны быть признаны проявленіемъ настоящей скарлатины, т. е. вакцинация была произведена в инкубационномъ періодѣ скарлатины; другія же — эфемерныя — зависятъ исключительно отъ вакцинации и являются реакціей организма на токсины стрептококка. Последнія сыпи не заразительны. 4) Скарлатинная вакцинация, сдѣланная в инкубационномъ періодѣ скарлатины или у дифтеритныхъ больныхъ, повидимому, не ухудшаетъ теченія болѣзни. 5) Однократная вакцинация даетъ, повидимому, относительный иммунитетъ (иногда абсолютный) къ скарлатинѣ в теченіе ближайшихъ недѣль. 6) Для полученія прочнаго иммунитета необходимо прививать вакцину 2 или 3 раза. 7) Начало иммунитета наступаетъ черезъ 5 дней послѣ вакцинации и, повидимому, длится не меньше 12—16 месяцевъ. 8) Сдѣланныя до сихъ поръ наблюденія не могутъ окончательно рѣшить вопроса о дѣйствительности предохранительныхъ прививокъ при скарлатинѣ, но поощряютъ къ дальнѣйшимъ наблюденіямъ.

Ф. Н. Шмелевъ: О противоскарлатинныхъ прививкахъ въ сельской практикѣ. Изложивъ свои в общемъ благопріятные результаты примѣненія противоскарлатинныхъ прививокъ в сельской практикѣ, докладчикъ останавливается на дозировкѣ впрыскиванія и указываетъ, что в цѣляхъ популяризаціи прививокъ среди сельскаго населенія и возможности провести всѣ три прививки, слѣдуетъ избѣгать сильной общей реакціи и потому нѣсколько уменьшить дозу. Сильная реакція, пугая и дѣтей, и родителей, влечетъ за собою обыкновенно категорическій отказъ отъ дальнѣйшихъ прививокъ и можетъ только дискредитировать все дѣло прививокъ. Докладчикъ остановился на слѣдующей дозировкѣ:

дѣтямъ отъ 1 года до 2—0,1—0,15 вакцины, отъ 2 до 3—0,2, отъ 4 до 7—0,3, отъ 8—10—0,4, отъ 11—15—0,5. Вторая прививка дѣлается вдвое больше; третья въ $1\frac{1}{2}$ раза больше второй. Дѣтямъ слабымъ или плохого питанія уменьшаютъ дозу на 0,1. Промежутки между прививками 7—10 дней. При такой дозировкѣ получается небольшая и непродолжительная реакція, на другой день дѣти обыкновенно уже здоровы, только вечеромъ въ день прививки и ночью бываетъ обыкновенно небольшой жаръ и головная боль. Мѣстная реакція одинакова какъ при той, такъ и при другой дозировкѣ, переходя въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ общую scarlatinovidную сыпь по всему тѣлу. Населеніе въ общемъ очень охотно идетъ на прививки, но почти исключительно только при появленіи эпидеміи. Вакцинація, по мнѣнію докладчика, и въ научномъ, и въ практическомъ отношеніи представляетъ наиболѣе правильный и дѣйствительный способъ борьбы.

Д. В. Никитинъ: *Стрептококковая вакцина, какъ предохранительное средство при scarlatina.* Докладчикъ съ января прошлаго года примѣняетъ вакцину въ Звенигородскомъ земскомъ участкѣ, гдѣ съ лѣта 1905 года шелъ непрерывный рядъ заболѣваній scarlatina. Описавъ технику и клиническую картину заболѣванія послѣ прививки, докладчикъ высказывается за то, что прививку позволительно считать безопасной для вакцинируемыхъ; она даетъ легкое заболѣваніе, въ болѣе рѣзкихъ случаяхъ чрезвычайно похожее на легкую scarlatinu. Однократная вакцинація во многихъ случаяхъ вызываетъ усиленіе невосприимчивости къ scarlatina, хотя не даетъ полного иммунитета; въ цѣляхъ достиженія полной невосприимчивости необходимо производить повторныя, до трехъ разъ, вакцинаціи, такъ какъ, по наблюденіямъ докладчика, послѣ двухъ и трехкратныхъ вакцинацій дѣти не заболѣвали.

Тезяковъ считаетъ, что пока ко всѣмъ даннымъ надо относиться очень осторожно, въ особенности гдѣ дѣло идетъ объ эпидеміяхъ въ деревнѣ; возможно, что въ этихъ случаяхъ были уже угасающія эпидеміи.

Шмелевъ возразилъ, что эпидеміи были въ разгарѣ, и на это онъ именно обращаетъ вниманіе.

Недрийайловъ указалъ, что вопросъ теоретически мало разработанъ и требуетъ дальнѣйшихъ наблюденій.

Бронштейнъ указалъ на желательность однообразія въ приготовленіи scarlatinной вакцины.

Председатель предложилъ передать въ комиссію при Правленіи Пироговскаго Общества всѣ свѣдѣнія, касающіяся вакцинаціи.

Земская и городская медицина.

Засѣданіе 30 апрѣля.

Почетный предсѣдатель *С. Н. Игумновъ.*

Л. Б. Грановскій: *Общественное здравоохраненіе и капиталистическій строй.* Докладчикъ отмѣтилъ большую заболѣваемость трудящагося класса, особенно туберкулезомъ, доказавъ при этомъ, что такое печальное явленіе служить неизбежнымъ послѣдствіемъ существующаго соціально-экономическаго строя, всѣ стремленія котораго направлены только

къ огражденію интересовъ имущихъ, причемъ насущныя потребности огромной массы населенія совершенно игнорируются и даже приносятся въ жертву ограниченной кучкѣ людей. При существующемъ режимѣ огромная часть населенія дѣлается жертвой самой ужасной эксплуатаціи. Искусственно вздуваемые цѣны на земли неизбѣжно влекутъ за собой страшную дороговизну квартиръ. Трудящійся людъ вынужденъ удѣлять весьма значительную часть своего скромнаго заработка на приобрѣтеніе себѣ жилья, которое при такихъ условіяхъ отнюдь не можетъ удовлетворять требованіямъ гигиены и санитаріи. Жилищная нужда обостряется еще вслѣдствіе существующаго квартирнаго налога. Опытъ западной Европы, напр. Англіи, доказываетъ, что обычными полумѣрами нельзя бороться противъ существующаго зла. Единственнымъ раціональнымъ средствомъ противъ этого бѣдствія является уничтоженія эксплуатаціи народныхъ массъ небольшой кучкой привилегированныхъ лицъ. Но это возможно будетъ только при условіи паденія капиталистическаго строя.

Н. П. Васильевскій: Основныя начала въ борьбѣ съ заразными болѣзнями въ городѣ. Заразныя заболѣванія свили себѣ прочныя гнѣзда въ городахъ, постоянно культивируясь въ нихъ и распространяясь на окружающіе районы. Причиной постоянного развитія заразныхъ заболѣваній въ городахъ являются крайне ненормальныя условія жизни въ нихъ для неимущаго населенія, вынужденнаго подвергаться неблагоприятнымъ для здоровья вліяніямъ работъ, жилищъ и способовъ продовольствія, при угнетенномъ положеніи въ правовомъ и соціально-экономическомъ положеніи вообще. И только свободная самостоятельность всего населенія при установленіи городского самоуправленія на самыхъ широкихъ демократическихъ началахъ (при равномъ участіи въ выборахъ гласныхъ всего совершеннолѣтняго населенія обоого пола, проживающаго въ городѣ не менѣе полугода) можетъ обезпечить успѣхъ въ проведеніи дѣйствительныхъ мѣръ борьбы съ заразными болѣзнями. Мѣропріятія по борьбѣ съ заразными заболѣваніями, равно какъ и все врачебно-санитарное и больничное дѣло въ городахъ, должно подлежать исключительному вѣдѣнію общественныхъ самоуправленій. Должности городскихъ и полицейскихъ врачей, независимыхъ отъ самоуправленій, должны подлежать совершенному упраздненію. Въ цѣляхъ планомѣрнаго и повсемѣстнаго проведенія мѣръ борьбы съ заразными болѣзнями въ городахъ необходимо, чтобы въ государственномъ законодательствѣ о городскомъ самоуправленіи осуществленіе такихъ мѣръ было установлено не только какъ его право, но какъ и необходимая, отвѣчающая интересамъ населенія, обязанность. Цѣлесообразность мѣръ борьбы съ заразными заболѣваніями можетъ быть обезпечена лишь обязательнымъ соотвѣтствіемъ ихъ съ требованіями специальныхъ медико-гигиеническихъ знаній, вслѣдствіе чего для организаціи этихъ мѣръ и ихъ практическаго проведенія должны быть установлены законодательнымъ порядкомъ особыя исполнительныя органы общественныхъ самоуправленій—врачебно-санитарныя совѣты при думахъ съ участіемъ въ нихъ общественныхъ врачей и проч. свѣдущихъ лицъ. Полная освѣдомленность населенія о характерѣ и условіяхъ проявленія заразныхъ забо-

дѣланий и совершенно сознательное отношеніе его къ выполненію установленныхъ требованій должны быть поставлены въ основу организаціи мѣропріятій. Для того просвѣщеніе народное, всеобщее, обязательное, бесплатное обученіе, народные университеты, общедоступныя публичныя лекціи, спеціальныя брошюры и плакаты, гигиеническіе музеи и выставки должны получить неотложное осуществленіе и самое широкое примѣненіе. Мѣропріятія по улучшенію экономическаго положенія населенія должны быть систематически и кореннымъ образомъ проводимы въ первой очереди. Общественная регламентація труда рабочихъ въ фабричныхъ и ремесленныхъ заведеніяхъ и промышленныхъ предпріятіяхъ, организованная помощь безработнымъ, общественныя столовыя, чайныя, городскія хлѣбопекарни, мясныя лавки и проч. должны быть поставлены въ число необходимыхъ предупредительныхъ мѣръ противъ заболѣваемости и развитія эпидемій. Забота объ улучшеніи жилищъ бѣднаго люда, являющихся однимъ изъ основныхъ условий для распространенія эпидемій, должна принять общественный характеръ въ смыслъ муниципализаціи дѣла устройства гигиеническихъ квартиръ въ городахъ въ связи съ устройствомъ трамваевъ для быстрого и дешеваго сообщенія окраинъ съ центральными частями города. Постройка частныхъ домовъ должна подлежать санитарно-техническому контролю общественныхъ управленій съ установленіемъ обязательныхъ гигиеническихъ нормъ. Мѣры общаго оздоровленія города въ отношеніи правильнаго водоснабженія, ассенизаціи, очистки дворовъ и улицъ отъ сора, и пыли и проч. должны получить осуществленіе въ соотвѣтствіи съ требованіями не только благоустройства, но, главнымъ образомъ, санитарныхъ интересовъ наиболѣе неблагополучныхъ районовъ города (окраины и предместья). Организація городской общественно-врачебной помощи амбулаторной, квартирной и больничной должна имѣть своей основной задачей обнаруженіе заразныхъ заболѣваній, принятіе мѣръ къ ихъ изолированію, наблюденіе за больными, остающимися на квартирахъ, съ систематическимъ обезвреживаніемъ очаговъ заразы. Для изоляціи, кромѣ спеціально устроенныхъ больничныхъ отдѣленій или инфекціонныхъ больницъ въ большихъ городахъ, должны быть приспособляемы особые, такъ называемыя изоляціонныя квартиры (г. Одесса) для осуществленія семейнаго типа изоляціи (дѣтей съ матерями или родственниками), изоляціонные дома (г. Петербургъ) для изолированія здоровыхъ, приходившихъ въ соприкосновеніе съ больными, и отдѣленія при инфекціонныхъ больницахъ для выдерживанія выздоравливающихъ до полнаго окончанія заразительнаго періода. Транспортировка заразныхъ больныхъ изъ квартиръ въ изоляціонные пункты должна производиться только въ спеціально устроенныхъ, подвергаемыхъ дезинфекціи, общественныхъ экипажахъ. Для обеззараживанія очаговъ заразы необходимо имѣть постоянно дѣйствующіе дезинфекціонныя отряды со всѣми необходимыми принадлежностями для производства дезинфекціи на мѣстахъ и дезинфекціонныя станціи съ стаціонарными камерами для паровой, формалиновой и проч. дезинфекціи. Въ случаяхъ пребыванія заразныхъ больныхъ въ своихъ квартирахъ необходимо обезпечивать производство дезинфекціи (выдѣленій, бѣлья и др. предметовъ) во все время теченія болѣзни.

Дезинфекціонное учрежденіе должно имѣть помѣщеніе для эвакуаціи жильцовъ квартиръ, подлежащихъ дезинфекціи (эвакуаціонное отдѣленіе при дезинфекціонной камерѣ въ г. Одессѣ, изоляціонные дома въ Спб.). При камерахъ большихъ городовъ необходимы прачечныя и приспособленія для возстановленія внѣшняго вида вещей (мастерскія для глаженія, выводки пятенъ и т. п.). Наряду съ осуществленіемъ практическихъ мѣръ борьбы съ заразными болѣзнями необходимо систематическое изученіе причинъ и мѣстныхъ условій ихъ проявленія, развитія и распространенія. Вся врачебная корпорація каждаго города должна быть привлечена къ точной и подробной регистраціи обнаруживаемыхъ заразныхъ заболѣваній. Сомнительные случаи заболѣваній должны быть подвергаемы спеціальнымъ діагностическимъ изслѣдованіямъ, которыя слѣдуетъ сосредоточить въ спеціальныхъ общественныхъ учрежденіяхъ—санитарныхъ лабораторіяхъ или бактериологическихъ станціяхъ; въ небольшихъ городахъ изслѣдованія должны производить городскіе санитарные врачи. Зарегистрированные очаги должны быть обследованы на мѣстахъ санитарными врачами, которые озабочиваются и проведеніемъ всѣхъ необходимыхъ мѣропріятій по изоляціи и дезинфекціи. Сроки послѣднихъ должны устанавливаться въ соотвѣтствующихъ случаяхъ бактериологическими изслѣдованіями (дифтеритъ). При выясненіи условій передачи и распространенія заразы, кромѣ мѣстныхъ санитарныхъ обследованій, необходимы также и бактериологическія и др. гигиеническія изслѣдованія при помощи спеціальныхъ лабораторій и станцій. Предохранительныя прививки тѣхъ заразныхъ заболѣваній, для которыхъ бактериологически онѣ установлены, должны получить широкое примѣненіе. Ослопрививаніе съ ревакцинаціей въ пятилѣтніе сроки должно стать для населенія городовъ обязательной мѣрой съ соотвѣтствующей организаціей выполненія его со стороны санитарныхъ органовъ городскихъ самоуправленій. Всѣ санитарныя мѣропріятія противъ заразныхъ заболѣваній ни въ какомъ случаѣ не должны быть связываемы съ какимъ-либо матеріальнымъ ущербомъ для пострадавшей отъ болѣзни семьи. Врачебная помощь и квартирная, и больничная, и дезинфекція должны быть безплатны. Всякая порча или необходимое уничтоженіе какихъ-либо вещей ради обеззараживанія ихъ должны быть возмѣщены пострадавшему за счетъ общественнаго самоуправления. Дѣйствія санитарнаго надзора не должны носить медико-полицейскаго характера, а должны сводиться къ пропагандѣ санитарно-гигиеническихъ требованій, къ убѣжденію ихъ выполненія въ общественныхъ интересахъ, причемъ санитарный надзоръ долженъ опираться въ своихъ требованіяхъ на рѣшенія въ этомъ смыслѣ представителей населенія даннаго района, организованнаго въ видѣ-ли санитарныхъ попечительствъ (въ Одессѣ), или въ видѣ районныхъ самоуправленій большихъ городовъ (по типу мелкихъ земскихъ единиц).

Б. Л. Богопольскій: Къ вопросу о раціональныхъ мѣрахъ борьбы съ инфекціонными болѣзнями. Докладчикъ отказался, за недостаткомъ времени, отъ чтенія своего доклада и, сославшись на предыдущее сообщеніе *Васильевского*, ограничился указаніемъ на необходимость осуществленія слѣдующихъ мѣръ: своевременная и правильная регистрація слу-

чаевъ заболѣванія инфекціонными болѣзнями; бесплатное леченіе; эвакуація квартиръ, въ которыхъ обнаружилось заразное заболѣваніе; такъ какъ при несоблюденіи этого обязательнаго условія вся наша дезинфекція теряетъ всякій смыслъ; обеззараживаніе старыхъ вещей, продающихся на рынкахъ; распространеніе въ народѣ необходимыхъ свѣдѣній по гигиенѣ, санитаріи и пр., отнюдь только не путемъ чтеній, а исключительно посредствомъ бесѣдъ; введеніе соответствующихъ собесѣдованій въ низшихъ школахъ; преподаваніе гигиены въ среднихъ школахъ.

В. Ф. Ставровскій: Жилищныя условія городского населенія и мѣры ихъ улучшенія. На первомъ планѣ въ дѣлѣ оздоровленія страны долженъ быть поставленъ жилищный вопросъ, какъ одинъ изъ наиболѣе острыхъ. Этотъ вопросъ долженъ быть разрѣшенъ возможно скорѣе, въ виду тѣхъ ужасныхъ условий (скученность), въ какихъ живетъ огромная часть населенія. Доказательствомъ того, что можно сдѣлать въ этомъ направленіи, можетъ служить Англія, гдѣ смертность дошла до 17,4⁰/оо. То же наблюдается хотя и въ меньшей степени, въ другихъ благоустроенныхъ городахъ западной Европы. Не то мы видимъ у себя. Все наше горе въ томъ, что у насъ пользуются выборнымъ правомъ только привилегированныя лица, которымъ чужды интересы массъ. Наши городскія думы, избранныя на основаніи уродливаго избирательнаго закона, безсильны, такъ какъ ихъ постановленія не обязательны для управы, нуждаясь еще въ утвержденіи со стороны администраціи. Наше городское самоуправленіе не можетъ быть истиннымъ выразителемъ нуждъ населенія, неся часто классовый характеръ. Наши отцы города берутся за дѣло только тогда, когда они замѣчаютъ, что ихъ собственной жизни и здоровью начинаетъ угрожать серьезная опасность. Цѣны на землю страшно растутъ: за кв. саж. земли платятъ до 1000 руб. Отсюда неизбежно вытекаетъ страшная дороговизна квартиръ. Послѣднія поглощаютъ нерѣдко цѣлую половину всего заработка трудящагося населенія, которое вынуждено бываетъ поэтому ютиться въ подвалахъ или на чердакахъ. А между тѣмъ народу необходимы хорошія квартиры, между прочимъ еще и потому, что хорошая квартира отучаетъ людей отъ трактировъ, пьянства и т. п. Единственнымъ средствомъ для устраненія указаннаго народнаго бѣдствія являются широкія соціальныя реформы на демократическихъ началахъ. А для этого населенію должно быть предоставлено выборное начало по 4-хвостной формулѣ.

Коланъ подчеркнул огромное значеніе туберкулеза въ экономіи страны.

Астраханъ отмѣтилъ, что безъ одновременной изоляціи жильцовъ дезинфекція квартиры, въ которой имѣло мѣсто заболѣваніе инфекціонной болѣзней, ничего не стоитъ и служить только для отвода глазъ (*ut aliquid fieri videatur*). Далѣе *Астраханъ* напомнилъ, что не слѣдуетъ торопиться съ выпиской выздоровѣвшихъ изъ больницъ, пока они могутъ служить источникомъ заразы для другихъ.

Розановъ призываетъ населеніе къ самостоятельности: народныя массы должны уметь отстаивать свои интересы. Въ противномъ случаѣ законы останутся безсильными, такъ какъ ихъ можно всегда обходить. Можно рекомендовать дезинфекцію, но отнюдь не слѣдуетъ производить насиліе надъ личностью.

Канель: Въ Москвѣ наблюдается такая же картина, какую нарисовалъ *Василь-*

евскій для Одессы. Больницы переполнены. Городское самоуправленіе не может не сознать необходимости въ реформахъ, но ничего не предпринимаетъ, ссылаясь на недостатокъ матеріальныхъ средствъ. Съ другой стороны, городъ находитъ возможнымъ дѣлать совершенно непроизводительныя траты на вещи, завѣдомо бесполезныя для населенія. Наше доморощенное городское самоуправленіе оказалось явно несостоятельнымъ. Ремесленное производство даетъ наибольшее число заболѣваній; объясняется это отсутствіемъ здѣсь того контроля, который имѣется въ крупныхъ промышленныхъ заведеніяхъ. Слѣдуетъ обратить самое серьезное вниманіе на развитіе профессиональнаго движенія; профессиональные союзы являются авангардомъ арміи труда. Крупный капитализмъ можетъ считаться прогрессомъ сравнительно съ мелкимъ, но онъ все-же зло, такъ какъ онъ неизбѣжно подрываетъ здоровье населенія. Обращаться съ заявленіями о нуждахъ населенія къ городскому самоуправленію—напрасный трудъ. Необходимо во что бы то ни стало уничтожить безработицу—самое крупное и вопіющее общественное бѣдствіе. Но даже отъ самаго демократическаго правительства нельзя ожидать многого въ этомъ направленіи; самое большое, что можетъ быть имъ здѣсь сдѣлано, будетъ все же не болѣе какъ палліативъ. Безработица—неизбѣжный спутникъ капитализма, и потому всякій, кто противъ безработицы, долженъ быть и противъ капитализма. Сказавшій «А», долженъ сказать и «Б». Слѣдовательно, долой капиталистическій строй!

Спасскій указаль на необходимость бороться за врачебно-санитарныя организаціи.

Фишъ: Земство переживаетъ кризисъ финансовыхъ основъ, положеній, принциповъ. Одновременно испытываетъ кризисъ и земская медицина. Отчаиваться, конечно, не слѣдуетъ, хотя *saveant consules ne quid* земская *respublica detrimenti capiat*. Не уподобляясь извѣстной птицѣ, которая при видѣ опасности прячетъ голову подъ крыло, необходимо взглянуть истинѣ прямо въ глаза и сознаться, что земской медицинѣ угрожаетъ опасность и принять надлежащія мѣры, чтобы не дать погибнуть результатамъ 20-лѣтнихъ совмѣстныхъ трудовъ. Пироговское Общество должно сдѣлать соотвѣтствующее компетентное постановленіе.

Ланнеръ: Опасенія, высказанныя *Шеномъ*, вполне основательны. *Desiderata* врачей относительно жилищъ и пр. не могутъ скоро осуществиться. Западная Европа усиленно ищетъ рынковъ, чтобы имѣть возможность извлечь побольше прибыли изъ своихъ предпріятій, въ виду возрастающихъ требованій, предъявляемымъ капиталу рабочими. А мы ежедневно уплачиваемъ 1 миллионъ руб. однихъ процентовъ за долги. Да кромѣ того тратили въ годъ до 500 миллионъ на милитаризмъ. Необходимо сдѣлать нашего рабочаго болѣе культурнымъ. Бюджетъ страны не можетъ быстро повыситься. Необходимо зорко слѣдить за государственными расходами, чтобы ни одна копѣчка даромъ не пропадала.

Ставровскій напоминаетъ, что въ своемъ докладѣ онъ разсматриваль жилищный вопросъ съ соціальной точки зрѣнія, и для разрѣшенія этого вопроса предлагаль пока только временныя мѣры (палліативы), а для окончательнаго рѣшенія необходимы широкія соціальныя реформы.

Шенъ заявилъ, что въ своемъ докладѣ онъ умышленно уклонился отъ практическихъ предложеній, съ цѣлью выслушать мнѣніе другихъ врачей. Самъ онъ считаетъ лучшимъ средствомъ организацію врачей и потому предлагаетъ слѣдующую резолюцію: призвать врачей къ сплоченію въ одну организацію подъ знаменемъ Пироговскаго Общества.

Богупольскій возстаеъ противъ всякаго рода насилія, требуетъ дезинфекція бесплатной и притомъ дѣйствительной (одна брызгалка еще не составляетъ дезинфекціи), устройства дезинфекціонныхъ камеръ и предлагаетъ Пироговскому Обществу высказаться за созывъ спеціального съѣзда по дезинфекціи.

Жбанковъ, возражая *Канелю*, говорить, что сифилисъ, туберкулезъ и пр. болѣзни сильнѣе всего развиты именно на большихъ фабрикахъ; и заразныхъ

больных тамъ бываетъ много, но ихъ обыкновенно увольняютъ подь благовиднымъ предлогомъ.

Грановскій: Общество можетъ много сдѣлать, но оно не въ силахъ уничтожить проституцію, алкоголизмъ и пр. социальныя бѣдствія, порождаемыя существующимъ строемъ. Что могутъ сдѣлать больницы и санаторія, разъ существуетъ капитализмъ. Раньше кричали: долой самодержавіе! Теперь скажемъ: долой капитализмъ! Вѣдь, общественное здравоохраненіе мыслямо только при условіи паденія капиталистическаго строя. Объ этомъ говорить, между прочимъ, Англія. А потому: да здравствуетъ социализмъ!

Несвицкій: Тяжело положеніе народа. Онъ попалъ въ тупикъ и не находитъ себѣ выхода. Земскій кризисъ существуетъ, но только въ земскомъ управленіи, а не въ земской медицинѣ. Земскіе врачи попрежнему продолжаютъ служить народу, хотя такая служба сопряжена съ большими жертвами. И мы должны сказать: ни съ мѣста, товарищи, работайте попрежнему!

Игумновъ, резюмируя сообщенія и пренія, предложилъ секціи слѣдующую резолюцію: Здравоохраненіе, въ частности борьба съ заразными болѣзнями, при существующихъ ненормальныхъ условіяхъ, при капиталистическомъ строѣ, не можетъ развиваться надлежащимъ образомъ. Необходимо передать это дѣло общественнымъ учрежденіямъ. Это возможно при переустройствѣ ихъ на широкихъ демократическихъ началахъ, съ введеніемъ всеобщаго избирательнаго права, въ томъ числѣ и для женщинъ. Все это не можетъ быть скоро сдѣлано. Пока же не слѣдуетъ забывать прежніе принципы общественной медицины и дружно сплотиться вокругъ Пироговскаго Общества.

Резолюція принята секціей.

П. П. Тутышкинъ: Объ автономіи больницъ въ связи съ освободительнымъ движеніемъ и о новомъ врачебномъ уставѣ. Въ обновленной Россіи нужны новые порядки. На первомъ планѣ должны быть интересы дѣла, а не лица. Больничное дѣло должно быть свободно отъ всякаго рода бюрократизма. Больному, вѣдь, нуженъ не старшій врачъ и проч., а просто врачъ. Какъ педагогъ долженъ быть въ своемъ дѣлѣ свободнымъ отъ всякаго посторонняго давленія, такъ и врачъ долженъ быть внѣ всякихъ вѣншихъ вліяній. Но всякое дѣло нуждается въ контролѣ. Эту задачу могутъ взять на себя врачебные совѣты научно-профессіональнаго характера. Больница должна управляться коллегіей, во главѣ которой стоитъ избранный ею представитель. Въ составъ больничныхъ совѣтовъ входятъ всѣ врачи и делегаты отъ прочихъ служащихъ. Больничное дѣло не нуждается въ директорахъ съ ихъ окладами. Все медицинское дѣло должно быть цѣликомъ передано въ руки общественныхъ учреждений, реформированныхъ на демократическихъ началахъ.

Засѣданіе 1 мая.

Почетный предсѣдатель *С. Н. Игумновъ* доложилъ секціи, что продолжается вчерашнее засѣданіе.

И. А. Добрейцеръ: О представительствѣ фельдшерско-акушерскаго персонала въ коллегіальныхъ врачебно-санитарныхъ органахъ. Впервые—сказалъ докладчикъ—съ этой кафедрой говорить фельдшерь; въ этомъ онъ видитъ знаменіе времени. Фельдшера имѣютъ право считать себя общественными работниками. У насъ много общаго съ врачами, и

мы должны идти съ ними рука-объ-руку. Указавъ на ненормальное отношеніе, которое наблюдается между врачами и фельдшерами, онъ находитъ, что взаимное непониманіе, въ интересахъ дѣла, должно исчезнуть, и если Пироговское Общество пойдетъ фельдшерамъ навстрѣчу, то дѣло народнаго здравія только выиграетъ. Впервые фельдшерскій персоналъ принялъ участіе въ санитарныхъ совѣтахъ Самарской губ. въ 1900 г. согласно постановленію XIII губернскаго съѣзда врачей. Это повторилось въ цѣломъ рядѣ крупныхъ и мелкихъ больницъ и общественныхъ учреждений. Участіе всего персонала въ обсужденіи всѣхъ вопросовъ, касающихся больничнаго дѣла, является мѣрой для борьбы съ единовластіемъ въ больницѣ. Врачъ одинъ принимаетъ и увольняетъ низшій и средній персоналъ, между тѣмъ необходимо, чтобы этотъ вопросъ обсуждался въ больничныхъ совѣтахъ, въ вѣдѣніе которыхъ должны перейти всѣ функціи главныхъ врачей. Все это относится и къ земскимъ санитарнымъ совѣтамъ. Механическая работа, по мнѣнію докладчика, является безцѣльной; сознательное же отношеніе къ работѣ будетъ только тогда, когда средній медицинскій персоналъ самъ начнетъ разрабатывать медико-санитарные вопросы. Въ настоящее время фельдшера допущены въ губернскіе совѣты Саратовской, Московской и Тамбовской губ., а въ уѣздные совѣты въ 18 губ. и 57 уѣздахъ.

Въ заключеніе докладчикъ привелъ слѣдующія положенія: 1) Больничное и вообще медико-санитарное дѣло въ настоящее время, благодаря отсутствію и односторонности представительства и коллегіальности въ распорядительныхъ и совѣщательныхъ органахъ, стоитъ не на должной высотѣ. 2) Для проведенія въ жизнь принциповъ коллегіальности и представительства необходимо: I. Учрежденіе при всѣхъ лечебныхъ заведеніяхъ больничныхъ совѣтовъ, въ составъ которыхъ входитъ выборъ отъ врачебнаго фельдшерско-акушерскаго и служительскаго персонала. Вѣдѣнію больничныхъ совѣтовъ подлѣжитъ весь внутренній распорядокъ даннаго лечебнаго заведенія. Подробные уставы и инструкціи больничныхъ совѣтовъ должны быть разработаны на мѣстахъ совѣщаніями выборныхъ представителей врачебнаго фельдшерско-акушерскаго и служительскаго персонала. II. Составы уѣздныхъ и городскихъ санитарныхъ совѣтовъ должны быть пополнены представителями фельдшерско-акушерскаго персонала по одному отъ cadaго врачебнаго участка. Представители эти избираются съѣздами или совѣщаніями фельдшерско-акушерскаго персонала и участвуютъ съ правомъ рѣшающаго голоса въ обсужденіи всѣхъ вопросовъ, входящихъ въ компетенцію врачебно-санитарныхъ совѣтовъ. III. Губернскіе санитарные совѣты и съѣзды врачей должны быть пополнены представителями фельдшерско-акушерскаго персонала по одному отъ cadaго уѣзда, избираемыми съѣздами этого персонала и участвующими съ правомъ рѣшающаго голоса.

П. П. Тутышкинъ дополнилъ доложенный имъ въ засѣданіи 30 апрѣля докладъ: *Объ автономіи больницъ въ связи съ освободительнымъ движеніемъ и о новомъ врачебномъ уставѣ*. Докладчикъ находитъ необходимымъ, чтобы всѣ, безъ изъятія, врачебно-санитарныя организаціи и больницы въ Россіи были переданы въ вѣдѣніе мѣстнаго са-

моуправленія, реформированнаго на демократическихъ началахъ. Въ основу долженъ быть положенъ принципъ автономіи. Во главѣ каждого самостоятельнаго учрежденія долженъ стать распорядительный, коллегіальный органъ—совѣтъ. Іерархическія ступени различныхъ должностей, по мнѣнію докладчика, должны быть упразднены, какъ и соответствующія имъ разницы въ окладахъ. Для лицъ низшаго медицинскаго персонала должна быть дана возможность на пріобрѣтеніе опыта и спеціальной подготовки переходить въ разрядъ средняго персонала (для средняго въ высшее). Объединяющая роль по управленію врачебно-санитарными организаціями и больницами Россіи должна принадлежать главному медицинскому совѣту, избираемому всероссійскимъ союзомъ врачей и представителями врачебно-санитарныхъ организацій. Вышепоименованныя положенія—полагаетъ докладчикъ—должны лечь въ основу новаго врачебнаго устава при разработкѣ его въ законодательныхъ учрежденіяхъ.

Фельдш. *Поповъ* находитъ новое теченіе въ средѣ средняго медицинскаго персонала вполне жизненнымъ и прочнымъ и полагаетъ, что оно получитъ должную санкцію Пироговскаго сѣзда.

Вейеръ, не симпатизируя фельдшеризму, стоитъ за идею представительства средняго медицинскаго персонала въ коллегіальныхъ врачебно-санитарныхъ органахъ. Онъ протестуетъ противъ новаго предложенія, сдѣланнаго *Тутышкинымъ*, не вытекающаго изъ доклада, сдѣланнаго 30 апрѣля.

Золотавинъ, сочувствуя упомянутой идеѣ, находитъ этотъ вопросъ сложнымъ. Въ большихъ больницахъ осуществленіе ея легче, такъ какъ фельдшера стоятъ выше по своему образованію; въ земствѣ же много ротныхъ фельдшеровъ.

Колосовъ находитъ, что старшіе больничные врачи существуютъ только для того, чтобы мѣшать работѣ, и приводитъ нѣсколько примѣровъ изъ больницы въ Казани.

Френкель утверждаетъ, что борьбы противъ фельдшеровъ, какъ работниковъ, въ исторіи земской медицины не было. Исходя изъ равномернаго обложенія, земская медицина стремилась обезпечить населеніе равномерной врачебной помощью и боролась съ самостоятельнымъ фельдшеризмомъ, руководствуясь чисто организаціоннымъ принципомъ.

Никитинъ указалъ на то, что докладчикъ ничего не говорилъ объ участіи фармацевтовъ въ больничныхъ и санитарныхъ совѣтахъ, что примѣняется даже военнымъ вѣдомствомъ.

Зарембо находитъ, что объ участіи средняго медицинскаго персонала въ совѣтахъ не можетъ быть двухъ мнѣній. По его мнѣнію, надо высказаться, чтобы средняго и низшаго персонала въ совѣтахъ было не менѣе по числу врачебнаго.

Видюровичъ полагаетъ, что предыдущій ораторъ исходилъ изъ ложно понятаго принципа демократизма. Глубоко сочувствуя этому принципу, ораторъ находить, что изъ него не вытекаетъ, чтобы люди различныхъ компетенцій были уравнены въ спеціальныхъ вопросахъ.

Гинесъ высказался въ томъ смыслѣ, что интеллигентному человѣку на фельдшерскомъ поприщѣ подвизаться нечего.

Камель считаетъ долгомъ Пироговскаго сѣзда одобрить участіе средняго персонала въ коллегіальныхъ органахъ, тѣмъ болѣе, что въ больничныхъ напр. совѣтахъ чисто медицинскіе вопросы не обсуждаются.

Тутышкинъ возражаетъ предыдущему оратору, исходя изъ того соображенія, что научные вопросы не рѣшаются баллотировкой, а силой логики и знанія.

Игумновъ полагаетъ, что поднимаемый *Тутышкинымъ* вопросъ не можетъ быть въ данное время обсужденъ. Первое положеніе докладчика *Добрейцера* онъ находитъ неправильнымъ, такъ какъ неудовлетворительность медико-санитарнаго дѣла

зависать отъ другихъ причинъ. Затѣмъ ораторъ находитъ невозможнымъ въ постановленіяхъ секцій возбуждать много детальныхъ вопросовъ.

Въ заключеніе, по предложенію *И. В. Попова*, была принята слѣдующая резолюція по выслушаннымъ докладамъ: «*Х Пироговскій съѣздъ считаетъ безусловно необходимымъ реорганизацію больничнаго управленія на началахъ автономіи и коллегіальности съ обязательнымъ введеніемъ въ совѣтъ представителей какъ средняго медицинскаго и хозяйственнаго персонала, такъ и фармацевтовъ, и уже ранѣе высказавшихся за то, что выработка на практикѣ проекта такой реформы должна быть предоставлена демократическому мѣстному самоуправленію, въ то же время признаетъ, что и въ настоящее время необходимо осуществить въ жизни указанные принципы.*».

Засѣданіе 1 мая.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *П. Н. Діатроптовъ*.

П. А. Калининъ: *О реформѣ фельдшерскаго образованія*. Въ настоящее время въ среднемъ около половины болѣющаго населенія Россіи, за недостаткомъ врачей, пользуются фельдшерскою помощью. Въ Московской губ.— 5 %, въ Воронежской—больше 60 %, а въ другихъ и еще выше. При этомъ въ силу экономическихъ и другихъ условій едва ли въ ближайшее время всему народу можетъ быть обеспечена врачебная помощь. Въ настоящее время существуетъ до 41 фельдшерскихъ школъ съ самыми разнообразными программами. Самая тяжелая сторона для фельдшерскаго персонала это несоотвѣтствіе между получаемой ими подготовкой и тѣми требованіями, которыя имъ предъявляются. Фельдшера и фельдшерицы должны обладать большимъ общимъ развитіемъ и болѣе или менѣе широкой спеціальной подготовкой, чтобы быть въ отсутствіи врача самостоятельными работниками. По мнѣнію докладчика, необходимо создать школы новаго единаго типа съ болѣе широкой общей и спеціальной программой, для чего существующія фельдшерскія школы должны быть реформированы и преобразованы въ средне-медицинскія учебныя заведенія. Курсъ послѣднихъ долженъ быть пятилѣтній съ программой по общеобразовательнымъ предметамъ въ объемѣ среднихъ учебныхъ заведеній и со спеціальной, соотвѣтствующей Рождественскимъ женскимъ курсамъ программой. Окончившіе эти школы имѣютъ всѣ права окончившихъ среднія учебныя заведенія, а потому могутъ поступать въ высшія учебныя заведенія; при этомъ—говоритъ докладчикъ—при поступленіи на медицинскіе факультеты они должны имѣть преимущество передъ абитуриентами другихъ среднихъ учебныхъ заведеній. Въ ближайшемъ будущемъ необходимо позаботиться о поднятіи уровня знаній работающих уже теперь фельдшеровъ и фельдшерицъ, для чего нужно ежегодно открывать въ каждой губерніи повторительные курсы. Одобривъ послѣдніе курсы, Пироговскій съѣздъ далъ бы большой толчокъ этому дѣлу. Лица, окончившія или имѣющія окончить фельдшерскія школы нынѣ существующихъ типовъ, по прослуженіи ими не менѣе трехъ лѣтъ фельдшеромъ или фельдшерицей и по повѣрочномъ испытаніи по математикѣ, русскому и одному новому языку въ объемѣ среднихъ учебныхъ заведеній, могутъ поступать на медицинскіе факультеты университетовъ.

А. Горбачевич: О самостоятельной дѣятельности фельдшеровъ и узаконеніи ея. Фельдшерскія школы уже давно перестали поддерживаться нормальныхъ программъ. Врачи сами сильно расходятся во взглядахъ на программу фельдшерскихъ школъ и на вопросъ о фельдшеризмѣ. Докладчикъ сомнѣвается въ томъ, что народъ потерялъ довѣріе къ фельдшерамъ, и отмѣчаетъ тотъ фактъ, что даже на врачебныхъ пунктахъ врачи не могутъ добиться устранения фельдшеризма. Докладчикъ не понимаетъ законъ, который обязываетъ и врача, и фельдшера являться для подачи помощи и запрещаетъ въ то же время послѣднему назначать сильно дѣйствующія средства.

Въ заключеніе докладчикъ выставилъ слѣдующія положенія: 1) Самостоятельная дѣятельность фельдшеровъ представляетъ собою естественное слѣдствіе организации помощи народу, называемой земскою медициною, и обуславливается цѣлымъ рядомъ реальныхъ причинъ. 2) Если фельдшера предназначены восполнять недостаточность, а часто и полное отсутствіе всякой помощи населенію, то дѣятельность ихъ должна быть точно регламентирована и свободна отъ личныхъ воззрѣній врача на роль и значеніе фельдшера. 3) Существующія статьи закона, которыми опредѣляются обязанности фельдшеровъ, настолько спутанны и неопредѣленны, что находятся въ рѣзкомъ противорѣчьи сами съ собою и взаимно исключаютъ другъ друга. 4) Полное подчиненіе и безпрекословное повиновеніе не могутъ и не должны быть формулою субординаціи фельдшера врачу, такъ какъ представляютъ собою пережитокъ крѣпостничества, возводившаго въ законъ произволъ.

Г. И. Чиликинъ ознакомилъ секцію съ постановленіями перваго всероссійскаго съѣзда помощниковъ врачей, касающимися вопросовъ о реформѣ фельдшерскаго образованія и самостоятельной дѣятельности фельдшеровъ.

Золотавинъ отмѣчаетъ тотъ фактъ, что слушательницы Рождественскихъ курсовъ въ большомъ числѣ идутъ въ медицинскій институтъ, вслѣдствіе чего такіе курсы не достигаютъ своей цѣли, такъ какъ все-таки не создаютъ помощниковъ врачей.

Видиорчикъ указываетъ на то, что секція выслушала одну часть фельдшерскаго сословія; къ сожалѣнію, среди фельдшеровъ имѣется и другое теченіе, ставящее своей цѣлью борьбу съ врачами и бросающее на послѣднихъ упреки не только незаслуженные, но и безсмысленные, и требующее установленія самостоятельнаго фельдшеризма на вѣчныя времена и повсемѣстно. Отъ этой части фельдшерскаго сословія фельдшера должны отдѣляться; что же касается лучшей части фельдшерскаго сословія, то секція должна сказать, что какъ повторительные курсы, такъ и идея представительства не встрѣтитъ здѣсь возраженія. Вопросъ же о превращеніи фельдшерскихъ школъ въ средне-учебныя заведенія и о самостоятельномъ фельдшеризмѣ—вопросы сложные и не могутъ быть рѣшены въ настоящее время съѣздомъ. Вопросъ о самостоятельномъ фельдшеризмѣ можетъ быть рѣшенъ только по отношенію къ мѣстностямъ, гдѣ нѣтъ врачей.

Викторовъ касается вопроса о фельдшерахъ въ психіатрическихъ больницахъ, называемыхъ надзирателями, и находитъ въ нихъ готовую почву для продолженія какъ общаго, такъ и спеціальнаго образованія.

Полужтовъ трудность обезпеченія населенія правильной медицинской помощью объясняетъ нашей экономической необезпеченностью и низкой культурой. Онъ противъ суррогата медицинской помощи и стоитъ за радикальную мѣру.

Ханелесъ протестуетъ противъ законодательнаго разрѣшенія самостоятельной фельдшерской практики.

Штейнфельдъ считаетъ устройство повторительныхъ курсовъ для фельдшеровъ важнымъ вопросомъ, но пока труднымъ для разрѣшенія, такъ какъ сами фельдшера не говорятъ, что имъ нужно; докладъ по этому вопросу фельдшерскому съѣзду былъ снятъ, потому что не удовлетворилъ большинства.

Игумновъ указываетъ на то, что земская медицина за 40 лѣтъ своего существованія создала опредѣленные идеалы, къ которымъ относятся надлежащая медицинская помощь и борьба съ раздѣленіемъ населенія на черную и бѣлую кость. Если земство мирилось съ самостоятельнымъ фельдшеризмомъ, то никогда оно не мирилось съ нимъ какъ съ нормальнымъ явленіемъ. Онъ призываетъ съѣздъ къ выработкѣ принциповъ, приподымающихъ насъ надъ дѣйствительностью, и присоединяется къ *Видгорчику* по вопросу о фельдшерскихъ школахъ.

Фельдш. *Поповъ* присоединяется къ *Видгорчику* и указываетъ на то, что органъ союза большинства фельдшерскихъ обществъ высказывается за самостоятельный фельдшеризмъ лишь какъ за временную мѣру.

Коваленковъ указываетъ на то тяжелое моральное впечатлѣніе, которое производитъ на лицъ среднего медицинскаго персонала та мысль, что фельдшеризмъ есть зло.

Вегеръ отмѣчаетъ единственный доводъ въ пользу фельдшеризма—нашу бѣдность и считаетъ этотъ доводъ математической ошибкой. Врачебная помощь немногимъ только дороже фельдшерской.

Фельдш. *Карповъ* считаетъ полнымъ уничтоженіемъ самостоятельной фельдшерской помощи запрещеніе употреблять сильнодѣйствующія средства и сыворотки. Находя такое запрещеніе несправедливымъ, онъ ждетъ отъ врачей другого рѣшенія.

Фельдш. *Чиликинъ* полагаетъ, что врачи не могутъ обойтись безъ фельдшеровъ и предпочитаетъ нераціональную медицинскую помощь отсутствію какой бы то ни было помощи.

Фельдш. *Маасъ* высказалъ, что онъ надѣялся на удовлетвореніе врачами высказанныхъ фельдшерами требованій, но шкурный вопросъ... Дальше ораторъ долженъ былъ прекратить свою рѣчь по настоянію секціи. Предсѣдатель потребовалъ отъ него взять обратно послѣднія слова и публично извиниться передъ собраніемъ, что ораторъ немедленно и исполнилъ. Возражая *Видгорчику*, *Маасъ* не видитъ зла въ томъ, что фельдшера пойдутъ на медицинскій факультетъ, и желаетъ только единую фельдшерскую школу съ опредѣленной программой.

Добрейцеръ ненормальность системы образованія фельдшерскихъ школъ считаетъ неподлежащимъ никакому сомнѣнію. Необходимо расширить программу ихъ, чтобы фельдшеръ могъ оказывать помощь и въ отсутствіе врача. Фельдшеръ, по мнѣнію оратора, хочетъ быть врачомъ не изъ-за лучшихъ матеріальныхъ условій, а изъ желанія учиться; этому желанію съѣздъ долженъ пойти навстрѣчу, и ораторъ предлагаетъ организацію комиссіи, которая занялась бы этимъ вопросомъ.

Грудзинскій, констатируя врачебный голодъ въ Россіи, привѣтствуетъ высшее медицинское образованіе, которое только можетъ создать человѣческій геній на пользу человѣчества.

Астраханъ присоединяется къ предложенію о выборѣ комиссіи.

Фельдш. *Будкевичъ* находитъ, что борьба противъ фельдшеризма не дала результатовъ; открываются новые фельдшерскіе пункты, новыя фельдшерскія школы. «Наша просьба должна получить ваше одобреніе, говоритъ ораторъ. Необходимо строго регламентировать дѣятельность фельдшеровъ, въ противномъ случаѣ фельдшеръ не долженъ быть отвѣтственъ».

Послѣ продолжительныхъ преній секція принимаетъ слѣдующую, предложенную *Видгорчикомъ*, резолюцію: «Х Пироговскій съѣздъ, привѣтствуя новое прогрессивное теченіе въ средѣ фельдшеровъ, проникнутое высшими идеалами общественности и идущее навстрѣчу лучшимъ традиціямъ русской врачебной корпораціи, признаетъ безусловно необходимымъ содѣйствіе всѣмъ стремленіямъ фельдшеровъ,

насколько они не идутъ въ разрѣзъ съ основными требованіями общественнаго здравоохраненія, куда относятся требованія повторительныхъ курсовъ, представительство во врачебныхъ совѣтахъ и улучшеніе матеріальнаго положенія фельдшеровъ. Въ частности по вопросу о самостоятельномъ фельдшеризмѣ съѣздъ остается на прежней позиціи, установленной прежними Пироговскими съѣздами и заключающейся въ признаніи за самостоятельнымъ фельдшеризмомъ права на существованіе лишь какъ временной мѣры, допустимой лишь въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ въ данное время невозможно обезпеченіе населенія врачебной помощью. По вопросу о превращеніи фельдшерскихъ школъ въ средне-учебныя заведенія съѣздъ полагаетъ, что этотъ вопросъ въ виду его сложности долженъ быть переданъ на предварительное обсужденіе врачебныхъ коллегіальныхъ учреждений съ привлеченіемъ представителей отъ фельдшерскаго сословія и что на слѣдующій съѣздъ этотъ вопросъ долженъ быть поставленъ въ число программныхъ».

А. В. Молюковъ въ виду краткости времени доложилъ секціи слѣдующія предложенія комиссіи по распространенію гигиеническихъ знаній въ народѣ: 1) признать, что дальнѣйшее благопріятное развитіе дѣятельности, комиссіи зависитъ отъ общихъ условій и настоятельно нуждается въ уничтоженіи всѣхъ административныхъ путъ и ограниченій, стѣсняющихъ свободное развитіе просвѣтительной дѣятельности въ странѣ, а также въ развитіи мѣстнаго самоуправленія на демократическихъ началахъ; 2) одобрить предположеніе комиссіи о продолженіи ея работъ въ объемѣ, намѣченномъ ею докладомъ.

Каменскій просилъ комиссію издавать популярныя изданія и на другихъ языкахъ, что увеличить притокъ средствъ въ комиссію.

Секція постановила передать это предложеніе на разсмотрѣніе комиссіи и выразила комиссіи благодарность за ея труды.

По докладу *Недешова*: *О реформѣ аптечнаго дѣла* прочитаны были только положенія.

Послѣ преній по этому докладу секція сдѣлала слѣдующее постановленіе: «Признавая большую важность вопроса, секція проситъ Правленіе Пироговскаго Общества организовать особую комиссію, въ которой были бы собраны и разработаны соотвѣтствующіе матеріалы. Въ эту же комиссію должно быть направлено сообщеніе *Розлина*, не прочитанное имъ (вслѣдствіе отъѣзда изъ Москвы)—о сложеніи пошлинъ съ тѣхъ медикаментовъ, которые не производятся въ Россіи».

И. В. Поповъ (предсѣдатель) указываетъ, что за крайнимъ недостаткомъ времени и общимъ утомленіемъ доклады *Викторова* и *Когана* не могутъ быть заслушаны. Доклады эти въ видѣ ауторефератовъ будутъ напечатаны въ трудахъ съѣзда. Отчетъ туберкулезной комиссіи будетъ напечатанъ тамъ же. Что касается доклада о туберкулезной карточкѣ, то карточку эту слѣдуетъ передать въ туберкулезную комиссію съ тѣмъ, чтобы она пустила ее въ обращеніе; въ будущему съѣзду мы сумѣемъ такимъ образомъ получить матеріалъ на основаніи этой карточки.

П. П. Викторовъ, не читая положеній своего доклада: *Соціально-медицинская реформа тѣлеснаго и душевнаго оздоровленія русскаго народа*, прочитавъ, съ разрѣшенія секціи, два своихъ предложенія: 1) Секція общественной медицины, сознавая, что съ началомъ и дальнѣйшимъ развитіемъ освободительнаго движенія настало время объединить всю ту огромную работу, которую до сихъ поръ производили общественные врачи, земскіе и городскіе, по вопросамъ народнаго оздоровленія, тѣлеснаго и душевнаго,—въ цѣльномъ и связанномъ планѣ соціально-медицинскихъ реформъ—проситъ общее собраніе съѣзда поручить Правленію

Пироговскаго Общества образовать съ этой цѣлью при возникающемъ профессионально-общественномъ союзѣ врачей центральный комитетъ съ областными развѣтвленіями для подготовленія соціально-медицинскихъ реформъ и проведенія ихъ въ жизнь черезъ Государственную Думу при участіи народныхъ представителей и свѣдущихъ врачей. 2) Секція общественной медицины проситъ общее собраніе съѣзда выразить отъ лица всего съѣзда глубокое сочувствіе тѣмъ земскимъ и городскимъ врачамъ-работникамъ, которые въ настоящій трудный моментъ ведутъ честную борьбу съ реакціонными земскими и городскими самоуправлениями и призываетъ ихъ объединиться въ возникающій Пироговскій профессионально-общественный Союзъ, въ которомъ они найдутъ органъ самозащиты, прочную основу объединенной плодотворной работы въ настоящемъ, залогъ силы и побѣды въ будущемъ.

Эти предложенія секція постановляетъ передать въ комиссію по организаціи съѣзда медицинскаго персонала.

И. В. Поповъ въ своемъ заключительномъ словѣ указываетъ, что секція земской и городской медицины остановила свое вниманіе главнымъ образомъ на тѣхъ условіяхъ, при которыхъ земская и городская медицина могла бы возобновить свою дѣятельность. Несомнѣнно, что нѣтъ кризиса этой дѣятельности, но есть застой. Определенныя теченія и вѣянія въ работѣ секціи сказались; будемъ надѣяться, что скоро эти вѣянія оформятся. Ораторъ призываетъ врачей къ творческой мысли, къ литературному обмѣну на страницахъ Пироговскаго журнала; что касается комиссій, то общеніе между ихъ членами не прекратится и во время межсъѣзднаго періода. Къ будущему съѣзду уже будетъ определенная работа, определенное творчество, и земская и городская медицина, обновленная, выйдетъ къ новой жизни. Въ заключеніе ораторъ предлагаетъ вспомнить о товарищахъ, отсутствующихъ по винѣ администраціи, и выразить имъ свое сочувствіе и надежду въ скоромъ времени увидѣть ихъ въ своей средѣ.

Діатроптовъ выражаетъ благодарность завѣдующему секціей и секретарямъ.

Фабричная и горнозаводская медицина.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *П. В. Васильевскій*, товарищемъ предсѣдателя *С. Н. Игумновъ*.

Завѣдующій секціей *И. А. Астраханъ*, передавъ секціи горячій привѣтъ секціи отъ Московскаго Общества фабричныхъ врачей, ознакомилъ ее съ вопросами, представленными на ея разрѣшеніе. Между ними онъ указалъ на регистрацію несчастныхъ случаевъ, необходимость съѣзда фабричныхъ врачей и очередного вопроса — представленія доклада въ Гос. Думу съ проектомъ рабочаго законодательства.

Д. И. Орловъ: *О задачахъ по оздоровленію духовной жизни рабочихъ на фабрикахъ и заводахъ.* Современныя условія жизни и труда на фабрикахъ и заводахъ, весьма вредно отражаются на ихъ здоровьѣ и ведутъ къ вырожденію. Смертность и заболѣваемость фабричныхъ дѣтей значительно больше смертности и заболѣваемости крестьянскихъ дѣтей. Въ школьномъ возрастѣ они оказываются болѣе отстающими. Среди женщинъ рабочихъ чрезвычайно распространены женскія болѣзни, хроническія, туберкулезъ и проч. Призываемые къ отбыванію воинской повинности въ большемъ числѣ бракуются. Туберкулезъ лег-

кихъ и смертность взрослого населенія въ фабричныхъ волостяхъ значительно выше, нежели въ земледѣльческихъ. Но фабрика не только разрушаетъ тѣло, она еще деморализуетъ душу. Три страшныхъ народныхъ бича — туберкулезъ, сифилисъ и алкоголизмъ — находятъ преимущественно удобную почву для своего распространенія среди фабричнаго населенія. Ко всему этому присоединяется невѣжество. Все вышеизложенное имѣетъ своимъ назначеніемъ заглушить всѣ здоровыя начала въ организмѣ чловѣка, породить хилое, болѣзненное, слабое поколѣніе, воспитать тупыхъ, апатичныхъ, послушныхъ и забытыхъ людей съ животными инстинктами, содѣйствовать полному вырожденію физическихъ и умственныхъ силъ народа. Переходя къ мѣрамъ борьбы съ этимъ зломъ, докладчикъ указываетъ на распространеніе просвѣщенія и организацію санитарно-воспитательныхъ учреждений для маленькихъ дѣтей — родильныхъ пріютовъ, яслей, дѣтскихъ садовъ и проч. Въ просвѣдательной дѣятельности врачъ, по мнѣнію докладчика, долженъ принимать самое большое участіе. Затѣмъ путемъ улучшенія санитарнаго законодательства, регулирующаго трудъ, и расширенія требованій отъ фабрикантовъ со стороны закона по отношенію къ жилищамъ рабочихъ, а главнымъ образомъ по отношенію къ сокращенію рабочаго дня до 8 часовъ, можно въ значительной мѣрѣ ослабить вредное вліяніе фабрикъ и заводовъ. Наконецъ докладчикъ обращаетъ вниманіе на развлеченія для рабочихъ.

В. В. Экз: *О настоящемъ положеніи фабричнаго врача въ бытовомъ, правовомъ и экономическомъ отношеніяхъ.* Докладъ составленъ по анкетѣ, собранной Московскимъ Обществомъ фабричныхъ врачей. Коснувшись исторіи фабричнаго законодательства, докладчикъ познакомилъ секцію съ результатомъ разработки данныхъ анкеты. Приглашеніе и увольненіе врачей зависитъ отъ фабриканта; при этомъ послѣдній ищетъ такого врача, который бы соблюдалъ интересы его, каковое отношеніе къ врачу возможно только потому, что фабрикантъ на одного непокорнаго найдетъ 10 покорныхъ врачей. Работа врачей на фабрикахъ непродолжительна; 47 % ихъ остаются на одномъ мѣстѣ не болѣе 3-хъ лѣтъ. Болѣе 80 % изъ нихъ занимаютъ другія оплачиваемыя должности. Большинство фабричныхъ врачей — семейные люди, но малосемейные. Наибольшій возрастной составъ 31 — 40 лѣтъ. Объясняется это утомительностью работы и воспитаніемъ дѣтей. Врачъ не имѣетъ свободнаго времени; отпусковъ не полагается, между тѣмъ для пополненія знаній они крайне необходимы. Вознагражденіе разнообразно; содержаніе по городу Москвѣ въ 75 % отъ 300 до 1000 р.; по уѣздамъ въ 82 % отъ 1500 до 2000 р. Число прослуженныхъ лѣтъ не имѣетъ значенія; ни эмеритуры, ни пенсіи не имѣется. Всѣ фабриканты приглашаютъ врача только для леченія рабочихъ, между тѣмъ, какъ фабричный врачъ долженъ быть общественнымъ врачомъ: онъ долженъ слѣдить за гигиенической обстановкой труда, жилищъ рабочихъ и проч. Въ заключеніе докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ положеніямъ: 1) Фабричное законодательство не дало институту фабричныхъ врачей программы дѣйствій и этимъ парализовало его гуманную дѣятельность. 2) Въ силу полной за-

висимости отъ фабриканта положеніе фабричнаго врача ненормально, грустно и крайне тяжело. 3) Фабричный врачъ долженъ быть общественнымъ врачомъ, которому ввѣрено дѣло защиты здоровья и интересовъ рабочаго класса. 4) Положеніе фабричнаго врача можетъ улучшиться лишь послѣ реорганизаціи фабричной медицины. 5) Фабричная медицина должна быть передана въ вѣдѣніе мѣстныхъ органовъ самоуправленія. 6) Мѣстные органы самоуправления должны быть скоро реформированы на широкихъ демократическихъ началахъ. 7) Необходимо устройство курсовъ фабричныхъ врачей при каѳедрахъ гігіены.

Канель указываетъ на отсутствіе тѣхъ факторовъ, которые могли бы поднять просвѣщеніе рабочаго класса. Причины тупости и прочихъ недостатковъ въ томъ, что рабочіе окружены атмосферою полицейскаго сыска. Необходимо развитіе самостоятельности и инициативы рабочихъ, но всѣ организаціи, ставящія себѣ эту цѣль, закрываются. Въ заключеніе ораторъ предложилъ сдѣлать слѣдующее постановленіе: «Оздоровленіе духовной стороны жизни рабочихъ на фабрикахъ и заводахъ возможно лишь въ томъ случаѣ, если будетъ уничтожена вся господствующая нынѣ въ промышленныхъ предпріятіяхъ система сыска, если рабочимъ будетъ предоставлена широкая свобода союзовъ и возможность борьбы за лучшія условія труда».

Вееръ не согласенъ съ докладчикомъ *Орловымъ* и находитъ, что физическое, нравственное и экономическое состояніе рабочихъ ничѣмъ не хуже крестьянъ.

Рубель сообщилъ, что въ Петербургской губ. врача приглашаетъ и увольняетъ не фабрикантъ, а полиція—участковый приставъ.

Спасскій привѣтствуетъ предложеніе передать организацію санитарнаго надзора органамъ мѣстнаго самоуправления и желалъ бы, чтобы Цироговское Общество поставило этотъ вопросъ въ первую очередь.

Крыловъ обратилъ вниманіе секціи, что у докладчика *Орлова* не упоминается о состояніи фабрикъ и заводовъ, между тѣмъ обстановка ихъ служитъ очень часто причиной большой заболѣваемости, въ томъ числѣ туберкулезомъ.

Цвѣтаевъ находитъ, что вопросъ о просвѣщеніи рабочихъ будетъ рѣшенъ только по смѣнѣ господствующаго класса.

Золотавинъ не согласенъ съ *Вееромъ*. Исслѣдованія школьныхъ дѣтей его убѣдили, что состояніе здоровья ихъ значительно хуже у фабричныхъ рабочихъ, нежели у крестьянъ.

Астраханъ находитъ желательной передачу фабричной медицины въ руки земства при обязательномъ условіи автономіи фабричной медицины и не понимаетъ, какъ можно не говорить о вырожденіи фабричныхъ рабочихъ, когда они дѣйствительно вырождаются.

Васильевскій, резюмируя пренія, предложилъ воздержаться отъ принятія положенія *Канеля*, въ виду того, что въ заключительномъ засѣданіи секція должна будетъ сдѣлать болѣе обобщающее постановленіе, что и было принято большинствомъ.

Засѣданіе 29 апрѣля.

Почетный предсѣдатель *Н. И. Тезяковъ*, товарищъ предсѣдателя *С. И. Покровскій*.

М. М. Борисовъ: Дѣятельность и задачи Московскаго Общества фабричныхъ врачей. По оффиціальнымъ даннымъ министерства финансовъ далеко не всѣ рабочіе обезпечены медицинскою помощью, а именно, всего только 39 %. Это, такъ сказать, въ общемъ плохо. Но

еще хуже обстоит дѣло съ медицинскою помощью фабричнымъ рабочимъ въ Москвѣ, гдѣ дѣятельность фабрикантовъ въ этомъ направленіи сводится къ нулю. И фабричные врачи совершенно безсильны помочь этому горю, такъ какъ они сами находятся въ полной зависимости отъ фабрикантовъ. Фабричные врачи отлично сознаютъ весь ужасъ своего безправнаго положенія. Борются съ этимъ зломъ врачи будутъ въ состояніи только въ томъ случаѣ, если они будутъ идти не врозь, но объединяются между собою, чтобы общими силами достигнуть того, чего не можетъ сдѣлать каждый человекъ въ отдѣльности. Проникшее въ умы врачей сознание, что въ единеніи сила, повело къ образованію Московскаго Общества фабричныхъ врачей. Къ сожалѣнію, въ союзъ вошли не всѣ врачи, а лишь 50 человекъ. Вновь возникшее Общество имѣло уже 136 засѣданій, на которыхъ членами его былъ сдѣланъ рядъ докладовъ по вопросамъ фабричной медицины. Изъ этихъ докладовъ выяснилось между прочимъ слѣдующее. Обвиненіе фабричныхъ въ томъ, что они болѣе другихъ способствуютъ распространенію сифилиса, неосновательно. Трудъ на фабрикахъ тяжело отражается на здоровьи рабочихъ. Точными изслѣдованіями съ положительностью установлено, что фабричные рабочіе сильно отстаютъ въ своемъ развитіи. Доказательствомъ сказаннаго могутъ служить между прочимъ данныя, полученныя д-ромъ *Письменнымъ* при измѣненіи тазовъ у фабричныхъ работницъ. Туберкулезъ сильно распространенъ на фабрикахъ, особенно среди мужчинъ. Для предотвращения гибельныхъ послѣдствій, которыя имѣетъ тяжелый трудъ на фабрикахъ для здоровья рабочихъ, необходимо провести цѣлый рядъ мѣръ. При этомъ надлежитъ обратить особое вниманіе на охраненіе здоровья работницъ, какъ въ интересахъ ихъ самихъ, такъ и потомства. Съ этой цѣлью необходимо предоставить работницамъ надлежащій отдыхъ во время беременности и послѣ родовъ. Слѣдуетъ освободить женщинъ отъ ночныхъ работъ, ношенія большихъ тяжестей и пр., необходимо ввести 8-часовой рабочий день, устроить ясли, такъ назыв. „Каплю молока“, дешевыя и удобныя квартиры и т. д. Въ то же время необходимо позаботиться о духовномъ оздоровленіи рабочихъ. Обрисовавъ такимъ образомъ въ общихъ чертахъ дѣятельность и задачи Московскаго Общества фабричныхъ врачей, докладчикъ указалъ на необходимость образованія кассы взаимопомощи, на желательность образовать всероссійское Общество фабричныхъ врачей съ мѣстными отдѣлами и однимъ центральнымъ органомъ, который бы объединялъ дѣятельность мѣстныхъ союзовъ, преслѣдующихъ одну и ту же цѣль: объединеніе фабричныхъ врачей съ цѣлью болѣе всесторонняго изученія нуждъ фабричной медицины и проведенія въ жизнь соответствующихъ мѣропріятій.

Какъ указалъ, что въ Екатеринославѣ также существовало одно время подобное общество, которое, къ сожалѣнію, отцвѣло, не успѣвши расцвѣсть. Оппонентъ обратилъ вниманіе на необходимость выработать скалу потерь рабочими работоспособности, избравъ для этого особую комиссію при Пироговскомъ Обществѣ.

С. И. Покровский: Современное состояніе фабрично-заводской медицины на основаніи матеріаловъ по Московской губерніи. На 516 фабрикахъ и заводахъ Московской губерніи имѣется 167.937 рабочихъ

(105.079 мужчинъ и 62.858 женщинъ), а на 63 кирпичныхъ заводахъ 9213 (8687 мужчинъ и 527 женщинъ). Число мужчинъ составляетъ 62,6 % общаго числа рабочихъ, женщинъ 37,4 %. На 32 фабрикахъ среди 79.947 рабочихъ насчитывается 2055 малолѣтнихъ. Жилыми помещеніями при фабрикахъ пользуются 94.346 человекъ, или 56,2 % всего числа рабочихъ; въ наемныхъ помещеніяхъ живутъ 30.324 человека, т. е. 18 %; остальные 43.257 человекъ, т. е. 25,8 % всѣхъ рабочихъ, приходятъ на работы изъ своихъ домовъ въ селеніяхъ. Кромѣ 94.346 рабочихъ на фабрикахъ живутъ еще свыше 46.000 лицъ при рабочихъ (дѣти, родственники, няньки, прислуга и пр.). Такимъ образомъ все населеніе фабричныхъ казарменныхъ помещеній превышаетъ 140 тысячъ. Обязательными постановленіями установлены крайне скромными нормы относительно количества фабричныхъ врачей; но и эти нормы не всегда соблюдаются; такъ, мѣстами одинъ врачъ приходится на 3 и даже 4 тысячи рабочихъ. За недостаткомъ врачей фабричное населеніе должно поневолѣ довольствоваться фельдшерскою помощью; но и фельдшеровъ также не хватаетъ. При 57 фабричныхъ больницахъ имѣется 75 врачей и 176 лицъ фельдшерскаго персонала. Тратя въ годъ отъ 15.000 до 21.000 рублей на медицинскую часть, иной фабрикантъ дѣлаетъ всѣ усилія, чтобы сохранить 500 руб. въ годъ, хотя бы отъ этого страдали интересы рабочихъ и медицинскаго персонала. Нѣкоторыя фабрики вовсе не имѣютъ постоянныхъ врачей; врачи пріѣзжаютъ 2 и болѣе раза въ недѣлю на короткое время. Число кроватей также не всегда удовлетворяетъ обязательнымъ постановленіямъ; такъ, напр., иногда недостаетъ цѣлой трети требуемаго числа кроватей: на одной фабрикѣ, на которой работаетъ болѣе 300 женщинъ, нѣтъ ни одной кровати для родильницъ; на другой при 1½ тысячъ фабричнаго населенія нѣтъ помещенія для заразныхъ больныхъ. Статистика показываетъ, что населеніе фабрикъ вынуждено довольствоваться медицинской помощью только въ половинномъ размѣрѣ. Объясняется это отчасти отдаленностью амбулаторіи отъ фабрикъ, отчасти сравнительно рѣдкимъ посѣщеніемъ амбулаторій врачами и недостаточнымъ съ ихъ стороны надзоромъ за работой фельдшеровъ. Что касается госпитальной помощи фабричному населенію, то въ то время какъ на однѣхъ фабрикахъ ею пользуются не только сами рабочіе, но и члены ихъ семей, на другихъ фабрикахъ она организована весьма неудовлетворительно. То же надо сказать относительно родовспоможенія и оспопрививанія. Во всей Московской губерніи фабрикантами расходуется на медицинскую помощь своимъ рабочимъ около 870.000 рублей въ годъ, не считая построекъ и крупнаго ремонта. Въ среднемъ на каждого рабочаго приходится въ годъ съ небольшимъ 5 рублей, въ то время какъ нормальный расходъ опредѣляется въ 10 руб. на человека. Многія неурядицы въ дѣлѣ медицинской помощи фабричному населенію обусловливаются, по мнѣнію докладчика, молчаливымъ соглашеніемъ фабрикантовъ съ врачами. Въ общемъ можно сказать, что, несмотря на крупныя затраты (около 1.000.000 рублей въ годъ) на медицинскую помощь и побужденія со стороны земства, агентовъ и фабричныхъ инспекторовъ, дѣло

находится въ застоѣ. Но сознаніе рабочихъ растетъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ растутъ и ихъ требованія, и можно быть увѣреннымъ, что съ теченіемъ времени дѣло такимъ образомъ улучшится.

Въ заключеніе докладчикъ выставилъ слѣдующія положенія. 1) Интересы государства, общества, рабочихъ и самой промышленности требуютъ, чтобы медицинская помощь, во всѣхъ современныхъ ея видахъ, оказывалась не только рабочимъ собственно, но и всему фабричному населенію за счетъ промышленниковъ. 2) Неисполненіе этого требованія должно вести къ отрицанію за фабрикантомъ права самолично завѣдывать медицинскимъ дѣломъ на своей фабрикѣ и привести къ необходимости передать это право общественнымъ учрежденіямъ, съ оставленіемъ на фабрикантѣ обязанности возмѣщать общественнымъ учрежденіямъ расходы по устройству и содержанію медицинскихъ учрежденій для рабочихъ. Расходы фабриканта должны быть достаточны для данаго времени безъ фиксаціи на долгій срокъ. 3) Общественныя учрежденія, добровольно принимая на себя отъ фабрикантовъ заботы о больныхъ рабочихъ и ихъ семьяхъ, при реализаціи этихъ заботъ, въ свою очередь руководятся дѣйствительной потребностью фабричнаго населенія въ медицинской и санитарной помощи. 4) Настоящее состояніе фабричной медицины въ уѣздахъ Московской губерніи таково, что неотложно требуетъ дѣятельнаго контроля не за формальнымъ только выполненіемъ фабрикантами обязательныхъ постановленій или закона, но и за всѣхъ ходомъ дѣла въ фабричныхъ больничныхъ учрежденіяхъ.

Туптоловъ коснулся вопроса о рабочихъ-сифилитикахъ. Дѣло въ томъ, что на нѣкоторыхъ фабрикахъ имѣются спеціальныя отдѣленія для сифилитиковъ; другіе же промышленники удаляютъ со своихъ фабрикъ сифилитиковъ, какъ различныхъ больныхъ. Очевидно, что каждая фабрика должна имѣть отдѣленіе для сифилитиковъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ они либо уйдутъ въ деревню, либо постараются попасть на другую фабрику, гдѣ осмотръ рабочихъ производится менѣе внимательно, и такимъ образомъ будутъ способствовать распространенію сифилитической заразы.

Тезяковъ призналъ первый пунктъ положенія докладчика заслуживающимъ одобренія, но полагалъ бы, что пока слѣдуетъ исключать послѣднія слова этого пункта, а именно: за счетъ промышленниковъ. Относительно второго и третьяго положенія докладчика *Тезяковъ* предлагалъ пока воздержаться, въ виду предстоящей реформы. Далѣе оппонентъ, говоря о контролѣ, возбудилъ вопросъ о томъ, кто же будетъ собственно контролировать медицинское дѣло на фабрикахъ?

Покровский на это отвѣтилъ, что пока нельзя предпрѣшить этотъ вопросъ, что рѣшить его сама жизнь, которая укажетъ намъ лучшій способъ контроля, но что на первыхъ порахъ можно было бы предоставить это дѣло общественнымъ силамъ.

Борисовъ указалъ, что расходы, требуемые первымъ пунктомъ, пока должны пасть на промышленниковъ, да они сами не протестуютъ противъ этого.

Астраханъ напомнилъ, что уже IX Пироговскій сѣздъ призналъ необходимость обезпеченія рабочихъ и ихъ семей медицинской помощью, и притомъ за счетъ промышленниковъ.

Кромѣ того, въ преніяхъ приняла участіе еще *Помбракъ, Кауцъ* и др., предложившіе дополнить первый пунктъ положенія докладчика въ томъ смыслѣ, чтобы медицинская помощь производилась «*всецѣло*» за счетъ промышленниковъ,

независимо отъ того, «въ какую бы форму ни вылилась въ будущемъ эта медицинская помощь».

Съ такими поправками положенія докладчика были приняты секціей.

И. М. Шапочниковъ: Проектъ организаціи амбулаторнаго и госпитальнаго леченія на фабрикахъ. По мнѣнію докладчика, фабричная медицина должна перейти съ вѣдѣніе общественныхъ учрежденій, что возможно, впрочемъ, лишь при условіи демократизаціи этихъ учрежденій. При этомъ медицинская помощь должна быть предоставлена не только рабочимъ, но и ихъ семьямъ. Это требованіе выполнимо лишь при томъ условіи, если врачебная помощь будетъ близка къ фабричному населенію. Въ частности фабричный пунктъ долженъ состоять изъ амбулаторіи и госпиталя со всѣми необходимыми отдѣленіями и постройками. Для того, чтобы фабричное населеніе было въ надлежащей степени обезпечено медицинской помощью, признано желательнымъ, чтобы на каждые 75 человѣкъ рабочихъ было устроено по одной койкѣ въ госпиталѣ, не включая въ это число коекъ заразнаго отдѣленія, которое должно быть устроено особо; равнымъ образомъ должны быть устроены кромѣ того еще родильныя пріюты съ такимъ расчетомъ, чтобы на каждыя 100 работающихъ женщинъ приходилась одна спеціальная койка. Сверхъ того, фабричный пунктъ долженъ быть обезпеченъ врачебнымъ персоналомъ, по расчету 1 на 2000 рабочихъ, а также достаточнымъ вспомогательнымъ и служительскимъ персоналомъ. Далѣе докладчикъ остановился еще на необходимости разрѣшить вопросъ о пріютахъ для хрониковъ, о санаторіяхъ, о психіатрической помощи, о спеціальной помощи и въ заключеніе указалъ на желательность учрежденія комиссіи для всесторонней разработки затронутого вопроса.

Послѣ нѣкотораго обмѣна мыслей, въ которомъ приняли участіе *Тезяковъ, Кацъ* и др., секція высказалась, согласно предложенію докладчика, за желательность учрежденія при Пироговскомъ Обществѣ спеціальной комиссіи для всесторонней разработки вопроса объ организаціи амбулаторнаго и госпитальнаго леченія на фабрикахъ.

Д. П. Никольскій: О необходимости създа фабрично-заводскихъ врачей. За отсутствіемъ докладчика докладъ его, какъ особенно интересный, былъ, въ видѣ исключенія, прочитанъ, съ согласія секціи, д-ромъ *Астраханомъ*. Необходимость създа фабрично-заводскихъ врачей обусловливается накопленіемъ цѣлаго ряда вопросовъ по фабрично-заводской медицинѣ, для разрѣшенія которыхъ требуется присутствіе возможно большаго числа фабричныхъ врачей, спеціально знакомыхъ съ дѣломъ. Этому създу предстоитъ изучить и разрѣшить цѣлый рядъ сложныхъ вопросовъ, которые достаточно назрѣли и требуютъ возможно скораго рѣшенія, въ виду предстоящаго пересмотра всего рабочаго законодательства. Докладчикъ настаиваетъ на необходимости, не дожидаясь слѣдующаго Пироговскаго създа, созвать спеціальнй създъ фабрично-заводскихъ врачей. Для предстоящаго създа докладчикъ намѣтилъ слѣдующую краткую программу занятій: а) Современное положеніе фабрично-заводской медицины (самостоятельное отъ фабрикъ и заводовъ, совмѣстное съ нѣсколь-

кими фабриками, земствомъ, городомъ и т. п.). Какая система помощи — стационарная, или амбулаторная, или та и другая, лечение семействъ рабочихъ, акушерская помощь работницамъ, лечение постороннихъ, аптечное дѣло, регистрація больныхъ, расходы на медицинское дѣло. б) Заболѣваемость рабочихъ и особенно профессиональными болѣзнями среди мужчинъ и женщинъ. в) Санитарное дѣло на фабрикахъ и заводахъ. Вліяніе вредныхъ условій фабрично-заводскаго производства на рабочихъ. Кто вѣдаетъ это дѣло и отношеніе къ нему со стороны предпринимателей. г) Несчастные случаи съ рабочими на фабрикахъ, заводахъ и горныхъ промыслахъ. Регистрація несчастныхъ случаевъ, причина ихъ; желательно отмѣтить вліяніе продолжительности рабочаго дня на происхожденіе несчастныхъ случаевъ и мѣры къ предохраненію отъ нихъ. Отвѣтственность предпринимателей (законъ 1903 года), страхованіе рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ, въ случаѣ болѣзни, старости. д) Жилища рабочихъ на фабрикахъ, заводахъ, промыслахъ сельскохозяйственныхъ. Условія пользованія ими. Мѣры по улучшенію жилищъ. е) О распространеніи среди рабочихъ алкоголизма, туберкулеза и другихъ заразныхъ болѣзней. Мѣры борьбы съ ними. ж) Дѣтскій и женскій трудъ на фабрикахъ и заводахъ. Дѣтская смертность среди фабричнаго населенія. з) О введеніи преподаванія профессиональной гігіены въ высшихъ медицинскихъ учебныхъ заведеніяхъ. и) Различныя сообщенія и доклады не по вопросамъ программы. к) Выставка предохранительныхъ приборовъ и аппаратовъ противъ вредныхъ условій различныхъ производствъ.

Астраханъ доказывалъ необходимость созвать съѣздъ фабричныхъ врачей поскорѣе, чтобы быть готовыми, какъ только въ Государственной Думѣ возникнетъ вопросъ о пересмотрѣ рабочаго законодательства.

Съ этимъ согласился и *Покровский*, предостерегавшій фабричныхъ врачей противъ отпаденія отъ Пироговскаго Общества.

Помбракъ полагаетъ, что фабричные врачи могутъ устраивать спеціальныя съѣзды по аналогіи съ хирургическими, не отказываясь при этомъ отъ Пироговскаго Общества.

Борисовъ выразилъ опасеніе, что фабричные врачи не соберутся на спеціальнй съѣздъ, когда на общій Пироговскій съѣздъ ихъ пріѣхало такъ мало.

Наоборотъ, *Кацъ* выражалъ увѣренность, что на спеціальнй съѣздъ соберется много врачей.

Равнымъ образомъ, по мнѣнію *Помбрака*, отсутствіе врачей объясняется тѣмъ, что многіе не знали, о чемъ будетъ идти рѣчь.

Тезяковъ предложилъ созвать съѣздъ не только фабричныхъ врачей, но также горнопромышленной и сельскохозяйственной медицины. По его предложенію секція признала своевременнымъ и необходимымъ созвать возможно скорѣе, не предѣлая, однако, срока (всего лучше въ концѣ текущаго или въ началѣ слѣдующаго года), спеціальнй съѣздъ врачей по фабричной, горнозаводской медицинѣ и санитаріи, избравъ мѣстомъ съѣзда городъ Москву, какъ наиболѣе центральный.

Кромѣ того, секціей было принято предложеніе чествовать д-ра *Никольскаго* по случаю исполняющагося 25-лѣтія его научной и практической дѣятельности.

С. М. Богословскій: Къ вопросу о классификаціи профессій. Указавъ на то, что профессія накладываетъ извѣстный отпечатокъ на человѣка и что классификація *Bertillon*'а несомнѣнно пригодна для

насъ въ силу мѣстныхъ условій, докладчикъ выдвинулъ новый принципъ для классификаціи профессій, а именно, природу обрабатываемаго матеріала.

Астрахань отмѣтилъ трудность вопроса о томъ, что считать профессиональнымъ заболѣваніемъ, и необходимость выработать соотвѣтствующую классификацію.

Кромѣ того въ преніяхъ принимали участіе *Никитинъ*, *Тезяковъ* и др.

По предложенію *Борисова* рѣшено сдѣлать поставленный вопросъ о классификаціи профессій программнымъ.

Въ заключеніе секція привѣтствовала присутствовавшихъ въ засѣданіи членовъ Московскаго Общества фабричныхъ врачей, которые доставили наибольшее количество докладовъ и тѣмъ дали возможность состояться секціи.

По окончаніи засѣданія всѣ члены его осмотрѣли, по предложенію д-ра *Астрахана*, завѣдуюмую имъ образцовую больницу и казармы для рабочихъ при ситце-набивной фабрикѣ Губнера.

Соединенное засѣданіе секцій: гігіены, земской и городской медицины, фабричной медицины и по вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью.

Засѣданіе 29 апрѣля.

Предсѣдатель *Н. И. Игумновъ*.

В. Я. Канель: *Врачи и рабочій вопросъ*. Въ качествѣ хранителей общественнаго здоровья врачи въ своей дѣятельности приходятъ въ тѣсное соприкосновеніе съ рабочимъ вопросомъ. Всѣ стремленія нашего фабричнаго законодательства направлены исключительно къ поддержанію такъ назыв. «порядка» на фабрикахъ и заводахъ и къ обезпеченію интересовъ предпринимателей. Интересы рабочаго класса далеко не пользуются такимъ вниманіемъ у нашихъ законодателей, какъ интересы промышленниковъ. Въ самомъ дѣлѣ, наше фабричное законодательство вовсе не считается съ требованіями санитаріи и гігіены, допускаетъ существованіе женскаго и дѣтскаго труда, чрезмѣрно большого рабочаго дня и т. д. При такихъ условіяхъ фабрики и заводы превращаются въ настоящія клоаки, гдѣ такъ надрываются физическія и духовныя силы трудящагося класса. Вредное дѣйствіе непосильнаго физическаго труда рѣзко усиливается отъ пребыванія рабочихъ въ атмосферѣ вѣчнаго надзора и опеки. Такое же неблагоприятное вліяніе оказываетъ ограниченіе самостоятельности рабочихъ, лишеніе ихъ свободы въ дѣлѣ организаціи и т. д. Нужно-ли удивляться, что при такихъ условіяхъ жизни и труда рабочихъ среди нихъ наблюдаются всѣ симптомы вырожденія. Дѣти фабричныхъ гибнутъ отъ золотухи и рахита, а сами рабочіе сплошь и рядомъ дѣлаются жертвами туберкулеза, сифилиса и пр. Большой ущербъ наноситъ рабочимъ сильно распространенный среди нихъ алкоголизмъ—этотъ постоянный спутникъ нищеты и невѣжества. Къ несчастью, врачи, которые прямо призваны бороться съ этими ужасами фабричной жизни, не въ силахъ выполнить свое назначеніе, будучи сами безправны, беспомощны и зависимы отъ другихъ. Для борьбы съ существующимъ зломъ, по мнѣнію докладчика, необходимо оздоровленіе физической и духовной стороны жизни рабочихъ на фабрикахъ и заводахъ, а для этого требуется поставить трудъ рабочаго подъ защиту спеціальнаго законодательства, избавить рабочихъ отъ практикуемой

нынѣ въ промышленныхъ предпріятіяхъ унизітельной для человѣческаго достоинства системы сыска, предоставить рабочимъ широкую свободу совѣзѣ, собраній и возможность бороться за улучшеніе своего тяжелаго политическаго и экономическаго положенія.

Колосовъ: Врачи не могутъ не быть социалистами, но они въ то же время не могутъ достаточно энергично бороться противъ фабрикантовъ, отстаивая интересы рабочихъ, изъ страха лишиться заработка. Этого можно будетъ избѣгнуть, только сдѣлавъ врача независимымъ отъ фабриканта. Для этого врачи должны находиться на службѣ не у фабрикантовъ, а у рабочихъ кассъ.

Вегеръ возражалъ противъ слова «сыскъ», предлагалъ замѣнить его болѣе широкимъ выраженіемъ: «политическое безправіе».

Канель настаиваетъ на словѣ «сыскъ», какъ на выраженіи особаго гнета, который испытываютъ рабочіе, сверхъ общаго политическаго безправія, которое они раздѣляютъ наравнѣ съ остальнымъ населеніемъ.

Викторовъ подтверждаетъ, на основаніи собственныхъ наблюденій, заявленіе *Канеля* о широко практикуемомъ сыскѣ на фабрикахъ и заводахъ. Далѣе онъ нарисовалъ картину той обстановки, которая окружаетъ фабричныя заведенія: кругомъ казенныя винныя лавки—для спавнанія рабочихъ—и усиленная охрана—полиція, казаки, сыщики—для надзора за рабочими.

Предложенія докладчика приняты собраніемъ единогласно.

И. Д. Астраханъ: *Регистрація поврежденій (несчастныхъ случаевъ) на фабрикахъ и заводахъ*. У насъ несчастныхъ случаевъ бываетъ въ 10 разъ больше, чѣмъ напр. въ Германіи. Но имѣющіеся официальные данныя по вопросу о несчастныхъ случаяхъ на фабрикахъ и заводахъ не только неполны, но завѣдомо ложны. Объясняется это между прочимъ тѣмъ, что фабриканты не доставляютъ точныхъ данныхъ. Во избѣжаніе этого необходимо, чтобы врачи сами собирали соответствующія свѣдѣнія и непосредственно направляли бы въ одинъ центръ, такъ чтобы эти свѣдѣнія не затерялись. Но для того, чтобы врачи были въ состояніи надлежащимъ образомъ выполнить эту задачу, необходимо реорганизовать фабричную медицину, сдѣлавъ фабричныхъ врачей независимыми. Для выработки точной статистики несчастныхъ случаевъ на фабрикахъ и заводахъ необходимо зарегистрировать каждое поврежденіе, какъ бы оно незначительно ни было. Для большаго удобства регистрація должна вестись врачами по однообразной карточкѣ. Такую карточку докладчикъ выработалъ совмѣстно съ Московскимъ Обществомъ фабричныхъ врачей и предложилъ вниманію собранія.

Разработку карточекъ желательно сосредоточить въ специальномъ бюро, которое можетъ быть организовано при Московскомъ Обществѣ фабричныхъ врачей.

Врачи, принимавшіе участіе въ преніяхъ (*Помбранъ* и др.), подтвердили фактъ замалчиванія несчастныхъ случаевъ.

Канель указалъ, что наши фабрики и заводы издавна пользуются дурной славой, какъ лабораторіи травматизма. Что же касается официальныхъ свѣдѣній, то напр. статистическія данныя представляютъ нечто иное, какъ сплошной курьезъ: такъ, напр., чтобы доказать, что число несчастныхъ случаевъ у насъ невелико, вычисляютъ % поврежденій такимъ образомъ, что берутъ данныя, доставленныя нѣсколькими фабриками, и относятъ ихъ къ общему числу всѣхъ рабочихъ.

То же подтвердилъ и *Фоминъ*, подчеркнувъ при этомъ зависимость врачей,

недостатокъ у нихъ времени для сложной канцелярской работы и невозможность, за отсутствіемъ специальныхъ свѣдѣній, разобраться въ противорѣчивыхъ показаніяхъ рабочихъ и администраціи.

Делекторскій заявилъ, что нужно регистрировать не только тяжелые, но и легкіе случаи, такъ какъ и послѣдніе могутъ въ дальнѣйшемъ принять тяжелый характеръ.

Викторовъ считаетъ регистрацію несчастныхъ случаевъ прямой обязанностью врача и притомъ дѣломъ далеко не сложнымъ. Поступая на фабрику, врачъ долженъ быть подготовленъ къ предстоящей дѣятельности и обладать запасомъ необходимыхъ свѣдѣній.

Геллеръ указалъ, что въ Берлинѣ существуетъ специальный музей, имѣющій цѣлью дать врачамъ возможность ознакомиться съ машинами.

Фоминъ сослался на обезпеченность врачей и на невозможность тратить много времени на составленіе сложныхъ карточекъ.

Астраханъ возразилъ, что для этого требуется всего 15 минутъ, добавивъ, что въ настоящее время идетъ уже рѣчь о выработкѣ международного типа статистическихъ карточекъ.

Подводя итоги преніямъ, *Игумновъ* отмѣтилъ необходимость созданія точной и притомъ однообразной статистики, предложивъ представленную докладчикомъ карточку передать для пересмотра въ специальную комиссію при Правленіи Пироговскаго Общества.

Предложеніе секціей принято.

Желѣзнодорожная медицина.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Засѣданіе открыто было привѣтственной рѣчью завѣдующаго секціей *В. М. Михайлова*.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *М. А. Заусайловъ*.

Никифоровъ: О необходимости устройства въ г. Москвѣ больницы для желѣзныхъ дорогъ Московскаго узла. Докладчикъ, очертивъ общую постановку вопроса о леченіи желѣзнодорожныхъ служащихъ, указалъ, что современная система пользованія услугами городскихъ больницъ за плату тяжело отражается на больныхъ, такъ какъ отказы въ больницахъ очень часты. И это понятно. Требованіе на больничное леченіе возрастаетъ съ каждымъ годомъ. Количество населенія Москвы возросло до 1½ мил. челов.; приростъ служащихъ на желѣзныхъ дорогахъ Московскаго узла также долженъ увеличиться. Между тѣмъ городу не хватаетъ коекъ для контрамарочныхъ больныхъ. Количество отказовъ въ помѣщеніи для леченія въ больницахъ все растетъ. Эти положенія докладчикъ подкрѣпилъ статистическими данными о количествѣ отказовъ. Кромѣ того, это леченіе стоитъ казнѣ дорого. Плата за леченіе съ управленія дорогъ взимается произвольно съ 95 коп. до 1 руб. 50 коп., двухъ и, возможно, возрастетъ въ скоромъ будущемъ даже до трехъ рублей. Положеніе врачей, на рукахъ которыхъ остаются больные, требующіе больничной обстановки, очень тяжелое. Все эти соображенія и заставляютъ придти къ убѣжденію въ необходимости построить свою желѣзнодорожную больницу для служащихъ Московскаго узла. Количество коекъ по приблизительному расчету доклад-

чика — 420. При больницѣ необходимо построить родильный пріютъ, такъ какъ обезпеченіе акушерской помощью очень недостаточное. Большихъ расходовъ для казны это не дастъ, такъ какъ и теперь эти расходы весьма значительны.

Въ преніяхъ прежде всего подверглись сомнѣнію цифры, представленныя докладчикомъ. *Лебединскій* находитъ эти цифры недоказательными, такъ какъ одинъ и тотъ же желѣзнодорожный больной, путешествуя изъ больницы въ больницу, иногда не одинъ день, можетъ значительно увеличивать и измѣнять статистику. Что касается постройки центральной больницы, то ораторъ предостерегаетъ отъ увлеченія централизацией. Главное — необходимо на линіи развивать небольшія желѣзнодорожныя больнички по образцу земскихъ.

Заусайловъ также считаетъ, что эти цифры не могутъ быть вполне точны, и собственно онѣ не могутъ лечь въ основу сужденія о количествѣ нужныхъ кооекъ. Если сравнить обезпеченіе медицинской помощью въ земствахъ и на желѣзныхъ дорогахъ, то окажется, что желѣзнодорожные служащіе обезпечены лучше, но не надо забывать, что требованія къ такому обезпеченію на желѣзныхъ дорогахъ должны быть повышены. Съ другой стороны, понятно, что казна предпочитаетъ переплачивать за леченіе своихъ больныхъ въ чужихъ больницахъ, чѣмъ выстроить свою. Больница на 420 кроватей должна вызвать одновременный миллионный расходъ. Выходомъ является, по мнѣнію оратора, развитіе частной инициативы въ томъ смыслѣ, чтобы частныя лица основывали отдѣльныя больнички, въ которыхъ казна и помѣщала бы желѣзнодорожныхъ больныхъ.

Кромѣ того въ преніяхъ, въ которыхъ принялъ участіе *Кривошеинъ, Леви, Аристовъ*, была подчеркнута плохая постановка акушерской помощи и необходимость учрежденія родильныхъ пріютовъ. Нѣкоторые предлагали ввести въ видъ суррогата повитухъ.

Секція пришла къ заключенію, что потребность въ больничномъ леченіи желѣзнодорожныхъ служащихъ не удовлетворена, въ особенности это чувствуется въ Московскомъ узлѣ.

Д-ръ Михайловъ: О правильной постановкѣ санитарной статистики на желѣзныхъ дорогахъ. Въ Россіи 33 казенныхъ и частныхъ дорогъ и 9 мѣстнаго значенія, протяженіе желѣзнодорожной сѣти къ 1 января 1903 года — 56.212 верстъ; на желѣзныхъ дорогахъ работало 72.825 чел. служащихъ; съ членами семействъ это было населеніе въ 2 мил. 360 тыс. человекъ. Извѣстно-ли намъ что-нибудь о заболѣваемости, смертности и инвалидности этого населенія? Отвѣтить на это придется отрицательно. Управление желѣзныхъ дорогъ публикуетъ большой отчетъ, но къ цифрамъ его приходится относиться осторожно. Отчеты эти составляются на основаніи отчетовъ отъ отдѣльныхъ желѣзныхъ дорогъ; послѣдніе составляются по участковымъ отчетамъ. Но во всѣхъ этихъ отчетахъ нѣтъ единообразія. Если взять напр. увѣче или отдѣльныя заболѣванія, или травматическія поврежденія, то замѣтимъ колоссальную разницу въ цифрахъ. Объясняется это, конечно, не разницей въ количествѣ случаевъ, а разницей въ регистраціи; на однихъ дорогахъ регистрируются только тяжелые случаи, на другихъ и легкіе и т. д. Только на немногихъ дорогахъ статистика ведется особымъ спеціальнымъ лицомъ при старшемъ желѣзнодорожномъ врачѣ, въ большинствѣ случаевъ на участкахъ статистикой занимаются всѣ вообще, а никто въ частности. Участковому врачу при массѣ текущихъ дѣлъ невозможно заниматься статистическими выкладками. Дѣло поручается фельдшеру, и уже точности отъ этихъ цифръ

требовать нельзя. Между тѣмъ точная статистика очень важна, особенно теперь, когда необходимость улучшенія быта желѣзнодорожныхъ служащихъ сознается всѣми. Необходимо организовать дѣло такимъ образомъ, чтобы врачи выполняли только карточки, а разработка ихъ производилась въ санитарныхъ бюро, организованныхъ по типу земскихъ въ узловыхъ мѣстахъ (Петербургъ, Москва, Харьковъ, Саратовъ, Томскъ, Ташкентъ, Варшава, Вильна). Настоятельно необходима въ первую очередь перепись желѣзнодорожнаго населенія, такъ какъ до сихъ поръ истинное количество узнается чисто эмпирическимъ путемъ.

Аристовъ указалъ, что на послѣднемъ совѣщаніи старшихъ и санитарныхъ врачей въ Москвѣ этотъ вопросъ обсуждался и пришли къ тѣмъ же выводамъ, что и докладчикъ; на этомъ совѣщаніи былъ выработанъ и типъ карточки.

Предложенія докладчика секціей приняты.

Засѣданіе 28 апрѣля.

М. А. Заусайловъ: *Помощь пострадавшимъ отъ несчастныхъ случаевъ и травматическія поврежденія на Екатерининской жел. дор. за 20 лѣтъ ея существованія.* Докладчикъ сообщилъ, что Екатерининская дорога за 20 лѣтъ своего существованія развила свою дѣятельность въ 45 разъ, а составъ служащихъ въ ней увеличенъ только въ 15 разъ. вмѣсто 471 в., какъ было это 20 лѣтъ назадъ, дорога въ настоящее время тянется на протяженіи 2160 в. и по числу пострадавшихъ занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ между отечественными дорогами, причемъ на долю пассажировъ приходится поврежденій 4 %, а на долю служащихъ — 64 %. Къ числу поврежденій относятся: сотрясенія мозга, ожоги, переломы, перерѣзыванія и пр. Общее число смертныхъ случаевъ отъ травматизма = 17,5 %. Раны были преимущественно загрязненные. Хирургическіе больные по роду болѣзней распредѣлялись такъ: ушибовъ (29,77 %), ранъ (29,64 %), костей (25,88 %) и ожоговъ (10,35 %). Докладчикъ очень доволенъ предложенными имъ влажными компрессами, которые онъ накладывалъ непосредственно на загрязненные раны и получалъ заживленіе первичнымъ натяженіемъ. Эти компрессы онъ рекомендуетъ накладывать только влажными, но не мокрыми. Такіе компрессы дѣйствуютъ лучше всѣхъ антисептическихъ и асептическихъ повязокъ. Въ настоящее время на дорогѣ состоятъ врачи по расчету 1 на 200 служащихъ или на 500 населенія, существуютъ больницы и устроены приемные покои, гдѣ подается главнымъ образомъ помощь амбулаторная.

Астраханъ обратился къ Обществу желѣзнодорожныхъ врачей съ предложеніемъ примкнуть къ Обществу фабричныхъ врачей, имѣющему свой уставъ; дѣятельность фабричной медицины имѣетъ много общаго съ дѣятельностью желѣзнодорожной медицины, задачи ихъ сходятся, почему и желательно ихъ сближеніе.

Желѣзнодорожные врачи отнеслись сочувственно къ сдѣланному предложенію.

И. В. Лисицынъ: *Характеръ и частота поврежденій глазъ у желѣзнодорожныхъ служащихъ.* На основаніи своихъ наблюденій

докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Отношеніе частоты поврежденія глазъ къ общему числу всѣхъ поврежденій желѣзнодорожныхъ служащихъ есть величина почти постоянная. 2. Характеръ поврежденія глазъ слѣдующій: инородныя тѣла роговицы и конъюнктивы, раненія и ушибы глазъ, поверхностныя ссадины и язвы роговицы, ожоги химическіе и термическіе и пр. 3. Распределеніе поврежденій глазъ по категоріямъ службъ и цехамъ имѣетъ извѣстную закономерность. 4. Предохранительныя мѣры противъ поврежденій глаза сводятся къ улучшенію условій производства труда и приспособленій въ мастерскихъ, къ поднятію культуры рабочихъ, къ правильной и своевременной окулистической помощи и предохранительнымъ очкамъ. 5. Существующія нормы для опредѣленія размѣра утраты трудоспособности при поврежденіяхъ глазъ недостаточно обоснованы. Докладчикъ демонстрировалъ различнаго рода предохранительные очки.

Астраханъ замѣтилъ, что пора измѣнить таблицы опредѣленія трудоспособности и ввести обязательное страхованіе рабочихъ.

Никифоровъ указалъ, что ни одни очки не могутъ удовлетворить рабочихъ, такъ какъ очки скоро загрязняются.

Засайловъ замѣтилъ, что рабочій въ настоящее время обращается не къ специалисту, а къ кому угодно, и врачъ никакими таблицами не руководится, опредѣляя потерю зрѣнія какъ ему вздумается.

Каминскій заявилъ, что его при экспертизѣ не удовлетворяли ни таблицы *Кацаурова*, ни таблицы *Цендера*. Таблицы эти стоятъ на сторонѣ эксплуататоровъ, а не рабочихъ.

Михайловъ высказался за то, чтобы для каждой дороги были приглашены врачи-офтальмологи.

В. И. Спасскій демонстрировалъ изобрѣтенный имъ аппаратъ для опредѣленія симуляціи зрѣнія.

А. О. Цастровъ: О таблицахъ *Донберга*, примѣняемыхъ желѣзнодорожными врачами для опредѣленія остроты зрѣнія. Докладчикъ, указавъ на то, что таблицы *Донберга* не соответствуютъ научнымъ требованіямъ, предложилъ свой способъ опредѣленія остроты зрѣнія, основанный на томъ, что берутся не цифры или буквы, а различной величины колонки, соответствующія №№ таблицъ.

Каминскій замѣтилъ, что будетъ разница—при какомъ освѣщеніи производить изслѣдованіе, при дневномъ, или при искусственномъ вечернемъ.

Натансонъ высказался, что желательнѣе при изслѣдованіи остроты зрѣнія буквы совершенно изгнать, а употреблять только знаки.

Лаврентьевъ указалъ, что знаки круглые читаются хуже прямыхъ.

Въ дальнѣйшихъ преніяхъ принимали участіе: *Авербахъ*, *Засайловъ* и др.

А. О. Цастровъ демонстрировалъ модель санитарнаго вагона простѣйшаго типа, устроеннаго имъ изъ товарнаго вагона. Вагонъ этотъ раздѣляется на три части и стоитъ только 400 руб., но онъ неудобенъ потому, что больные, внесенные туда на носилкахъ, должны проноситься въ комнату, отведенную для нихъ въ вагонѣ, уже на рукахъ, такъ какъ проходъ согласно правиламъ дороги настолько узокъ, что не позволяетъ повернуться съ носилками. Кровати для больныхъ устроены очень удобно.

М. А. Заусайловъ сообщилъ о новыхъ санитарныхъ вагонахъ на Екатерининской желѣзной дорогѣ и иллюстрировалъ свое сообщеніе многочисленными рисунками. Каждый вагонъ стоитъ 10.000 руб. Снабжены вагоны кроватями новаго типа.

Лебединскій (Москва) замѣтилъ, что такая большая затрата на санитарные вагоны не рациональна и гораздо лучше бы было, если бы эту сумму раздѣлить на удовлетвореніе другихъ болѣе важныхъ нуждъ.

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ такомъ важномъ дѣлѣ какъ перевозка больныхъ, нечего скупиться и разсчитывать, а нужно сдѣлать какъ можно лучше.

М. А. Заусайловъ: О судебно-медицинскихъ экспертизахъ лицъ, пострадавшихъ на желѣзныхъ дорогахъ, и объ ошибкахъ, допущенныхъ при этомъ судебно-медицинскими экспертизами. Докладчикъ нарисовалъ картину неудовлетворительной постановки дѣла судебной экспертизы лицъ, пострадавшихъ на желѣзныхъ дорогахъ, и предложилъ слѣдующія мѣры: 1. Эксперты должны избираться по жребію, подобно присяжнымъ засѣдателямъ. 2. Эксперты должны быть специалистами и о нихъ свѣдѣнія должны отбираться судомъ. 3. Трудъ какъ экспертовъ, такъ и лицъ, производившихъ клиническія наблюденія, долженъ быть оплаченъ возможно лучше. 4. Необходимо въ судѣ создать обстановку, способствующую научно поставленной экспертизѣ. 5. Необходимо включать въ протоколы всѣ встрѣчающіяся противорѣчія и оказывающіяся симуляціи. Въ настоящее время въ судѣ встрѣчаются одни и тѣ же эксперты, что нерѣдко приноситъ ущербъ дѣлу, такъ какъ врачи выступаютъ мало знакомые съ дѣломъ и не специалисты.

Въ возникшихъ преніяхъ принимали участіе: Лебединскій, Кирицынъ, Никифоровъ, Михайловъ и др.

Передъ закрытіемъ секціи собраніе приняло слѣдующія предложенія председателя: 1. Необходимо увеличить врачебную помощь на желѣзныхъ дорогахъ и пригласить окулистовъ на всѣ желѣзныя дороги. 2. Предохранительные очки не удовлетворяютъ своему назначенію и должны быть замѣнены другими пособіями. 3. Буквы и цифры въ таблицахъ нужно замѣнить знаками. 4. Судебная экспертиза лицъ, пострадавшихъ на желѣзныхъ дорогахъ, неудовлетворительна и требуетъ коренныхъ измѣненій.

Для будущаго Пироговскаго съѣзда секціей предложены слѣдующія темы: 1. Санитарно-экономическія условія жизни и труда и профессиональныя заболѣванія желѣзнодорожнаго населенія по отдѣльнымъ специальностямъ (служба въ телеграфѣ, мастерскихъ, поѣздахъ и пр.). 2. Изученіе условій происхожденія профессиональных травматическихъ поврежденій. 3. Объ обязательномъ страхованіи служащихъ и рабочихъ на желѣзныхъ дорогахъ на случай смерти, заболѣваемости и инвалидности. 4. Санитарная статистика, какъ основа для изученія заболѣваемости желѣзнодорожнаго населенія. Необходимость правильной и однообразной организаціи ея на желѣзныхъ дорогахъ. Способы веденія ея. 5. Современное положеніе желѣзнодорожной медицины и отношеніе ея къ земскимъ, городскимъ и другимъ общественнымъ врачебно-санитарнымъ организаціямъ. 6. Борьба съ заразными болѣзнями на желѣзныхъ дорогахъ. 7. Правильная организація на желѣзныхъ дорогахъ первой помощи при несчастіяхъ и внезапныхъ заболѣваніяхъ. 8. О правовомъ и служебномъ положеніи желѣзнодорожныхъ врачей.

Военная медицина.

Засѣданіе 29 апрѣля.

Н. Я. Садовскій: О полевыхъ госпиталяхъ. Еще въ 1900 г. во время китайской кампаніи обнаружались крупѣйшіе недочеты при организаціи полевыхъ госпиталей: персоналъ набирался съ бору, да съ сосенки, медикаменты и хирургическіе инструменты съ деревянными ручками образца 1847 г. и т. д. Опытъ ничему, однако, не научилъ. Болѣе того, докладъ объ этомъ не былъ помѣщенъ въ «Военно-Медицинскомъ Журналѣ» и былъ не разрѣшенъ къ прочтенію на VIII Пироговскомъ сѣздѣ, гдѣ предсѣдателемъ секціи былъ тогдашній московскій окружной военно-медицинскій инспекторъ. И естественно, всѣ недочеты дали ясно себя знать во время русско-японской войны. Старшій врачъ былъ лишень всякой самостоятельности. Инспекторъ госпиталей — генералъ жилъ въ разстояніи 2 — 10 дней ѣзды. Всѣ рапорты, отправленные къ нему, оставались 2 ½ мѣсяца безъ отвѣта. Пришлось поневолѣ дѣйствовать на свой страхъ, за что послѣдовалъ выговоръ съ категорическимъ запрещеніемъ расходовать безъ разрѣшенія хотя бы гривенникъ. Осталось одно средство — обманъ: испрашивать заднимъ числомъ разрѣшеніе. При назначеніи врачей въ госпитали не считались вовсе съ ихъ спеціальностью. Хирурги попадали въ строевыя части. Школьные фельдшера были хорошо подготовлены. Ротные успѣли многое позабыть, но все же освоились съ дѣломъ. Многія сестры были очень слабо подготовлены, совершенно не дисциплинированы, зато съ большими претензіями, особенно по отношенію къ фельдшерамъ. Въ госпитальную команду давали слабыхъ людей, хрониковъ. На нихъ возлагалась масса постороннихъ обязанностей самаго разнообразнаго характера, отъ которыхъ команда изнемогала окончательно. Переписка по этому поводу съ начальствомъ ни къ чему не вела. Эвакуація велась безъ системы, безъ толку. Посылали не того и не туда, кого и куда слѣдовало бы. Исторіи болѣзни не доходили. Канцелярщина царила возмутительная. Торопились, гдѣ не слѣдовало, и наоборотъ.

Въ заключеніе своего сообщенія, докладчикъ указалъ на необходимость уже въ мирное время готовить кадры военныхъ врачей и хозяйственныхъ чиновъ, опытныхъ въ администраціи и хозяйствѣ госпиталя. Для этого онъ считаетъ необходимымъ военныя лечебныя заведенія мирнаго времени переформировать по типу полевыхъ госпиталей, поставивъ во главѣ ихъ врачей; во всякомъ случаѣ при формированіи полевыхъ госпиталей слѣдуетъ строго придерживаться «наставленія». Главному военному врачу необходимо предоставить право своею властью производить расходы изъ хозяйственныхъ суммъ госпиталя до опредѣленной цифры. Должностные мѣстные начальники должны быть за ненадобностью упразднены. При назначеніи ординаторовъ считаться съ спеціальностью врачей. Урегулировать положеніе сестеръ милосердія. Въ госпитальныя команды набирать людей главнымъ образомъ изъ бывшихъ чиновъ такихъ же

командъ; команды должны быть избавлены отъ посторонней службы. Освидѣтельствованіе здоровыхъ офицеровъ въ комиссіяхъ должно производиться только по представленію пользующихъ врачей. Канцелярская переписка должна быть сокращена и упрощена, но въ то же время однообразна. Необходимо воспользоваться горькимъ и дорогимъ урокомъ въ интересахъ будущаго.

Въ преніяхъ по докладу *Садовскаго* было указано, что докладчикъ приподнял только край завѣсы тѣхъ недостатковъ, которые существуютъ теперь при организаціи дѣятельности госпиталей на театрѣ войны. Далѣе указывалось не ненормальность подчиненія врача военной власти, тѣмъ болѣе, что первый стоитъ выше какъ по своему интеллектуальному развитію, такъ и по чувству долга и въ особенности по своему санитарно-медицинскому образованію.

Д. М. Гончаренко: Къ вопросу объ организаціи врачебно-санитарнаго дѣла въ полкахъ. Существующее законоположеніе не соотвѣтствуетъ всѣмъ современнымъ требованіямъ жизни, которая ушла далеко впередъ. Въ интересахъ дѣла врачи должны быть независимы отъ полковаго военнаго начальства. Необходимо улучшить матеріальное положеніе врача. Аттестація врачей должна быть безпристрастной, явной, а не тайной. Необходимо поднять служебный престижъ врачей. Санитарное дѣло нуждается въ улучшеніи по примѣру Японіи. Офицеры должны обучаться санитарному дѣлу для подачи первой помощи въ бою. Хорошо бы, по мнѣнію докладчика, сьорганизовать врачей въ обособленный санитарный корпусъ, по образцу другихъ странъ. Всѣ медицинскіе и санитарные вопросы должны разрабатываться въ военно-врачебной средѣ. Необходимы періодическія собранія совѣтовъ изъ выборныхъ представителей отъ частей войскъ и лечебныхъ заведеній для обсужденія докладовъ по назрѣвшимъ вопросамъ. Канцелярскія занятія старшаго врача должны быть сокращены. Необходима широкая постановка преподаванія военно-санитарной и общественной гігіены. Госпитали должны служить центрами для усовершенствованія молодыхъ врачей.

М. С. Толмачевъ: О транспортѣ больныхъ и раненыхъ въ русско-японскую войну. Транспортъ больныхъ и раненыхъ производился безъ всякаго плана. Мѣстныя условія вовсе не были приняты во вниманіе. Всюду царилъ бюрократизмъ. Дѣйствія нисколько не были согласованы. Во избѣжаніе повторенія столь печальныхъ явленій въ будущемъ необходимо сдѣлать медицинское Общество независимымъ, устроивъ филиальное его отдѣленіе на войнѣ. Далѣе, Пироговское Общество должно образовать специальную комиссію, которая бы собрала и разработала накопившійся за время войны матеріаль. Въ главѣ медицинскаго дѣла должны стоять не военные чины, а врачи, единственно компетентные въ рѣшеніи медицинскихъ вопросовъ. Необходимо расширить права врачей. Опытъ минувшей войны выяснилъ необходимость выработать однообразный типъ носилокъ, ввести вычный транспортъ и рельсовую конную тягу для большихъ войсковыхъ частей. Специальные рессорные экипажи финляндскаго типа являются полезнымъ дополненіемъ. Въ интересахъ дѣла необходимо ознакомить солдатъ и офицеровъ съ элементарными врачебно-санитарными

данными. Кроме того, необходимъ специальный кадръ носильщиковъ, обученныхъ транспортному дѣлу.

Г. М. Беркенгеймъ: О желѣзнодорожной эвакуаціи въ японскую войну. Докладчикъ подробно описалъ постановку дѣла эвакуаціи въ минувшую войну; дѣло это поставлено у насъ крайне неудовлетворительно. Необходимо воспользоваться накопившимся за это время опытомъ и тщательно изучить всѣ данныя, исправить всѣ дефекты, во избѣжаніе повторенія подобныхъ ошибокъ въ будущемъ. Необходимо создать при Пироговскомъ Обществѣ комиссію для изученія постановки медицинскаго дѣла на войнѣ, и результаты изслѣдованія представить въ Государственную Думу. Положеніе военныхъ врачей явно ненормально. Врачи должны быть независимы въ своихъ специальныхъ дѣйствіяхъ.

Архангельскій отмѣтилъ, что теплушечныхъ поѣздовъ, въ высшей степени непригодныхъ для эвакуаціи, было больше, чѣмъ санитарныхъ. Въ Москву эвакуированные иногда прѣзжали уже выздоровѣвшими и, по освидѣтельствованіи, ихъ приходилось черезъ 3—4 дня отправлять назадъ, на Дальній Востокъ. Получалась лишняя трата времени и средствъ на перевозку. А, вѣдь, этого можно было избѣгнуть, переосвидѣтельствуя эвакуируемыхъ въ пути.

Григоровичъ вполне присоединился къ выводамъ *Беркенгейма*, добавивъ еще нѣсколько характерныхъ штриховъ къ ужасной картинѣ эвакуаціи: тяжело-раненныхъ возили въ теплушечныхъ поѣздахъ въ самой тяжелой обстановкѣ, а рядомъ въ чудномъ, блестящемъ роскошью поѣздѣ находились легкіе больные, которые шли свободно, неся вещи въ рукахъ.

Толмачевъ подчеркнул, что съ одной стороны не хватало дешевыхъ (3 руб.) носилокъ, а съ другой стороны были роскошныя кареты.

Рудневъ: Даже въ роскошныхъ поѣздахъ раненые имѣли мало удобствъ: нѣкоторые ни разу не мылись по дорогѣ. Еще хуже обстояло дѣло съ теплушками.

Валуйскій: Наряду съ роскошными поѣздами были и теплушки. Лучше бы выработать одинъ средній, но хорошій типъ. Пироговское Общество должно устроить анкету среди участниковъ войны и сдѣлать вопросъ объ эвакуаціи программнымъ.

Кримова поддерживала предложеніе о передачѣ вопроса о всѣхъ недостаткахъ и промахахъ въ дѣлѣ военно-медицинской организаціи во время русско-японской войны въ специальную комиссію при Пироговскомъ Обществѣ.

Предложеніе это принято секціей.

Врачебный бытъ.

Засѣданіе 28 апрѣля.

Открывая засѣданіе, завѣдующій секціей *Д. Н. Жбанковъ* предложилъ начать занятія съ почтенія памяти того, кто былъ «кристалломъ безъ единой трещины, суперарбитромъ всѣхъ спорныхъ дѣлъ». Собраніе почтило память *В. А. Манассеина* вставаніемъ.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *А. И. Шингаревъ*.

Г. М. Беркенгеймъ: О дѣятельности справочно-посреднической комиссіи при Правленіи Пироговскаго Общества. Справочно-посредническая комиссія была открыта по инициативѣ *К. И. Смирнова* на VIII Пироговскомъ съѣздѣ, но вскорѣ запрещена министромъ внутреннихъ дѣлъ; въ февралѣ прошлаго года въ виду назрѣвшей въ ней необходи-

мости вновь открыта явочнымъ порядкомъ. Коммиссія рѣшила на первыхъ порахъ ограничиться посредничествомъ безъ рекомендаціи. Заявленій о существующихъ мѣстахъ было 200—137 врачебныхъ мѣстъ и 63 лицъ вспомогательнаго медицинскаго персонала. Предложили свой трудъ 418 лицъ, изъ нихъ 230 врачей, т. е. на каждое мѣсто два кандидата, причемъ эта кандидатура располагалась неравномѣрно: на земское мѣсто — 1 кандидатъ, на городское — 3 кандидата, а на уѣздное на 10 мѣстъ ни одного кандидата. Черносотенное движеніе, реакція сдѣлали свое дѣло: врачи относятся отрицательно къ земской дѣятельности, земства не могутъ найти врачей. Доходъ коммиссіи составляли 665 руб. (247—отъ предложеній и 318—отъ ищущихъ труда), расходъ—487 руб.

Докладчикъ отъ имени коммиссіи ставитъ секціи на разрѣшеніе нѣсколько вопросовъ. Во-первыхъ—желательна-ли и возможна рекомендація кандидатовъ? Во-вторыхъ — правильна-ли позиція, занятая коммиссіей по вопросу о бойкотѣ? На этомъ вопросѣ докладчикъ остановился подробнѣе. Коммиссія не принимала предложеній съ тѣхъ мѣстъ, которыя объявлены подъ бойкотомъ; съ другой стороны, коммиссія сконцентрировала по мѣрѣ возможности у себя свѣдѣнія о всѣхъ условіяхъ, сопровождавшихъ оставленіе мѣстъ, и предоставляла рѣшеніе вопроса самому кандидату. Докладчикъ настаиваетъ, чтобы секція разобрала этотъ вопросъ, и приводитъ обращеніе студентовъ-медиковъ изъ Юрьева съ просьбой выяснитъ этотъ вопросъ. Рѣшеніе съѣзда будетъ высшей моральной директивой для русскихъ врачей. Далѣе, ставятся вопросы о желательности изданія справочнаго листка коммиссіи и о способѣ осуществленія и вообще о желательныхъ измѣненіяхъ въ дѣятельности справочно посреднической коммиссіи, какъ въ общемъ ея направленіи, такъ и въ частности.

Арсеньевъ указалъ на то, что вопросъ о рекомендаціи много обсуждался еще въ первой коммиссіи, которая пришла къ выводу о невозможности рекомендаціи и товарищей, и учреждений, ибо точка зрѣнія рекомендаціи различна. Кромѣ того, для этого необходимъ большой авторитетъ. Для товарищей авторитетъ Пироговскаго Общества имѣетъ большое значеніе, для учреждений—нерѣдко никакого или даже отрицательное значеніе. Что касается бойкота, то коммиссія не можетъ входить въ оцѣнку, правильно или неправильно установленъ бойкотъ; она можетъ давать только чисто фактическія свѣдѣнія.

Жбанковъ также считаетъ невозможнымъ, чтобы справочно-посредническая коммиссія выступила активно въ вопросѣ о бойкотѣ. Съ мѣста получаютъ самыя противорѣчивыя свѣдѣнія, разобраться въ которыхъ, стоя далеко отъ мѣста, невозможно.

Несвицкій выдвигаетъ принципиальный вопросъ о бойкотѣ, считая при новыхъ условіяхъ бойкотъ несвоевременнымъ. Земства выродились, теперешніе представители—не представители, а «недоразумѣніе», и какое право имѣемъ мы оставлять населеніе безъ медицинской помощи изъ-за столкновенія съ «недѣйствительными» представителями. Слово «бойкотъ» должно быть выброшено.

Беркенгеймъ также отмѣчаетъ, что во многихъ случаяхъ бойкотъ сыгралъ на руку реакціи.

Несѣдомскій считаетъ, что пассивный бойкотъ, какъ форма протеста, отжилъ свой вѣкъ. Жизнь требуетъ болѣе активныхъ выступленій. Врачъ долженъ смотрѣть на свое мѣсто какъ на опредѣленную позицію врача-гражданина, и послѣ его ухода это мѣсто не должно быть пустымъ. Мѣстъ нечистыхъ, мѣстъ, гдѣ

нынѣ въ промышленныхъ предпріятіяхъ унизітельной для человѣческаго достоинства системы сыска, предоставить рабочимъ широкую свободу союзовъ, собраній и возможность бороться за улучшеніе своего тяжелаго политическаго и экономическаго положенія.

Колосовъ: Врачи не могутъ не быть социалистами, но они въ то же время не могутъ достаточно энергично бороться противъ фабрикантовъ, отстаивая интересы рабочихъ, изъ страха лишиться заработка. Этого можно будетъ избѣгнуть, только сдѣлавъ врача независимымъ отъ фабриканта. Для этого врачи должны находиться на службѣ не у фабрикантовъ, а у рабочихъ кассъ.

Вегеръ возражалъ противъ слова «сыскъ», предлагалъ замѣнить его болѣе широкимъ выраженіемъ: «политическое безправіе».

Канель настаиваетъ на словѣ «сыскъ», какъ на выраженіи особаго гнета, который испытываютъ рабочіе, сверхъ общаго политическаго безправія, которое они раздѣляютъ вравнѣ съ остальнымъ населеніемъ.

Викторовъ подтверждаетъ, на основаніи собственныхъ наблюденій, заявленіе *Канеля* о широко практикующемся сыскѣ на фабрикахъ и заводахъ. Далѣе онъ нарисовалъ картину той обстановки, которая окружаетъ фабричныя заведенія: кругомъ казенныя винныя лавки—для спайванія рабочихъ—и усиленная охрана—полиція, казаки, сыщики—для надзора за рабочими.

Предложенія докладчика приняты собраніемъ единогласно.

И. Д. Астраханъ: *Регистрація поврежденій (несчастныхъ случаевъ) на фабрикахъ и заводахъ*. У насъ несчастныхъ случаевъ бываетъ въ 10 разъ больше, чѣмъ напр. въ Германіи. Но имѣющіяся официальные данныя по вопросу о несчастныхъ случаяхъ на фабрикахъ и заводахъ не только неполны, но завѣдомо ложны. Объясняется это между прочимъ тѣмъ, что фабриканты не доставляютъ точныхъ данныхъ. Во избѣжаніе этого необходимо, чтобы врачи сами собирали соответствующія свѣдѣнія и непосредственно направляли бы въ одинъ центръ, такъ чтобы эти свѣдѣнія не затерялись. Но для того, чтобы врачи были въ состояніи надлежащимъ образомъ выполнить эту задачу, необходимо реорганизовать фабричную медицину, сдѣлавъ фабричныхъ врачей независимыми. Для выработки точной статистики несчастныхъ случаевъ на фабрикахъ и заводахъ необходимо зарегистрировать каждое поврежденіе, какъ бы оно незначительно ни было. Для большаго удобства регистрація должна вестись врачами по однообразной карточкѣ. Такую карточку докладчикъ выработалъ совмѣстно съ Московскимъ Обществомъ фабричныхъ врачей и предложилъ вниманію собранія.

Разработку карточекъ желательно сосредоточить въ спеціальному бюро, которое можетъ быть организовано при Московскомъ Обществѣ фабричныхъ врачей.

Врачи, принимавшіе участіе въ преніяхъ (*Помбракъ* и др.), подтвердили фактъ замалчиванія несчастныхъ случаевъ.

Канель указалъ, что наши фабрики и заводы издавна пользуются дурной славой, какъ лабораторіи травматизма. Что же касается официальныхъ свѣдѣній, то напр. статистическія данныя представляютъ нечто иное, какъ сплошной курьезъ: такъ, напр., чтобы доказать, что число несчастныхъ случаевъ у насъ невелико, вычисляютъ % поврежденій такимъ образомъ, что берутъ данныя, доставленныя нѣсколькими фабриками, и относятъ ихъ къ общему числу всѣхъ рабочихъ.

То же подтвердилъ и *Фоминъ*, подчеркнувъ при этомъ зависимость врачей,

недостатокъ у нихъ времени для сложной канцелярской работы и невозможность, за отсутствіемъ специальныхъ свѣдѣній, разобраться въ противорѣчивыхъ показаніяхъ рабочихъ и администраціи.

Делекторскій заявилъ, что нужно регистрировать не только тяжелые, но и легкіе случаи, такъ какъ и послѣдніе могутъ въ дальнѣйшемъ принять тяжелый характеръ.

Викторовъ считаетъ регистрацію несчастныхъ случаевъ прямой обязанностью врача и притомъ дѣломъ далеко не сложнымъ. Поступая на фабрику, врачъ долженъ быть подготовленъ къ предстоящей дѣятельности и обладать запасомъ необходимыхъ свѣдѣній.

Геллеръ указалъ, что въ Берлинѣ существуетъ специальный музей, имѣющій цѣлью дать врачамъ возможность ознакомиться съ машинами.

Фоминъ сослался на обеспеченность врачей и на невозможность тратить много времени на составленіе сложныхъ карточекъ.

Астраханъ возразилъ, что для этого требуется всего 15 минутъ, добавивъ, что въ настоящее время идетъ уже рѣчь о выработкѣ международного типа статистическихъ карточекъ.

Подводя итоги преніямъ, *Игумновъ* отмѣтилъ необходимость созданія точной и притомъ однообразной статистики, предложивъ представленную докладчикомъ карточку передать для пересмотра въ специальную комиссію при Правленіи Пироговскаго Общества.

Предложеніе секціей принято.

Желѣзнодорожная медицина.

Засѣданіе 26 апрѣля.

Засѣданіе открыто было привѣтственной рѣчью завѣдующаго секціей *В. М. Михайлова*.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *М. А. Заусайловъ*.

Никифоровъ: О необходимости устройства въ г. Москвѣ больницы для желѣзныхъ дорогъ Московскаго узла. Докладчикъ, очертивъ общую постановку вопроса о леченіи желѣзнодорожныхъ служащихъ, указалъ, что современная система пользованія услугами городскихъ больницъ за плату тяжело отражается на больныхъ, такъ какъ отказы въ больницахъ очень часты. И это понятно. Требованіе на больничное леченіе возрастаетъ съ каждымъ годомъ. Количество народонаселенія Москвы возросло до 1 ½ мил. челов.; приростъ служащихъ на желѣзныхъ дорогахъ Московскаго узла также долженъ увеличиться. Между тѣмъ городу не хватаетъ коекъ для контрамарочныхъ больныхъ. Количество отказовъ въ помѣщеніи для леченія въ больницахъ все растетъ. Эти положенія докладчикъ подкрѣпилъ статистическими данными о количествѣ отказовъ. Кромѣ того, это леченіе стоитъ казнѣ дорого. Плата за леченіе съ управленія дорогъ взимается произвольно съ 95 коп. до 1 руб. 50 коп., двухъ и, возможно, возрастетъ въ скоромъ будущемъ даже до трехъ рублей. Положеніе врачей, на рукахъ которыхъ остаются больные, требующіе больничной обстановки, очень тяжелое. Все эти соображенія и заставляютъ придти къ убѣжденію въ необходимости построить свою желѣзнодорожную больницу для служащихъ Московскаго узла. Количество коекъ по приблизительному расчету доклад-

началахъ. Очертивъ тяжелое моральное состояніе врачей при различныхъ общественно-административныхъ учрежденіяхъ, гдѣ все обусловлено дискреціоннымъ усмотрѣніемъ, гдѣ врачи отстранены отъ активнаго участія, лишены права голоса, докладчикъ указалъ, какъ отражается это на постановкѣ дѣла воспитанія, на больничной работѣ и на другихъ областяхъ жизни. При существующихъ условіяхъ правильная организація врачебно-санитарнаго дѣла невозможна, между тѣмъ врачебно санитарное дѣло вмѣстѣ съ просвѣщеніемъ широкихъ народныхъ массъ составляютъ главные общественно-государственныя задачи. Поэтому центръ тяжести бюджета и долженъ быть перенесенъ на эти вопросы, имѣющіе огромное значеніе въ подъемѣ экономическаго благосостоянія страны. А по смѣтѣ министерства внутреннихъ дѣлъ на 1907 годъ $\frac{2}{3}$ бюджета (42 мил.) идутъ на полицію и только 3 % на санитарную организацію. Докладчикъ считаетъ необходимымъ создать органъ охраненія народнаго здравія для успѣшнаго проведенія въ жизнь общества положеній научной гигіены и общественной медицины и организовать комиссію для пересмотра всѣхъ законоположеній имперіи, касающихся врачебно - санитарнаго дѣла.

Преній по докладу не было.

Засѣданіе 29 апрѣля.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *С. С. Салазкинъ*.

Н. А. Чупровъ прочелъ докладъ *Кашенко*: *О задачахъ медицинскаго союза*. Въ настоящее время на очереди не только борьба съ отживающимъ режимомъ, но и выработка типа новаго уклада; въ настоящій моментъ необходимо социальное творчество, и здѣсь профессиональные союзы должны сыграть огромную роль. Принципъ общественнаго служенія сродни интересамъ дѣла; интересы дѣла и интересы работниковъ вполне совпадаютъ. Сперва организовались пролетарскіе союзы, затѣмъ интеллигентные профессиональные союзы. Въ будущемъ можно разсчитывать на федерацію — объединеніе интеллигентныхъ союзовъ съ профессиональными пролетарскими. Такіе союзы внѣ политики; ихъ идейное содержаніе — единеніе прогрессивнаго элемента. Ихъ задача — работа на мѣстахъ противъ реакціи, прибавленіе къ дѣйствію центральнаго рычага — Гос. Думы.

Н. А. Кабановъ: *Къ вопросу о реорганизаціи медицинскаго союза*. Причины упадка медицинскаго профессионально-политическаго союза кроются, по мнѣнію докладчика, въ ихъ структурѣ, слишкомъ централистической. Всѣ профессионально-политическіе союзы, организованные въ то время, оказались централизованными по самому существу своихъ задачъ и своей дѣятельности. Легко понять, — говоритъ докладчикъ, — что союзъ, организованный централистически, въ случаѣ ослабленія или уничтоженія дѣятельности центральныхъ органовъ вслѣдствіе какихъ бы то ни было причинъ — въ особенности же причинъ вѣшнихъ, насильственныхъ — оказывается менѣе устойчивымъ; жизнѣдѣтельность союза въ такихъ случаяхъ скорѣе можетъ прекратиться, самый союзъ скорѣе можетъ распасться и исчезнуть, чѣмъ союзъ, организованный децентралистически. Поэтому

докладчикъ считаетъ, что профессиональные союзы для большей ихъ жизнѣдѣтельности, для большей ихъ устойчивости и для большаго противодѣйствія разнымъ внѣшнимъ вліяніямъ, наконецъ, для большей ихъ демократичности должны быть устроены на принципѣ децентрализаціи какъ по формѣ, такъ и по существу. Платформа новаго медицинскаго союза должна быть измѣнена: общегосударственныя, общеполитическія задачи должны быть исключены; достиженіе этихъ общихъ задачъ въ настоящее время должно быть предоставлено политическимъ партіямъ и политическимъ группамъ. Союзъ вмѣсто профессионально-политическаго долженъ стать профессионально-общественнымъ. Общественныя задачи медицинскаго союза, по словамъ докладчика, по существу должны быть слѣдующія; готовить твердую почву для предстоящей коренной реформы мѣстнаго самоуправления; готовить широкіе слои населенія для активнаго и сознательнаго участія въ этой коренной реформѣ и въ самомъ будущемъ самоуправленіи; а наряду съ этимъ посылно удовлетворять наиболѣе настоятельныя и неотложныя запросы и нужды населенія. Основною единицею союза должно быть не отдѣленіе его, какъ прежде, а мѣстная районная группа. Размѣры районовъ должны быть таковы, чтобы въ каждомъ районѣ члены легко могли лично сноситься другъ съ другомъ; городскіе и сельскіе районы должны приблизительно соответствовать будущимъ мелкимъ городскимъ и сельскимъ самоуправляющимся единицамъ. Затѣмъ идутъ уѣздныя группы—губернскія—областныя и все-россійское бюро.

Михайловъ ознакомилъ собраніе съ проектомъ устава союза. Этотъ уставъ преслѣдуетъ чисто практическія цѣли, возможность легализаціи и составленъ примѣнительно къ уставу лиги образованія. Въ виду огромнаго авторитета Пироговскаго Общества, желательно, чтобы этотъ союзъ былъ при Пироговскомъ Обществѣ и чтобы между ними была тѣсная связь, для чего составъ совѣта союза состоитъ, по проекту, изъ двѣнадцати членовъ, избираемыхъ на два года очередными сѣздами и изъ Правленія Пироговскаго Общества въ полномъ его составѣ. Основной принципъ устава—полная автономія; и каждое мѣстное отдѣленіе можетъ наполнить уставъ какимъ угодно содержаніемъ.

Предсѣдатель предложилъ для удобства преній послѣдовательно разобрать прежде всего вопросъ, долженъ-ли союзъ быть чисто профессиональнымъ или профессионально-общественнымъ, затѣмъ обсудить отношеніе его къ Пироговскому Обществу и, наконецъ, рассмотреть проектъ устава.

Малыгинъ, указавъ, что профессионально-политическій медицинскій союзъ умеръ не только въ силу условій времени, но и потому, что онъ принялъ двукую форму, хотѣлъ соединить пестроту и разнообразіе взглядовъ воедино, не согласился съ принципиальными основаніями докладчика *Кабанова*, считая эти положенія мечтательно-иллюзорными. На союзъ возлагаются обязанности санитарныхъ организацій, которыя при новомъ земствѣ сами выполнять эти задачи. Наоборотъ, чѣмъ опредѣленнѣе будутъ задачи, положенныя въ основу профессиональныхъ союзовъ, тѣмъ больше шансовъ на осуществленіе этихъ задачъ. Въ основу должны быть поставлены исключительно профессиональныя задачи, въ интересахъ защиты профессиональныхъ работниковъ и условій труда. Все это уже послѣдовательно будетъ содѣйствовать и улучшенію медицинскаго дѣла. Единицы, намѣченныя въ докладѣ, крайне мелки; группы въ деревнѣ изъ 3-хъ человекъ не могутъ ничего сдѣлать при настоящемъ развитіи земской медицины. Достаточно начать съ уѣздныхъ группъ.

Михайловъ возразилъ, что не всегда интересы чисто профессиональныхъ союзовъ совпадаютъ съ интересами населенія; когда союзъ превратится въ чисто профессиональный, наступитъ смерть врачебныхъ организаций—имъ не будутъ довѣрять.

Матросевичъ, Боровецкій высказываются за чисто профессиональные союзы. Последний указываетъ, что такіе союзы болѣе соотвѣтствуютъ тому положенію, въ которомъ находятся теперь земскіе врачи. На мѣстахъ осталось теперь то, что болѣе или менѣе недвижимо, мало заботится объ освободительномъ движеніи. Тѣсной связи съ населеніемъ нѣтъ, большинство переключалось или въ тюрьмы, или въ другія мѣста, болѣе или менѣе отдаленныя; часть находится «на вылетѣ».

Долмополовъ возражаетъ противъ чисто профессиональныхъ союзовъ, придающихъ имъ очень узкій характеръ. Единеніе не можетъ быть на почвѣ только узко-желудочной. Объединеніе должно быть на почвѣ политическаго самосознанія, политическаго вѣрованія. Врачи должны помнить девизъ «въ борьбѣ обрѣтешь ты право свое».

Гинель отмѣчаетъ внутриклассовое раздѣленіе среди врачей, ту легкость, съ которой занимаютъ мѣста уволенныхъ врачей. У врачей сильны идеалистическіе порывы, но нѣтъ первыхъ чертъ самосознанія — мы не умѣемъ сообща отстаивать свои интересы. Наше матеріальное положеніе тѣсно связано съ нашей общественной работой. Необходимо создать чисто профессиональные союзы, общественные институты сами собой выработаются въ условіяхъ работы въ профессиональныхъ союзахъ, какъ рабочіе поневолѣ въ профессиональныхъ союзахъ превращаются въ политиковъ и социалистовъ.

Геллеръ указалъ на то, что докладчики, осуждая политическую программу, провозглашаютъ ее все-таки контрабандой, рекомендуя общественно-профессиональные союзы.

Рахмановъ противъ чисто профессиональныхъ союзовъ, такъ какъ это съузлитъ рамки союза, и онъ ограничится только защитой интересовъ наемнаго труда.

Шингаревъ считаетъ одностороннимъ взглядъ тѣхъ, кто защищаетъ узко-профессиональные союзы. До сихъ поръ главную руководящую роль играли врачи общественные, земскіе. Объединяя ихъ на чисто профессиональной почвѣ, ихъ превращаютъ въ ремесленниковъ, выгоняютъ изъ нихъ общественные идеалы, вынимаютъ изъ нихъ душу. И передъ кѣмъ они будутъ защищать свои права? Теперь они борются съ земствомъ, съ буржуазіей, но когда въ недалекомъ будущемъ народъ самъ возьметъ все дѣло въ свои руки, съ кѣмъ они будутъ бороться за свои матеріальные интересы, съ народомъ?

Смедовичъ говоритъ о томъ, что давно пора отказаться отъ представленія о народолюбивой интеллигенціи въ Россіи. Русскіе врачи въ массѣ дѣйствительно лучше германскихъ, но это объясняется общими условіями: тамъ буржуазія уже выкристаллизовалась, а у насъ нѣтъ. Вспомнимъ, что въ недавнихъ требованіяхъ рабочихъ нерѣдко фигурировали требованія противъ врачей. Объясняется это ненормальными условіями положенія врачей, и бороться съ этимъ должны чисто профессиональные союзы.

Цѣнтаевъ высказывается также за чисто профессиональный союзъ; иллюстрируетъ положеніе врачей на Западѣ и въ Америкѣ.

Мальшевскій возражаетъ *Шингареву* относительно близости глубокой демократичности; русская жизнь еще надолго сохранитъ окраску русской дѣйствительности. Отъ защиты правъ врачей, какъ работниковъ, отъ стремленія къ улучшенію условій его работы до торгашескихъ приемовъ очень далеко.

Викторовъ выступаетъ съ рѣчью противъ социаль-демократовъ, которые, имѣя великаго учителя Маркса, сами очень ничтожны и катаются на зафуженныхъ салазкахъ (шумъ, протесты). Ораторъ высказывается за профессионально-общественные союзы.

Мицкевичъ высказывается за профессионально-общественные союзы врачей.

Вегеръ, указывая на невозможность партійнаго флага надъ союзомъ, считаетъ необходимыми чисто профессиональные союзы. Напрасно *Шингаревъ* ду-

масть, что у насъ скоро наступитъ социальный строй; на нашъ вѣкъ хватитъ борьбы съ буржуазнымъ строемъ.

Михайловъ отмѣчаетъ, что сами противники общественно-профессиональных союзовъ говорятъ, что профессиональные союзы не замкнутся въ узкой сферѣ гонора и рубля, значить общественная цѣль предполагается; отчего же о ней умалчивать?

Канель возражаетъ главнымъ образомъ *Шингареву*, указывая, что у насъ теперь буржуазная революція, и предстоитъ еще борьба не противъ народа, а противъ буржуазіи. Ссылками на примѣръ Англіи ораторъ доказываетъ постепенный переходъ отъ профессиональных вопросовъ къ общественнымъ, но этотъ переходъ долженъ быть постепеннымъ; если провести это сразу, то получится вмѣсто объединенія разъединеніе.

Въ дальнѣйшемъ часть ораторовъ высказывается за профессионально-общественный союзъ (*Зарембо*, *Видорчикъ*, *Шингаревъ*), часть — за чисто профессиональные.

Жбанковъ предлагаетъ организовать комиссію при Пироговскомъ Обществѣ, которая бы разработала этотъ вопросъ, передала его затѣмъ на разсмотрѣніе общественныхъ организаций и медицинскихъ обществъ, а потомъ созвала бы для окончательнаго рѣшенія вопроса или экстренный Пироговскій съѣздъ, или спеціальный по вопросамъ врачебнаго быта.

Предсѣдатель, резюмируя пренія и указывая на то, что въ сущности вопросъ идетъ не о существѣ дѣла, а только о названіи союза, такъ какъ и защитники чисто профессиональнаго союза не отрицаютъ, что онъ будетъ носить общественный характеръ, предлагаетъ перейти къ преніямъ по второму вопросу объ отношеніи союза къ Пироговскому Обществу, а уже затѣмъ рѣшить окончательно вопросъ о названіи.

Однако пренія по второму вопросу не получаютъ должнаго развитія; ораторы вновь возвращаются къ первому вопросу.

Чупровъ вноситъ предложеніе, не откладывая дѣла въ долгій ящикъ, не созывая спеціальнаго съѣзда, избрать комиссію изъ 12 человѣкъ, которая совмѣстно съ Правленіемъ Пироговскаго Общества разсмотрѣла бы уставъ союза и легализовала его.

Жбанковъ и *Поповъ* (*И. В.*) обращаютъ вниманіе собранія, что вопросъ объ отношеніи союза къ Пироговскому Обществу не можетъ быть легко рѣшенъ, онъ связанъ съ будущностью самого Общества, съ ломкой устава. Быстрое рѣшеніе вопроса, какъ показалъ опытъ прошлаго медицинскаго союза, къ цѣли не ведетъ, а создаетъ, по выраженію *Попова*, одну словесность.

Предсѣдатель ставитъ на баллотировку вопросъ о наименованіи союза. Голоса раздѣляются почти поровну (215 за профессионально-общественный и 205 за чисто профессиональный).

Предсѣдатель отмѣчаетъ, что результаты баллотировки нельзя считать определенными.

Вносится новое предложеніе — разбить вопросъ на двѣ части. Избрать комиссію изъ 12 человѣкъ, которая бы разсмотрѣла проектъ устава, разработала его, легализовала и провела союзъ въ жизнь, и просить Правленіе Пироговскаго Общества, не входя въ этотъ союзъ, помочь его легализаціи. Одновременно поручить Правленію организовать комиссію для разработки вопроса о союзѣ и о связи его съ Пироговскимъ Обществомъ, предварительно опубликовать работы этой комиссіи и созвать экстренный Пироговскій съѣздъ для окончательнаго рѣшенія вопроса. Къ тому времени выяснятся и результаты дѣятельности вновь образованнаго союза.

Предложенія эти принимаются.

Второе общее собрание 2 мая.

Собрание открылось въ часъ дня подъ предѣлательствомъ проф. С. С. Салазкина.

Прив.-доц. А. А. Тарасевичъ (Одесса) произнесъ рѣчь на тему: *О голоданіи*. Напомнивъ, что голоданіе особенно хорошо знакомо русскому народу, ораторъ указалъ на странное противорѣчіе: человекъ созданъ въ сущности всеяднымъ, а между тѣмъ онъ наиболѣе подверженъ голоданію. Изложивъ исторію голода съ древнѣйшихъ временъ, ораторъ перешелъ къ научно-медицинскому разсмотрѣнію вопроса о голоданіи. Научный анализъ этого явленія начался со временъ Лавуазье, а затѣмъ *Voit'a*; въ послѣднее время энергетическая точка зрѣнія еще болѣе освѣтила этотъ вопросъ. Каждый организмъ на кило вѣса долженъ получить 34 калоріи при спокойной работѣ, 45 и болѣе калорій при усиленной работѣ. Общій балансъ 2100 кал. въ сутки до 4200 кал. при усиленной работѣ. Если организмъ не получаетъ достаточнаго числа калорій, то онъ впадаетъ въ голоданіе—полное или неполное, въ зависимости отъ отсутствія тѣхъ или другихъ веществъ. Опыты надъ животными и голодающими для опыта людьми дали цѣлый рядъ интересныхъ данныхъ. Въ первые дни ощущеніе голода рѣзко выражено; затѣмъ наступаетъ апатія, ослабленіе всѣхъ функцій, паденіе дыхательнаго коэффиціента, паденіе вѣса, паденіе тѣла. На счетъ чего же организмъ живетъ? *Noorden* показалъ, что ограничить внутреннія функціи мы не можемъ; расходъ съ 2600 кал. падаетъ до 2300—разница ничтожная, объясняемая просто паденіемъ вѣса. Такимъ образомъ организмъ живетъ на счетъ своихъ собственныхъ тканей, сначала углеводовъ, потомъ жировъ и только въ концѣ, въ послѣдніе дни, на счетъ бѣлковъ. Главнымъ образомъ организмъ живетъ на счетъ жировъ, которые, сгорая, даютъ необходимую энергію. Разныя ткани и органы относятся различно къ голоданію. Жиры исчезаютъ въ 97 %, а сердце и мозгъ теряютъ только 3 %; два послѣдніе органа все время работаютъ и поэтому должны питаться, притягивая необходимыя вещества изъ тока крови. Что касается *психическихъ явленій* при голоданіи, то существуютъ описанія путешественниковъ Ливингстона, Нахтигалля, художественныя картины и описанія, рисующія голодный бредъ, безуміе, стремленіе къ самоубійству и т. п. У животныхъ мы, однако, только вначалѣ наблюдаемъ безпокойство, потомъ наступаетъ апатія. То же мы наблюдаемъ у голодающихъ людей: наблюдается только нѣкоторое утомленіе. Имѣются описанія—дневники лицъ, подвергшихъ себя добровольной смерти путемъ голоданія; изъ этихъ дневниковъ видно, что голоданіе въ чистомъ видѣ усыпляетъ. Другое дѣло голоданіе въ тюрьмахъ, при кораблекрушеніяхъ и т. д.; тутъ есть привходящіе моменты, какъ боязнь смерти и другіе тяжелые психическіе факторы.—*Неполное* голоданіе по существу мало отличается отъ полного; организмъ здѣсь также не въ состояніи экономизировать свой бюджетъ, но жизнь тянется, конечно, долѣе. Опыты надъ животными показываютъ, что при голоданіи исчезаетъ невоспріимчивость къ заразнымъ болѣзнямъ. Электриче-

ское раздраженіе скорѣе разрушаетъ организмъ; если голодающаго голубя ущипнуть 2—3 раза, онъ умираетъ. Кромѣ того, голодъ есть факторъ *наслѣдственнаго вырожденія*, что доказано опытами надъ животными: жизнеспособность плода—не столько въѣсъ, сколько химическій составъ его—рѣзко измѣняется, если голодаетъ самецъ или беременная самка. То же показываетъ и наблюденіе надъ людьми; напр. при наборѣ новобранцевъ въ Парижъ въ 1893 г. оказалось много негодныхъ—они были зачаты во время осады Парижа, во время господствовавшаго тогда голода. Въ западной Европѣ голоданіе встрѣчается гораздо рѣже, нежели въ Россіи, и во всякомъ случаѣ тамъ наблюдается голоданіе неполное; единственный голодающій классъ, напр. въ Германіи, суть рабочіе, которые, нуждаясь въ 3700 до 7000 калорій въ день, получаютъ напр. въ Берлинѣ въ среднемъ 1800 кал. О Россіи можно сказать, перефразируя извѣстное изреченіе, что исторія Россіи это—исторія голоданія. Въ Россіи каждое столѣтіе наблюдается не менѣе 8 голодовокъ. Имѣются лѣтописныя указанія на голодъ въ 1230—31 г. Въ 1601—1602 г. въ Москвѣ продавали человѣческое мѣсо въ пирогахъ; были случаи продажи грудныхъ дѣтей въ пищу. Что касается социальныхъ послѣдствій голоданія, то на первомъ планѣ стоитъ увеличеніе преступности, особенно преступленій противъ собственности. Изъ болѣзней необходимо отмѣтить скорбутъ, частота котораго обратно пропорціональна благосостоянію народа; затѣмъ слѣдуетъ голодный тифъ, вызываемый, конечно, не голодомъ, но являющійся вѣрнымъ спутникомъ его. Увеличеніе смертности при голоданіи доходитъ до 137 на тысячу (вмѣсто нормальныхъ даже у насъ 35—37 на тысячу). Изъ другихъ социальныхъ послѣдствій необходимо отмѣтить вырожденіе: при упадкѣ питанія уменьшается ростъ организма, ослабляется его «*Leistungsfähigkeit*». — Голоданіе въ Россіи не есть острое явленіе, это есть обостреніе постоянного явленія. Русскій крестьянинъ всегда недоѣдаетъ. Рядомъ цифръ ораторъ доказываетъ, что въ Россіи только 10 мил. населенія ѣдятъ съ избыткомъ, 33 % ѣдятъ еле-еле, остальные живутъ впроголодь. Пища не только недостаточна, но и неудобоусвояема. По *Rubner*'у, 60—70 % бѣлка должны быть животнаго происхожденія. Явленіе, извѣстное подъ названіемъ «пухнуть отъ голода», объясняется неправильнымъ составомъ пищи, хронически отравляющимъ кровь, измѣняющимъ стѣнку сосудовъ. Ораторъ сравниваетъ голоданіе русскаго народа съ положеніемъ человѣка, стоящаго по горло въ водѣ; достаточно небольшого подъема воды—достаточно небольшого неурожая—и человѣкъ гибнетъ.—Было время, когда голодъ считали навожденіемъ, дѣломъ дьявола; потомъ стали приписывать голодъ климатическимъ условіямъ, истощенію почвы. Эти послѣдніе факторы не имѣютъ особеннаго значенія, что лучше всего доказывается производительностью англійскихъ полей. Что касается *мѣръ* противъ голода, то когда-то рекомендовали постъ и молитву. Изъ раціональныхъ мѣръ уже Борисъ Годуновъ ввелъ фиксацію цѣнъ на хлѣбъ и общественныя работы. Петръ Великій разрѣшилъ реквизицію хлѣба у имущихъ въ пользу неимущихъ. Такимъ образомъ принципъ неприкосновенности собственности

не признавался правительствомъ въ случаяхъ общественной необходимости. Указавъ на тенденціозный характеръ мѣръ, принимаемыхъ правительствомъ (напр. неразрѣшеніе помощи крестьянамъ, участвовавшимъ въ аграрномъ движеніи и т. п.) и на невозможность для общества справиться съ голодомъ, ораторъ останавливается надъ вопросомъ: какъ относится народъ къ голоду? Народъ относится пассивно; у насъ нѣтъ крестьянскихъ войнъ, бунтовъ на почвѣ голода. Отсутствие рѣзкой реакціи объясняется тѣмъ же хроническимъ недоѣданіемъ, слѣдствіемъ котораго является отсутствіе инициативы, ослабленіе воли и энергіи.—Мѣры для борьбы съ голодомъ, предлагаемыя ораторомъ, носятъ общій характеръ. Зло велико и грозитъ Россіи гибелью, если будетъ продолжаться. Необходимо устранить причины; правительство не можетъ накормить народъ, но оно можетъ устранить препятствія для народа кормиться самому. Къ чему говорить это? — скажутъ намъ; правительство не услышитъ. Но вотъ примѣръ. Въ 1412 году парижскій муниципалитетъ указалъ королю, что финансы ведутся не такъ, какъ слѣдуетъ, что деньги идутъ не на то, на что должны идти, что чиновники—шайка мошенниковъ. Во имя права говорить правду муниципалитетъ обращался къ королю съ требованіемъ смѣстить чиновниковъ и заключить ихъ въ тюрьму, слѣлатъ заемъ для помощи народу и т. д. Король исполнилъ эти требованія, не примѣнивъ никакихъ репрессій къ членамъ муниципалитета. Какъ бы то ни было—всякое научное учрежденіе обязано высказать свой правдивый взглядъ, не прикрашая явленій, но и не ослабляя ихъ. Мы должны внести свою лепту въ великое дѣло спасенія народа—и это должно быть нашимъ лучшимъ утѣшеніемъ.

Слѣдующая рѣчь была произнесена членомъ Государственной Думы А. И. Шингаревымъ на тему: *Общественная медицина въ будущемъ демократическомъ стрѣн Россіи*. Въ основу своей рѣчи ораторъ поставилъ положеніе, что будущая организація общественной медицины должна быть проведена подъ тѣми же принципами, которые выработаны русскою земскою медициною. Въ послѣднее время земская медицина переживала тяжелое время, но она не заглохла. Ораторъ останавливается на репрессіяхъ къ медицинскимъ организаціямъ, на пустующихъ благодаря реакціоннымъ земствамъ земскихъ участкахъ, на остановкѣ работы въ крупныхъ больницахъ. А между тѣмъ эпидеміи разгуливаютъ свободно; но администрація цинично говоритъ: «эпидеміи намъ не такъ страшны, какъ революція». «Врачи занимаются политикой» — говорятъ вершители самоуправленія. Но они забываютъ, что врачи занимаются политикой въ интересахъ народа, они же — въ дурно понятыхъ собственныхъ интересахъ.—Предстоитъ новое законодательство, которое обновитъ земства. Каковы же должны быть наши основы въ организаціи общественной медицины? Ораторъ полагаетъ, что мы должны изъ прошлаго земской медицины заимствовать слѣдующіе принципы: 1) *Принципъ совместной общественной работы*, коллегіальнаго рѣшенія вопросовъ при гласномъ обсужденіи ихъ. Благодаря этому принципу создалась участковая медицина, создалась участки, гдѣ сосредоточивается помощь народу. Разъѣздная

система была отвергнута; а между тѣмъ въ этой системѣ раньше видѣли приближеніе медицины къ народу и приходилось бороться за стаціонарную помощь. Величину земскаго участка необходимо довести до 5 верстъ въ радіусѣ, быть можетъ даже до 3 верстъ. 2) *Принципъ раціональности медицинской помощи*. Медицинская помощь должна стоять на научной высотѣ, должна искать причину заболѣваемости и смертности. Необходима систематическая борьба съ фельдшеризмомъ, со всякими суррогатами медицинской помощи. Самая безумная расточительность — есть расточеніе здоровья народа. Къ сожалѣнію, часто врачебная помощь тормозилась благодаря бюрократическому и буржуазному строю. 3) *Принципъ бесплатности медицинской помощи*. Этотъ принципъ не сразу завоевалъ себѣ симпатіи; даже между врачами нашлись принципиальные и не въ мѣру расчетливые противники. А между тѣмъ этотъ принципъ есть величайшее приобрѣтеніе русскихъ земскихъ врачей, русской земской медицины. Заграницей дѣло стоитъ такъ, что медицинская помощь есть дѣло личное; между тѣмъ поставить врача на уровень высокаго общественнаго работника было дѣломъ русской земской медицины. Ни кассовые врачи въ Германіи, ни коммунальные врачи во Франціи не могутъ идти въ сравненіе съ нашей земской медициной. Бесплатность медицинской помощи диктуется не филантропическими побужденіями; ея главная причина — общественное благо. Утрата здоровья есть несчастіе не отдѣльнаго лица, а несчастіе государства. А если болѣзнь одного лица угрожаетъ здоровью другихъ — то это большое несчастіе, общественное бѣдствіе. Личная оплата медицинской помощи человѣкомъ, котораго постигло несчастіе, есть величайшая несправедливость, налогъ на несчастіе. Въ Нижнедѣвицкомъ земствѣ въ 1898 г. была отмѣнена 5-копѣчная плата; въ 1-й же годъ обращаемость увеличилась на 40 тысячъ человѣкъ. Черезъ 3 года 5-копѣчная плата была вновь введена — обращаемость въ первый же годъ упала на 41 тыс. больныхъ, причемъ это уменьшеніе пало на наиболѣе бѣдную часть населенія, особенно на женщинъ. Не обращались сифилитики, заразные больные и т. п. — Другая причина необходимости бесплатности врачебной помощи это — моральное вліяніе на врача; въ противномъ случаѣ возникаетъ нездоровая конкуренція, врачъ дѣлается торгашемъ. 4) Земская медицина, наконецъ, развила область предупредительной медицины — *стройныя санитарныя организаціи*. Послѣднія раскрыли коренные недуги Россіи; постепенно на Пироговскихъ сѣздахъ все чаще начали заниматься вопросами о социальномъ-политическихъ реформахъ. Постепенно врачи пришли къ убѣжденію въ необходимости быть политиками. — Всѣ эти принципы необходимо соблюсти. Переходя къ детальной разработкѣ отдѣльныхъ принциповъ, ораторъ находитъ, что 1) необходимо расширеніе принципа коллегіальности по отношенію къ помощникамъ врачей; безправное положеніе помощниковъ врачей должно быть уничтожено. Это ясно хотя бы изъ того, что кромѣ лечебнаго дѣла есть, вѣдь, и административная, хозяйственная часть. Въ этихъ вопросахъ „участковый медицинскій совѣтъ“ навѣрно имѣетъ полное право на существованіе. Дальнѣйшее расширеніе принципа

коллегіальности ораторъ усматриваетъ въ *автономіи* больницы, приче́мъ подъ автономіей не слѣдуетъ разумѣть сепаратизмъ отъ прочей общественной медицины; всякое автономное учрежденіе должно быть частью общей общественно-медицинской организаціи. 2) Детальная разработка принципа раціональности медицинской помощи приводитъ къ необходимости широкой специализаціи; необходимо расширеніе специальныхъ видовъ медицинской помощи: акушерства, ортопедіи, общественныхъ курортовъ, санаторій, электро- и гидротерапіи и т. д. Все это осуществится, если осуществится страхова́ніе рабочихъ. 3) Бесплатность и доступность медицинской помощи должна повлечь за собой уменьшеніе участковаго радіуса. — Медицина, по мнѣнію оратора, можетъ быть только научной или общественной; все промежуточное есть служеніе Богу и мамонѣ. Бесплатность помощи не должна помѣшать появленію гениальныхъ хирурговъ, діагностовъ etc.; точно также и *свободный выборъ* врача отъ этого не теряется. 4) Наконецъ, созданіе предупредительной медицины есть исключительная задача общественной медицины. Мы должны остаться политиками не только какъ граждане, но и какъ специалисты, жаждущіе оздоровленія своего народа. — Указавъ далѣе на необходимость работы на мѣстахъ — практической и санитарной — ораторъ высказываетъ вѣру въ грядущую мощь, свѣтлое, радостное будущее русскаго народа и заканчиваетъ свою рѣчь словами: „пусть живетъ русское представительное учрежденіе, да сгинуть всѣ преграды на его пути!“

Послѣ этого предсѣдатель сообщаетъ результаты выборовъ.

Въ члены постоянного Правленія Пыроговскаго Общества избраны: *Ф. А. Рейнъ, Д. Н. Жбанковъ, В. И. Яковенко, С. С. Салазкинъ, И. В. Поповъ, В. Ѳ. Ставровскій, С. М. Швейцеръ, В. Я. Канель*. Остались въ числѣ членовъ Правленія, согласно уставу: *П. И. Куркинъ, А. В. Мольковъ, А. А. Чертовъ и К. И. Шидловскій*.

Кандидаты: *Минаковъ, Михайловъ, Марциновскій и Шатерниковъ*.

Ревизіонная коммиссія: *Кисель, Огневъ, Богословскій и Лебедевъ*.

Мѣсто будущаго съѣзда — въ Одессѣ, черезъ 2 года. Въ организаціонную коммиссію по устройству его вошли одесскіе профессора и врачи *Тарасевичъ, Санъжко, Вериго, Діатроптовъ и Сабаньевъ*; стѣ ректора Новороссійскаго университета получена телеграмма: „Новороссійскій университетъ будетъ радъ принять дорогихъ гостей. Ректоръ *Занчевскій*“.

Затѣмъ были прочитаны привѣтствія: отъ Астраханскихъ врачей, Харьковскаго медицинскаго Общества, всероссійскаго союза равноправія женщинъ; телеграммы — отъ Таврическаго Общества фельдшеровъ и акушеровъ, Кишиневскаго Общества средне-медицинскаго персонала, отъ Московскаго центрального университетскаго органа, Общества Мелитопольскихъ врачей, Нижегородскаго Общества помощниковъ врачей, Петербургскаго Общества взаимной помощи врачей и помощниковъ врачей, изъ Либавы отъ Остзейскихъ врачей, отъ студентовъ выпускнаго курса и экстерновъ Военно-Медицинской Академіи, Таганрогскаго Общества врачей, Екатеринославскаго Общества ветеринарныхъ врачей, отъ д-ра *Лурье* (изъ ссылки) и друг.

Д. Н. Жбанковъ сообщил о благодарностяхъ, получаемыхъ изъ голодающихъ деревень за ту хоть малую помощь, которая оказывается *Пироговскимъ Обществомъ*.

Затѣмъ перешли къ чтенію постановленій съѣзда, принятыхъ въ распорядительномъ собраніи. Прежде всего были прочитаны постановленія по поводу предложеній Правленія X съѣзду. Постановлено открыть сборъ пожертвованій какъ на образованіе бактериологическаго отдѣла имени *Г. Н. Габричевскаго* при музеѣ комиссіи по распространенію гигиеническихъ знаній въ народѣ, такъ и въ учреждаемый особый фондъ при Обществѣ русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* на выдачу преміи имени *Г. Н. Габричевскаго* за работы по бактериологіи. По Дому имени *Н. И. Пирогова* принято: 1) обратиться къ врачамъ, коллегіальнымъ общественно-медицинскимъ учрежденіямъ и ко всѣму русскому обществу съ призывомъ къ пожертвованіямъ въ фондъ на учрежденіе въ Москвѣ Дома имени *Н. И. Пирогова*; 2) одобрить намѣченный комитетомъ проектъ Дома имени *Н. И. Пирогова*; 3) обратиться къ Московскому городскому общественному управленію съ предложеніемъ оказать возможное содѣйствіе къ осуществленію устройства Дома имени *Н. И. Пирогова*—почетнаго гражданина города Москвы.

Выражено привѣтствіе и сочувствіе отсутствующимъ товарищамъ: *Б. Д. Дорфу*, *К. Н. Смирнову*, *Г. И. Ростовцеву*.

Первымъ срокомъ назначенія преміи имени *Димурь Посполитаки* признано 1 января 1909 г.

Утверждена смѣта въ размѣрѣ 12.000 руб. въ годъ. Постановлено просить всѣхъ русскихъ врачей не прерывать членскихъ взносов въ межсъѣздные періоды.

Установлены въ виду выяснившейся необходимости на съѣздахъ предвыборныя собранія (на 5-й день съѣзда), гдѣ намѣчались бы кандидаты въ члены Правленія, организаціонное бюро и т. д.

Послѣ этого было приступлено къ чтенію постановленій по отдѣльнымъ секціямъ.

Такъ какъ всѣ эти постановленія у насъ приведены въ отчетахъ о секціонныхъ засѣданіяхъ, то здѣсь ограничиваемся приведеніемъ нѣкоторыхъ постановленій общественнаго характера, редакція которыхъ была разработана особыми комиссіями или распорядительнымъ собраніемъ.

I. X Пироговскій съѣздъ изъ цѣлаго ряда докладовъ и преній по разнымъ секціямъ выноситъ заключеніе, что основы общественнаго здоровья глубоко подорваны тѣми условіями, въ которыхъ находится наша страна въ настоящее время. Съ одной стороны свирѣпствуютъ травматическія эпидеміи убійствъ, казней, погромовъ, самоубійствъ, порождая цѣлый рядъ заболѣваній физическихъ и нервно-психическихъ, съ другой—исключительныя положенія съ ихъ массовыми арестами, высылками и другими проявленіями произвола совершенно нарушаютъ или даже прекращаютъ дѣятельность больницъ, курортовъ, другихъ общественно-санитарныхъ учрежденій и всего медицинскаго персонала и тѣмъ самымъ лишаютъ ихъ возможности оказывать необходимую помощь населенію. Все

это не может не вызвать со стороны съезда призыва объ освобожденіи невинно пострадавшаго медицинскаго персонала. Но, совершенно естественно, это освобожденіе может и должно быть только при общемъ освобожденіи всѣхъ пострадавшихъ за такъ называемыя политическія преступленія.

Въ виду этого X Пироговскій съездъ находить безусловно необходимымъ:

1) Немедленную отмѣну всѣхъ чрезвычайныхъ положеній, какъ коренной и естественной мѣры противъ господствующей нынѣ травматической эпидеміи.

2) Немедленное осуществленіе общей амнистіи за такъ называемыя политическія преступленія.

II. По докладу *Видорчика*, заявленію Епифанскаго санитарнаго совѣта, Нижегородскаго Общества врачей, Общества больничныхъ врачей въ Петербургѣ, ординаторовъ Пензенской психіатрической больницы и врача *Дядова* принято постановленіе: Признавая, что смертная казнь недопустима, что смертная казнь есть преступленіе, X Пироговскій съездъ высказывается за полную отмѣну смертной казни навсегда. Врачи же, присутствующіе при смертной казни, совершаютъ позорное дѣяніе, противное совѣсти всякаго человѣка вообще, а врача, призваннаго беречь и сохранять жизнь человѣка, въ особенности.

III. X Пироговскій съездъ, заслушавъ по вопросу о голодѣ докладъ д-ра *Д. Н. Жбанкова*, исходящій изъ комитета общественной помощи голодающимъ, заслушавъ сообщеніе по тому же вопросу д-ровъ *Грана* и *Перимова*, имѣя въ виду всѣ матеріалы, накопившіеся по этому вопросу въ комитетѣ общественной помощи голодающимъ и въ печати—съездъ пришелъ къ слѣдующему заключенію:

Вѣковой, хроническій русскій голодъ, повторяющійся на большей или меньшей площади Россіи изъ года въ годъ, разоряющій въ корень широкія крестьянскія массы, обезсиливающій эти массы въ физическомъ отношеніи, вызывающій усиленную смертность и болѣзненность этихъ широкихъ народныхъ массъ—есть прямое слѣдствіе вѣкового безправія народа, непрестанной волостной административно-правительственной опеки надъ ними, искусственной задержки его культурнаго развитія и хозяйственно-финансовой кабалы его въ связи съ хроническимъ земельнымъ голодомъ. Въ виду этого коренное предупрежденіе неурожаевъ и ужасныхъ повалыхъ русскихъ голодовокъ возможно только при полномъ преобразованіи настоящаго государственнаго строя на истинныхъ демократическихъ началахъ, когда при полной широкой и свободной самодѣятельности народа этотъ послѣдній въ состояніи будетъ развитъ всѣ свои культурныя и народно-хозяйственныя силы, когда онъ сможетъ кореннымъ образомъ разрѣшить земельный вопросъ въ интересахъ всей трудовой части крестьянства. По мнѣнію съезда, таковая точка зрѣнія должна лежать въ основѣ разрѣшенія вопроса о русскомъ голодѣ въ Государственной Думѣ. Но и до разрѣшенія вопроса о голодѣ кореннымъ образомъ Государственная Дума должна принять самыя рѣшительныя и настоятельныя мѣры къ про-

веденію найбільше правильною, справедливою, своєчасною і продуктивною організацію, могутньою дійсно полегшити ужасне, безвиходне, угрожающее въ хозяйственномъ, фізическомъ и санитарномъ смыслѣ положеніе районівъ, постигнутихъ неурожаемъ и голодомъ. Государственная Дума должна рѣшительнымъ образомъ учесть историческій, въ настоящую голодную годину особливо бьющій въ глаза, фактъ—неспособность бюрократическаго правительства и его административныхъ органовъ сколько-нибудь успѣшно, правильно и своєчасно придти на помощь пострадавшимъ отъ неурожая и голодающимъ. Она должна учесть полную несостоятельность Краснаго Креста и слабость общеземской организаціи при ея настоящемъ строѣ въ удовлетвореніи благотворительной помощи голодающимъ. Государственная Дума должна неизбѣжно признать, что даже при настоящихъ условіяхъ должная помощь пострадавшимъ отъ неурожая и голоднымъ можетъ быть болѣе или менѣе успѣшно, правильно и справедливо организована лишь найбільше живыми и активными общественными силами. Въ виду этого Государственной Думѣ, оставаясь даже въ реальныхъ условіяхъ ея дѣятельности, нельзя ограничиться лишь контролемъ за уродливо текущимъ продовольственнымъ дѣломъ и ассигнованіями на продовольственныя нужды населенія, но ей приходится срочнымъ законопроектомъ или инымъ какимъ способомъ немедленно взять въ свои руки все продовольственное дѣло и дѣло помощи голодающимъ. Для выполненія этой важной задачи, по мнѣнію сѣзда, неотложно необходимо:

1) Впредь до проведенія въ жизнь мѣстнаго самоуправленія на демократическихъ началахъ, создать на мѣстахъ въ пострадавшихъ отъ неурожая губерніяхъ развѣтвленные продовольственные комитеты общественно-демократическаго характера, каковыя и должны принять на мѣстахъ въ свои руки продовольственное дѣло; въ составъ этихъ продовольственныхъ комитетовъ, при непремѣнномъ представительствѣ голодающаго крестьянства, желателно участіе выборщиковъ, представителей мѣстныхъ общественныхъ организацій, работающихъ въ настоящее время въ борьбѣ съ голодомъ и его послѣдствіями. Необходимо, чтобы эти мѣстные продовольственные комитеты находились въ живомъ общеніи и связи съ Думскою продовольственной комиссіей.

2) Сдѣланныя уже Думою ассигнованія и дальнѣйшія ассигнованія на борьбу съ голодомъ должны передаваться въ распоряженіе мѣстныхъ продовольственныхъ комитетовъ.

3) Во всѣхъ мѣстностяхъ, гдѣ до сихъ поръ не обезпечено еще зерно для обмѣненія, и гдѣ подвозъ его совершенно не можетъ быть сдѣланъ, необходимо произвести принудительное отчужденіе частныхъ хлѣбныхъ запасовъ съ уплатой за нихъ по оцѣнкѣ, определенной мѣстными комитетами.

4) Немедленно прекратить взысканіе всѣхъ податей и недоимокъ съ пострадавшаго отъ неурожая населенія.

5) Предоставить полный просторъ частной и общественной дѣятельности въ дѣлѣ помощи голодающимъ и уничтожить всякія стѣсненія и запрещенія для работъ интеллигентныхъ лицъ въ деревнѣ, такъ какъ

отсутствіе этихъ лицъ въ голодающей деревнѣ является однимъ изъ существенныхъ препятствій для правильного распредѣленія помощи голодающимъ.

IV. По предложенію Правленія рѣшено продолжать на будущее время дѣятельность Пироговскаго Общества по борьбѣ съ голодомъ, поручивъ ему вмѣстѣ съ тѣмъ собираніе матеріаловъ по русскимъ голодовкамъ и изученіе ихъ а также выработку реорганизованнаго плана помощи голодающимъ.

V. По докладу д-ра *Ставровскаго* X Пироговскій съѣздъ постановилъ: 1) признать согласно даннымъ науки объ общественномъ здоровьи и соціально-экономическимъ требованіямъ необходимымъ введеніе 8-часового рабочаго дня, какъ въ промышленномъ, такъ и сельскохозяйственномъ трудѣ, словомъ, для всѣхъ видовъ и формъ труда; 2) довести объ этомъ постановленіи до свѣдѣнія всего русскаго общества, а городскимъ и земскимъ управленіямъ, въ коихъ есть какія-либо хозяйственныя предпріятія, рекомендовать теперь же введеніе максимальнаго 8-часового рабочаго дня.

По прочтеніи всѣхъ постановленій съѣзда, проф. *С. С. Салазкинъ* обратился къ собранію съ заключительной рѣчью, въ которой указалъ, что со времени IX съѣзда, за истекшіе 3 года, въ русской жизни произошли измѣненія, которыя наложили свою печать на X съѣздъ; послѣдній является типичнымъ для переходной эпохи, въ которой мы живемъ. Оставляя въ сторонѣ научную часть съѣзда и переходя къ врачебно-общественной его части, мы замѣчаемъ, что у насъ имѣется мало предметныхъ постановленій, а главнымъ образомъ — пожеланія общаго характера. Объясняется это тѣмъ, что земство переживаетъ теперь эпоху разложенія, и къ нему не стоитъ приспосабливаться, а что будетъ потомъ — неизвѣстно. Вотъ причина общности всѣхъ пожеланій. Все это лишній разъ доказываетъ, что Пироговскій Съѣздъ и Общество суть часть всей общественной жизни, доказываетъ жизнеспособность и приспособляемость ихъ. Желательно объединеніе всѣхъ врачей подъ флагомъ Пироговскаго Общества, потому что работа предстоитъ громадная. — Говорятъ, что съѣздъ уклонился отъ прямого своего назначенія. Это не такъ. Дѣятельность врача заключается въ предупрежденіи болѣзней, а не только въ ихъ леченіи. Поэтому врачи должны изучать общественную жизнь. Если бы Пироговское Общество поступило иначе, оно уклонилось бы отъ своихъ прямыхъ задачъ. — Пожелавъ къ будущему съѣзду встрѣтиться при лучшихъ условіяхъ и выразивъ отъ имени присутствующихъ благодарность Правленію Пироговскаго Общества за труды по организаци X съѣзда, проф. *С. С. Салазкинъ* объявилъ X съѣздъ русскихъ врачей имени *Н. И. Пирогова* закрытымъ.

Алфавитный указатель.

- Абрамовъ 184.—Авербахъ 144, 145, 148, 154.—Алексинскій 35, 69.—Алексинъ 235.—Альтшуллеръ 33.—Альшвангъ 36, 41, 42, 46, 139.—Амстердамскій 164.—Андреевъ 22, 101.—Аристовъ 226, 227.—Арсеньевъ 233, 234.—Архиповъ 43, 48.—Арцимовичъ 175, 199.—Архангельскій 232.—Астраханъ 150, 151, 175, 181, 184, 195, 206, 213, 215, 217, 220, 222, 223, 224, 225, 227, 228.
- Бабасиновъ 77.—Багашевъ 18, 192.—Бацевичъ 22, 160.—Безпаловъ 195.—Березкинъ 146.—Берестневъ 20, 21, 22, 25, 117.—Беркенгеймъ 232, 233.—Бернштейнъ 86, 92.—Бештапп 15.—Богоспольскій 205, 207.—Богословскій 222, 244.—Богоявленскій 54.—Богровъ 116, 120, 122.—Бомштейнъ 20, 21, 22, 99.—Борисовъ 156, 157, 217, 220, 222.—Борманъ 35, 36, 119, 120, 122.—Боровецкій 238.—Бородулинъ 74, 76.—Боткинъ 84, 86.—Браунштейнъ 22, 141, 143, 144, 145, 148.—Бродскій 81.—Бродъ 131, 133, 135.—Бронштейнъ 202.—Будде 145.—Будкевичъ 213.—Буракъ 126, 127, 128, 130, 132, 134, 136, 138, 140, 141.—Бухманъ 76, 78, 65.—Бѣлиновъ 126, 127, 130, 133, 135, 136.—Бѣлицеръ 159.—Бѣльскій 150.
- Валуйскій 232.—Василевскій 169, 182, 203, 215, 217.—Вастровъ 63.—Введенская 43.—Введенскій 90.—Вегеръ 109, 168, 174, 175, 192, 195, 210, 213, 217, 224, 239.—Вережкинъ 156.—Вериго 244.—Вертель 42, 46, 47, 48, 49.—Верцинскій 149.—Вигдорчикъ 195, 196, 210, 212, 235, 239, 246.—Викторовъ 86, 88, 212, 214, 224, 225, 238.—Вилецъ 156, 159.—Вишубскій 28, 91.—Влаевъ 30, 32, 36, 119, 120.—Волянь 61.—Воробьевъ 27.—Воронецкій 55.—Воскресенскій 174.—Вовфъ 46.—Выгодскій 141, 143, 145, 147.—Габриловичъ 14, 15.—Геккеръ 22.—Геллатъ 125, 130, 131, 133, 135.—Геллеръ 84, 199, 225, 238.—Герасимовичъ 23.—Гизъ 22.—Гинесъ 210.—Гиркевичъ 156.—Глауберманъ 32.—Говоровъ 41.—Горбачевъ 19.—Горбачевичъ 212.—Городецкій 43, 44, 46, 100, 180.—Городисскій 22.—Гороховъ 104, 109, 111, 172, 173, 174, 181.—Горчаренко 95, 231, 238.—Грановскій 202, 208.—Гранъ 18, 175, 181, 182, 190, 191, 276.—Гринштейнъ 88.—Грауэрманъ 43.—Грейденбергъ 80, 86.—Григоровичъ 62, 232.—Гринштейнъ 74, 88.—Грудзинскій 169, 263.—Гуревичъ 234.—Гурвичъ 146.
- Даниловъ 110, 175, 181.—Дамская 47, 48.—Делекторскій 225.—Делятицкій 54, 215, 244.—Дембо 234.—Дементьевъ 100, 104, 108, 179, 199.—Дятловъ 20, 160, 161, 167, 169, 211.—Добрейцеръ 208, 213.—Доброхотовъ 84, 86.—Добрынецъ 234.—Долгополовъ 184, 191, 238.—Дроздовъ 164, 166, 169.—Дудукаловъ 159.—Дубровъ 156.—Дьяконовъ 65.
- Елагинъ 160.—Ермаковъ 79.—Еротинскій 72.—Ерузальскій 28, 74.
- Жбанковъ 6, 187, 189, 190, 192, 199, 207, 232, 233, 234, 235, 239, 244, 245, 246.—Жегалкинъ 35.
- Заболотный 6, 27, 107, 113, 117, 123, 200, 202.—Завьяловъ 9, 10, 11, 195.—Закъ 170.—Заковичъ 12, 14.—Замковскій 141, 143.—Запольскій 34.—Зареибо 210, 239.—Засѣдателевъ 127, 128, 138, 139.—Заусайко 55.—Заусайловъ 62, 150, 152, 154, 225, 226, 227, 228, 229.—Захаровъ 93.—Здравосмысловъ 27.—Зеренинъ 36, 41, 57, 59, 64, 69, 76, 77, 78.—Зиминъ 163.—Златовѣровъ 129, 130, 135, 140, 141.—Златогоровъ 21, 25, 200.—Знаменскій 50, 64.—Золотавинъ 163, 210, 212, 217.—Зыковъ 60, 61, 63, 69, 78.
- Ивановъ 88, 102, 119, 120, 122, 125, 127, 130, 132, 133, 137, 138, 140, 141, 156, 163.—Игнатъевъ 160, 161, 169.—Игумновъ 168, 199, 202, 208, 210, 215, 223, 225.—Ингалъ 79.—Истоминъ 61, 68.
- Кабановъ 183, 185, 236.—Кадинскій 143.—Кадыанъ 34, 36, 60, 63, 65, 67, 68.—Казасъ 142, 175, 152, 155.—Какушкинъ 43, 45, 48.—Калабинъ 43, 46.—Калецкій 15.—Калининъ 211.—Каменскій 214, 228.—Каминскій 142, 145, 150, 154.—Каменевъ 94.—Канель 197, 199, 206, 210, 217, 223, 224, 238, 239, 244.—Карпаевъ 80.—Карповъ 213.—Катценельсонъ 86.—Кацъ 184, 218, 222.—Кашинскій 145.—Кестеръ 69.—Киришманъ 145.—Кисель 97, 101, 102, 103, 109, 110, 111, 112, 178, 179, 180, 244.—Клевезаль 84, 86.—Кладницкій 22, 25, 117.—Клирикова 124.—Ключаревъ 156.—Коваленко 199, 213.—Коганъ 29, 32, 195, 206.—Колосовъ 174, 210, 224.—Колпакчи 102.—Коневъ 27, 156, 157, 158, 159.—Коротневъ 73, 78, 80, 86, 94.—Корицынъ 229.—Коровинъ 89.—Корсаковъ 95, 101, 103.—Косоротовъ 63.—Котикъ 197.—Коцынъ 164, 168.—Кривошеинъ 226.—Кронъ 74, 88.—Кружилинъ 128, 137, 140, 141.—Крыловъ 77.—Крымовъ 75, 76, 217, 232.—Кулябко-Корецкій 16, 17.—Кулеша 167.—Курдюмовъ 18, 20.—Куркинъ 244.—Кусковъ 113, 178.—Кушевъ 20, 27, 29, 30, 33.
- Лаврентьевъ 142, 145, 152, 153, 155, 228.—Лавровъ 9, 10, 11, 12, 169.—Лазаревъ 142, 144, 145, 148, 149, 151.—Ланговой 103.—Лашинеръ 100, 102, 108, 110, 173, 184, 207.—Лебедевъ 41, 244.—Лебединскій 226, 229.—Левенсонъ 133, 134, 135, 136, 139.—Левенталь 20, 33.—Левитъ 226.—Левитскій 169, 178, 179, 180, 181.—Лемпертъ 17, 20, 80.—Лисицынъ 149, 151, 227.—Липецъ 13.—Лифшицъ 43, 185.—

- Лихаревъ 120. — Лозинскій 16, 17, 18, 20.
- Маастъ 213. — Максимовъ 86, 89, 94. — Максutowъ 156, 157. — Малеванскій 156, 159. — Малининъ 170. — Малышевъ 238. — Малыгинъ 237. — Маркеловъ 14. — Маркузонъ 109, 110. — Марциновскій 118, 120, 244. — Марьянчикъ 74. — Матвѣевъ 43. — Матвѣева 180. — Матросевичъ 238. — Матросовъ 46. — Маціевскій 42, 46, 48, 193. — Мецкерскій 119, 120, 123. — Меоодіевъ 169. — Мынаковъ 244. — Миноръ 70, 71, 80, 88, 93, 94, 193. — Михайлова 49, 173. — Михайловъ 150, 156, 225, 226, 228, 229, 237, 238, 239, 244. — Мицкевичъ 84, 89, 192, 234, 239. — Молчановъ 22, 97. — Мольковъ 214, 244. — Монгинъ 234. — Мостынский 156, 160. — Мускеловъ 142. — Мясоѣдовъ 151, 153.
- Напалковъ 65, 70. — Натансонъ 145, 146, 147, 151, 154, 228. — Невѣдомскій 233. — Недешовъ 214. — Недригайловъ 21, 22, 25, 26, 118, 157, 168, 202. — Немпровскій 118. — Несвицкій 208, 233. — Нечаева-Дьяконова 64. — Никитинъ 13, 14, 15, 22, 202, 210, 223. — Никифоровъ 101, 156, 160, 225, 228, 229. — Никольскій 221. — Новиковъ 45, 48.
- Огневъ 244. — Огородниковъ 166. — Онишкевичъ 67. — Орлеанскій 139. — Орловъ 5, 107, 108, 164, 178, 215. — Окишевичъ 68. — Осиповъ 92. — Останковъ 86, 89, 91, 93, 94. — Острининъ 22, 157.
- Павловскій 34, 36, 74, 75, 76, 78. — Павловъ 119, 123. — Павлушковъ 60. — Палевичъ 158. — Певзнеръ 28, 34. — Перимовъ 54, 57, 74, 191, 246. — Пирошковъ 145. — Покровский 217, 218, 220. — Покшишевскій 155. — Полуэктовъ 212. — Помбракъ 222. — Побѣдинскій 42, 48, 49. — Подлевскій 23, 25. — Поповъ (И. В.) 157, 175, 179, 181, 182, 200, 214, 215, 239, 244. — Поповъ (фельдш.) 210, 213. — Поспѣловъ 113, 120. — Преображенскій 131, 134, 135, 138, 140. — Прибытковъ 70. — Прозоровскій 72. — Проскураковъ 122. — Протопоповъ 62, 63.
- Рабиновичъ 175. — Работновъ 131, 134. — Равданчикъ 13. — Раевскій 55. — Рамуль 162, 164. — Растегаевъ 84, 56, 89. — Рахмановъ 195, 238. — Рейнъ 1, 244. — Розановъ 22, 72, 164, 168, 169, 175, 194, 206. — Россолимо 73, 74, 80, 82, 84, 88, 89. — Ростовцевъ (М. И.) 33, 34, 65, 67, 69, 70. — Ростовцевъ (Г. П.) 6, 75. — Ротъ 79, 80, 83, 84, 93, 94, 95. — Рохлинъ 131, 139, 214. — Рубчевскій 22. — Рубель 217. — Рудневъ 232. — Румянцевъ 177, 180, 181. — Русскихъ 102, 104, 106, 112. — Рыбаковъ 80, 94. — Ръзановъ 52. — Ръшетилло 35, 120, 121, 122.
- Сабанѣевъ 244. — Садовскій 230. — Салазкинъ 5, 10, 192, 194, 195, 236, 240, 244, 248. — Салтыкова 109, 111, 112, 113. — Салтыковъ 181. — Салпѣжо 244. — Сарычевъ 50. — Сахаровъ 166. — Сержевскій 126, 129, 130, 133, 137, 139. — Сербскій 94. — Сергѣевскій 80, 84, 86, 89. — Семеновъ 160. — Серебрянниковъ 13, 15. — Сидоровъ 156. — Скачковъ 195. — Сквишанъ 22. — Словцовъ 10, 11. — Смедовичъ 238. — Смирновъ 109, 164, 168. — Соколовъ 119, 163, 164, 168. — Соловьевъ 43, 48, 59, 61, 63. — Соснинъ 168. — Спасскій 12, 13, 152, 153, 207, 217, 228. — Спижарный 34, 36, 41, 49, 59, 63, 64, 69, 73, 74, 75, 76, 77, 78. — Сперанскій 16, 100. — Ставровскій 199, 206, 207, 244, 248. — Ставиловскій 79, 83, 84. — Стеблинъ-Каменскій 64, 65. — Степановъ 16, 20. — Столяндъ 97, 109. — Стояновскій 158, 159. — Страшунскій 102. — Стржебицкій 97, 100, 102, 104, 108, 110, 112, 178, 181. — Субботинъ 50, 55, 58, 59. — Сухановъ 79, 94, 95, 119, 120, 185, 193.
- Тарасевичъ 22, 164, 195, 240, 244. — Тезяковъ 108, 164, 177, 180, 181, 187, 202, 217, 220, 222, 223. — Терещенко 159. — Теряня 80. — Тимашевъ 101. — Тимченко 157. — Титовъ 27, 29. — Тишковъ 108. — Толлаевскій 86. — Толмачевъ 231, 232. — Троицкій 96, 101, 102, 109, 111. — Трофимовъ 36, 125, 127, 131, 132, 134. — Туполовъ 220. — Тутышкинъ 84, 208, 209, 210.
- Ужанскій 119. — Ульяновъ 36. — Усковъ 100. — Усовъ 32, 117. — Успенскій 6. — Ушманъ 55.
- Федоровъ 178. — Ферхминъ 169. — Финъ 15. — Фишъ 145, 151, 154, 207. — Фоминаъ 224, 225. — Фраерманъ 15. — Францевъ 112. — Френкель 210.
- Хазановъ 60. — Ханелесъ 213. — Хорошко 81. — Цастровъ 58, 153, 154, 228. — Цвѣтаевъ 171, 173, 195, 200, 217, 238. — Цѣновскій 115, 121, 193. — Цыпкинъ 131.
- Чаговецъ 10, 11. — Челищевъ 234. — Черкасовъ 36, 66. — Чернеховскій 46, 49. — Чертовъ 244. — Чечотъ 70, 86, 94. — Чиликинъ 212, 213. — Чирвинскій 18. — Ченовъ 115, 117, 123. — Чугаевъ 90. — Чупровъ 236, 239.
- Шапочниковъ 221. — Шадринъ 157, 159. — Шатскій 69. — Шатри 156. — Шатерниковъ 10, 244. — Шварцъ 29, 30, 32. — Шварцбургъ 234. — Швейцеръ 195, 124, 244. — Шень 186, 207. — Шервинскій 27, 28, 32, 36, 40. — Шестакова 112. — Шефъ 62, 63. — Шидловскій 20, 244. — Шингаревъ 196, 198, 232, 234, 238, 239, 242. — Шиналова 97, 178, 179. — Шоръ 192. — Шмелевъ 201, 202. — Шмидтъ 89. — Шнеерсонъ 138. — Штейнъ 86, 88, 133, 136, 137, 141. — Штейнфельдъ 174, 198, 213.
- Щеголевъ 22. — Щепотьевъ 119.
- Эберлинъ 44, 46. — Экъ 216. — Эминетъ 96, 99, 103, 107.
- Юдинъ 10. — Юргенъ 13.
- Яковенко 6, 94, 95, 244. — Якубъ 47, 48, 49, 95. — Яцута 132. — Яхнинъ 113.

Предметный указатель.

- Achylia gastrica 27.
 Абсцессы остеоальвеолярные, лечение 64.
 Автономія въ психіатрическихъ учрежденіяхъ 84, больницы 208.
 Адреналинъ въ ларинго-рино-отоліогіи 136.
 Акушерки, представительство въ врачебно-санитарныхъ совѣтахъ 208.
 Алкоголизмъ личности 89.
 Амнистія 246.
 Аппендицитъ 33 истерическій 69.
 Аптечное дѣло 214.
 Атропинъ при грыжахъ 66.
 Аспирація химическая при леченіи остеоальвеолярныхъ абсцессовъ 64.
 Атоху́л, лечение возвратнаго тифа 32.
 Бактеріологія кори 102.
 Беременность выматочная, распознаваніе и лечение 44, 45, прерываніе ея 95.
 Біологическая очистка сточныхъ водъ 164, 165, 166, 167.
 Бластомицеты при кожныхъ заболѣван. 120.
 Болѣзни глазъ, распісаніе 155, заразные, борьба въ городахъ 203, 205, кожи, лечение радіемъ 119, бластомицеты при нихъ 120.
 Болѣзненность дѣтей, регистрація 174.
 Больницы, автономія 208.
 Борьба съ дѣтской смертностью, союзъ 104, 106, 107, съ заразными болѣзнями въ городахъ 203, 205, съ нервными болѣзнями 83, съ бугорчаткой 36, съ эпилепсіей 94, противъ рака 46.
 Бугорчатка общая, борьба съ нею 36, dispensaire 38, кишечная теорія 37, лечение сывороткой 40, саваторіи 38.
 Ванны грязевыя при леченіи нервныхъ болѣзней 89, свѣтовые электрическія 20.
 Водобоязнь, предохранительн. прививки 26.
 Воды минеральныя, лечение нервныхъ больныхъ 80.
 Война, лечение ранъ асептически 51—и психическія разстройства 79, условія заживленія огнестрѣльныхъ пораженій 52.
 Возвратный тифъ, лечение атоху́ломъ 32.
 Волчанка носа, операція со стропилкой Студенскаго 56.
 Воспаленія придаточныхъ полостей носа, лечение 137.
 Врачи, Общество фабричныхъ врачей 217—и рабочій вопросъ 223, фабричные 216, съѣздъ фабричныхъ 221.
 Вскармливаніе грудныхъ дѣтей 101.
 Вырожденіе населенія въ Россіи 183.
 Гемиплегія церебральная, патогенезъ 97.
 Гигіена, преподаваніе въ средней школѣ 170.
 Гимнастика при искривленіяхъ позвоночника 79.
 Глаукома, лечение 146.
 Гноетеченія, лечение высасываніемъ 131.
 Голодь, борьба съ нимъ 187, 246.
 Голоданіе 240.
 Грыжи, лечение атропиномъ 66.
 Діастазъ 11.
 Дизентерія амiebная 22.
 Душевные болѣзни, распознаваніе 92.
 Души высокаго давл. 16, угольн. кисл. 137.
 Жилища городского населенія 206.
 Заболѣваемость, борьба черезъ школу 170.
 Заболѣванія носовыя, резиновая тампонада 140.
 Законодательство еврейское о разводѣ душевно-больныхъ 91.
 Заразн. болѣзни въ городахъ 203, свиней 158.
 Иммуни́тетъ 22.
 Инструменты новыя 130, 136.
 Искривленія позвоночника, гимнастика 79.
 Капля молока 111, 112.
 Кахексія раковая 60.
 Кислота скатоль-карболовая 11, стоксилъ свѣрная 11.
 Классификація профессій 222.
 Коагу́лезы 10.
 Кожа, грибковыя заболѣванія 121.
 Кокаинъ, пастеризація растворовъ 1, стерилизація растворовъ 12.
 Колоніи санитарныя въ Петербургѣ 179.
 Корь, бактеріологія 102.
 Кровь, посѣвы ея у брюшнотифозныхъ 2.
 Курортное лечение 18, нервныхъ больныхъ 80, русскіе, значеніе ихъ 17.
 Курсы повторительныя для врачей 194.
 Лабиринтиты, гнойное распознаваніе 126.
 Легкія, воспаленіе у дѣтей 97.
 Лекарственные средства, стандаризація ихъ 13, торговля ими 14, фальсификація 1.
 Липома ко́лѣннаго сустава 77.
 Лучи Roentgen'a измѣненіе дозы 35, лечение плоскоклеточн. рака 35, для діагностики 3.
 Медицина, земская, кризисъ ея 186, нужды ея 185, фабрично-заводская 218, 221, общественная въ демократическомъ строѣ 242.
 Миндалины, анатомическое строеніе 139.
 Мозгъ спинной, рефлектор. возбудимость 1.
 Надзоръ санитарно-школьный 173.
 Неврастенія, лечение 16.
 Неврозы на войнѣ 70—и туберкулезъ 80, ушной признакъ 82.
 Недержаніе мочи ночное, лечение 99.
 Нервные, больные, лечение въ курортахъ 80, грязевыми и рапными ваннами 89.
 Нефротомія, техника 75.
 Нога искусственная 58.
 Нома, этиологія 76.
 Огнестрѣльныя пораженія на театрѣ военныхъ дѣйствій 52.
 Одонтологія, взглядъ Склифассовскаго 5.
 Общество всероссійское для борьбы нервными заболѣваніями 83, русское здоровья и болѣзненныя проявленія ея 6, физико-терапевтическое 41, фабричныхъ врачей 217.
 Окислитель Дибдина 166.
 Опытъ свѣтодвигательный 86.
 Организація ветеринарная земская 159.
 Органическія вещества, разрушеніе 13.
 Осложненія внутречерепныя при ушныхъ болѣзняхъ 134.
 Отбросы городскіе, сжиганіе 169.
 Озаена, впрыскиваніе параффина 129.
 Параличъ прогрессивный 92.
 Паранефритъ 77.

Перепись половых 123.
Перитифлит, оперативное вмешательство, показанія 33.
Перитонит, пневмококковый 61, лечение 67.
Пироплазмоз лошади 159.
Питьевая вода, очищение 163.
Пластинъ 9.
Пластика изъята неба 65, дефектовъ брюшного пресса 65.
Пнеймонія послѣоперационная 62.
Поврежденія на войнѣ 70, у желѣзнодорожныхъ служащихъ 149, на фабрикахъ, регистрація 224.
Помощь психиатрич. на театрѣ войны 79.
Пораженія, головныхъ нервовъ на войнѣ 71, п. vagi при сирингобульбіи 88.
Пороки развитія женскихъ половыхъ органовъ 48.
Преподаваніе, реформа 192, 193.
Прививки предохранительныя противъ холеры 26, противъ скарлатины 200, 202, въ сельской практикѣ 201.
Протезы парафиновые 128, 129.
Психическія разстройства въ связи съ войной 79.
Психозы и туберкулезъ 81, во время беременности 95, въ связи съ политическими событиями 80, 88.
Пубертетъ 42.
Рабочій день восьмичасовой 199, 248.
Радій, лечение трахомы 141, 142, при болячкахъ кожи 119.
Разводъ у душевно-больныхъ, еврейское законодательство 91.
Ракъ 79, гортани 132, матки 46, лечение сывороткой 60, плоскоклеточный 35.
Раны, асептика 50.
Распознаваніе душевныхъ болѣзней 92.
Рахитъ, борьба съ нимъ 177.
Ревматизмъ, лечение свѣтовыми ваннами 19.
Регистрація повреждений на фабрикахъ 224.
Рентгенографія, значен. для діагностики 35.
Рентгенотерапія при грибковыхъ заболеванияхъ 121, при эпилепсиахъ 122.
Рентгеноскопія, діагностика болѣзней грудной кѣтки 35, въ діагностикѣ 36.
Реформа врачебно-санитарнаго дѣла 236.
Ртуть, пути выдѣленія 122.
Санаторія для врачей 235.
Салезенка, лимфангиома 69, роль ея въ организмѣ 30.
Септицемія свиней 155.
Серотерапія сибирской язвы 155.
Сибирская язва, серовакцинація 155.
Сжиганіе городскихъ отбросовъ 169.
Симптомъ Ganser'a 90.
Сирингобульбія, пораженія п. vagi 88.
Сифилисъ, главнѣйшіе успѣхи въ его изученіи 6, микробиологія и патогенезъ 113, экспериментальный у обезьянъ 115, третичный 115, серодіагностика 116, леченіе мышьякомъ 120.
Скарлатина, лечение сывороткой черезъ кишечникъ 21, предохранительныя прививки 200, 202.
Склеръ, резекція 143.
Слуховой проходъ, заросшеніе, лечение 131.
Служащіе на желѣзныхъ дорогахъ, поврежденія 149.

Слѣпота, симуляція, опредѣленіе ея 152.
Смертная казнь, участіе врачей 235, 246.
Смертность дѣтей 109, регистрація 174, въ Москвѣ 175, на фабрикахъ 175.
Событія политическія, вліяніе на психозы 80, 88, вліяніе на теченіе тубер. 81.
Сосокъ застойный, вліяніе трепанавія 74.
Сосеvidный отростокъ, нагноеніе 127.
Союзъ для борьбы съ дѣтской смертностью 104, русскихъ психиатровъ и невропатологовъ 94, медицинскій 236.
Сточные воды, очистка 164, 166, 167.
Страхованіе социальное 196, рабочихъ 197.
Строй капиталистич. и здравоохраненіе 202.
Суды чести 234.
Сухотка слуховая, теченіе ея подъ вліяніемъ послѣднихъ событий 81.
Сфигмографія у дѣтей 96.
Сычутка, лечение яшмѣи ея 143, раздраженіе ея 148.
Сыворотка противоскарлатинная 21, противораковая 60, Розенталя 13.
Таблицы Донберга 153.
Тепло, лечение ушныхъ и горловыхъ болѣзней 125.
Тифъ брюшной, распознаваніе 23.
Тифъ возвратный, лечение atoxyl'омъ 32.
Токи высокаго напряженія, лечение трещины задняго прохода 78.
Тошнота дисентерійный 13.
Топографія мозговой 74.
Трахома, изученіе, дѣятельность комиссій 145. 344
Трещины, леченіе токами высокаго напряженія 78.
Туберкулезъ гортани, лечение по Bier'у 133, принципы леченія 134, легочный, раннее распознаваніе 29--и психозы 81, рога таго скота 156.
Туберкулины 39.
Уризмъ 28. *инв. 576*
Уртикарія токсическая 121.
Ушной признакъ при туберкулезныхъ неврозехъ 82.
Уставъ психиатрическихъ учрежденій 84, медицинскаго союза 237.
Фабрика, оvdоровленіе рабочихъ 215.
Фельдшера, представительство 208, реформа образованія 211, самостоятельная дѣятельность 212.
Физико-терапия, задачи ея 41.
Фильтры англійскіе 160, 162.
Чума, заболѣванія на фортѣ «Александръ I» 25.
Шины, наложеніе по способу Волковича 74.
Школа средняя, преподаваніе гігіены 170, санитарное состояніе 172, заболѣваемость 173, Нью-Йоркскія 171.
Щипцы акушерскіе, показанія 47.
Экзамены врачебные 192, докторскіе 193.
Электротонъ 12.
Эндокардиты острые, діагностика 29.
Энергія нервно-физическая 95.
Эпидемія травматическая 245.
Эпилепсія, борьба съ нею въ Россіи 94, кортикальная 73.
Язы восточныя 118.
Valvula tricuspidalis, органическая недостаточность, предсказаніе 30.

year 5 p.

five