ДВ 61
13613
О-285

ИЗВЕСТИЯ
ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ ЮЖНО-УССУРИЙСКОГО КРАЯ
ВО ВЛАДИВОСТОКЕ.

Адрес редакции и склад издания: г. Владивосток, Общество врачей Южно-Уссурийского края, Посьетская 29.

№ 8. **20 июня 1923 г.** **2-й год.**

Журнал выходит отдельными выпусками по мере накопления материала в размере 1—2 печатных листов по следующей программе:

1) Оригинальные научные статьи.
2) Научные доклады во врачебных обществах края.
3) Переводные статьи из текущей иностранной медицинской литературы.
4) Рефераты из заграничных и русских медицинских журналов.
5) Протоколы общих собраний и заседаний правления Общества врачей Южно-Уссурийского края.
6) Правительственные распоряжения по врачебно-санитарной части.
7) Медицинская хроника.
8) Новые книги.

Материалы, присылаемые для напечатания, помещаются в журнале бесплатно, при чем могут, по усмотрению редакции, подвергаться сокращениям и изменениям, конечно, без ущерба для их содержания.

Ненапечатанные рукописи, в случае невостребования их авторами в течение 3-х месяцев, уничтожаются.

Присылаемые для напечатания материалы просят писать на одной стороне листа четким почерком или, лучше, печатать на машинке.

Цена журнала 50 к. за выпуск.

Плата за объявления: *впереди текста:* за целую страницу—20 р., за 1/2 стр.—10 р., за 1/4 стр.—6 р. и за 1/8 стр.—3 р. 50 к., *позади текста:* за стр.—15 р., за 1/2 стр.—8 р., за 1/4 стр.—4 р. и за 1/8 стр.—2 р. 50 к.

Помещающим объявления не менее чем в 4 номерах подряд 20% скидка.

Лица и учреждения, желающие получать выпуски «Известий Общества врачей Южно-Уссурийского края» по мере их выхода в свет, благоволят сообщить об этом в редакцию с указанием числа требуемых экземпляров и подробного адреса. Плату можно высылать по получении каждого выпуска по адресу Общества (Посьетская ул. 29).

ЭР02069

ДВ государственная научная библиотека

ДВГНБ

ЭР02069

Ор 613 + 61(06)
О-285

ИЗВЕСТИЯ
Общества врачей Южно-Уссурийского края

ВО ВЛАДИВОСТОКЕ.

АДРЕС РЕДАКЦИИ и СКЛАД ИЗДАНИЯ:
Владивосток. Посьетская, 29, Общество врачей Южно-Уссурийского края.

№ 8. 20 июня 1923 г. 2-й год.

СОДЕРЖАНИЕ.

Оригинальные статьи.

А. Б. Моисеев. Случай эктонической интерстициальной беременности.
А. А. Тамм. Случай Pityriasis rubra Hebrae.

Переводные статьи.

Prof. Liepmann. Перфорации матки при производстве аборта.
Краткий отчет о деятельности Лаборатории Общества врачей Южно-Уссурийского края за 1922 г.
Цифровой отчет Пастеровской станции Общества врачей Южно-Уссурийского края во Владивостоке за 1922 год.

Рефераты.

Когда должно оперировать детские грыжи. Gohrbandt.
Гангрена легких и лечение ее сальварсаном. Curschmann.
Внутрисердечные впрыскивания адреналина и подкожные лобелина при asphyxia pallida новорожденных. Mikulicz-Radezki.
Внутримышечное применение хинина при воспалении легких у детей. Friedberg.
Новые и старые признаки для дифференциального различия опухолей язвы и рака желудка. Payr.
Лечение аппендецита во время беременности. Pribram.
Нервные заболевания сердца и их лечение. Lilienstein.
Хирургические осложнения сыпного тифа. Herzenberg.
Ранняя диагностика параренального абсцесса. Krecke.

Правительственные распоряжения.

Хроника.

ДВГНБ

Хабаровская Краевая научная библиотека

ЭР02069

Медиц. Издательство „ВРАЧ“:

Берлин SW 48, Wilhelmstrasse 28.

Издательство «Врач» по примеру русских и немецких издательств переходит на систему исчисления цены книг, исходя из основной их стоимости с умножением ее на установленный Биржевым Комитетом множитель. По мере роста цен на все производство множитель этот заменяется по постановлению того же Комитета другим.

Проф. ШЕФФЕР. Терапия кожных и венерических болезней. 430 стр. больш. формата с 87 рис. в тексте. Перевод с последн. (4) нем. изд. д-ра А. М. Цыпкина. *Цена 12 герм. мар.* без пер.

Проф. БЕНДИКС. Руководство по детским болезням. Перевод с 7-го (последнего) нем. издания под редакцией д-ра *С. И. Розенфельда.* 670 стр. больш. формата с 89 рис. в тексте и 4 цветн. прилож. на отдельных листах. *Цена 18 герм. мар.* без перепл.

Проф. БЛЕЙЛЕР. Руководство по психиатрии. Перевод с дополнениями по последнему 3-ему нем. изданию д-ра *А. С. Розенталя.* 560 стр. больш. формата с 51 рис. в тексте. *Цена 11 герм. мар.* без перепл.

Проф. ЯКОБИ и проф. *К. Цилер. Атлас болезней кожи со включением важнейших венерических заболеваний.* Перевод с последн. 7-го нем. издания д-ра С. И. Розенфельда. 200 больших страниц текста с 226 раскрашен. и 2 черными рис. на 161 приложении на отдельных листах. *Цена* в пер. с коленк. кор. *100 герм. мар.*

Проф. РЕМЕР. Руководство по глазным болезням. Перевод с послед. 3-го нем. издания (переработ.) д-ра В. Г. Гершун. 440 стр. больш. формата с 297 частью цветн. рис. в тексте и 32 цветн. прилож. *Цена* в переплете с коленк. корешк. *18.50 герм. мар.*

Проф. БРУГШ и проф. ШИТТЕНГЕЛЬМ. Руководство по клиническим методам исследования. Перевод с 4-го нем. издания врачей С. И. Датынера, С. А. Либерзона, Г. С. Присмана, К. Ю. Флаккера и Н. С. Шаравского. Под редакцией д-ра С. И. Розенфельда. 900 стр. больш. формата с 388 частью цветн. рис. в тексте и 12 частью цветн. таблицами на отдельных листах. *Цена* в пер. с коленк. кор. *21 герм. мар.*

Проф. О. ПОЛАНО. Акушерско-гинекологическая пропедевтика. Перевод с послед. нем. издания д-ра С. И. Розенфельда. С 88 большей частью цветными рисунками в тексте. *Цена 6.—мар.* без перепл., *7.50 мар.* в перепл.

Проф. КОБЛАНК. Краткое руководство по женским болезням. Перевод с последн. (3-го) нем. издания д-ра Коган-Бернштейн. С 65 рис. в тексте. *Цена* без пер. *8 мар.* в пер. *10 мар.*

Проф. ЛАНДУА. Руководство по физиологии человека в обработке проф. Роземана. Перевод с посл. 16-го нем. издания под ред. д-ра С. А. Либерзона. 2 т., 1200 стр. больш. формата с 283 рис. в тексте. 2-мя цветн. и 2-мя черн. приложениями на отдельн. листах. *Цена* I-го т. в пер. *15 герм. мар.*, без пер. *13 мар.* II-го т. в пер. *17 герм. мар.*, без пер. *15 мар.*

Д-р М. Г. ПРИСМАН. Что каждому необходимо знать о венерических болезнях. 2 издание 95 стр. и 3 рис. на отд. листе. *Цена 1.50 мар.*

Проф. КАРЛ ТОЛЬДТ. Анатомический атлас. Одиннадцатое изд., с 1905 частью крашенными, резанными на дер. рисунками и 15 рентгенограммами с 5 контурн. рисунками. *Цена* I-го т. в пер. *27 герм. мар.*, II-го т. в пер. *26 гем. мар*, III-го т. в пер. *25 гер. мар.*

Д-р В. КРОНЕР. Терапия в берлинских университетских клиниках. Перевод с последнего нем. издания. *Цена* в пер. *10 герм мар.*

Проф. ШМАУС. Руководство по патологической анатомии. 1-ый том. Общая часть в переводе д-ра Директоровича. *Цена* I го тома в пер. *30 гер. мар.*, без пер. 28 *мар.*

Проф В. П. ВОРОБЬЕВ и д-р Е. К. ПИЕТТ. Основы анатомии, эмбриологии и гистологии зубов и полости рта. Со 150 рисунк. в тексте и одной цветной таблицей. *Цена* в пер. *7 герм. мар.*, без пер. *5.50 мар.*

Проф. Е. БУММ. Руководство по акушерству. В 28 лекциях с 626 рисунк. в тексте и 3 отдельными приложениями. Перевод с последнего 13-го нем. издания д-ра С. И. Розенфельда. *Цена* в пер. *33.50 герм. мар.*, без пер. *31.—мар.*

Прив.-Доц. АРТУР ВЕЙЛЬ. Внутренняя секреция. Перевод со 2 го издания д-ра В. Н. Лызлова. *Цена 5.—мар.* без. пер., *7.—мар.* в пер.

Проф. С. С. АБРАМОВ. Патогенные микроорганизмы (со включением атласа и техники бактериолог. исследования). *Цена 19.—мар.* без пер., *21.50 мар.* в перепл.

Проф. Г. КЛЕМПЕРЕР. Основы клинической терапии внутренних болезней. Перевод с нем. д-ра В. Н. Лызлова. *Цена* в пер. *7.50 герм. мар.*, без пер. *6.—мар.*

Др Г. Е. ШМИДТ †. Краткое руководство по светолечению. Перевод с последн. (3-го) изд. д-ра А. С. Розенталя. С 49 рис. в тексте. *Цена 3.50 мар* без пер., *5.—мар.* в пер.

Проф. КАРЛ ЦИЛЕР. Венерические болезни (их сущность, распознавание и лечение). Перевод проф. Л. С. Розенталя с последн. (2-го) нем. изд. С 17 рис. в тексте. *Цена* без пер. *6.50 мар.*, в пер. *8.50 мар.*

Г. БРЕЗИКЕ. Учебник нормальной анатомии человека. Перевод с последн. издания проф. Е. К. Пиетта. С 56 рис. в тексте и IX цветными табл. *Цена* без переплета *20 мар.*, в переплете *22 мар.*

Д-р Н. Е. ИШЛОНСКИЙ. Этюды сексуальной биологии. I. Произвольное изменение пола и искусственное омоложение по проф. Штейнаху. 194 стр. С 24 рис. *Цена* без пер. *5 мар.* в пер. *7 мар.*

Д-р М. Г. ПРИСМАН. Способы предохранения от венерических болезней. Профилатика. 2 издание. *Цена 0.30 мар.*

ЭР02069

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ.

Случай эктопической интерстициальной беременности.

(Из хирургического отделения Приморской областной земской больницы).

Д-р А. Б. МОИСЕЕВ.

Рискую сообщить свой случай ввиду особой его исключительности. По данным проф. Отта, интерстициальная беременность встречается не более, чем в 1—2% всех случаев несвоевременной беременности. Интересен этот случай также и тем, что диагноз был установлен до операции и притом в периоде прогрессивной формы беременности, что должно быть особенно важно для случаев интерстициальной и зачаточного рога эктопии, где при самопроизвольных разрывах смертность очень высока.

20 июня 1922 г. в Приморскую областную земскую больницу поступила больная Н. К-ва с жалобами на общее недомогание, напоминающее привычное ей начало беременности, и на легкую, но постоянную боль внизу живота справа.

Больной 26 лет; первые menses пришли на 13 году с типом через три недели по 4 дня, необильно, без болей. Последних менструаций точно не помнит, но знает, что были они более двух месяцев назад и прошли совершенно нормально.

Рожала два раза: первый раз на 22 году, последний-22 апреля 1920 г. Оба раза роды происходили в ножном положении. причем при первых родах ребенок родился в глубокой асфиксии и не был возвращен к жизни, несмотря на все принятые меры. Послеродовое течение протекало всегда правильно-ничем не болела. Выкидышей не было.

Температура и пульс при поступлении-нормальны. Больная правильного телосложения и хорошего питания. Внутренние органы груди и живота нормальны. При бимануальном исследовании обнаружено: слизистые оболочки introitus'a слегка синюшны; в куполе рукава на задней его стенке по средней линии-небольшой, но резко выраженный 4 сантим. длиной валик; шейка матки вполне нормальна. Матка слегка рыхла и увеличена до кулака взрослого человека с косо расположенным дном и полукружной формой правого рога, сильно выступающего вправо и немного вверх. Нормальные придатки слева хорошо прощупываются, справа—с трудом; своды совершенно свободны.

В виду того, что на основании анамнеза и объективного исследования была заподозрена аномалия, больной было предложено исследовать ее еще дополнительно под наркозом и в случае необходимости произвести пробное выскабливание, на что больная выразила полное согласие.

При произведенном тут же хлороформировании больной было установлено, что правые придатки целиком примыкают к описанной выпуклости на матке снаружи, а при зондировании матки и последующем выскабливании ее слизистой была констатирована абсолютная пустота ее доступной через шейку полости, покрытой лишь очень толстым слоем слизистой обо. очки и совершенно обособленной от округлой опухоли правого рога матки.

На основании всего вышеизложенного был установлен диагноз эктопи-

ДВГНБ

ЭР02069

ческой беременности в зачаточном роге матки, лежащем в ее интерстиции, и больной была предложена радикальная операция для прекращения беременности, при чем, ввиду серьезности случая а также ввиду того, что только sub operatione возможно выяснить взаимоотношение между плодовместилищем и остальной частью матки, мужу больной было заявлено, что по ходу операции может потребоваться полное удаление матки.

Операция была произведена на следующий день, 21 июня 1922 (оперировал д-р А. Б. Моисеев, ассистировал д-р Н. А. Кестлер, присутствовали д-ра С. М. Блуменфельд и Е. Х. Чернецкий). Под хлороформенным наркозом живот был вскрыт по средней линии. По расширении раны брюшной полости было обнаружено следующее: увеличенная до 3-х месяцев беременности матка имеет скошенное дно с округлым правым рогом, выдающимся немного вверх и главным образом к наружи.

На обычном месте к этому рогу прикреплена круглая связка и труба, а немного ниже-правый яичник. Левые придатки и вся тазовая брюшина в совершенной норме: нигде никакой спайки. Желтое тело находится на левом яичнике.

Операция заключалась в полном удалении плодовместилища путем двух полулунных разрезов, проведенных на выпяченном роге матки по обе стороны трубы и круглой связки и последовательного клиновидного вылущения его из тела матки без повреждения стенки, разделяющей плодовместилище и „основной“ рог матки. Правая труба и круглая связка на некотором расстоянии от удаленной части были перевязаны и отрезаны.

Образовавшийся таким образом дефект в маточной стенке был зашит несколькими рядами погружных шелковых швов, установивших полный гемостаз и поверхностных, перитонизировавших ложе. Таким образом, на месте удаленного плодовместилища с правой стороны, была создана плотная маточная стенка. Брюшная стенка была зашита наглухо по Отту (основные швы плюс узловатый шов на апоневроз плюс узловатый шов на кожу).

Послеоперационное течение протекало совершенно гладко, при нормальной температуре и отсутствии каких либо осложнений. Рана зажила per primam и больная достаточно окрепшей выписалась на 12-й день после операции.

Вскрытая на истонченном месте маточная стенка плодовместилища показала присутствие в нем плодного яица с нормально развитым эмбрионом сроком около 3-х месяцев.

Что мы имеем в данном случае с патолого-анатомической точки зрения?

Чистый ли случай интерстициальной беременности, развившейся в той части трубы, которая проходит через толщу маточной мускулатуры и затем совершенно обособившейся как от трубы так и от матки?

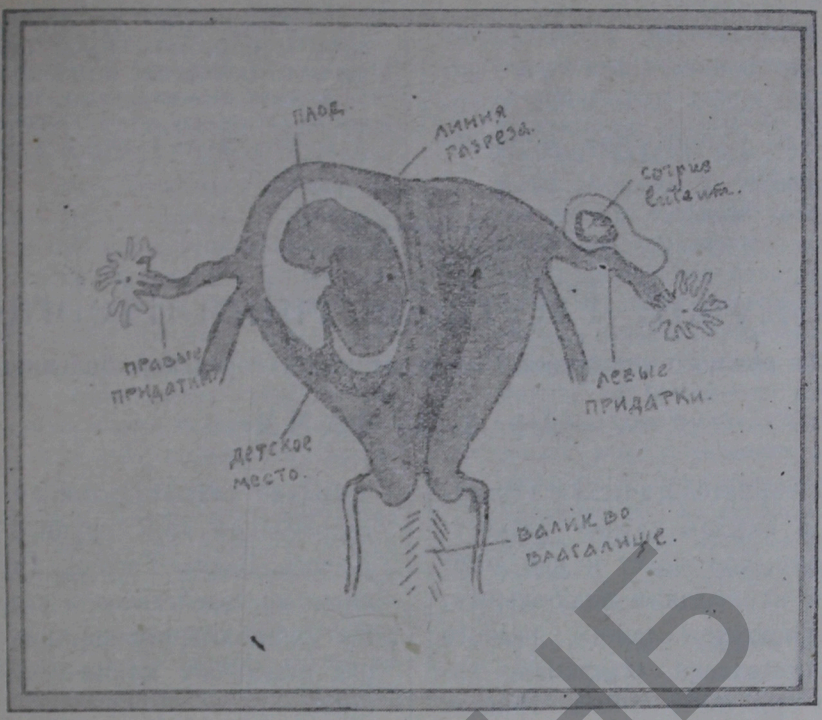
Или это — аномалия, т. е. беременность в рудиментарном роге или вернее в обособленной полости матки, разобщенной с влагалищем и имеющей выход лиш в брюшную полость через правую трубу?

Мне представляется, что здесь несомненно имеется аномалия, что перед нами — очень редкий случай двуместной матки — uterus bilocularis с плотной мышечной перегородкой, разделяющей матку на две неравные полости. Одна из этих полостей сообщается с левой трубой и шейкой матки; вторая — с шейкой не сообщается, имея выход лиш в брюшную полость.

Первые две беременности у нашей больной протекали в полости, сообщавшейся с шейкой, а описываемая нами беременность началась за перегородкой, при чем яйцо должно было пропутеше-

ЭР02069

ствовать через брюшную полость, так как желтое тело при операции было найдено на противоположной стороне.



Доказательством аномалии служат следующие признаки: 1) Плодовместилище было заключено и со всех сторон окутано очень толстой мышечной стенкой, сравнительно легко отделившейся, прямо можно сказать вылущенной из стенки матки подобно тому, как вылущаются фиброматозные узлы. 2) Во влагалище на задней стенке имеется резко выраженный валик несомненно аномалийного происхождения представляющий из себя ничто иное, как septum u aginae, утолщенной и видоизмененной во время родов.

Мы имеем, следовательно, перед собой один из вариантов аномалии неполного разделения полового тракта, очень редко случающийся, но все же много раз отмеченный литературой.

Я назвал свой случай «интерстициальным» потому, что фактически плод лежал в интерстиции матки, вне соседних полостей. (См. прил. схему).

Описываемый случай, помимо своей исключительной редкости с точки зрения аномалии, заслуживает большого внимания по двум следующим причинам, весьма важным в практической деятельности хирурга-гинеколога и акушера.

Первое: он с несомненностью устанавливает и лишний раз подтверждает факт „наружного переселения яица“, то есть процесс перекочевывания оплодотворенного яйца с яичника одной стороны в трубу другой стороны. Второе: он показывает, что одной из причин рождения плода нижним его полюсом вместо головы может быть описываемая аномалия матки, — причина, неотмеченная даже в таком солидном труде, каким является акушерство Бумма.

А ведь тазовые положения встречаются часто, около 3% всех случаев родов, и на практике у постели роженицы сколько раз каждому из нас приходилось задумываться о причинах ножного, коленного и ягодичного положения и так и не находить этих причин, так как не было на лицо обычных: узости таза, преждевременных родов, двойней, многоводия, водянки головы, мертвого плода.

Как видно из анамнеза, наша больная до этой, роковой, беременности родила два раза, и оба раза роды протекали в ножном положении. Теперь для нас ясно, почему это случилось: вкрапленный в толщу стенки матки добавочный рог, выпячивая ее полость, затруднял правильное вставление головки в нижнем сегменте матки. Определить же наличие этого рога до того момента, пока он так неожиданно не проявил себя, не было никакой возможности, и совершенно тщетно коллега-акушер, проводивший роды у нашей больной, ломал себе голову над вопросом, почему ре-

ЭР02069

бенок у нее шел ногами и вследствие этого погиб в то время, когда все физические данные нашей пациентки говорили за полную возможность нормального течения родов.

Литература: Дм. Отт. Оперативная генекология. С. П. Б. 1914. Проф. Бумм. Руководство к изучению акушерства. 1913 г. Проф. Шредер. Болезни женских половых органов. 1900 г. Сборник трудов по акушерству и гинекологии, посвященный проф. Д. О. Отту. Часть I. 1906 г. и Часть II. 1911 г.

Случай Pityriasis rubra Hebrae.

(Из кожного отделения Владивостокской городской больницы).

Д-р А. А. ТАММ.

Известная дерматологическая традиция-сообщать о каждом случае редкостного заболевания,-побуждает и нас опубликовать свои наблюдения над больным, являвшимся носителем такого редкого и темного по этиологии страдания, каким является pityriasis rubra Hebrae. Насколько действительно эта форма накожного заболевания встречается не часто, и до какой степени, поэтому, приходится дорожить этим клиническим материалом в дерматологических кругах, можно судить хотя-бы по тому, что один и тот же больной в разное время был демонстрирован проф. Поспеловым на его лекциях, д-ром Лянцем в Московском Дерматологическом Обществе и проф. Kaposi в Венском Университете.

Отдел эритродермий, к которым относится данное заболевание, в дерматологии недостаточно разработан, и еще недавно клинически сходные болезненные процессы кожи, характеризующиеся воспалением, краснотой, шелушением эпидермиса и универсальным распространением, протекали под общим названием erythrodermie exfoliatife generalisée (Besnier), dermatitis exfoliativa (Leloir, Vidal), и pityriasis rubra (Hebra, Willau, Gibert и др.). Благодаря работам E. Wilson'a, поддержанным Vidal'ем, dermatitis exfoliativa выделена была в особую клиническую форму; с другой стороны, Hebra описал вполне определенную картину болезни, названную им pityriasis rubra, довольно резко отграничив ее от других заболеваний этой группы; точно также Kaposi, Bazin, Ferréol, Brocq и др. значительно содействовали разрежению группы „общих эритродермий", описав целый ряд отдельных клинических разновидностей.

Согласно классификациям Brocq и Darier, pityriasis rubra относится к первичным хроническим эритродермиям, при чем Brocq в своей классификации склонен различать подвиды: subacuta benigna; chronica gravis (typus Hebra); chronica benigna. Петерсен под настоящей pityriasis rubra разумеет исключительно хроническую неизлечимую болезнь, всегда кончающуюся летально при явлениях общего маразма.

Наши наблюдения касаются больного Ф-ко, 45 летнего мужчины, конторщика по профессии, обратившегося 25. 8. 22 в кожное отделение Владивостокской городской больницы по поводу хронического, не уступающего лечению, кожного страдания, обнаружившего симптомокомплекс, патогномоничный для pityriasis rubra. Добытые анамнестические сведения отрицают какое-бы то ни было наследственное отягощение больного, точно также не удалось установить какой-либо наследственной передачи по нисходящей линии. Женившись рано, 24 лет, вел правильный и умеренный образ жизни, тем не менее в течение последних 3-х лет страдал ослаблением половой потенции. Из детских болезней перенес неизменную корь, в зрелом возрасте страдал часто летними желудочно-кишечными заболеваниями, достигавшими степени кровавых поносов; в отношении венери-

ЭР02069

ческих заболеваний имелись указания на гоноррею в далеком прошлом, луэс отрицал. Что касается кожного анамнеза больного, то уже в 18 летнем возрасте появилась в сопровождении зуда ограниченная мокнущая высыпь на голенях и circa anum, уступившая, однако, лечению дегтярными мазями, но возобновившаяся через солидный промежуток времени в 15 лет и рецидивировавшая на прежних местах, проявляя в то же время более упорный характер и принимая затяжное течение. Года два тому назад появилась зудящая пузырьковая высыпь на разгибательных поверхностях конечностей, при чем пузырьки вскоре ссохлись с образованием процесса сухого шелушения, постепенно распространявшегося на все тело. С распространением и развитием процесса стало наблюдаться выпадение волос и пушка на пораженных местах. Неоднократно был пользован стационарно в лечебных заведениях, но безуспешно, несмотря на разнообразие примененных методов лечения вплоть до специфического антилуэтического. Вследствие неизлечимости страдания, квалифицированного как eczema chronicum, больной был вынужден покинуть службу, занимаемую им на одной из железных дорог.

При поступлении больного в отделение установлен следующий status его:

Больной выше среднего роста, резко истощен, анемичен; костная система развита правильно, мышцы дряблы, атрофичны, подкожно-жировой слой отсутствует. Кожа всего тела диффузно темно-красно окрашена, epidermis истончен, легко собирается в морщинки, cutis et subcutis инфильтрированы, каковая инфильтрация на голени правой ноги доходит почти до степени elephanthiasis. Естественные складки или сглажены, или представляются валикообразными. Кожа сухая, жесткая, обильно шелушится тонкими серовато-белыми пластинчатыми чешуйками, легко снимающимися и в изобилии обсыпающими постель и белье. Отмечается полное выпадение пушковых волос на всем теле, полное исчезновение волос в лобковой области и подмышечных впадинах и заметное поредение волос на лице и волосистой части головы. Вся кожа умеренно зудит и дает неприятное ощущение сухости и напряжения, вследствие чего больной туловище и члены держит в полусогнутом положении, чем обусловливается очень характерная поза его. Мимические движения и жестикуляция затруднены. Лимфатические железы паховых областей увеличены, видны на глаз, мало подвижны, неправильной конфигурации, тестообразной консистенции, безболезненны; подмышечные, шейные и затылочные железы слегка увеличены, плотны; кубитальные железы не прощупываются. Со стороны грудных органов заметных отклонений от нормы не обнаружено, в отношении органов брюшной полости имеются указания на страдание желудочно-кишечного тракта—отсутствие аппетита и непрекращающийся жидкий, учащенный стул. Из целого ряда субъективных жалоб больного наиболее заслуживающей внимания является жалоба на постоянное познабливание-очень тягостное для больного чувство, не покидающее его даже в условиях искусственного согревания. T° тела умеренно повышена (37,2). Клинические исследования мочи, кала и крови, любезно произведенные в лаборатории больницы д-ром Ровенкевичем, дали следующие результаты:

Моча. Цвет соломенно-желтый, прозрачность полная, реакция кислая, удел. вес 1018; белок, сахар и кровь не обнаружены; диазореакция отрицательная; уробилин и индикан-норма. В осадке: единичный многоугольный эпителий, лейкоциты 0-4, эритроциты 0-6 в поле зрения, единичный круглый мелкий эпителий, ураты.

Кал. Жидкий, серо-желтого цвета, реакция слабо щелочная. Реакции: на белок-положительная, на кровь слабо-положительная, на неизмененные желчные пигменты-слабоположительная, на гидробилирубин-положительная. Микроскопия: мелкий пищевой распад, растительные клетки, единичные лейкоциты, цилиндрический эпителий, очень редко эритроциты.

Кровь (лейкоцитарная формула): нейтрофилов 51,7%, лимфоцитов 29,3%, эозинофилов 16,6%, переходных форм-2,2%.

В ближайшие три недели со дня поступления больного в больницу достигнуто некоторое субъективное улучшение применением ежедневных ванн и ungt. diahylon Hebrae для натирания всего тела. Впоследствии можно было констатировать уже и объективно заметное ограничение шелушения и повышение эластичности кожи в связи с уменьшением инфильтрации. Одновременно удалось урегулировать деятельность кишечника, что вызвало улучшение аппетита и даже болезненное его повышение, побудившее озаботиться выпиской больному усиленной диэты с добавочной порцией. В дальнейшем течении болезни расстройства деятель-

ЭР02069

ности кишечника (поносы) в сопровождении ноющих болей в области живота неоднократно возобновлялись. Помимо местных дерматотерапевтических мероприятий были сделаны попытки общего лечения (терпентин-терапия по Klingmüller'y, интравенозные вливания афенила), давшие в конечном итоге лишь некоторое побледнение кожи и облегчение, временное, со стороны зуда, при чем кожный habitus, достигший известной степени улучшения-уменьшение инфильтрации (переход в атрофию), шелушения и зуда, а также некоторое побледнение кожи—в дальнейшем оставался in statu quo, при чем чувство познабливания никогда больного не оставляло, в то время как целая гамма других субъективных ощущений: зуд, сухость и напряжение кожи и т. д.,-охотно уступала лечебными мероприятиям, возобновляясь, как правило, по миновании действия того или иного лекарственного средства. Однако, не смотря на некоторое кажущееся улучшение со стороны пораженной кожи, на повышенный аппетит и усиленную диэту питание больного продолжало оставаться резко пониженным и общее состояние его не давало опорных пунктов для благоприятного прогноза. В конце третьего месяца пребывания в больнице развилась картина экссудативного плеврита, и больной был переведен во внутреннее отделение, где он вскоре скончался при явлениях общего маразма и неудержимо наростающей слабости сердечной деятельности, (16.-XII. 1922 г.). Данные вскрытия, любезно произведенного д-ром Кусовым, представляются, согласно протокола, в следующем виде:

Труп сильно истощен, кожа характерно изменена, атрофична. По вскрытии грудной клетки левое легкое хорошо спалось. Правое сращено со стенкой грудной клетки. При разрывании спаек из полости плевры вылилось порядочно серозной жидкости. Легкое извлечено с большим трудом. На пристеночной плевре и на легком толстые отложения фибрина, большей частью рыхлыми свертками. Нижние доли правого легкого безвоздушны, ателектатичны; ткань верхней доли нормальна. Туберкулезных образований ни в правом, ни в левом легком не найдено. По очистке от фибринозных сгустков плевры на правом легком удается усмотреть мелкие желтые бугорки, сидящие группами. Поверхность перикарда гладкая. Сердце умеренно расширено, дряблое. Клапаны не повреждены, аорта без изменений. В полости брюшины жидкости не содержится. Печень слегка увеличена, рисунок смыт. Селезенка значительно увеличена, плотноватая, серо-красного цвета. На слизистой оболочке желудка и кишек изменений нет. Поджелудочная железа увеличена-длинник ее 24 стм.—плотность и вид на разрезе нормальны. Почки сильно увеличены; толщина коркового слоя 1 стм., он резко отличается от мозгового слоя, цвет его серый, тусклый. Надпочечники велики, размером 7 × 4 × 2 стм., макроскопически не изменены. Вещество мозга ничего особенного не представляет.

Epicrisis: pleuritis serosa tuberculosa, hyperplasia pancreatis et glan[l]. suprarenal., atrophia cutis.

Диагноз-pityriasis rubra Hebrae-в нашем случае покоится: а) на типичной клинической картине-универсальное мономорфное красное шелушение при первоначальных явлениях инфильтрации кожи с последующей ее атрофией, отутствие мокнутия и высыпей (узелков, пузырьков, гнойничков), выпадение волос, припухание лимфатических желез; б) на течении-первичное развитие страдания, медленное прогрессирование, неизлечимость, маразм, exitus после присоединившегося плеврита (t.b.c); в) на субъективных ощущениях-постоянное познабливание, чувство сухости и напряжения кожи, зуд; г) на лейкоцитарной формуле крови-эозинофилия (16,6%). Последний признак сам по себе не патогномоничен для pityriasis rubra, так как эозинофилия встречается и при других, главным образом везикулезных (герпетических), поражениях кожи, но наблюдается и при эритродермиях, в частности при pityriasis rubra, на что указывают W. Morgan u Hiescon в своей статье в Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1913, № 11. (Приведенный в указанной статье случай, наблюдавшийся в клинике Brocq'a, также закончился летально после присоединившегося плеврита). Перечисленных признаков вполне достаточно, чтобы дифференцировать заболевание от хронической экземы, лекарственного дерматита, lichen ruber acuminatus, psoriasis vulgaris и der-

ЭР02069

matitis exfolativa generalis — при последней никогда не наблюдается атрофии кожи.

Этиология pityriasis rubra Hebrae этого загадочного страдания-совершенно неизвестна. Большинство авторов (Jadassohn, Müller и др.), наблюдавших бугорковое поражение лимфатических желез и смерть больных от туберкулеза, допускают связь pityriasis rubra с бугорчаткой; к сторонникам такого взгляда могут быть причислены H. v. Hebra, нашедший при аутопсии бугорчатое отложение (узел) в мозжечке, и Fleischmann в большом мозгу. Другие авторы, основываясь на сходстве pityriasis rubra с некоторыми токсическими эритродермиями, считали это страдание токсическим, или аутотоксическим заболеванием. Указывали на паразитарное происхождение болезни (Kanitz, бактериотоксические причины), искали причины ее во влиянии центральной нервной системы, ставили ее в этиологическую связь с ревматизмом и подагрой (Crocker), так как в некоторых случаях сыпь появлялась под влиянием холода; видели причинную зависимость ее от лейкемии (Elsenberg) вследствие участия в процессе лимфатических желез, печени и селезенки, при наличии изменений в лимфатических железах, подобных тем, какие наблюдаются при лейкэмии; допускали (Walker) развитие pityriasis rubra как осложнения какой-либо из многочисленных кожных болезней (psoriasis, eczema, lichen, dermatitis herpetiformis, erythema multiforme и др.), считая одной из нередких причин ее также необдуманное и слишком длительное применение хризаробина. Такое разнообразие этиологических моментов, существенно различных по своей биологической природе (нервное влияние, паразитарное происхождение), только лишний раз ведет к убеждению, что действительная причина этого заболевания нам неизвестна.

Возвращаясь к нашему случаю, нужно сказать, что больной Ф-ко при жизни был демонстрирован в научном заседании коллегии врачей Владивостокской городской больницы, где было высказано предположение о возможной связи между имеющимся накожным страданием (pityriasis rubra) и расстройством внутренней секреции, в частности с дисфункцией адреналовой системы (д-р Остряков). Хотя сделанное предположение никакой теоретической аргументацией подтверждено не было, все же оно, ввиду несомненного отношения некоторых заболеваний кожи к расстройствам внутренней секреции (F. v. Poor, Dermatologische Wochenschrift, 1913,) заставило на аутопсии обратить особое внимание на состояние эндокринных желез. Наши ожидания не были обмануты-уже макроскопически можно было констатировать изменения со стороны поджелудочной железы и надпочечников, а именно-их гиперплазию. Если позволительно будет за счет pancreatis отнести повышенный аппетит и боли в животе, наблюдавшиеся даже при нормально функционирующем кишечнике, то гиперплазия надпочечников, допускающая a priori дисфункцию адреналовой системы (гиперфункция, адреналинэмия), просится в заманчивую связь с целым рядом других явлений (нарастающее исхудание, поносы), в том числе, быть может, и с накожным страданием. Malcolm Morris, в The British Journal, may, 1913, в своей статье «The internal secretions in relation to dermatology» указывает на связь многих кожных болезней с расстройством внутренней секреции, при чем наичаще всего кожные расстройства наблюдаются при болезненных состояниях щитовидной железы. Автор считает, что помимо микседэмы, также и psoriasis vulgaris, ichthyosis, sclerodermia, akanthosis nigric., келоиды, бородавки, acne, rhinophyma, некоторые заболевания волос и ногтей и некоторые патологические пигментации-могут зависеть от заболевания щитовидной железы. Несомненно, что и

ДВГБ

Хабаровская Краевая научная библиотека
ЭР02069

другие эндокринные железы-gl. pituit., thymus, надпочечники,-могут служить причиной кожных расстройств. Вопрос этот решится, конечно, не раньше, чем будет приподнята завеса с многих малообработанных областей учения о внутренней секреции (равновесие гормонов, их побочное влияние и т. д.), и. как всякий этап в медецине, он должен пройти через стадию эксперимента-непреложного метода точного знания. Пока же вопрос о патогенезе pityriasis rubra, не находя достаточно прочной опоры ни в одном из приведенных выше этиологических предположений, ищет выхода в сторону, открывающую наибольшие возможности, и задача будущего подтвердить или отвергнуть зависимость pityriasis rubra от того или иного состояния внутрисекреторной деятельности, имеющей соматическую основу в анатомических изменениях органов, выделяющих инкреты.

ПЕРЕВОДНЫЕ СТАТЬИ.

Перфорации матки при производстве аборта.

(Mediz klinic. 1 oct. 1922. № 40).

Prof. Liepmann u cond. med. Wels.

После того как я опубликовал главные типы перфораций матки, мне кажется необходимым снова произвести возможно полный обзор описанных в литературе случаев этого нередкого, даже можно сказать ежедневного, осложнения.

В руководстве по акушерству Winkel'я имеется достаточно полная сводка всех случаев до 1907 года; и у меня явилось желание собрать в одно целое, хотя бы и не все, опубликованные до сего времени случаи, а Wels взял на себя задачу собрать их начиная с 1907 года; таких случаев оказалось 266.

Пересмотр собранных случаев показывает прежде всего, что большинство их опубликовано в трудах специальных обществ или в специальных журналах. Я считаю это большим злом, потому что практикующий врач, которому прежде всего приходится сталкиваться с перфорациями, не узнает о материале, представляющем для него громадный интерес. Тот, кто при каждом производстве аборта думает о возможности перфорации, реже всего производит таковую, или, если уже и случилась беда, то соответствующими рациональными действиями скорее спасет жизнь пациентке, а того, кто никогда не думает о возможности перфорации, часто можно убедить в совершившемся только тогда, когда он при вскрытий полости живота увидит перфорацию в матке.

Если из 266, известных в литературе случаев, 165 (62%) выздоровели, и 83 (31,2%) умерли, а об остальных ничего не сообщалось, то этому нужно дать следующее пояснение. Прежде всего психологически ясно, что опубликовывается только меньшая часть происшедших перфораций,и среди них, на первом плане те, исход коих в конце концов был благоприятен; большая же часть больных умирает без диагноза, или же, чтобы не обвинять неудачного оператора, просто не опубликовываются.

Интересны данные относительно инструментов, которыми были произведены перфорации маток. В 113 собранных случаях не представлялось возможности выяснить причину из анамнеза, или же сообщения были неясны. В 47 случаях перфоратором служили «безопасные» абортные щипцы, в 42 случаях-кюретка, в 27 случаях-дилятотор Hegar'a, в 20 случаях-катетер, в 13 случаях-занд и в 4 случаях-палец оператора.

ЭР02069

Эти статистические данные, вполне совпадают с моим взглядом, что палец оператора, нужно рассматривать как самый невинный инструмент для производства незаконченного аборта, и что постепенную дилятацию шейки ляминариями, следует предпочесть грубому расширению ее. Абортирующая матка, в большинстве случаев, пропускает палец или легко и безопасно подготовляется к этому.

В 17 случаях, кроме матки, был ранен сальник, в 55 случаях-тонкие кишки, и в 25 случаях-толстые кишки.

Имея в виду частоту ранений кишечника при перфорации матки, способ операции через брюшные покровы (laparatomia) является лучшим методом, тем более, что анамнестическим данным врача, произведшего операцию, нельзя придавать решающего значения.

В нашей статистике 150 раз оперировали per laparatamiam, и только в 14 случаях per vaginam. Консервативное выжидание уместно только при вполне простых, не инфецированных случаях. В слишком поздних и принятых в безнадежном состоянии случаях (в нашей статистике-6) конечно никакой метод не поможет. О том, как действовать при абдоминальной операции, консервативно или применять экстирпацию матки, в каждом случае нужно решать отдельно; при обширных ранениях нужно предпочесть тотальную экстирпацию, имея в виду наличность инфекции маточной паренхимы, и лучшие условия дренажа.

Из имеющейся в нашем распоряжении интересной казуистики приведем только некоторые наиболее выдающиеся случаи. Augustin сообщает, что оператор после произведенной перфорации дилятатором, вытянул кюреткой кусок тонкой кишки и вырезал из нее кусочек для исследования. К сожалению, несмотря на произведенную резекцию кишки и наложение маточных швов-exitus.

Orthman сообщает об одном случае, где был оторван кусок сальника и 81 сант. толстой кишки. Laparatomia, резекция толстой кишки, тотальная экстирпация, exitus.

Mackenrodt демонстрирует 2 метра 24 сант. слизистой оболочки толстой кишки, которую 2 практикующих врача произвели на свет абортными щипцами Винтера.

Schauta, в одном подобном случае, резецировал 1 метр 10 сант. тонкой кишки. Шов маточной раны,-exitus. При вскрытии, раневые условия при резекции были хорошие, но шелковые нити маточного шва прорезались (при инфецированной маточной паренхиме тотальная экстирпация всегда лучше). В двух дальнейших случаях, при экстирпации-излечение.

Weibel нашел, три недели спустя после попытки выкидыша, палочку между кишечными петлями, которая, перфорировав матку, переселилась в полость живота.

Strabach нашел через 24 часа после перфорации и извлечения кишечной петли, при произведенной ляпаротомии-головку пятимесячного плода в свободной полости живота. Тотальная экстирпация, дренаж,-гладкое излечение.

Peck сообщает об одном случае, где врач, несмотря на появление кишечной петли, продолжал выскабливание кюреткой. Перфорация произведена при расширении матки-exitus.

Doderlein спас умирающую пациентку наложением швов на раненые кишки и тотальной экстирпацией.

Ascheim культивировал из извлеченного куска сальника стрептококков, а из матки стрептококков и стафилококков. Тотальной экстирпацией пациентка была спасена. В случае Veit'a пациентка прибыла в клинику 48 часов спустя после перфорации и ранения кишек. Не смотря на ляпаратомию и тотальную экстирпацию-exitus.

ЭР02069

Zimbler сообщает об одном случае выкидыша с перфорацией матки гусиным пером-выздоровление.

Случай Bastianelli показывает, что врач, после того как зонд вошел в матку до рукоятки, продолжал оперировать. Он нашел перфорацию величиною в двухкопеечную монету-излечение.

В случае Braude был оторван червеобразный отросток и три раза перфорированы петли кишек. Швы кишек. Тотальная экстирпация-излечение.

Herzfeld, при ляпаратомии, в свободной полости живота, за маткой, нашел трех-месячный плод вместе с последом.

В случае Кривского, пациентку привезли в клинику спустя две недели после попытки производства аборта бужем, причем кусочек бужа отломился. Одновременно с маткой была перфорирована и слепая кишка. Engelman достиг выздоровления в одном случае, где, вместо последа, была извлечена толстая кишка. Резекция толстой кишки на протяжении 80 сант.; тотальная экстирпация матки.

В случае Strabach'a, при ляпаратомии вблизи печени была найдена головка 4-х месячного плода.

Eichlam, в своем случае, после резекции тонкой кишки и производства энтероанастомоза с толстой кишкой, вследствие тяжелого состояния пациентки, не мог произвести тотальной экстирпации. На шестой день мацерированный плод длиною в 5 сант. выделился наружу через перфорационное отверстие матки и рану брюшных покровов. Излечение на 46 день после операции.

В случае Richter'a, длина оторванной тонкой кишки была четыре метра. Через $1^3/_4$ часа-exitus.

Müeller картинно описывает один случай, где врач до тех пор тянул кишку, пока наркотизатор не заметил, что живот худощавой пациентки заметно впадает. Тогда врач репонировал кишки, несмотря на то, что они лежали уже в грязном ведре операционного стола. Müeller при ляпаратомии установил длину этого куска в $5^1/_2$ метров. Выздоровление.

Köhler опорожнил перфорированную матку через перфорационное отверстие и затем зашил ее. Exitus при явлениях сепсиса. Другого исхода при подобного рода действиях и нельзя было ожидать.

В случае Schlüter'a врач оторвал головку пятимесячного плода. При последующем захватывании ее абортными щипцами-перфорация. При ляпаротомии головка была найдена между кишками, и colon descendens разорванной поперек. Выздоровление.

В случае Zelnik'a редкое путешествие проделал катетер, введенный в матку с целью выкидыша. Одним концом он находился в матке, а другой конец прободал заднюю стенку влагалища и зашел так далеко, что конец его можно было пальпировать в ягодичной области. Путем инцизии-удаление женского металлического катетера.-Выздоравление.

Herman Schmidt сообщает случай, где врач, после перфорации и выпадения вздутых кишек во влагалище поставил диагноз «appendicitis». Особый интерес должен возбудить у врачей, имеющих дело с лечением абортов, доклад Bumm'a, сообщенный им 14 января 1921 г. в Берлинском гинекологическом обществе: «о тяжелых ранениях при искусственных абортах», а также последовавшие за ним прения. То, что 90% абортирующих женщин, сознаются в искусственном выкидыше,-это уже известно. Но то, что самые тяжелые ранения производятся не профессионалами по части абортов, а именно врачами и самими женщинами,-это впервые подчеркнул именно Bumm; а Koblank немедленно мог подтвердить этот факт на статистическом материале Берлинской Вирховской больницы: из 39 случаев ранений, 29 произвели врачи.

Насколько необходимо, подчеркнутое всеми ораторами, требование не толь-

ЭР02069

ко основательного обучения учащихся, но и повторного усовершенствования практикующих врачей, это показывает случай, который недавно дошел до моего сведения. В этом случае, после установления врачем перфорации, он руководствуясь плохим состоянием пациентки, произвел 48 часов спустя, выскабливание матки и... больше ничего. На следующий день пациентка скончалась. Практикующий врач должен помнить, что перфорированная матка представляет собою „noli me tangere", должен знать, что он не имеет права ковырять в перфорационной ране исследующим пальцем, он должен твердо помнить, что последующая чистка безусловно внесет куски последа и зародыш инфекции в брюшину и этим ускорит смерть. Одним словом, спасение возможно только при посредстве лапаротомии, даже иногда в случаях, кажущихся безнадежными, как это доказывает наша статистика и собственный опыт.

Мы лично полагаем, что при больших ранениях кишек, лучший метод-тотальная экстирпация; в особенности после бактериологических данных Aschеim'a (цитир. выше). Только она удаляет без остатков зараженную маточную паренхиму из полости живота и только она создает одновременно лучшие условия для дренажа через влагалище. Перфорация без инфекции настолько редкое явление, что с нею не приходится считаться.

Если мы наверное знаем, что перфорация произошла без инфекции и без ранения кишек (но это будет очень и очень редко), то каждый метод—спокойное выжидание а, также и шов матки, приведут к цели.

Интересно, что смертность нашей статистики дает почти одинаковые цифры, как и смертность Bumm'a—31%—33%.

Если мы к концу присовокупим, что подавляющее большинство опубликованных случаев произведено дипломированными врачами, то каждого внимательного читателя охватывает ужас.

С этой точки зрения законодательство должно было-бы начинать рассмотрение вопроса об охране народонаселения, а не так, как это делалось до сих пор, когда опасности аборта почти игнорировались. Сторонникам аборта в особенности Kisch'y («проблема выкидыша», издан. Urban'a и Schwazenrberg'a) мы рекомендуем прочесть наш настоящий обзор. В главе об опасностях аборта он не упоминает ни единым словом о прободении стенки матки и ранении кишек. Он полагает, что исход, угрожащий здоровью и жизни беременной, есть относительно редкое явление, поскольку можно судить по числу неудачных абортов, дошедших до сведения судебного надзора. В нашем обзоре упомянуто 266 случаев из литературы, которые оказались Kisch'y неизвестными. Из них может быть 1,5% дошло до сведения судебного надзора. Из упомянутой и подобных ей работ практикующий врач рискует приобрести себе представление, которое нисколько не соответствует действительности.

Нам кажется, что гладкая асептично-проведенная лапаротомия есть менее жизнеугрожающее вмешательство, чем ведение аборта при узком еще цервикальном канале.

Если мы примем во внимание громадные цифры абортов (согласно Bumm'y 285 тысяч, по Winter'y 250 тысяч ежегодно только в Германии), то можем себе представить на основании обзора и собственного опыта, какие опасности угрожают женщинам, прибегающим к услугам неопытных «абортмейстеров».

Перевел д-р *Наш.*

РВГБ

ЭР02069

Краткий отчет о деятельности лаборатории Общества врачей Южно-Уссурийского Края за 1923 г.*)

В предыдущем отчете, сообщенном в прошлом году в наш традиционный Татьянин день, я нарисовал перед Вами картину уже заканчивающегося строительства Лаборатории Общества врачей и иллюстрировал это тем успехом, которым она пользовалась как среди местных врачей, так и среди населения. Действительно, резкое увеличение общего годового числа анализов (на 63% по сравнению с предыдущими годами) достаточно отчетливо подчеркивало, что деятельность Лаборатории развивается и пользуется успехом. Можно было даже опасаться, как бы этот большой успех не оказался лишь временным, не наступило бы разочарование или неудовлетворенность у лиц, имеющих общение с Лабораторией. Все ухудшавшиеся условия жизни, постепенное обеднение населения, а также неспокойная жизнь обывателей, казалось, могли способствовать этому.

По указанным соображениям интересно прежде всего ознакомиться с валовым числом произведенных за отчетный год анализов по месяцам. В январе произведено 250 анализов, в феврале 293, в марте 350, в апреле 260, в мае 321, в июне 268, в июле 290, в августе 293, в сентябре 225, в октябре 180, в ноябре 121 и в декабре 156, всего 3007.

Сравнивая эти данные с соответствующими же прошлого года, видно что, 1) годовое общее число анализов уменьшилось на 400, 2) что резкое уменьшение имеют 3 последних месяца года. Если теперь вспомнить, что в эти именно месяцы произошел большой политический переворот, во время которого жизнь населения была чрезвычайно расстроена, что масса населения, особенно зажиточных граждан, покинула Владивосток, то делается понятным и уменьшение работы Лаборатории за это время. Если теперь подвести итог только первым 9 месяцам года, то окажется, что общая сумма анализов, равная 2550, будет менее таковой же 1921-го года всего на 10 анализов (там 2560).

На основании последних данных можно, думается, сделать тот вывод, что установившееся за прежние годы число клиентов Лаборатории не смотря, как уже сказано выше, на ухудшившиеся условия жизни, все же не уменьшилось, и только разразившийся переворот отразился чрезвычайно неблагоприятно на развитии деятельности Лаборатории.

Знакомясь с характером анализов и сравнивая их также с прошлогодними, можно отметить поразительное сходство в этих цифровых данных. Так, напр., обычных исследований мочи в 1921 году было произведено 33,9% общего числа анализов, а в 1922 году — 34,7%; исследований на гонококки в 1921 — 19,6%, а в 1922 году — 19,5%; R. W. 18% и 18,5%; исследований мокроты — 6% и 3,1%; желудочного сока 3% и 3,1% и т. д.

Следовательно также вполне можно допустить, что и круг потребностей в производстве анализов в отчетном году остался тот же самый.

При дальнейшем знакомстве с цифровыми данными за 1923 год нельзя не отметить, что как и прежде наиболее сложные анализы являются и наиболее редкими и причиною этому, как было высказано раньше, является сравнительная дороговизна их, а также и редкая надобность в них в повседневной практике. Такими сравнительно редкими являются для Лаборатории гистологи-

*) Доложено общему собранию $\frac{25-12}{1}$ 1923 г.

ЛВГНБ

ЭР02069

ческие исследования: в отчетном году их было 7 (в 1921 г-5), бактериологические исследования и количественные исследования мочи. Последних в отчетном году не потребовалось произвести ни разу (не считая, конечно количественного определения в моче белка и сахара), в то время как в 1921 их было 12. Сравнительно редко, как это ни странно, приходилось исследовать на бледную спирохету—всего 21 раз в течение года.

Два раза было произведено судебно-медицинское исследование кровяных пятен, при чем для производства реакции Уленгута Лабораторией была изготовлена преципитирующая сыворотка.

Реакция Вассермана была произведена с 552 сыворотками. Цифра эта в соединении с цифрами прежних лет могла бы дать достаточный материал для указания диагностической ценности этой реакции, однако предпринятые нами еще в прошлом году в этом направлении шаги не увенчались успехом: мы не могли получить точных сведений о стадии болезни у тех клиентов, кровь которых мы исследовали; не имея же этих точных данных, мы не могли разработать соответствующим образом имеющегося материала. С уверенностью мы могли лишь констатировать, что за все время мы не получили ни разу отрицательную реакцию при вторичных явлениях нелеченного сифилиса и, насколько удалось установить, только один раз получили два плюса у больного-несифилитика. По объяснениям врача, лечившего этого больного, положительный результат в данном случае мог получиться вследствие тяжелой формы малярии, которою последний в это время страдал. Действительно, повторно произведенное исследование, по выздоровлении больного от малярии, дало уже отрицательный результат. Исследовать кровь больных страдающих возвратным тифом, проказою, и фрамбезией, т. е. теми болезнями, при которых, как и при малярии, может получаться положительная Вассермановская реакция, нам не пришлось.

Среди других исследований заслуживают упоминания анализы на присутствие паразитов тропических стран. В 1919 году (как мною тогда докладывалось в Обществе врачей) нами были неоднократно находимы амебы дизентерии и не только у больных, побывавших в Китае и других тропических странах, но и у коренных жителей Владивостока. Казалось, таким образом, что это заболевание может развиваться и во Владивостоке. Требовалось дальнейшее изучение этого вопроса и получение нового клинического материала. Однако в течение всего 1922 года в нашей Лаборатории больше не удалось ни разу констатировать амеб дизентерии, как будто болезнь эта совершенно исчезла из Владивостока.

Зато в отчетном году нами неоднократно были обнаружены другие паразиты тропических стран.

Больные, у которых найдены были эти паразиты остались неизвестны Лаборатории, но эти находки (здесь же надо вспомнить доклад в Обществе д-ра Орлова о констатированном им случае бильгарции), дают полное основание предполагать, что во Владивостоке могут наблюдаться те болезни тропических стран, которые являются большою редкостью для европейской и азиатской России.

Деятельность химического отделения Лабаратории выразилась в производстве за отчетный год следующих 63 анализов:

Олифы	1 раз.
Масла и сала	5 »
Стеарин. свечей.	10 »
Керосина.	3 »
Красок (хромов. зелени, белил, мумии и пр.).	11 »
Кислот (солян. и серн.) . . .	2 »
Клея столярного	2 »

ЭР02069

Графита	3 »
Опия	1 »
Бузы	1 »
Сахара	1 »
Овса	1 »
Грязи морской	1 »
Воды питьевой	3 »
Муки	1 »
Эссенции „НЕОСПЕРМИН“	1 »
Почечных камней	1 »
Подмоченных морск. водой галст.	1 »
Металлов (меди, никкеля, олова, свинца и сурьмы)	13 »

В вакцинном отделении за отчетный период было приготовлено 5 автогенных вакцин (стафилококковых) и отпущено около 4 литров гонококковой вакцины.

Попытка изготовления стерильных растворов (физиол. раств. поваренной соли, эметина, морфия, мышьяка и кофеина) не имела успеха. Неудача объясняется или плохой рекламой или-невозможностью в этом отношении конкурировать с аптеками.

Такса, руководствуясь которой Лаборатория взымала плату за анализы, могла быть установлена лишь в начале 1922 года, благодаря всевозможным переменам в денежных знаках, колебаниям курса рубля и т. д. Но условия жизни не дают возможности долго пользоваться и этой таксой и, идя навстречу широким массам населения, Лаборатория все время делала 25% скидку неимущим, а совершенно бедным производила исследования совершенно бесплатно. Всего за год сделано 168 бесплатных и с 25% скидкой анализов.

Начало 1922 года предвещало Лаборатории самые широкие возможности и, казалось, давало полное основание предполагать значительное расширение ее деятельности. После того как была окончена черная подготовительная работа в деле организации Лаборатории и не требовалось уже прежних затрат времени и энергии, когда этот аппарат, казалось, уже достаточно окреп, естественно, можно было иметь основание подумать о дальнейшем расширении дела. Последнее представлялось нам прежде всего в устройстве сывороточного отделения, для изготовления противодифтерийной сыворотки, надобность в которой здесь так сильно ощущается. Для осуществления намеченной цели был приготовлен дифтерийный токсин из культур, выделенных от местных больных, был выписан от Эрлиха штандарт-серум и намечались шаги к постройке конюшен и других необходимых зданий. Предварительно же предполагалось съездить в Японию для ближайшего ознакомления с местными Лабораториями. Бывшие тогда здесь японские врачи советовали поездку эту отложить до осени, когда эти институты особенно широко работают, и обещали свое содействие.

Судьба всех этих планов-весьма печальна и все представлявшееся так быстро и легко осуществимым в настоящее время отодвигается на неопределенное время.

С грустью и болью в сердце приходится теперь придти к заключению, что в ближайшем будущем не только не удастся осуществить эти планы, но что вся деятельность Лаборатории должна будет сильно сократиться: мы вынуждены будем принять всевозможные и м. б. героические меры к тому, чтобы хотя бы сохранить то детище, которое еще не успело вырости и уже начало болеть, не имея достаточных питательных начал. Немного надо того, чтобы погубить это необходимое, но не выносящее грубого физического насилия учреждение. Один—два хороших толчка и от него останется очень немного-лишь горечь воспоминания у тех, кто его создавал и кому оно действительно было нужно и дорого.

В такую критическую минуту долг Лаборатории возвысить свой голос и прежде всего обратиться за помощью

ЭР02069

не к кому иному, как к Вам, члены одной семьи, члены Общества врачей Южно-Уссурийского края. Только при Вашей дружной поддержке Лаборатория сможет остаться и сохранить себя. Без широкого же сочувствия и активной поддержки с Вашей стороны она неминуемо должна будет погибнуть, и безцельно пропадут $4^1/_2$ года усиленного строительства этого учреждения, создать которое Общество мечтало чуть не с самого начало своего существования и осуществило лишь только через 25 лет.

Заведывающий лабораторией

д-р *В. Д. Петров.*

Цифровой отчет

ПАСТЕРОВСКОЙ СТАНЦИИ ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ ЮЖНО-УССУРИЙСКОГО КРАЯ ВО ВЛАДИВОСТОКЕ ЗА 1922 ГОД.

В отчетном 1922 году в Пастеровскую станцию обращалось за помощью пострадавших от бешеных и подозрительных по бешенству животных и от людей, заболевших водобоязнью, 764 чел. в том числе 732 русских, 1 японец, 5 корейцев, 13 китайцев, 9 датчан, 1 грек и 3 татарина.

Из 764 чел., обращавшихся на станцию, начали лечение прививками, но не окончили курса лечения 185 чел. В том числе 107 чел. прервали лечение ввиду того, что животные, укусившие их, оказались не бешеными, 73 чел. перестали ходить на прививки по неизвестным станции причинам, а 5 чел.-за отъездом из Владивостока. 82 чел. получили совет не лечиться, т. к. в этом не было надобности (отсутствие повреждения кожи и пр.).

Лечившихся больных, прошедших полный курс лечения, было всего 497 чел. (В том числе 16 чел. пользовались отчасти вакциной). Из них мужского пола 271 чел., женского-226 чел.

Возраст:	I категории.		II категории.		III категории.		Всего.	
	Пользов.	Умерло.	Пользов.	Умерло.	Пользов.	Умерло.	Пользов.	Умерло.
до— 5 лет	6	—	19	—	17	—	42	—
5—10 лет	13	1	22	1	45	1	80	3
10—15 лет	8	—	39	1	49	—	96	1
15—25 лет	9	—	25	—	31	—	65	—
25—35 лет	19	—	21	—	46	—	86	—
35—45 лет	12	—	22	—	51	—	85	—
45—55 лет	5	—	7	—	16	—	28	—
55—65 лет	1	—	2	—	6	—	9	—
выше 65 лет	1	—	—	—	1	—	2	—
Итого:	74	1	157	2	262	1	493	4
В том числе женщин	34	—	70	1	121	—	225	1
Укусы причинены:								
Собакой	58	—	140	2	224	1	422	3
Кошкой	5	—	6	—	26	—	37	—

ЭР02069

Коровой	5	—	11	2	—	—	18	—
Козой	—	—	—	2	—	—	2	—
Лошадью	—	—	—	2	—	—	2	—
Свиньей	1	—	—	—	—	—	1	—
Волком	5	1	—	—	—	—	5	1
Человеком	—	—	—	6	—	—	6	—
Место укуса:								
Голова и лицо	3	1	14	1	12	1	29	3
Верхн. конечности	35	—	96	—	134	—	265	—
Нижн. конечности	29	—	37	—	96	—	161	—
Туловище	5	—	2	—	9	—	16	—
Разн. части тела	2	—	8	1	12	—	22	1
Укусы: Одиночные	40	—	100	—	148	—	288	—
Множественные	34	1	57	2	114	1	205	4
Укусы:								
Через одежду	28	—	39	—	110	—	177	—
В голое тело	46	1	118	2	152	1	316	4
Прижигание было сделано	41	1	52	1	163	—	256	2
Прижигания не было	33	—	105	1	99	1	237	2
Явились на станцию:								
На 1-й неделе	57	1	120	2	218	1	395	4
На 2-й неделе	13	—	30	—	27	—	70	—
На 3-й неделе	2	—	7	—	8	—	17	—
На 4-й неделе	1	—	—	—	6	—	7	—
Позднее	1	—	—	—	3	—	4	—

К 1-й категории принадлежат больные, укушенные несомненно бешеными животными, больные II-й категории-укушенные животными, бешенство которых удостоверено ветеринарами, больные III-й категории-укушенные подозрительными по бешенству животными.

По отдельным месяцам года пользованные явились на станцию:

В январе—24 чел., в феврале—32 чел., в марте—35 чел., в апреле—52 чел., в мае—78 чел., в июне 67 чел., в июле—54 чел., в августе—50 чел., в сентябре—31 чел., в октябре—26 чел., в ноябре—19 чел., в декабре—29 чел.

По отдельным губерниям пользованные распределялись следующим образом.

1) Приморская губерния—496 чел. в том числе: г. Владивосток—322 чел., г. Никольск-Уссур.—29 чел., 2) г. Хабаровск—23 чел., 3) Маньчжурия—1 чел.

Заведывающий станцией
д-р *Г. Я. Лохк.*

ДВГНБ

ЭР02069

Рефераты.

Когда должно оперировать детекие грыжи.

E. Gohrbandt.

Многочисленные наблюдения Берлинских хирургических клиник (352 случ.) показали, что детские грыжи должны оперироваться по возможности раньше. При этом не наблюдалось никаких осложнений: ни инфекций, ни со стороны наркоза. (München er Medizinische Woshenschr. 1922 г. № 40). В. Б.

Гангрена легких и лечение ее сальварсаном.

H. Curschmann.

На основании клинических наблюдений многих случаев раннего диагноза гангрены легких с обнаружением фузоспирильного возбудителя автор рекомендует по возможности ранее применять сальварсан. (Ibidem). В. Б.

Внутрисердечные впрыскивания адреналина и подкожные — лобелина при asphyxia pallida новорожденных.

Mikulicz Radecki.

Указанные средства рекомендуются для пополнения существующих. При этом нужно различать, нужно ли прибегать сразу к обоим средствам, или можно ограничиться одним из них. Если сердце бьется еще хорошо, но прежние методы возбуждения дыхательного центра не достигают успеха, можно ограничиться только подкожным введением лобелина, если же наступает ослабление сердечной деятельности, — внутрисердечное впрыскивание адреналина является единственным средством надежно возбуждающим деятельность сердца. (Ibidem). В. Б.

Внутримышечное применение хинина при воспалении легких у детей.

Ed. Friedberg.

Наблюдения касаются не только случаев крупозной пневмонии, но главным образом относятся к бронхо-пневмонии. Хинин впрыскивался внутримышечно с уретаном (chinini muriat. 1.0, urethani 0.5, aquae destil. 10.0), при чем ни разу не наблюдалось некрозов. Успех лечения обычно был очень хороший: уже спустя 6—12 часов после первой инъекции t° падала, прекращалась одышка, уменьшался цианоз, исчезало дыхание «nasenflügelatmen», дети садились в кроватках, играли, аппетит повышался. Особенно хороший результат получался, когда лечение применялось в начале пневмонии. (Ibidem). В. Б.

Новые и старые признаки для дифференциального различия опухолей язвы и рака желудка.

Payr.

Дифференцирование язвы желудка от рака его как до операции, так и во время ее, и до настоящего времени часто не может быть проведено с уверенностью, так как ни рентгеновское исследование, ни данные химизма желудка не могут устранить все возникающие при этом сомнения. Автор в своей ясной и критической работе разбирает «unterscheidungsmerkmale» при язвах и раках желудка. Тумор язвы при прощупывании не имеет острых краев, почти никогда не бывает бугрист и ведет к сморщиванию больного органа, опухоль же при раке сморщивает только больную часть органа. Опухоль при язве желудка не только склеена с несколькими близлежащими органами, она плотно спаяна с ними, раковая же опухоль обычно спа-

ЭР02069

яна только с одним органом. При язве — живая артериальная реакция «огненная краснота», при раке — мутная окраска венозного застоя. При раке продольные мышечные пучки раздвинуты и рисунок продольных мышечных волокон виден ясно; при глубоких вдавлениях язв надавливание здоровой стенки желудка концом пальца к язве дает «симптом склеивания», состоящий в том, что слизистая здоровой стенки желудка остается захваченной в глубине язвы, как бы склеивается с ней, и отходит назад только при следующем сокращении мускулатуры, при раковой язве этот симптом наблюдается лишь в исключительных случаях. При язве брыжжейка растянута и спална с желудком плоско, а при раке спайка только в области верхушки опухоли. При язве лимфатические железы сильно увеличены лишь близь самой язвы, а чем дальше от нее, тем их меньше, при раке и вдали от опухоли наблюдаются узлы увеличенных бледных бобообразных желез. При язве из лимфатических сосудов льется белая жидкость, при раке они заполнены раковыми клетками, которые можно только выскоблить. (Münchener Medizinische Wochenschr. 1922. № 49). В. Б.

Лечение аппендицита во время беременности.

Pribram.

По опыту клиники в Гессене автор советует при подозрении у беременной на аппендицит — оперировать даже если клинические явления весьма незначительны, не считаясь даже с продолжительностью заболевания. Это особенно касается случаев более поздней беременности. При нагноившихся аппендицитах в первые 3—4 месяца советуется покой. В последние месяцы беременности при декапсуляции нагноения и разлитом гнойном перитоните рекомендуется прекращать беременность с помощью вагинального сечения. (Münch. Mediz. Wochen. 1922. № 27). В. Б.

Нервные заболевания сердца и их лечение.

Lilienstein.

До войны нервные заболевания сердца были не очень распространены, после же нее число их резко увеличилось. Особенно часто за последние три года заболевают ими женщины. В лазаретах во время войны можно было нередко наблюдать увеличение щитовидной железы от самых легких форм до резко выраженной базедовой болезни, в то время как до войны эти заболевания у мужчин от 18 до 40 лет почти не встречались. В происхождении сердечных неврозов большую роль играет внутренняя секреция. Иногда тут имеет место интоксикация нервов сердца алкоголем и никотином. Нередко они являются рефлекторным заболеванием со стороны кишечного тракта, половых органов и верхних дыхательных путей (аденоиды); часто сердечные неврозы носят характер травматических и военных неврозов. Для практикующего врача большое значение имеет различие симптомов нервного припадка от припадка anginae pectoris, для последней типично наличие пароксизмальной тахикардии и кардинального диспное.

Лечение сердечных неврозов заключается прежде всего в назначении соответствующей диэты, режима, покоя или движения, психотерапии, лечебных ванн, гальванизации и фарадизации. От препаратов дигиталис обычно мало пользы, лучше действует бром и валериана, затем кодеин, влажные компрессы на лоб и сердце, ручные ванны. При сердечных неврозах, как и вообще при психоневрозах, приходится обращать внимание не на один какой либо симптом или орган, а на всего пациента, на условия его жизни и на всю окружающую его обстановку. Масса подобных заболеваний имели временный характер и исчезали бесследно с улучшением окружающих больного условий. (Ibidem). В. Б.

ЭР02069

Хирургические осложнения сыпного тифа.

Herzenberg.

Автор делится своими наблюдениями над всевозможными хирургическими осложнениями сыпного тифа, сделанными им над необычно большом числе больных. Клиническое наблюдение сыпного тифа приводит к убеждению, что мы имеем дело с острым заболеванием крови, которое путем вторичного поражения нервной и сосудистой системы может давать многочисленные осложнения. В детском возрасте таких осложнений почти не бывает. Нужно отметить особую чувствительность при этом кожи, которая на малейшее механическое, термическое или химическое раздражение реагирует обильным кровоизлиянием. При наличии артериосклероза прогноз значительно ухудшается. Из наблюдающихся при сыпном тифе осложнений наиболее частыми являются: абсцессы на месте подкожных инъекций, гангрена кожи, гангрена конечностей, гангрена мошонки, циститы, пионефриты, желудочно-кишечные кровотечения, плевроэмпиемы, паротиты, ангины, стоматиты, отиты. (Münchner Medizinischer Wochenschrift. 1922. № 29).

В. Б.

Ранняя диагностика параренального абсцесса.

Krecke.

В окружающей почку жировой капсуле при некоторых условиях развивается острый нагноительный процесс, имеющий для врачей большое значение, ибо он часто не распознается своевременно и тем упускается единственное правильное лечение — вскрытие гнезда нагноения для свободного оттока гноя. Хотя данное заболевание встречается не часто, но практикующему врачу весьма важно знать те признаки, которые указывают на наличие такого нагноения. Эти нагноения почти всегда имеют метастатическое происхождение, происходя от какого либо гнойного процесса на другой части тела, чаще всего от панариция или фурункула. Происходит ли при этом инфекция параренальной жировой капсулы непосредственно или через абсцесс почки — вопрос спорный. Картина заболевания очень характерна. Болезнь начинается внезапно при тяжелых явлениях: высокая t°, озноб, общее недомогание, отсутствие аппетита, боль в пояснице (почти всегда).

При объективном исследовании кроме явлений общей тяжелой инфекции обращает внимание резкое напряжение соответствующей стороны поясничной области как сзади, так и спереди.

Если болезнь длится уже некоторое время, то этого напряжения нельзя не заметить. В сомнительных случаях необходимо сравнить обе стороны поясничной области и тогда разница напряжения бросится в глаза: в то время как при ощупывании двумя руками спереди и сзади на здоровой стороне они легко сходятся, на больной стороне это не удается и ощупывание вызывает резкую боль. Чувствительность при надавливании является самым важным симптомом, ибо она отсутствует только в случаях преобладания общих септических явлений. Когда нарыв уже развился, то при лежачем на животе положении больного возможно наблюдать и припухлость в соответствующей половине поясницы. При собирании анамнеза важно не упустить опросить больного о бывших у него за несколько дней или недель до заболевания гнойных процессах — тогда удается найти указания на бывший фурункул, обычно уже совершенно заживший. При наличии вышеуказанных явлений можно поставить правильный диагноз уже в первые дни заболевания и сделанной во время инцизией избавить пациента от длительного постельного содержания и всех опасностей, сопряженных с нахождением в организме столь глубоко лежащего нагноения. (Ibidem).

В. Б.

ЭР02069

Правительственные распоряжения.

Из Уголовного кодекса Р. С. Ф. С. Р.

ГЛАВА V.

Преступления против жизни, здоровья, свободы и достоинства личности.

1. Убийство.

Ст. 143. Прим. Убийство, совершенное по настоянию убитого, из чувства сострадания, *не карается.*

Ст. 146. Совершение с согласия матери изгнания плода или искусственного перерыва беременности лицами, не имеющими для этого надлежаще удостоверенной медицинской подготовки или хотя бы и имеющими специальную медицинскую подготовку, но в ненадлежащих условиях, *карается — лишением свободы или принудительными работами на срок до одного года.*

Если означенные в сей статье действия совершаются в виде промысла или без согласия матери, или имели последствием ее смерть, то *наказание повышается до лишения свободы на срок до 5 лет.*

2. Телесные повреждения и насилия над личностью.

Ст. 155. Заведомое заражение другого лица тяжелой венерической болезнью *карается — лишением свободы на срок до 3-х лет.*

Ст. 161. Помещение в больницу для душевно-больных заведомо здорового лица из корыстных или иных личных видов *карается — лишением свободы на срок не ниже 5-ти лет.*

3. Оставление в опасности.

Ст. 165. Неоказание помощи больному без уважительной причины лицом, обязанным ее оказывать по закону или установленным правилам, *карается — принудительными работами на срок до одного года или штрафом до 500 руб. золотом.*

Отказ врача от оказания медицинской помощи, если он заведомо мог иметь опасные для больного последствия, *карается — лишением свободы на срок до 2-х лет.*

О порядке применения п. 13 Росписи личных промысловых занятий в отношении врачей и акушерок.

По имеющимся в Центроналоге сведениям п. 13 новой росписи личных промысловых занятий, предусматривающей обложение личным промысловым налогом врачей, зубных врачей, акушерок и массажисток, не всегда правильно и единообразно применяется на местах. Поэтому Центроналог считает необходимым дать следующее разъяснение к понятию „вольного заработка", предусмотренному ьо 2-м примечании к вышеуказанной росписи: обложению личным промысловым налогом подлежат только те из перечисленных лиц медперсонала, которые занимаются частной практикой в виде промысла, принимая меры для привлечения больных путем выставления вывесок с указанием специальности или часов приема, объявлений в газетах и т. п. Если же врач или акушерка состоят на службе какого либо учреждения по специальности, и частная практика их не является основным видом заработка, а носит случайный характер и вызывается возложенной на них по закону обязанностью подачи медицинской помощи, предусмотренной ст. 165 Уголовного Кодекса, независимо от того, получат ли они вознаграждение за свой труд, или нет, то предъявлять к таким врачам и акушеркам требования о выборке промыслового патента никаких законных оснований не имеется.

(«Правда» 3 марта 1923 г. № 48).

ДВГНБ

ЭР02069

ХРОНИКА.

О зарплате медработников.

Прошло больше года как государственное регулирование зарплаты сменилось практикой коллективных договоров и тарифных соглашений. Если подвести итоги годичным результатам такой практики, то получится, что в наихудшем положении оказываются работники на культурном поприще, а из последних работники здравоохранения.

Не говоря уже о том, что коллективные договоры в отношении медработников получили весьма ограниченное применение (всего в 55% губерний), даже и там зарплата увеличена очень незначительно и не превышает 137% зарплаты по госминимуму. Но и эта зарплата составляет лишь 12,75% довоенной платы медработников, при чем надо сказать, что для врачей % ее иногда понижался до 4,8 довоенной зарплаты.

Вполне естественным, поэтому, является постановление президиума В. Ц. С. П. С. «предложить губпрофсоветам всемерно добиваться в губэкосо и в губисполкомах увеличения отпуска средств на зарплату медработникам, всемерно содействовать губотделам Всемедикосантруд о заключении ими коллективных договоров с губздравами, использовать часть страхфондов на увеличение зарплаты медработников, обслуживающих страхованных» и т. д.

Кроме того, в циркуляре, разосланном всем облбюро и губпрофсоветам, В. Ц. С. П. С. указывает, что они должны поставить своей ударной задачей поднятие отставшей зарплаты медработников. С другой стороны, заинтересованный в этом же вопросе центральный орган НКЗ обратился ко всем губ-и уисполкомам с циркулярным письмом, в котором указывает на тежелое положение медработников и на те последствия, которые это за собою ведет. «Губисполкомы никогда не наладят дела здравоохранения, пока не улучшится положение медперсонала» — подчеркивает совершенно справедливо НКЗ.

Таким образом, повышение зарплаты медработников стоновится, как будто, ударной задачей дня и к разрешению ее должны быть направлены дружные совместные усилия и профорганизаций и органов советской власти.

К курортному сезону.

Декретом и постановлением Совета Народных Комиссаров от 13 марта тек. года устанавливается порядок организационной работы по упорядочению курортного дела, ибо в условиях новой экономической политики явилась необходимость вспомнить принцип «курорты для трудящихся!» и изменить соответственно ему постановку курортного дела.

Курортное совещание под председательством Наркомздрава Семашко преобразовало отдел лечебных местностей НКЗ в Главное Курортное Управление и распределило по курортным группам 10300 рабочих коек, развертывание коих обезпечено вышеупомянутым декретом СНК. Примерные цифры отдельных групп: Кавказские — 2000 коек, Крымские — 1250, Кубано-Черноморские — 2200, Украинские — 1700, Сибирские — 1000, Абхазские — от 200 до 300, в кумысных районах — 1500 и т. д. Разверстка коек должна производиться по губерниям и союзам совместно с ВЦСПС причем 65% общего числа предоставляется исключительно рабочим.

Койки, не вошедшие в указанную выше курортную норму, сдаются в аренду государственным, кооперативным и рабочим организациям. По имеющимся сведениям в Крыму сданы Центрану

ЭР02069

3000 коек и Центросоюзу — 350 коек, на Кавминводах Аз — и Грознефти 350 коек, Владикавказской ж. д. — 100 коек и т. д.

Надо надеяться, что в наступающем курортном сезоне нуждающиеся в лечении не будут испытывать тех мытарств, на которые они жаловались в прошлые годы, ибо теперь НКЗ принимаются все меры к снабжению больных продовольствием, помещениями и к обезпочению их бальнеологаческими процедурами. Необходимо еще, как совершенно правильно замечает автор статьи «К курортной компании», помещенной в «Правде», тов. Г. В., решить две задачи: 1) обезпечить проездом на курорты посланных туда комиссиями, так как средств отпущенных на этот предмет СНК хватит только на наиболее нуждающихся и 2) озаботиться, чтобы на курорты посылались действительно рабочие, а не советские барышни.

5-летие биофизического института.

26 февраля биофизический институт Наркомздрава праздновал пятилетнюю годовщину своего существования.

Торжественное заседание, под председательством наркома здравоохранения Н. А. Семашко, было посвящено докладу директора института академика П. П. Лазарева на тему: «Наука и практика в работах физического и биофизического институтов за 5 лет».

Академик П. П. Лазарев сообщил, что работы института разделяются на четыре отдела: фото-химические работы, работы в области молекулярной физики, исследования биофизические и работы геофизические и подробно охарактеризовал научные достижения каждого отдела.

Скромное торжество собрало много представителей профессуры, Наркомздрава, ВСНХ и студентов. После заседания гости осматривали институт.

Во 2-м Московском Университете.

Академическая жизнь 2-го МГУ, значительно упавшая за последние годы, начинает в настоящее время снова возрождаться. Рутина, проникшая во все учреждения университета, как административные, так и учебные, постепенно изживается. В этом отношении благоприятное влияние оказали организованные, согласно новому уставу ВУЗ, предметные комиссии. Последние в настоящее время приступили к деятельности, начав работу в первую очередь, с ознакомления с состоянием как отдельных кафедр и клиник, так и преподавания в них. В предметных комиссиях были сделаны доклады о состоянии клиник, кафедр и других учебно-вспомогательных учреждений университета. В прениях по докладам было указано на те недостатки, которые мешают нормальному прохождению курса. В результате замечается значительный подъем академической жизни и проникновение в нее живой струи, вносимой, главным образом, студенчеством.

Борьба с туберкулезом.

Комитет по проведению туберкулезного трехдневника в Москве выработал план расходования собранных путем пожертвований денег. Вся сумма в 122.500 руб. зол. будет израсходована сверх нормальных смет, утвержденных Моссоветом для Мосздравотдела. 75 проц. общей суммы пойдут на непосредственную помощь туберкулезным и 25 проц. на улучшение дела борьбы с туберкулезом. Из общей суммы 30.000 руб. зол. будут израсходованы на организацию диспансерной помоши больным на дому, путем снабжения их дополнительным питанием, одеждой и пр., 22.500 руб. зол. пойдут на организацию лечения туберкулезных больных на открытом воздухе, 17.000 руб. зол. — на устройство рентгеновских кабинетов в лечебницах, 3.300 руб. зол. — на организицию обследования

ЛВГНБ

ЭР02069

предприятий, 2.000 руб.-зол. на организацию в Москве всероссийского съезда по борьбе с туберкулезом.

Регистрация врачей специалистов по туберкулезу.

Наркомздравом предпринята всероссийская регистрация врачей, посвятивших себя делу борьбы с туберкулезом.

Производящийся учет даст возможность организовать специальные курсы для врачей, стажировать их при научном туберкулезном институте и показательных туберкулезных учреждениях и позволит изыскать меры к улучшению условий их работы.

Борьба с незаконными абортами.

Мосздравотделом в настоящее время проводится энергичная борьба с широко развившимся в последнее время производством абортов врачами и акушерками на своих квартирах, а не в больничной обстановке.

Мосздравотделом уже привлечен к ответственности ряд врачей, и дела об них направлены прокурору Московской губ.

Всероссийский съезд по борьбе с венерическими болезнями.

Народный комиссариат здравоохранения созывает на 6—9 июня тек. г. всероссийский съезд по борьбе с венерическими болезнями. К участию в съезде привлекаются представители губздравотделов автономных и союзных республик и представители специальных кафедр университетов и клинических институтов.

Всероссийский съезд детских врачей.

С 28 мая по 3 июня 1923 года в Москве, после одиннадцатилетнего перерыва, собирается всероссийский съезд детских врачей.

Программными темами избраны следующие 1) борьба с детским туберкулезом (внутренним и хирургическим) в России; 2) влияние голода на детский организм; 3) классификация расстройств питания у грудных детей.

Доклады принимаются и на любую тему по педиатрии и грудному возрасту.

Деятельность Ара.

По сообщению из Москвы, секретарь АРА Митчель опроверг сообщение о прекращении деятельности АРА в России, а также об использовании Советским Правительством иностранной помощи для поддержания Красной Армии. АРА кормит в настоящее время 3.000.000 детей.

Ара увеличила количество питаемых ею в Крыму детей с 50.000 до 100.000.

У медработников.

Кассы взаимопомощи организованы в 50 губотделах и 16 уотделениях. Размер отчислений в 32 губоотделах и уотделениях—1 проц., в 19—2 проц. и в остальных 3—4 проц. От 9 сведений не получено.

Президиум ЦК постановил считать недопустимым организацию кассами взаимопомощи хозпредприятий, т. к. подобные опыты, как аренда аптек, сельхозов и т. п. принесли убытки кассам.

Открытие дома медицинских работников.

В Москве состоялось торжественное открытие дома мидицинских работников. На торжестве присутствовали представители медицинских учреждений и делегаты города.

После речей делегатов происходило чествование пятидесяти героев труда, которым были вручены дипломы и облигации выигрышного займа. Большинство из них состоит на службе свыше 40 лет.

ДВГНБ

ЭР02069

Дом медицинских работников имеет большой зал для съездов, прекрасную библиотеку, помещение для целого ряда научных и просветительных кружков и обществ.

Меры против энцефалита.

В виду случаев энцефалита в Москве эпидемический комитет Мосздравотдела признал необходимым обязательную регистрацию летаргического энцефалита и поручил Мечниковскому институту, совместно с нервным отделением Американской (быв. Екатерининской) больницы заняться изучением энцефалита, его происхождения, путей распространения и выяснения мер борьбы с ним. За последнее время в Москве зарегистрировано около 50 случаев.

Получение медикаментов из заграницы.

В адрес Российского Красного Креста в Москву прибыли первые 10 аптек из числа закупленных уполномоченным Роскреста в Германии и Англии. Каждая аптека содержит предметы ухода за больными и двухмесячный запас набора медикаментов, рассчитанного на 1000 амбулаторных приемов в месяц. Роскрест отправляет аптеки в голодающие местности.

В Москву прибыл транспорт лекарств и предметов санитарии, пожертвованных папой римским.

Концессионные аптеки.

Мосздравотделом открыто на началах концессии шесть окраинных аптек.

Концессионерами было избрано место для аптек, подыскано и оборудовано помещение. В течение шести лет они имеют право эксплоатации аптек, после чего аптеки с полным оборудованием поступают в собственность Мосздравотдела.

Незаконный отпуск медикаментов

В последнее время в магазинах с нитарии и гигиены (бывших аптекарски сильно развилось изготовление в отпус медикаментов по рецептам врачей, чт должно производиться исключительно аптеках.

Мосздравотделом начата самая энер гичная борьба с этим явлением: прои ведена ревизия ряда магазинов с уста новлением фактов незаконного отпуск медикаментов, привлечены к ответствен ности владельцы магазинов.

Доклад Наркомздрава в Лиге Наций

В заседании гигиенической комиссии Ли ги Наций 9 января русский представитель сде лал обзор положения здравоохранения в Рос сии, указав, что сыпной и брюшной тиф пош ли с середины лета 1922 года на убыль Убыль эта продолжалась и в течение зимних месяцев. Однако, не следует спешить с опти мистическими выводами, т. к. Россия продолжа ет страдать от последствий войны и голода. Всероссийский съезд работников санитарного ведомства выработал в декабре программу борь бы с эпидемиями, предусматривающую подня тие народного здравия, увеличение числа ле чебных заведений, установление новых преду предительных мер прежде всего против распро странения тифа и сифилиса, и, наконец, энер гичную охрану материнства и заботу о детях.

Съезд врачей в Берлине.

9 апреля в Берлине состоялся 35-годичный съезд германских врачей.

Высшая медицинская школа.

Отдел медицинского образования исчисляет недостаток врачей в Республике в 15 тысяч человек. Намечается ежегодный выпуск врачей довести до 3 тысяч человек, причем увеличивается сеть высших медицинских учебных заведений. Для лекарских помощников устраивается ускоренный курс. Вопрос о практической подготовке врачей разрешен введением годичного стажа для врачей, окончивших медицинский факультет. Этот стаж молодые врачи проходят при клинических институтах Наркомздрава под руководством опытных врачей.

ДВГНБ

ЭР02069

Гинз.

Несмотря на все тяжелые условия действительности последних пяти лет — прямо поразительны работы «ГИНЗ'а», как его в сокращенной форме называют — т. е. Государственных Институтов Народного Здравоохранения.

Институты эти значительно отличаются от Европейских — и по работе, произведенной ГИНЗ'ом за первые годы его существования, и по энергии его руководителей и работников, работавших в такой обстановке и при таких условиях, в которых европейский ученый вряд ли мог даже мыслить о самой работе.

По тем трудам, которые созданы руками работников «ГИНЗ'а» — представляющим собой ценнейший вклад в Науку — нужно сказать, что роль Институтов Народного Здравоохранения будет громадна не только для науки, но и для постановки всего дела Народного Здравоохранения на должную высоту.

В состав ГИНЗ'а в Москве входят следующие Институты:

Институт по контролю вакцин и сывороток.

Институт этот, во главе которого стоит проф. Тарасевич имеет заданием изготовлять и снабжать страну лечебными и предохранительными сыворотками и вакцинами.—

Микробиологический Институт.

Создан для изучения методов борьбы с заразными заболеваниями. В институте не только изучаются практически и экспериментально тот или иной метод лечения или предохранения от той или иной заразной болезни, но производятся и статистические сводки результатов применения того или иного метода во всей России и выносится определенное заключение годности или негодности применения его.

Особенно интенсивна была работа Института по изучению борьбы с тифами.

В борьбе с сыпным тифом по заключению Института на основании опыта многих сотен тысяч случаев вакцинация и серотерапия дали безуспешные результаты. Предохранительные сыворотки положительно твердых результатов не дают и поэтому на последнем Эпидемиологическом с'езде в Москве после докладов профессоров Златогорова, Барыкина и Марцыновского решено больше сывороток при сыпных тифах не применять.

Большие работы производились в Институте по отысканию возбудителей сыпного тифа. Профессор Барыкин полагает, что ему удалось найти возбудителя, вырастить его культуру и экспериментально вызвать болезнь у животных.

По борьбе с брюшным тифом, дизентерией и холерой впервые были применены таблетки проф. Безредьки. В жидкой форме разводки культур для приема внутрь предложены были проф. Заболотным в Одессе. Опыты были произведены на Медперсонале — добровольно решившем служить об'ектом эксперимента. По предварительным опытам результаты оказались в том и другом случае благоприятными.

Институт тропической медицины.

Создан заново для изучения борьбы с тропическими болезнями; в последнее время в Институте специально изучались методы борьбы с малярией и чумой.

В ведении Института находятся прекрасно оборудованная лаборатория и клиника для больных тропическими болезнями в Москве, биологическая станция в заболоченной местности под Москвой и 22 станции в разных местностях России (Кавказ, Сибирь, Поволожье и т. п.), где на месте изучаются формы малярии и целесообразность той или иной формы борьбы с нею.

Кроме того Институтом организуются по мере надобности Научные Экспедиции на места. В последнем году экспедиции по изучению малярии состоялись в

ДВГНБ

ЭР02069

Туркестан, Поволожье и на Кавказ, чумные—в Сибирь.

Институт Санитарно-Гигиенический.

Во главе стоит проф. И. Н. Диатроптов.

В Институте произведен был в последнее время целый ряд ценных изучений гигиены пищи, воды, сточных вод, почвы и воздуха.

Очень интересны работы д-ра Левитского по вопросу о ионизации воздуха. Опыты еще не закончены, но по доходящим сведениям вопрос о ионизации воздуха для здоровья населения крупных городов будет иметь громадное значение.

Институт физического питания.

Институтом, с его руководителем проф. Шатерниковым во главе, произведены были работы биологически-физиологического характера по вопросам питания и голода. Работы эти представляют большой вклад в науку и единственны в своем роде в научной литературе. В вопросе о витаминах результаты работ совершенно отличны от работ европейских ученых.

Институт Евгеники и Биологии расы.

Изучает вопросы наследственности, гигиены расы и экспериментальной биологии.

В институте произведен был ряд работ по вопросам внутренней секреции, в области коллоидальной химии, ряд опытов по вопросам проблеммы омоложения по Штейнаху, опыты по пересадке органов и т. п.

Руководителем Института состоит проф. Кольцов.

Институт по биологической химии.

Институт этот является одним из лучших не только русских но и европейских источников науки. Он снабжен всеми научными средствами и прекрасно оборудован. Руководителем является проф. Бах.

Институт биологической физики.

Открыт недавно—имеет в своем распоряжении усовершенствованные по последнему требованию науки станции: рентгенологическую, радиологическую, светолечебную и по прикладной физике.

В нем производятся в широких размерах лечение всеми видами лучей, диагностика, опыты физики на биологической основе; здесь же круглый год ведутся курсы для врачей и медперсонала, читаются лекции для широких слоев населения по вопросам биологической физики и т. д.

Руководителем Института является проф. Лазарев.

Венерологический и Дерматологический Институт.

Институт с проф. Багровым во главе имеет заданием изучение всех методов борьбы с половыми и кожными болезнями с точки зрения практической и социальной медицины.

При Институте имеется клиническое отделение для больных и станция соц. помощи (диспенсарий).

Курсы для врачей и медперсонала по борьбе с половыми болезнями и лекции для широких слоев населения ведутся непрерывно целый год.

Медико-педологический Институт.

Институт, руководителем которого является проф. Гуревич, создан для врачей и педагогов по вопросам изучения дефективных и отсталых детей, борьбы с детской преступностью и т. п.

При Институте имеются курсы, образцовые школы для детей, читаются лекции и производятся научные работы и исследования.

Институт физической культуры.

Является Институтом физической культуры—цель его не выращивать атлетов—а научить население разумно обращаться со своим здоровьем и силами.

ДВГНБ

ЭР02069

В Институте ведутся курсы для инструк ров-рабочих и для инструкторов вра- ей.—

«ГИНЗ» создан в последние годы На- одным Комиссариатом Здравоохранения и аходится в его непосредственном ведении

При «ГИНЗ,е» происходят еженедель- ые конференции представителей и работ- иков всех институтов «ГИНЗ,а» — где роизводятся научные доклады, читаются ефераты, производится обмен мнений и рабатываются научные положения.

«ГИНЗ,ом» — печатаются ученые тру- его учреждений и издаются ряд на- ных журналов, сборников и брошюр. (Накануне 1923. № 286).

Д-р Я. А. Бродский.

Борьба с проституцией.

При народном комиссариате здравоохране- ия учрежден особый центральный отдел по ьбе с проституцией. Во всех Губздравах азуются с той же целью специальные со- ты. Борьба должна вестись путем предупре- ительных мероприятий, отыскания работы для работных женщин и репрессий против свод- чества.

Смерть проф. Орта.

В Берлине скончался ординарный профес- патологической анатомии, директор пато- ического института при Берлинском универ- тете и член академии наук Иоган Орт. Орт ялся одним из самых выдающихся миро- х специалистов в области патологической атомии и занимал много лет кафедру после ерти Вирхова.

нтисемитизм польских студентов-медиков.

Польская социалистическая газеса «Ро- ник» сообщает, что в Варшавском универ- тете на собрании польских студентов было ено потребовать от университетской адми- трации, чтобы еврейским студентам меди- и разрешалось секировать в просекториумах ько еврейские, а отнюдь не христианские пы. Это-случай небывалый в истории бе- нечно разнообразного в своих проявлениях исемитизма.

Население Р. С. Ф. С. Р.

За последние 6 лет население России умень- шилось на 12 миллионов, рождаемость во время мировой войны была 45 на 1000, по переписи 1921 г. 25 на 1000; смертность перед войной 29 на 1000, в 1921 году 38—39 на 1000; в Москве население с 2290000 упало до 1028000, в Петрограде с 2400000 до 405000*) (Правда № 114. 1922 г.)

*) По последн. сведениям вновь превыш. 1000000.

Помощь России.

Под руководством организации Нансена, при участии русского комиссариата здравоохра- нения в России, образовался комитет санитар- ной и врачебной помощи. Комитетом открыто 50 аптек в районах, угрожаемых по эпиде- миям.

Представителем Наркомздрава собрано в Италии на дело медицинской помощи России 1.000.000 лир. 20.000 лир собрано отдельно на закупку одежды, обуви, питания для детей На эти средства закупается в большом коли- честве хинин, в котором ощущается в России большая нужда.

Сокращение лечебных заведений Москвы.

Во второй половине прошлого года в Москве был выработан следующий план сокращения числа коек и медицинского персонала: в го- родских больницах сокращены койки с 11014 до 8000, персонал с 8010 до 6800; в губер- ских больницах с 5794 до 4000, персонал с 4543 до 3800; охрана материнства и младен- чества с 14190 до 8234, персонала с 1723 до 1704; коммунальных амбулаторий из 55 остается 25. (Медиц. газета № 3. 1922 г.)

Число медицинских работников в Европейской России.

По данным Н. К. З. в 1921 г. в России, кроме Сибири, Украины и Туркестана, имелось: врачей 10836, лекпомов 29267, зубврачей 4243, фармацевтов 6633 и акушерок 4567.

Врачи иностранцы и врачебная практика.

Согласно указания наркомздрава врачебной практикой в Р. С. Ф. С. Р. могут заниматься врачи иностранцы только с европейским образованием.

ЭР02069

В связи с этим, Губернским отделом здравоохранения была произведена регистрация врачей иностранцев, практиковавших до сего времени в Приморской губернии.

В результате регистрации, врачи с японским, китайским и корейским медицинским образованием лишены права заниматься в дальнейшем врачебной практикой в Приморье.

В целях-же удовлетворения потребностей во врачебной помощи японского, китайского и корейского населения Приморской губернии, не владеющего русским языком, Губернским отделом здравоохранения разрешено некоторым японским врачам, окончившим Токийский университет — заниматься врачебной практикой, но только среди японского населения Приморской губернии.

Реформа преподавания в Томском медицинском факультете.

Медицинским факультетом Томского университета в 1922 году разработан и принят план роформы преподавания на факультете, сущность которой сводится к тому, что принята семестровая (не триместровая) система, дающая возможность производить прием студентов 2 раза в год, число учебных часов для некоторых предметов сокращено (фармация, судебная медицина), для других увеличено (фармакология, диагностика, гигиена), введены обязательные практические занятия по некоторым предметам (физика, ботаника, общая патология, фармакология); введены новые предметы—эмбриология, сравнительная анатомия, общая терапия, рентгенология, социальная медицина, одонтология, заразные, ушные, горловые, посовые болезни, поликлиники—внутренняя, хирургическая, акушерско-гинекологическая и детская; число лет обучения увеличено одним (11-м) семестром. (Сибирский Медицинский Журнал 1922 г. № 1—2.)

Медико-санитарное дело Р. С. Ф. С. Р. и Нэп.

В «Бюллетенях Н. К. З.» (№№ 9—12) имеются крайне интересные сведения о состоянии медико-санитарного дела в республике связи с новой экономической политикой и особенности с переходом на местные средст Сведения из отдельных местностей (Астраха Витебск, Владимир, Вологда, Гомель, Грув ская и Горская республики, Краснодар, Пет заводск, Рыбинск, Тверь) и доклады зав здравами южного и северного районов Р. Ф. С. Р. (Брянск, Воронеж, Курск, Мурм Новгород, Олонец, Орел, Пермь, Петрогр Псков, Рязань, Тамбов, Череповец) на со щании в Н. К. З-драве рисуют крайне тя лое положение дела: местные средства по не поступают, как и страховые взносы, ко рые вносятся почти только частными предп нимателями; этих средств не хватает на

держание лечебных учреждений и поэто многие больницы закрыты, в других сокраще число коек; сохранившиеся больницы особен участковые, переживают критическое полож ние. Положение медицинского персонала тя лое вследствие неполучения содержания и па ка. Органы Собеза и профорганы места обнаруживают наклонность к захвату все дела страхования. Обложение населения медицинские нужды встречает массу препя ствий и главным образом из-за множественн сти налоговых форм.

Из некоторых местностей имеются сведени о благоприятном положении дела; так из С мары сообщают, что пришедшая было в уп док медико-санитарная организация вновь н лаживается: сохранены все медицинские у реждения и увеличено число коек, произведе крупный ремонт больниц. При ревизии Яро лавского губздрава установлена образцова постановка медико-санитарного дела, в худше положении находится участковая сеть, н имеющая поддержки со стороны волостны исполкомов; население в большинстве волосте охотно оказывает всякую помощь участковы больницам. Тульский Губздрав сообщает, ч население постепенно начинает брать на се содержание участковые организации, предп чтительно амбулаторные. В Архангельско губздраве в связи с новыми условиями меди ко-санитарная сеть не пострадала и перехо на местные средства не встречает затруднений Рыбинскому губздраву удалось обезпечить ме дико-санитарную организацию успешным пере водом на местные средства и самообложени населения проводится хорошо.

Издатель — О-во врачей Южно-Уссурийского края. Редакторы д-р А. П. Остряков и д-р С. С. Спасский

ЭР02069

СПИСОК

практикующих врачей гор. Владивостока.

В. М. Аристовский.
Хирургические, горла, носа и уха.
С 3 до 5 кроме праздников.
1-я речка Северный пр. 29.

М. А. Бергер.
Глазные, ушные, носовые, горловые и первные
С 8 до 10 утра, 12 до 2 дня и 3 до 6 веч.,
праздники с 8 до 12 дня.
2-я Портовая 23. Тел. № 7—00.

П. П. Блаут-Блачев.
Венерические, внутренние, кожные.
Мужчин с 4½—7 ч. в., женщ. 3½—4½ дня.
Светланская 50, кв. 2.

С. М. Блуменфельд.
Хирургические и женские; рентгеновский каб.
С 10—1 ч. и 4—6 ч. кроме праздн.
Пушкинская 47. Тел. 3—38.

В. П. Богданов.
Хирургические, женские, ушные, носовые и горловые.
С 2—4 ч. кроме воскр. Китайская 26.
Вызов на дом после 4 час. Пушкинская 45.
Утром тел. № 9—18.

П. Я. Васильева.
Женские, акушерство и хирургические.
С 9—12 ч. и с 2—6 ч. в праздн. с 10—12 ч.
Светланская 5, кв. 14. Тел. 7—34.

К. Р. Вейс.
Внутренние и детские.
С 12—2 ч. кроме воскр. Алексеевская лечебн.
Светланская 93. Тел. 8—22. Вызов на дом
там-же.

М. А. Владимирский.
Внутренние и детские.
С 8—9 ч. утра и с 4—6 ч. веч. Никольская
58 уг. Северн. пр. Тел. 5—92.

И. В. Выржиковский.
Ушные, горловые и носовые,
С 4—6 по вторн. и четв. и с 12—1 по воск.
Алексеевская лечебница, Светланская 93.

Женщина врач
П. А. Галка.
Женские, мочеполовые, кожные, венерические и сифилис.
С 1—5 ч. Светланская 9, кв. 7. Тел. 9—24.

П. А. Евстифеев.
Внутренние и детские.
3 до 5 ч. Семеновская 34.

С. М. Евстратова.
Детские и внутренн. С 3—6 ч. кроме четверга
Светланская 102. Тел. 10—00.

Н. Н. Жежеро.
Женские, хирургические, внутренние и акушерство. С 8—9 ч. утра и с 3—5 ч. веч.
Нагорная 14, кв. 15. Тел. 12—32.

П. А. Кестлер.
Женские, хирургические и акушерство.
С 3—5 ч. кроме праздников.
Фонтанная 53, кв. 2.

П. А. Козлов.
Болезни зубов и полости рта.
С 11—3 ч. кроме суб. и воскр.
Светланская 59, кв. 4. Тел. 2—44.

И. И. Кусов.
Внутренние.
С 3—5 ч. кроме праздников. Светлан. 8, кв 5.

Н. А. Левков.
Хирургические, женские и акушерство.
С 3—4 ч. Пушкинская 51, кв. 4.

Женщина врач
Е. Л. Луценко.
Женские, акушерство, детские и внутренние.
С 3—5 ч. кроме праздников. Нагорная 6.
Тел. 5—89.

И. И. Мандрыкин.
Кожные, венерические и мочеполовые.
С 4—6½ ч. кроме воскрес.
Светланская 12, кв. 10.

И. М. Марголин.
Детские и внутренние.
С 8—9 ч. утра и 4—6 ч. веч.
Алеутская 20, кв. 5. Тел. 2—23.

М. А. Моисеева.
Женские, кожные, венерические и сифилис.
С 3—5 ч. Китайская 26.

А. Б. Моисеев.
Женские, хирургические и акушерство.
С 4—6 ч. кроме праздников.
Светланская 59. Тел. 2—44.

М. Б. Моисеев
Детские и внутренние.
С 9—11 ч. у. и с 4—6 ч. вечера.
Китайская 26. Тел. 79.

А. К. Мольтрехт.
Глазные и первные.
С 1—3 ч. кроме праздник. Светланская 35.

ДВГБ

ЭР02069

Н. Н. Нечаев.
Хирургические, гинекологическ. и акушерство С 4—5½ ч. кроме праздников. Алеутская 50, уг. Бородинской.

К. Т. Овсеенко.
Внутренн. и детские. с 9 до 11½ и с 3—6 ч. Светланская 70.

С. М. Осиновский.
Кожные, венерические, сифилис. С 5—7½ ч. Китайск. 22, комн. 14.

А. П. Остряков.
Урологический кабинет. С 4—6 час. кроме праздн. Пушкинская 51, кв. 3.

Е. П. Панов.
Детские, и внутренние. С 4—5 час. кроме праздн. Бородинская 27, кв. 2.

В. Д. Петров.
Внутренние и детские. С 4—6 ч. веч. кроме праздн. Посьетская 29. Тел. 1—30.

В. А. Петровых.
Внутренние. С 12—2 ч., по средам и воскр. с 10—11 ч. Вызовы по тел. 7-10. Светланская 23.

Н. Н. Плаксин.
Ушные, горловые, носовые и внутренние. С 4—6 ч. кроме праздн. Светланская 35. кв. 4. Тел. 6—98.

С. П. Позднев.
Венерические, кожные, детские, женские и внутренние. С 10—12 ч. и с 4—6 ч. кроме праздн. Фонтанная 53.

А. Д. Попова-Усыченко.
Женские, акушерство и хирургические. С 1 до 3 ч. Северный пр. 43, кв. 1.

В. М. Порватов.
Женские, внутренние, мочеполовые, венерические и кожные. Женщин и детей с 11—2 ч., мужчин с 5—7 ч. кроме воскр. Светланская 53, кв. 7.

В. В. Нотеенко.
Хирургические, женские и акушерство. Китайская 26, кв. 9. Тел. 5—05.
Выезд на дом по требованию.

Н. А. Пчелкин.
Болезни уха, носа, горла. С 4—6 ч. в., кроме праздников. Светланская 59. Тел. 11—49.

К. А. Рейлиан.
Кожные и венерические.
С 4—7 ч. кроме праздн. Корейская 35, кв. 6.

А. Н. Семенов.
Внутренние и детские. С 4—6 ч. кроме пр. Светланская ул., 1-й морск. флигель, кв. 5. (Против Ключевой).

Б. Н. Скалицкий.
Внутренние и детские. С 3—5 ч. Пушкинская 23, кв. 2.

Г. В. Сороковиков.
Внутренние и нервные. Лечение Рентгеновскими лучами. С 3½ до 5½ ч. кроме праздн. Светланская 7, кв. 10. Тел. 7—10.

С. С. Спасский.
Глазные. С 3—5 ч. кроме суббот и праздников Светланская 8, кв. 5.

П. П. Стамбурский.
Акушерские, женские и внутренние. С 4—6 ч. кроме празд. 2-я Морская 1, уг. Посьетской. Тел. 5—02.

Я. И. Степанов.
Кожные, мужские венерические, внутренние. С 9 до 1 ч. и 5 до 8 ч. Светланская 41.

С. М. Суржикова.
Женские, хирургическ. и акушерство. С 10-12 ч. Светлан. 12, кв. 10, с 3—6 ч. ул. Линев. 12, кв. 4.

А. А. Тамм.
Венерические, кожные, сифилис. С 8—9 и 4—6 кроме празд. Женщин 3—4. Бородинская 31, кв. 2.

В. А. Текферд.
Детские. женские, внутрен. С 8-9 ч. у., 2-3 ч. д., 7-8 ч. в Суйфунская 11, кв. 1. Тел. 804 (9-1 ч.) и 8-22 (4-5 ч.

С. Н. Тимонов.
Внутренние, женские и детские.
С 3—6 ч., в праздн. с 11—2 ч. дня.
Посьетская 15, кв. 2. Тел. 15—56.

Н. И. Христенко.
Нервные, душевные и внутренние. С 4—6 ч. ежедн., кроме празд. Светланская, 35. кв. 2. Тел. 8—12.

Д. О. Шах-Назаров.
Нервные и душевные болезни. Электро-лечебный кабинет. С 4—6 ч. кроме праздник. Светланская 35. Тел. 14—40.

П. В. Шеболдаев.
Женские, хирургические. акушерство, мочеполовые и венерическ. С 10—12 и 4—6 час. кроме праздн. Светланская 35. Тел. 4—12.

Н. И. Ширяев.
Внутренние и детские. С 8—9 и с 4½ до до 6½ веч. кроме празд. 1-я Речка Северн. просп. 29. Тел. 14—78.

Зуботехническая школа А. С. Цыханского.
Справки с 10—12 ч. дня и с 1—5 ч. веч. кроме праздн. Пушкинская 8.

ЭР02069

ДВГНБ

ЭР02069

ЛЕЧЕБНИЦА

ДЛЯ ПРИХОДЯЩИХ БОЛЬНЫХ

Светланская 93, угол Алексеевской.

ПРИЕМ БОЛЬНЫХ

по всем специальностям

ЕЖЕДНЕВНО.

ТЕЛЕФОН № 8--22.

Н-ки

А. Д. СТАРЦЕВА

Стеклянная посуда аптечная и друг.

УГОЛЬ

повагонно, потонно и попудно с доставкой на дом.

КИРПИЧ

огнеупорный - строительный, огнеупорная глина.

ТРУБЫ

керамиковые и дренажные.

Гор. Владивосток, Светланская 67.
Телефон 1—03.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ АПТЕКА

Бр. Бернштейн

Владивосток, Светланская ул. № 35.
Телефон № 62.

Постоянное получение медикам., патентованных и дозированных ПРЕПАРАТОВ из Германии и Франции.

Натуральные минеральные воды.
Хирургитеские инструменты.
Перевязочные материалы.
Предметы ухода за больными.
ЗАГРАНИЧНАЯ ПАРФЮМЕРИЯ И КОСМЕТИКА.

Гублит. Квит. № 352. Типография Государственного Дальневосточного Университета. Тираж 250.

ЭР02069