ДВ613
О-285

ИЗВЕСТИЯ
ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ ЮЖНО-УССУРИЙСКОГО КРАЯ

ВО ВЛАДИВОСТОКЕ.

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

№ 7. 21 апреля 1923 г. 2-й год.

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

1) Оригинальные научные статьи.
2) Научные доклады во врачебных обществах края.
3) Переводные статьи из текущей иностранной медиц. 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-санит. части.
7) Медицинская хроника.
8) Новые книги.

Материалы, присылаемые для напечатания, помещаются в журнале безплатно, 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, напечатанными 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).

ДВ
государственная
научная библиотека

ЭР02162

ДВГТБ

ЭР02162

Ч ДВ 613 + 61(06
О-285

ИЗВЕСТИЯ
Общества врачей Южно-Уссурийского края
ВО ВЛАДИВОСТОКЕ.

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

№ 7. 21 апреля 1923 г. 2-й год.

СОДЕРЖАНИЕ.

Профессор Рентген.

Оригинальные статьи.

Я. И. Степанов. Физика и биология лучей Рентгена.
А. Н. Селезнев. Физическое развитие учащихся начальных школ г. Никольск-Уссурийского.

Рефераты.

О дозировке кодеина в детском возрасте. D-r Salomon.
Уксусный эфир, как средство для уничтожения головных вшей. Bieber.
Краткий отчет о деятельности Общества врачей Южно-Уссурийского края за 1922 г. (Окончание)

Правительственные распоряжения.

Хроника.

Новые книги.

ДВГБ

Хабаровск
Краевая научн
библиоте

ЭР02162

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, каковым в данное время является 1200. По мере роста цен на все производство множитель этот может заменяться 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. Рукоеодство 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. К. ГОЛЬДТ. 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. Терания 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 пем. 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.

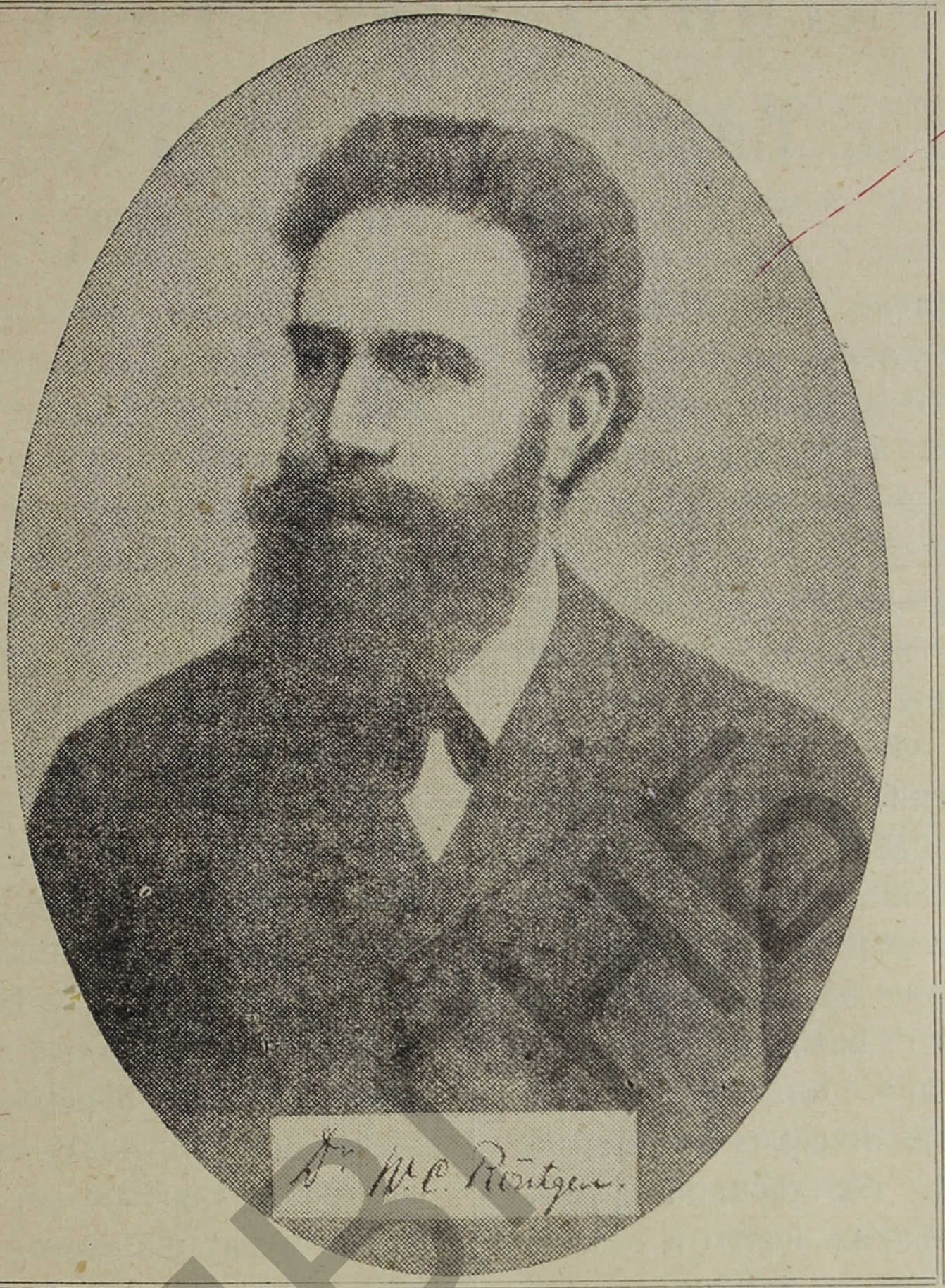
Проф. КАРЛ ЦИЛЕР. Венерические болезни (их сущность, распознование и лечение). Перевод проф. Л. С. Розенталя с последн. (2 го) нем. изд. С 17 рис. в тексте. *Цена* без пер. *6.50 мар.*, в пер. *8.50 мар.*

Г. БРЕЗИКЕ. Учебник нормальной анатомии человека. Перевод с последн. издания проз. 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 бслезней. Профилатика. 2 издание. *Цена 0.30 мар.*

ЭР02162



10 февраля 1923 г. в Мюнхене скончался проф. РЕНТГЕН.

Рентген, *Вильгельм Конрад, родился в 1845 г., учился в Цюрихе; там же был ассистентом у профес. Кундта, с которым перешел в Вюрцбург, и позднее в Страсбург, где в 1874 г. получил звание приват-доцента, а в 1876 г. занял кафедру физики. В 1879 году был приглашен ординарным профессором и директором физического института в Гессене, а с 1885 г. в Вюрцбурге. Из его работ более крупными являются: исследование и определение отношения родов удельной теплоты газов по способу Клеман и Декорма, изучение эластичности, капиллярности и теплопроводности в кристаллах, поглощения тепловых лучей в парах и газах, электромагнитного действия диэлектрической поляризации и мн. др. X-лучи, сделавшие имя Рентгена бессмертным, Рентген открыл в конце 1895 года.*

ЭР02162

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ.

Физика и биология лучей Рентгена *).

Д-р Я. И. СТЕПАНОВ.

Обозревая развитие учения об х—лучах с момента открытия их Рентгеном до настоящего времени, мы видим, что может сделать в такой короткий срок сосредоточенная соединенная работа культурного ума.

Лучи Рентгена, изойдя из тиши лабораторий, сделали и будут делать видимыми многие тайны живой и мертвой природы ,сокрытые ею от нас; они дали и будут давать неисчислимые приобретения науке и в особенности медицине.

Ясный и спокойный ум Рентгена остановился на случайно подмеченном им свечении флюоресцирующего экрана, лежавшего вблизи катодной трубки. Исследуя это явление, он получил на экране силуэты металлических предметов, затем тень костей собственной руки. Изображения были расплывчаты и слабы, источник лучей—катодная трубка—быстро портился, но событие в науке уже свершилось.

Новое явление привлекло внимание многих ученых: теоретическое изучение быстро растет, техника усваивает данные. Быстро развивается «Рентгенология». Конечно, самая важная и плодотворная теоретическая сторона Рентгенологии-это вопрос о физической сущности х—лучей. Проследив главные его черты, мы увидим попутно этапы рентгено-техники и рентгено-диагностики. Также как, просмотрев вопрос о биологическом действии лучей, мы увидим как он проникает в самую сущность проблемы о живой клетке и помогает освещению самых новых вопросов медицины, как напр. о вакцино и протеино-терапии или шума около «омоложения».

Сущность х—лучей в настоящий момент должна трактоваться так. Всякий луч в эфире родится в пункте изменения электро-магнитного поля. Световой луч родится от колебания заряженных атомов или электронов в накаленных телах. Колебания его ритмичны. Волна его—парабола. Рентгеновский луч родится на антикатоде, на месте остановки катодных лучей — потока электронов, исходящего от катода рентгеновской трубки. Поток электронов подобно струе дроби, сыплемой на стол — хаотичен. Здесь ритма нет; остановка более или менее внезапна; это не колебание, а ряд ударов. Родившаяся х—волна не ритмична, это не парабола, а зубец. Крутизна или острота зубца тем больше, чем резче переход от движения к остановке электрона катодного луча. А электрон мчится тем быстрее, чем сильнее заряжен катод, чем больше отрицательного электричества на нем относительно числа приближающихся к нему и летящих от него электронов. Этих последних тем больше, чем менее вакуум-трубка. Чем острее зубец х—луча, тем выше его проницающая способность независимо от вошедшей в игру энергии, подобно обострению звука в граммофонной трубе увеличивающей резкость, но не изменяющей энергию волны.

Прежде чем продолжать эту теоретическую схему, просмотрим беглым взглядом, чем отразились в технике только что высказанные положения. Рентгеновские трубки достигли высокой степени совершенства; поток катодных лучей соответственной формой катода заставили падать в одну точку антикатода, который стали делать способным выдерживать самый интенсивный поток. В ре-

---

*)Краткое изложение доклада, читанного в Обществе врачей Ю.-Уссур. края 25 февраля 1923 г.

ЭР02162

зультате получили рентгеновские лучи, исходящие из одной точки, а отсюда идеальную резкость теней. Получили мощный пучек х—лучей и возможность работать часами, не останавливая трубки. Отсюда—повышение мощности источников электрического тока высокого потенциала до весьма серьезных величин. Затем устранили изменчивость вакуума трубки, «расходующей» атомы газа, путем крайне остроумных разнообразных приспособлений—регенераторов и даже в последнее время построили трубку, совершенно лишенную газа, в которой поток электронов дает сам катод, представляющий собой накаливаемую (отдельным током) платиновую спираль. Такая трубка крайне послушна экспериментатору. Во время лучеиспускания х—лучи могут быть сделаны более или менее проницающими (твердыми), пучек их более или менее интенсивным и однородным. Далее, сооружены различные приборы для измерения количества и качества х—лучей путем измерения электрического напряжения на катоде в момент образования катодных лучей и мощности идущей на это электрической энергии. Появилось много чрезвычайно остроумных систем источников электрической энергии специально приспособленных для питания рентгеновских трубок, где устранены всякие толчки тока в нежелательном направлении. Появилось много систем «клапанных» приспособлений, гасящих такие толчки. Наконец, появились аппараты, дающие моментальную страшно мощную как бы вспышку х—лучей,—т. е. моментальная рентгено-графия и даже рентгено-кинематография, запечатлевающая на кинематографических пластинках фазы проглатывания пищи, биения сердца и т. п.

Но чистая наука идет далее и дает новую пищу технике. Изучаются условия проницаемости различных тел х лучами, вопрос о непреломляемости х—лучей и об образовании «вторичных» х—лучей, возникающих в среде тел, пронизываемых лучами Рентгена. Устанавливается положение, что прозрачность различных тел для х—лучей обратно пропорциональна, во первых, атомному весу элементов, входящих в состав данного тела и, во вторых, его удельному весу. Напр. иодоформ и хлороформ, имеющие в своей частице галоиды разного атомного веса (иод 135 и хлор 35), резко разнятся по прозрачности. Не смотря на то, что хлороформ удельно тяжелее, он, как содержащий легкие атомы хлора, значительно прозрачнее иодоформа.

Ткань почки и жировая клетчатка по химическому составу хотя и различны, но общий атомный вес входящих в состав их элементов большой разницы не представляет, а удельный вес жира много ниже. Ткань почки дает тень от х—лучей более густую, чем жир. У жирного субъекта, т. о., мы легче получим контур почки, чему тощего, но зато тень от почечного камня мы у жирного получим с большим трудом.

Пронизывая всякое тело, часть х—лучей как бы вязнет в нем. Из пучка разнородных х—лучей, летящих из Рентгеновской трубки, более мягкие вязнут раньше, более твердые глубже и еще более твердые «фильтруются», проходя сквозь взятое препятствие. На месте вязнущих лучей возникают новые х—лучи, твердость которых пропорциональна твердости первичного луча, атомному весу элементов, входящих в состав преграды, и еще некоторым не вполне еще выясненным условиям. Обстоятельство очень важное для ясности теней в рентгенодиагностике и для методики лечения лучами Рентгена.

На основании этих данных и ввиду вытекающих отсюда возможностей техника дала нам в руки множество приборов и приспособлений. Построены приборы (кроме упомянутых выше) для

ЭР02162

измерения проницающей способности лучей, основанные на принципе различной прозрачности разной толщины различных металлов. Устроены разнообразные аппараты и приспособления для защиты от х—лучей (во избежание вторичных лучей) тех участков освещаемого предмета, которые пронизывать лучами не требуется; различные защиты для персонала (к этому вернемся ниже).

Устроены диафрагмы, пропускающие лишь лучи фокуса трубки. Диафрагмы компрессионные, — т. е. отдавливающие в стороны не интересующие экспериментатора ткани. Построены приборы для точного измерения величины некоторых внутр. органов, напр., сердца. Сконструированы вводимые в полости тела инструменты, позволяющие производить различные манипуляции под контролем светящегося экрана включительно до производства хирургических операций и т. д.

Изучение природы х—лучей идет далее. Лучи Рентгена ионизируют газы. Они ионизируют и др. тела. Они видоизменяют молекулярное состояние некоторых тел. На этом принципе техника построила много измерительных для х—лучей приборов, но эти свойства х—лучей, обусловливающие, как мы увидим ниже, и много явлений отрицательного характера, толкнули технику на устройство защитительных приспособлений для персонала, работающего с х—лучами. Сейчас мы бросим взгляд на методику этой работы и увидим, как мало понимается еще до сих пор та опасность для здоровья персонала, которая сопряжена с этой методикой, дающей для нас много ценных данных ко благу больного. К сожалению, все защитительные приборы и средства несовершенны и лучшие из них доступны лишь крупным учреждениям столиц Европы. Подсчет к концу 1915 года показал, что 26 врачей рентгенологов серьезно пострадали от х—лучей. 4 из них умерло, пятерым ампутированы руки. Недавно преждевременно скончался рентгенолог Beelére. За промежуток времени от 1915 г. до 22 г. подсчета я не имею — но жертвы были. Физики страдали от работы с х—лучами мало благодаря обстановке труда иной, чем у врачей. Вот каким путем достигаются результаты.

Много труда многими авторами было положено на исследование х—лучами различных областей человеческого тела. Например, доказано путем бесчисленных исследований, что камни почечных лоханок, мочеточников и пузыря гораздо чаще встречаются, чем думали раньше, что клинические проявления существующих иногда несколько лет камней далеко не всегда характерны и однообразны. Х—лучами может быть открыто до 75 процентов существующих камней. Нужны повторные исследования для точного диагноза. Камни печени редко удаются на снимках. Вспомогательным средством при исследовании х—лучами почек и мочеточников, особенно при подозрении на смещение или съужение просвета, служит наполнение мочеточников непрозрачными для х—лучей жидкостями, отлично видными на экране. Исследование мочевого пузыря облегчается раздуванием его газами. Исследование толстых кишек-в частности слепой с ее отростком-заняло многих авторов. При этого рода исследованиях, непременно повторных, кишки наполняются непрозрачными для х—лучей веществами, и врач, вооруженный не прозрачной для х—лучей перепонкой, пальпирует живот больного (по возможности оберегаясь от лучей.)

В кратком очерке невозможно даже перечислить все выработанные до настоящего времени и разрабатываемые приемы рентгено-диагностики, которая во многом изменила наши взгляды во всех отраслях медицины, дала новые толчки научному мышлению и через теоретический путь принесла так много практических результатов, пользуясь которыми

ЭР02162

мы даже иногда забываем, что приобретению их мы обязаны работе рентгенодиагностики, всецело основанной на изучении физической природы х—лучей.

Рентгеновский луч-это один из ключей для открытия тайны тех физических процессов, которые совершает живая клетка. Биологическое действие х—лучей неожиданно поразило ученый мир случайными явлениями в самом начале развития рентгенологии. Внезапно облысела служащая технической фирмы, служившая для демонстрации просвечивания тела человека (хорошо еще, что аппараты тогда были малосильны). Несколько врачей потеряли ногти на руках и волосы на бороде. Х—лучи зажгли любознательность биологов, и клиника параллельно с лабораторией открыла множество новых данных, появилось несколько теорий, новые факты... Наконец, лучи Рентгена стали драгоценным лечебным средством.

Оставляя в стороне очень поучительный критический разбор теорий, объяснявших биологическое действие х—лучей, за недостатком места (лецитиновая теория, теория белковых ядов, теория внутриклеточного массажа и т. д.), скажем лишь, что каждая из них отчасти была справедлива, но сложность явлений не исчерпывала. В настоящий момент вопрос обрисовывается так. Анализируем группы фактов:

Действие х—лучей на ткани живого организма имеет скрытый период (хотя и нельзя обобщать широко этот факт). Воспалительные явления на коже, выпадение волос и ногтей появляются не сразу, а через 10—15 дней после сеанса. Чем больше доза х—лучей, тем меньше скрытый период. Ясно, что это не химическое отравление продуктами разложения белков ткани, а какой то удар по жизненным функциям клеток. Как же действует х—луч на белок и на «клеточные соки»? Куриный белок делается труднее перевариваемым в желудочном соке. Темература свертываемости его изменяется. Аналогичные изменения структурного характера наблюдаются и для других белков. Все химические реакции белка—не изменяются. Ферменты, агглютинины, преципитины, лизины и др. «клеточные соки» не теряют и не изменяют заметным образом своих свойств от х—лучей. Следовательно, х—лучи действуют, нанося этот не сразу сказывающийся удар путем какого-то физического воздействия на белки клеток.

Аналогично этому под влиянием физических агентов изменяются очень многие тела, не изменяя своей химической природы, напр. три видоизменения серы; напр. селен под влиянием световых и отчасти х—лучей временно меняет только одно свойство — электропроводность. Но какое это имеет отношение к жизни клетки? Живая клетка, живой организм —это есть мир коллоидов с их неисчислимым в своем разнообразии взаимовоздействием. С интересующей нас точки зрения важно вспомнить, что коллоид держится в среде его содержащей в силу электрического натяжения, существующего между ним и средой. Медленно подкисляя, напр., щелочной раствор коллоида, мы заставим его выпасть (достигнув момента равенства электрического потенциала между средой и коллоидом), быстро-же приливая избыток кислоты, мы перескакиваем этот момент, и коллоид не выпадает.

Если мы возьмем эмульсию белкового вещества, напр., молоко, и подвергнем ее действию х—лучей,—то отстой ускоряется. Тоже и с взвесью кровяных шариков (тогда как все другие ингредиенты, напр., вассермановской реакции, да и сама реакция, с осажденными х—лучами кровяными шариками ни чуть не изменяется). Значит, х—лучи влияют на взаимное электрическое натяжение в коллоидальных телах. Говоря о физических свойствах х—лучей, мы уже подходили к этому влиянию их на электрический

ЭР02162

заряд. Рассмотрим фигуры кариокинеза с этой точки зрения. Все эти фигуры, начиная со звезды и кончая разделением хроматиновых нитей по полярным телам, не только можно объяснить электрическим натяжением между коллоидами, составляющими эти фигуры, но и воспроизвести все эти фигуры на модели, заставив подчиняться части этих моделей (изготовленных из полупроводников) направляемым в них зарядом от статической электрической машины. Более того, в любой момент у этих моделей делящейся клетки мы можем произвести полную пертурбацию и исчезновение фигур, осветив модель х—лучами.

Теперь понятно, почему волосы, ногти и кожа поражаются после скрытого периода. Протоплазма живет пока клетка не состарилась. Но как только наступает срок делиться—кариокинез не удается. Заряд самых интимных частей клетки затронут, механизм испорчен,—клетка погибает. Если гусениц шелкопряда обработать х—лучами, то они живут прекрасно и дольше, чем контрольные. Контрольные уже летают в виде бабочек, а обработанные около двух недель еще жуют листья. Наконец, не будучи в состоянии обратиться в бабочек, они погибают. Обработанная х—лучами куколка не дает бабочки, а при недостаточной дозе х—лучей дает уродливые формы насекомого. У обработанного х—лучами тритона не вырастает отрезанной лапки, а у ящерицы хвоста и т. д. Механизм кариокинеза испорчен. Заряд снят. Из множества других подобных фактов выведено положение, что действие х—лучей на клетку тем сильнее, чем менее дифференцирована ее функция и чем больше ей предстоит в будущем кариокинетической деятельности... Задержу внимание еще одним фактом этой категории, как очень важным практически.

Подвергнутая действию х—лучей лапка растущего животного (цыпленка, щенка) искривляется. Кость с той стороны, где падали х—лучи, растет хуже. Конечно, на основании вышеизложенного, явление это вполне понятно, но удивительно, как часто оно упускается из виду. Нельзя лечить favus и вообще эпилировать х—лучами детей, а при всяком другом применении лучей Ренгена у ребенка надо сообразоваться с данными теории. Проследим вопрос далее. Почему волосы и ногти после умеренной рентгенизации отрастают, а кожа восстанавливается? Потому-же, почему семяобразовательные клетки тестикул погибают, а сперматозоиды после тех же доз лучей бегают и оплодотворяют. Хроматин сперматозоида находится в крайне компактном состоянии, а площадь поглощения мала. Сухие семена растения несравненно менее чувствительны по отношению к х—лучам, нежели семена проростающие.

Наоборот, грудная железа, обработанная х—лучами в покойном состоянии, при наступлении периода лактации не набухает и не дает молока или очень мало. (Отметим здесь же важный для дальнейшего анализа явлений факт—такое молоко для сосунов вредно). Такое действие лучей на грудные железы понятно. Клетки ее получают скрытое повреждение, обнаруживающееся в момент развития их кариокинетической деятельности. Нужно ли приводить еще примеры для иллюстрации важности для рентгенолога вообще и особенно для рентгенотерапевта выше приведенного положения о биологической классификации клеток по отношению их к х—лучам? Сопоставляя данные теории, он не только уяснит себе наблюдаемые им явления, но он может предвидеть явления и сообразовать свою деятельность с стоящими перед ним явлениями и задачами. Ему понятно и различное влияние х—лучей на разные виды раков и сарком. Значение суммирования и дробления доз, различное действие лучей на

ЭР02162

ткань сперматогенную и межуточную (использованное Штейнахом) и т. д.

Прежде чем перейти к анализу другого рода явлений, неблюдаемых при рентгенизации живых существ, необходимо сказать еще несколько слов о влиянии х—лучей на кариокинез, а именно о стимулирующем их влиянии и об искусственном, так сказать, повышении и понижении чувствительности клеток по отношению к ним.

Отчего погибло большинство рентгенологов, как не от длительного стимулирующего влияния лучей на эпителиальные клетки кожи пальцев. Повторные, очень слабые, дозы лучей (частью благодаря недостаточной осторожности, частью благодаря индивидуальной чувствительности), раздражая ядра клеток кожи, вызывают безпланомерное их разрастание во вред питающему их организму, характерное для раков.

Хочется думать, что снят заряд, физически испорчен только тончайший коллоидальный механизм планомерности кариокинеза. Также неоплодотворенное яйцо начинает делится, давая уродливые формы. Партеногенез от х—лучей и от других физических раздражителей сходен.

Средние дозы х—лучей вызывают в грудной железе вне периода лактации фигуры кариокинеза (т. е. без всякой надобности), а, как мы видели, планомерное деление (в нужное время) нарушено, и т. д.

Но, как мы видели уже, компактное состояние хроматина клетки, не деятельное ее состояние понижают ее восприимчивость; обратно, повышенная деятельность клетки увеличивает ее восприимчивость к х—лучам. Искусственно влияя на клетку в том или ином направлении, мы можем влиять на интенсивность одной и той же дозы лучей на клетки или отдельные ткани. Достигнуть этого можно либо химическим, либо биологическим, либо чисто физическим путем. Мы знаем напр., что мышьяк усиливает рост волос и эпителия.

Если мы будем рентгенизировать животное *после* кормления его мышьяком, мы получим эпиляцию или радиодермит при меньших дозах лучей, чем при рентгенизации, сделанной *без* мышьяка а, что еще важнее, *до* дачи мышьяка. Выше мы видели, что х—лучи обладают свойством вызывать вторичные излучения разного характера в зависимости между прочим и от пронизываемой среды. Так напр., плавиковый шпат и иод дают много ультрафиолетовых лучей и мягких х—лучей. Вводя в ткани некоторые соединения иода и действуя х—лучами, мы можем вызвать немедленную резкую реакцию. С мышьяком мы получили биологохимическую сенсибилизацию, с иодом—пример чисто химической сенсибилизации; приемы чисто биологической десенсибилизации употребляются чаще—это охлаждение или обезкровливание тканей. Наоборот, активная гиперемия и согревание увеличивают чувствительность тканей.

Упомяну про остроумный способ как бы фиктивной десенсибилизации кожи наложением мелкой металлической сетки. Кожа, т.о., пропускает большие дозы лучей вглубь, но сама не поражается сильно, так как некроз получается точечный в пунктах просвета, и кожа возстановляется из соседних не тронутых участков. К приемам механической десенсибилизации надо отнести пожалуй и фильтры, задерживающие вредящие коже мягкие лучи (необходимый прием рентгенотерапии «глубокой»).

Сказанным однако не объясняется действие х—лучей при туберкулезе, многих кожных заболеваниях, при лейкемии, базедовой болезни и т. п. Предположение, что х—лучи играют какую-либо анти-бактериальную роль, подобную дезинфецирующему действию ультрафиолетовых лучей, надо отвергнуть. Всевозможные бактерии, подвергнутые огромным дозам

Хабаровская Краевая научная библиотека

ЭР02162

х—лучей, растут также, как контрольные; мало того, функции их не страдают, напр., светящиеся бактерии нисколько не меркнут. Повидимому, только один из видов сапрофитных бактерий, содержащих хроматиновые зерна, замедляется в росте. Следовательно, лечебное действие х—лучей при названных заболеваниях, частью бактериального характера, во всяком случае не имеет ничего общего с влиянием лучей на самую природу болезни. С другой стороны, мы видим, что воспалительные фокусы рассасываются; при двустороннем воспалении паховых желез рентгенизация одной из них отражается благоприятно на другой. При лейкемии рентгенизация селезенки отражается уменьшением желез и обратно. Сопоставим с этими данными новые факты.

Современные методы массивной рентгенотерапии, поглощающие огромные массы энергии, требующие доз лучей, способных в один сеанс, так сказать, смертельно поразить раковую ткань, и притом лучей большой твердости,—эти методы сопровождаются особым заболеванием персонала и особыми общего характера явлениями у тех больных, которые получают большие дозы твердых лучей. Симптомы: головокружение, слабость, тошнота и рвота, объективно—изменение лейкоцитарной формулы и свертываемости крови—рефракционного показателя кровяной сыворотки.

Рентгенизация выключенной временно из кровеобращения селезенки после включения ее вновь в круг общего кровеобращения дает после третьего или второго сеанса такую же объективную картину у опытного животного. Заметим, что и выше описанное заболевание наступает не сразу. Кратковременное даже действие х—лучей на всякий орган тела сопровождается лейкопенией и сначала понижением, а затем повышением свертываемости крови. Практически возможна остановка кровотечений посредством рентгенизации. Ясно, что орган, освещенный х—лучами, (а также кровь) претерпевают известную гетерогенизацию своих белков, которые и вызывают объективные явления общие с впрыскиванием в кровь инородных белков. После впрыскивания хотя-бы молока мы видим совершенно те же изменения в крови и сыворотке. Лейкопения и последующий лейкоцитоз наблюдаются также и при введении в кровь не протеиновых тел, но изменений сыворотки крови не вызывают. Несомненно всякий орган после рентгенизации должен выбросить более или менее быстро в кроьь не одинаковый гетерогенизированный белок, а свойственный данной ткани, данному органу. Рентгенизиция напр. щитовидной железы у базедовиков сопровождается целым рядом явлений, из которых многие благодетельны для больного, но рентгенизация другого органа у базедовика не дает тех же результатов.

Поразительно быстро тает селезенка у лейкемиков при рентгенотерапии и далеко не всегда у маляриков. Рентгенизация участка экземы или бородавок часто устраняет экзему и бородавки на удаленных пунктах, но обработка х—лучами здорового участка кожи не даст того-же результата. Таким образом, можно надеяться, что продолжающееся в настоящее время изучение этого вопроса благодаря х—лучам сделает видимыми для нас многие темные еще места в области протеинотерапии.

Не имея возможности в кратком очерке затрагивать шире вопрос о рентгено-терапии, упомяну об других еще мало исследованных сторонах билогического действия х—лучей. Многие авторы видять в «болезни персонала», работающего с твердыми лучами, кроме названных моментов еще другие, не выясненные пока: неясно наблюдаемое иногда немедленное антиневральгическое действие лучей, способность их задерживать действие стрихнина и т. п.

ЭР02162

В заключение взглянем, как с точки зрения современной рентгенологии могут обрисоваться модные опыты омоложения. Известные факты по теории Штейнаха объясняются внутренней секрецией межуточной ткани тестикул. Так ли это? Как будто при опытах искусственного выращивания тканей остановившийся рост возобновляется от экстрактов эмбриональных тканей, но как дальнейшие прибавки к среде этих экстрактов, так и прибавление экстракта межуточной ткани тестикул, остаются без результатными, раз рост вновь остановился.

С другой стороны, мы имеем более прочные базы. От рентгенизации или от перевязки протока погибает, гетерогенизируется и рассасывается масса сперматогенных клеток. Мы видели, что гетерогенизированные белки различных органов обладают общим, характерным для каждого из органов, действием. Рассасывание в опытах омоложения идет постепенно, т. е. получается затяжной протеиновый эффект.

Положительные результаты у Штейнаха и авторов, проделавших контрольные опыты, наблюдаются не во всех случаях. Замечается большое влияние индивидуальности на силу и длительность эффекта. Все это характерно для работы гетерогенизированных коллоидов. Опыты Штейнаха на крысах, срок жизни которых очень мал, а процесс рассасывания не быстрее, чем у других животных, конечно дают кажущийся более длительным эффект (но это ведь относительно).

Вообще же, вспомнив биологическую классификацию клеток по отношению к х—лучам, мы легко перейдем к мысли, что омоложение особи может пониматься лишь условно. Иначе нарушится общий биологический план назначения особи. Гриб, выбросивший мицелием для спорообразования, или цветок могут быть задержаны в росте и увядании, но отслужив, они погибают, оставив споры и семена. Так погибает и великий ум с телом человека, оставив семена мысли.

Физическое развитие учащихся начальных городских школ г. Никольск-Уссурийского.

Д-р А. Н. СЕЛЕЗНЕВ.

Наблюдения касаются 1790 учащихся 13-ти начальных городских училищ г. Никольск-Уссурийского за время с половины ноября 1921 по 10 марта 1922 года.

Все 13 школ смешанного типа, т. е. в них совместно обучаются мальчики и девочки,—первых 53%, вторых 47%. Из 1790 учащихся на русских приходится около 96%, остальные 4% приходятся на 14 национальностей, из которых лишь корейцы и поляки представляют более или менее заметные величины.

По возрасту 7-ми летние составляют 2,4% всех учащихся, 8-летние 16%, 9-летние 22%, 10-летние 21%, 11-летние 18%, 12-летние 11%, 13-летние 4,4%, 14-летние 1%, 15-летние 0,2%. Возрастной состав учащихся не остается без влияния на их здоровье. Вопрос о том, в каком возрасте лучше всего отдавать детей в школу, еще не достаточно точно выяснен. Д-р Тезяков констатирует, что дети, поступившие в школу в 7—8 летнем возрасте, оканчивают ее через 4—5 учебных лет, тогда как 9—10-тилетки в три зимы, таким образом, раннее поступление не гарантирует раннего же окончания обучения, а заставляет лишь проводить в школе лишних 1—2 года

ЭР02162

(цитирую по дисс. Зейлигера). Такие дети часто плохо упитаны, малокровны и отстают в росте и развитии груди по сравнению со сверстниками, не обучающимися в школе. На этом основании Тезяков делает заключение, что недопущение маленьких детей в школы—в интересах как их здоровья, так и успешности обучения.

Педагоги, интересующиеся этим вопросом, приходят к такому же заключению, т. е. чем позже ребенок отдается в школу, тем это полезнее для его здоровья. Рано развившиеся физически и умственно дети не должны приниматься во внимание, так как таковые попадаются, как исключение. С другой стороны, наблюдения показывают, что такие умственно развитые малолетки при дальнейшем обучении часто оказывают средние и даже посредственные способности.

Проф. Адамюк считает, что только дети 9-ти летнего возраста без вреда для их зрения могут быть принимаемы в школу.

Таким образом, на основании наблюдений различных авторов (Зейлигер, Эккерт, Адамюк, Тезяков) только дети с 9-ти летнего возраста вполне подготовлены к классным занятиям, что же касается детей 7 и 8 лет, то первые совсем не должны приниматься в школу, а вторые —лишь после предварительного отбора врачем отсталых в физическом развитии. Недопущение в школу семилеток имеет еще ту хорошую сторону, что устраняет переполнение классов не подготовленными к школьному обучению детьми и тем повышает продуктивность работы остальных.

Мои наблюдения совершенно определенно подтверждают наблюдения указанных авторов. Малоуспешность детей 7-ми летнего возраста достигает 42,2% и 8-ми летнего 25,3%, т. е. значительно превышает таковую же детей в возрасте от 9 до 14 лет и среднюю малоуспешность по всем возрастам (19.18%). С другой стороны детей с хорошими успехами среди 7 и 8-леток значительно меньше (18,4% и 19,4% при 24,1% общей хорошей успешности), чем в остальных указанных возрастах.

Материальный достаток семьи занимает одно из первых мест в ряду факторов, действующих на физическую природу детей.

В тесной связи с экономическими стоят гигиенические условия, в которых живут учащиеся. Чем беднее семья, тем хуже ее жилище, питание, одежда и обувь. Я при своих исследованиях старался подойти к решению этого вопроса окольным, но мне думается, более объективным и верным путем. Социальное положение (занятия) родителей и жилищные условия (число комнат, занимаемых семьей) дают более или менее ясное представление о материальном положении учащихся.

В число комнат (жилых помещений) мною включена и кухня, так как большое количество семей живут в одном жилом помещении. Наибольшее число семей живут в 2-х комнатах. Таких семей 33,9%, в трех комнатах живет 25,3%, в одной 19,7%. На остальные семьи, в числе 313, приходится 21,1%. Бедными или мало обезпеченными материально можно считать семьи, живущие в одном, двух и трех жилых помещениях. Таких семей в общей сложности будет 79%, следовательно, на семьи более обезпеченные приходится всего лишь 21,0%. Если к числу бедных прибавить еще учащихся, живущих в вагонах, казармах и т. п., которые составляют 4,7% всех учащихся, то число их поднимается до 83,6%, а число обезпеченных упадет до 16,4%, т. е. получится, что большинство учащихся принадлежит или к совершенно бедным или малосостоятельным семьям, которые не могут обезпечить им сносного существования и нормального физического развития.

ЭР02162

Более или менее обезпеченными можно считать людей, живущих торговлей, доходами с собственного хозяйства или недвижимого имущества. Таких семейств оказывается около 24%, остальные же 76% составят те семьи, которых судьба уравняла в средствах добывания куска хлеба, понизив до minimum'а их заработок и собрав в одну общую массу бедняков чернорабочих, квалифицированных рабочих и лиц интеллигентных профессий и высокого умственного труда. Таким образом, можно безошибочно сказать, что группа мало обезпеченного населения колеблется в пределах от 75% до 83% всего населения, посылающего своих детей в городские школы низшей ступени.

Эти же мало обезпеченные слои населения отличаются и наибольшим числом членов семьи, что уменьшает долю достатка, приходящагося на каждого члена, и увеличивает общую нужду, отражающуюся на физическом развитии детей.

На семьи от 5-ти до 15-ти человек приходится 77% и только лишь 23% на семьи с меньшим числом членов.

В лучших условиях учащиеся находятся в смысле пользования солнечным светом. Благодаря обилию солнечных дней, в особенности в учебное, зимнее время года, наши дети в изобилии пользуются благодетельным влиянием этого источника жизни. Характер построек в Никольске таков, что большинство квартир из 1—3-х комнат помещается в отдельных деревянных домиках с обилием окон, что приближает их, к сожалению только в одном этом отношении, к английским коттэджам.

Наибольшее число семей занимают квартиры в 4 окна. Квартир в 4 и более окон в общей сложности 73%, а на квартиры с меньшим числом окон приходится 27%. Таким образом, живая сила солнечных лучей является энергичным союзником детей в борьбе их с неблагоприятными условиями существования.

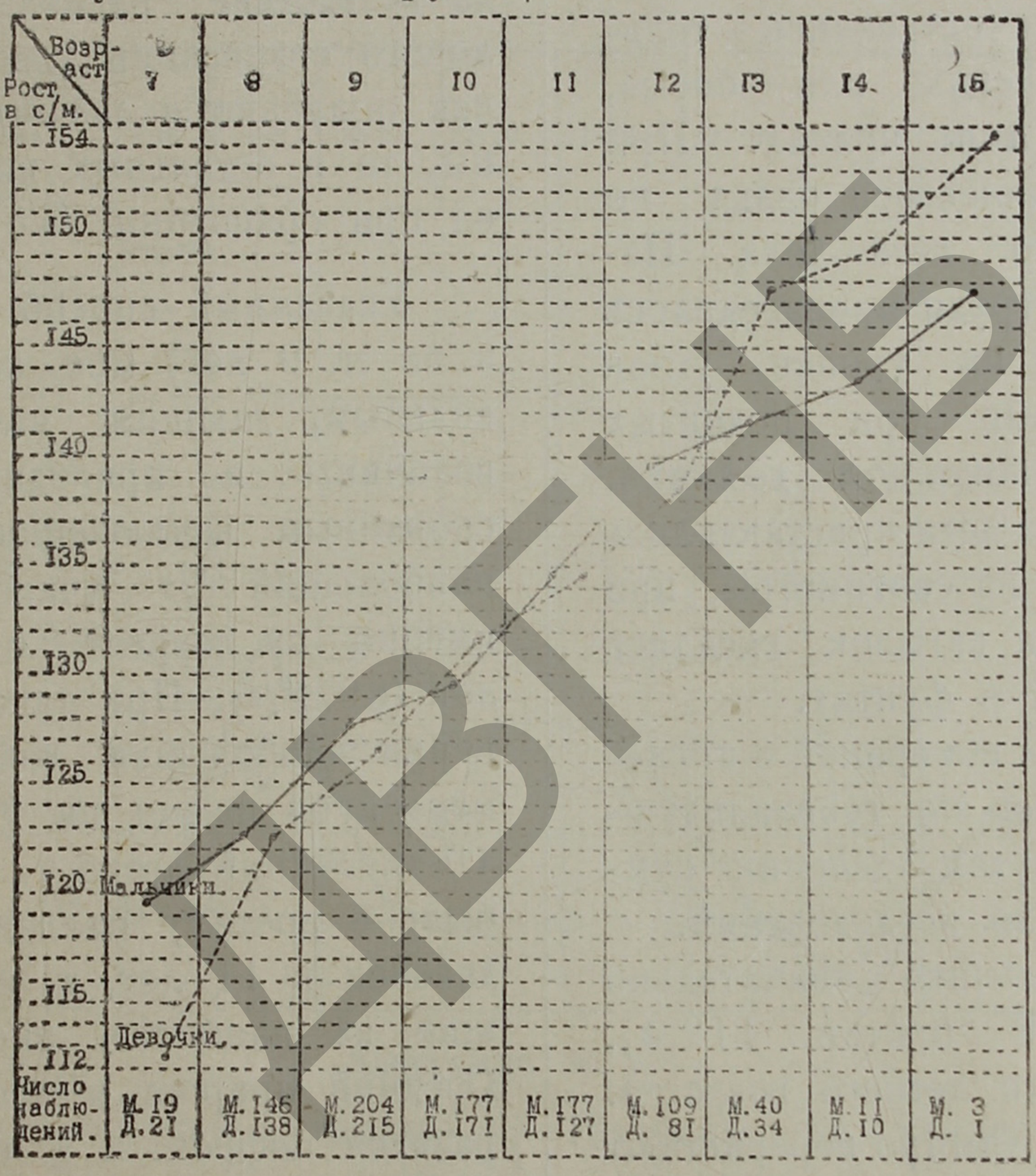


Диаграмма № 1.

Если судить об успехах учащихся по числу лет, проведенных ими в школе, и не успевающими в конечном итоге считать только тех, кто оканчивает обучение в большее число лет, чем принято для среднего ученика (3 года), то таких неуспевающих будет около 10% всех обучающихся. На самом же деле общая неуспешность почти в 2 раза превышает только что указанную и равна 19,8%.

Если из общего числа обучающихся исключить 7-ми и 8-ми-леток, то тем самым общая неуспешность понизится с 19,8 до 18,0%, т. е. почти на 2%. Процент учащихся с хорошими успехами повысится с 24,1 до 25,3% и с средними успехами с 56,1 до 56,7%. Процент неуспевающих мальчиков (20,3) значительно выше девочек (15,5). Девочек с хорошими успехами на 2% больше мальчиков (26,2% против 24,2%). Возможно, что в этом играет некоторую роль и общая малокультурность насе-

ЭР02162

ления, среди которого мало лиц интеллигентных профессий. Отсутствие компетентного руководства ведет к тому, что мальчики, по природе своей более подвижной элемент чем девочки, проводят больше времени на улице, что отучает их от систематических занятий.

Для суждения о физическом развитии детей важное значение имеют: измерение роста, веса, окружности груди и соотношение этих величин друг к другу.

Для измерения и исследований дети раздевались: мальчики оставались только в кальсонах и носках или босые, девочки в сорочках и в чулках. При взвешивании вес остающегося белья не вычитался из общего веса тела. Измерение окружности груди производилось сантиметровой лентой на уровне углов лопаток и под сосками при поднятых на голову руках и спокойном дыхании. Для определения роста дети приставлялись к стене, разделенной на сантиметры, при чем пятки, лопатки и затылок касались стены. Вес отмечался в фунтах.

Разработка данных измерений и исследований производилась по генерализующему методу,т. е. путем деления суммы измерений на число исследований.

7-ми летние мальчики значительно выше девочек (119,8 против 112,4), что держится до 13-ти летнего возраста. С 13-ти лет девочки быстро перерастают мальчиков и такое отношение сохраняется до 15-ти лет. Усиленный рост девочек совпадает с началом полового созревания и, видимо, зависит от него. Половая зрелость мальчиков ускользает из поля нашего наблюдения, падая на период следующей ступени обучения.

Годовая прибыль роста не идет равномерно по возрастам, и какой-либо закономерности в этом отношении проследить не удается.

Наибольший годовой прирост у мальчиков наблюдается в 9 ти летнем возрасте (5,3 сант.), у девочек в 8 и 13 лет (9,7 сант.), наименьшая прибыль у мальчиков и девочек бывает в 14-ти летнем возрасте и у первых равна 1,4 сант., у вторых 1,2 сант. За 8 лет мальчики выростают на 27,2 сант., девочки на 41,6 сант. Средняя прибыль роста в году у мальчиков равна 3,4 сант., у девочек 5,2 сант.

Если мы исключим 7-ми-леток, как еще недостаточно физически подготовленных к массовому обучению в школе, и учащихся, начиная с 13-ти лет, когда вследствие несовпадения начала полового созревания у мальчиков и девочек получаются несоизмеримые величины, то в остальных возрастах получаются при сравнении уже иные результаты.

Указанный способ сравнения (за 5, а не за 9 лет) мне кажется более правильным, дающим наиболее сравнимые величины и приводит к более обоснованным заключениям и потому, что наибольший % учащихся приходится именно на возраст с 8-ми до 12-ти лет (89,4%). При таком способе сравнения наибольший годовой прирост у мальчиков падает на 9-ти, у девочек на 10-ти летний возраст. Наименьшая прибыль в росте у мальчиков в 10, а у девочек в 11 лет, т. е. в годы, следующие за наиболее энергичным ростом. Средний прирост в год у мальчиков выразится цифрой 4,3 сант., у девочек 4 сант. Амплитуда колебаний роста тоже будет значительно меньше как у мальчиков, так и у девочек и выразится у первых цифрой 2,9 сант. и у последних-1,6 сант. Мальчики к 13-ти годам оказываются выше девочек на 1,2 сант. В конечном итоге, если сравнить средний годовой прирост за 5 лет (с 8-по 12 лет) с таковым же за 8 лет (с 7 по 15 л.), то у мальчиков он окажется на 0,9 сант. больше, а у девочек упадет на 1,2 сант., и разница в среднем годовом приросте вместо 1,8 сант. в пользу девочек окажется 0,3 сант. в пользу мальчиков.

ЭР02162

На диаграмме № 1 ясно видно, что с 8-ми до 12-ти лет кривая роста мальчиков и девочек идет почти параллельно, причем девочки почти все время остаются немного ниже мальчиков за исключением 13-ти летних, когда девочки на 2 сант. перерастают мальчиков. В остальных же возрастах рост девочек резко расходится с ростом мальчиков: в 7-мь лет девочки на 7 сант. ниже мальчиков, а в 13 и 14 лет на 6 и в 15 лет на 7 сант. перерастают мальчиков.

Рассматривая диаграмму № 2, мы видим, что прирост мальчиков совершается в более или менее ограниченных пределах от 1,4 до 5,3 сант., тогда как рост девочек претерпевает большие колебания с 1,2 до 9,7 сант.

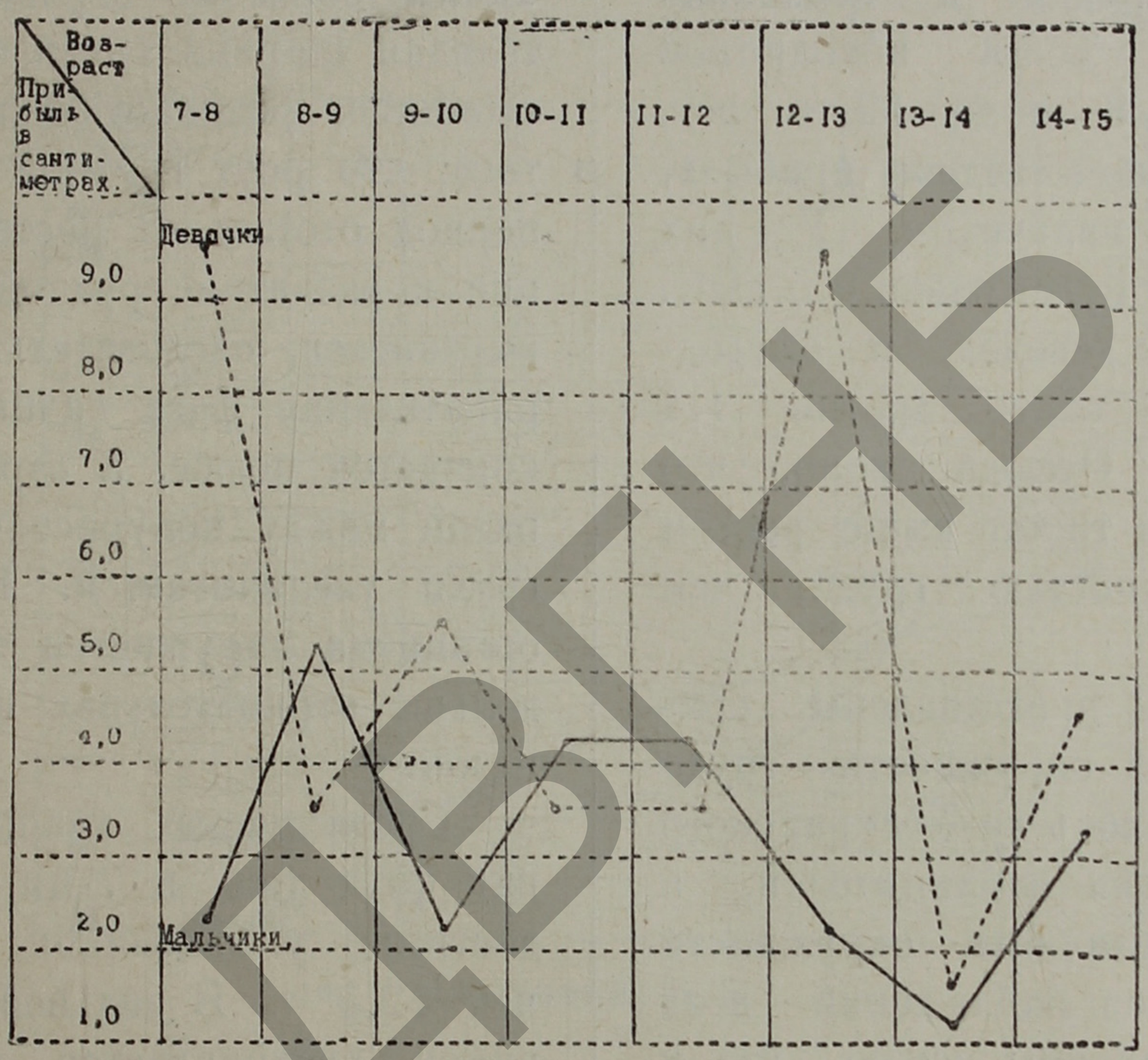


Диаграмма № 2.

Из сопоставлений роста учащихся начальных училищ в различных местностях Европейской России с ростом учащихся в гор. Никольске-Уссурийском (таблица № 1) оказывается, что в 8 лет мальчики Никольска уступают в росте только ученикам г. Одессы и выше остальных учеников. Такое же отношение сохраняется и к 13-ти годам, т. е. ко времени окончания обучения в начальной школе большинства учеников. Между меньшинством учеников, оканчивающих обучение в 15 лет, уже несколько иное отношение, а именно, выше Никольских учеников оказываются Петрозаводские, Пермские и Воронежские ученики, тогда как Одесские несколько уступают в росте. Никольские девочки во всех возрастах оказываются выше ростом всех своих сверстниц из других местностей России.

В общем надо признать, что учащиеся Никольских начальных городских школ обладают высоким ростом. Возможно, что здесь играет некоторую роль непосредственное действие солнечных лучей при обилии безоблачных солнечных дней в году. С другой стороны, большинство учащахся принадлежит к украинской национальности, отличающейся высоким ростом: по данным проф. Анучина средний рост новобранцев великороссов Саратовской г. 164,3 сант., немцев 165,0 сант. и малороссов 166,9 сант., в Воронежской губ. южные уезды, заселенные преимущественно украинцами, дали средний рост новобранцев в 165,0 сантим., тогда как в северной великорусской части ее рост новобранцев равнялся 164,0 сант. (цит.. по Бородько) Наконец на усиленный рост учащихся могло оказывать влияние и то, что местное русское население образовалось из переселенческого элемента. Естественно, что в главной массе сюда попадал более энергичный, крепкий, здоровый и рослый элемент, а более слабые или оставались на месте, или погибали в дороге. Этот отборный элемент и дал более высокое потомство.

Из измерений окружности груди мы видим, что у девочек периметр груди с 7-ми до 12-ти лет меньше переметра груди мальчиков, с 13-ти же лет девочки начинают опережать мальчиков, и с каждым годом разница между теми и

ЭР02162

другими возрастает. Очевидно и здесь оказывает влияние быстрое развитие девочек с началом половой зрелести, наступающим у них здесь в 13 лет. От этой же причины зависит большая разница как абсолютной прибыли окружности груди с 7-ми до 15-ти лет, так и средняя годовая прибыль. Первая у мальчиков равна 11,4 сант., у девочек 24,0 сант., вторая-у мальчиков 1,4, сант., у девочек 3,0 сант. Если мы возьмем для сравнения лишь учащихся с 8-ми до 12-ти лет, то придем к несколько иным результатам. Тогда абсолютное увеличение груди с 8-ми до 12-ти лет, равно как и средняя ежегодная прибыль, окажутся в пользу мальчиков. У них абсолютный прирост будет равен 6,5 сант. против 5,6 сант. у девочек и ежегодный прирост—1,6 сант. против 1,4 сант. у девочек. Отсюда ясно, что мальчики с 8-ми до 12-ти лет выше ростом и с большей окружностью груди, чем девочки.

В таблице № 2 представлены сравнительные данные в окружности груди учащихся гор. Никольска-Уссурийского с таковыми же других наблюдателей, а также средние величины окружности груди, выведенные из наблюдений всех авторов. Из этой таблицы видно, что у мальчиков Никольска до 11-ти летнего возраста окружность груди выше средней всех авторов, а в 14 и 15 лет ниже таковой, что же касается девочек, то у всех Никольских периметр груди во всех возрастах выше указанных средних. Окружность груди до известной степени зависит от роста тела: чем выше рост, тем больше и периметр груди, а так как рост учащихся Никольска оказался почти во всех возрастах выше роста, отмеченного другими авторами, то естественно, и окружность груди тоже оказалась большею. Причины этого явления вероятно теже, что и усиленного роста. Более интересными представляются отношения окружности груди к половине роста, каковые имеют особенно важное значение при оценке физического развития.

У новорожденных окружность груди превышает половину роста на 8-10 сант. В дальнейшем она начинает приближаться к полуросту, сравнивается с ним и с 8-ми, 9-ти лет начинает уже отставать. Это отрицательное отношение периметра к полуросту сначала увеличивается, затем с приближением полового созревания уменьшается, а к периоду зрелости вновь становится положительным. Таким образом, отрицательная относительная ширина груди есть явление постоянное, физиологическое и зависит оттого, что рост грудной клетки в этот период отстает от роста тела. Уклонение в развитии грудной клетки должно выразиться, следовательно, в том, что отрицательная фаза начинается раньше и кончается позже, а отрицательный диапазон между полуростом и окружностью груди увеличивается. Равновесие всего организма нарушается тем больше, чем дольше отрицательная фаза и шире диапазон.

Среди наших учащихся отрицательная фаза уже к 7-ми летнему возрасту достигает у мальчиков 31,6% и у девочек 42,5%. В дальнейшем она у мальчиков увеличивается вплоть до 15-ти лет, достигая в этом возрасте 100%, а у девочек до 13-ти лет (94,2), с 14-ти же лет начинает быстро падать, становясь положительной к 15-ти годам. Впрочем точность вычислений для учащихся 14-ти и 15-ти лет подлежит проверке вследствие малого числа наблюдений. Несомненным остается факт раннего наступления отрицательной фазы, ея продолжительность и широкий диапазон у учащихся начальных школ. Это явление находится в прямой связи с усиленным и быстрым ростом в высоту и соответствующим отставанием роста грудной клетки. У девочек с началом полового созревания уже с 14-ти лет видна тенденция к улучшению отношения

ЭР02162

окружности груди к полуросту, у мальчиков же такой тенденции не замечается, так как начало половой зрелости у них находится за пределами обучения в начальной школе.

Результаты измерений веса показывают, что абсолютный вес за все время обучения у мальчиков увеличился на 34,0 фун., у девочек на 80,6 фун., т. е. последние на 46,6 опередили первых.

Если исключить из сравнения детей 7-ми, 13, 14 и 15-ти лет, то разница в приросте веса мальчиков и девочек будет лишь в 11,6 фун. Таким образом, разница в весе тех и других с одной стороны зависит от того, что в 7 лет девочки легче мальчиков, а с другой начиная с 12-ти лет девочки усиленно продуцируют в весе, опережая мальчиков — явление, общее с усиленной продукцией роста и объема груди. Тоже отношение веса мальчиков к весу девочек сохраняется и по отношению к ежегодной прибыли. С 7-ми до 15-ти лет мальчики ежегодно увеличиваются в весе в среднем на 4,3 фун., девочки на 10,8 фун. С 8-ти до 12-ти лет первые на 2,7 фун., вторые на 5,6 фун.

Вес мальчиков нарастает по годам неравномерно, и какой либо закономерности проследить не удается. 12-ти летние оказались даже легче 11-ти летних, что могло зависеть от случайного подбора учащихся, и выравнялись в следующем году, проявив усиленную продукцию веса. Девочки до 12 лет прибывают более или менее равномерно, в пределах от 4,1 до 5,9 фун., с этого же года замечается усиливающийся прирост в весе и перерастание мальчиков.

При сравнении веса Никольских учащихся с весом, наблюдавшимся другими авторами (таблица № 3), оказывается, что превышение веса над Никольскими мальчиками отмечено Грацианов ым с 9-ти до 15-ти летняго возраста—Нагорским, Михайловым, Эккерт и Матвеевой у 12-ти летних мальчиков.

Таким образом, из сопоставлений данных роста, объема груди и веса учащихся Никольск-Уссурийских начальных училищ с таковыми же данными других авторов мы видим, что абсолютные величины всех трех измерений у Никольских учащихся выше, чем у других учащихся, за исключением детей города Арзамаса.

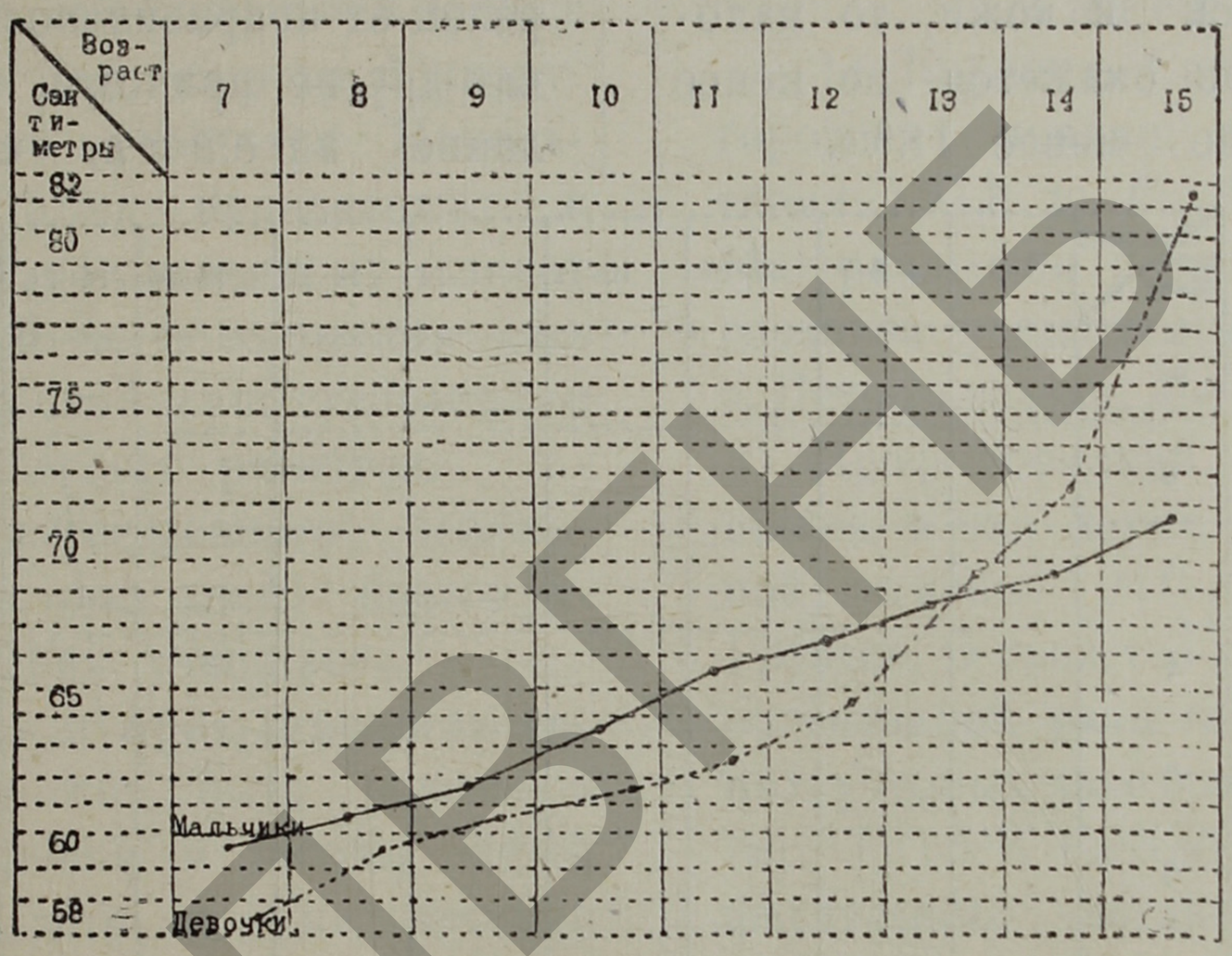


Диаграмма № 3.

По состоянию общего питания дети распределены мною на три группы: с хорошим, средним и слабым питанием. Степень питания .определялась на глаз по общему впечатлению, отчасти по состоянию подкожного жирового слоя и напряжению мышечной системы (главным образом мышц плеча). Такой способ не претендует на строгую объективность и непогрешимость, но при большом материале вырабатывается известный навык, который гарантирует получение более или менее правильных впечатлений.

С хорошим питанием оказалось 20,3% всех учащихся (9,7% мальчиков и 10,6% девочек), с средним 51,7% (26,2% мальчиков и 25,5% девочек) и с слабым 28,0% (16,5% мальч. и 11,5% дев.). В общем следовательно девочек со слабым питанием на 5,0% меньше, чем мальч.

ЭР02162

Maximum слабых мальчиков падает на 8-ми летний возраст (40,2%), с какового процент их постепенно падает до 12-ти лет. Девочек со слабым общим питанием больше всего в 9-ти летнем возрасте (29,3%), а затем процент этот медленно падает до 11-ти лет, а с 12-ти падение идет резкими скачками, очевидно в зависимости от полового созревания. Не останавливаясь на состоянии слизистых оболочек и кожи, должен упомянуть, что если о малокровии судить по слабому общему питанию и бледности слизистых оболочек и кожи, то малокровных мальчиков окажется не менее 26% и девочек не менее 18%.

Плоская грудь отмечена у 19,8% учащихся, с остатками рахита у 7,0%. Неправильно образованную и сравнительно хорошо развитую грудь приходится 73,2%.

В тесной связи с развитием грудной клетки находится и состояние органов дыхания. С выдыхом на одной или обоих верхушках отмечено 37,4%, (мальч. 21,4%, дев. 16,0%). С возрастом процент этот у мальчиков опускается до 12,3, у девочек до 4,5. Возможно, что с началом половой зрелости процент слабогрудых мальчиков упадет и сравняется с процентом слабогрудых девочек.

К характеристике общего состояния здоровья относится также состояние лимфатической системы. Для ускорения работы я исследовал лишь состояние шейных желез, как наиболее доступных. Всего зарегистрировано с увеличен. желез 72,0% учащихся (39,5% м. и 32,5% д.).

Заболеваемость учащихся к общему числу их составляет 6,3%, физические недостатки составляют 1,6% всех учащихся

Зрение определялось мною при дневном рассеянном свете на растоянии 5-ти метров таблицами ДОНБЕРГА, причем острота зрения исследовалась сразу на оба глаза. Рефракция не определялась. С остротой зрения меньше 0,9 оказалось 149 учащихся, т. е. 8,6% общего числа учащихся.

Слабость зрения зависит главным образом от неправильности преломления, так как другие причины, вызывающие ослабление зрения, составляют ничтожную величину (помутнение роговицы катаракта, заращение зрачка). Учащиеся с остротой зрения, равной 0,9, мною отнесены к числу обладающих полным зрением (1,0,) так как столь незначительное уклонение от нормы могло зависеть от неодинак. освещения в зависим. от степени облач. неба

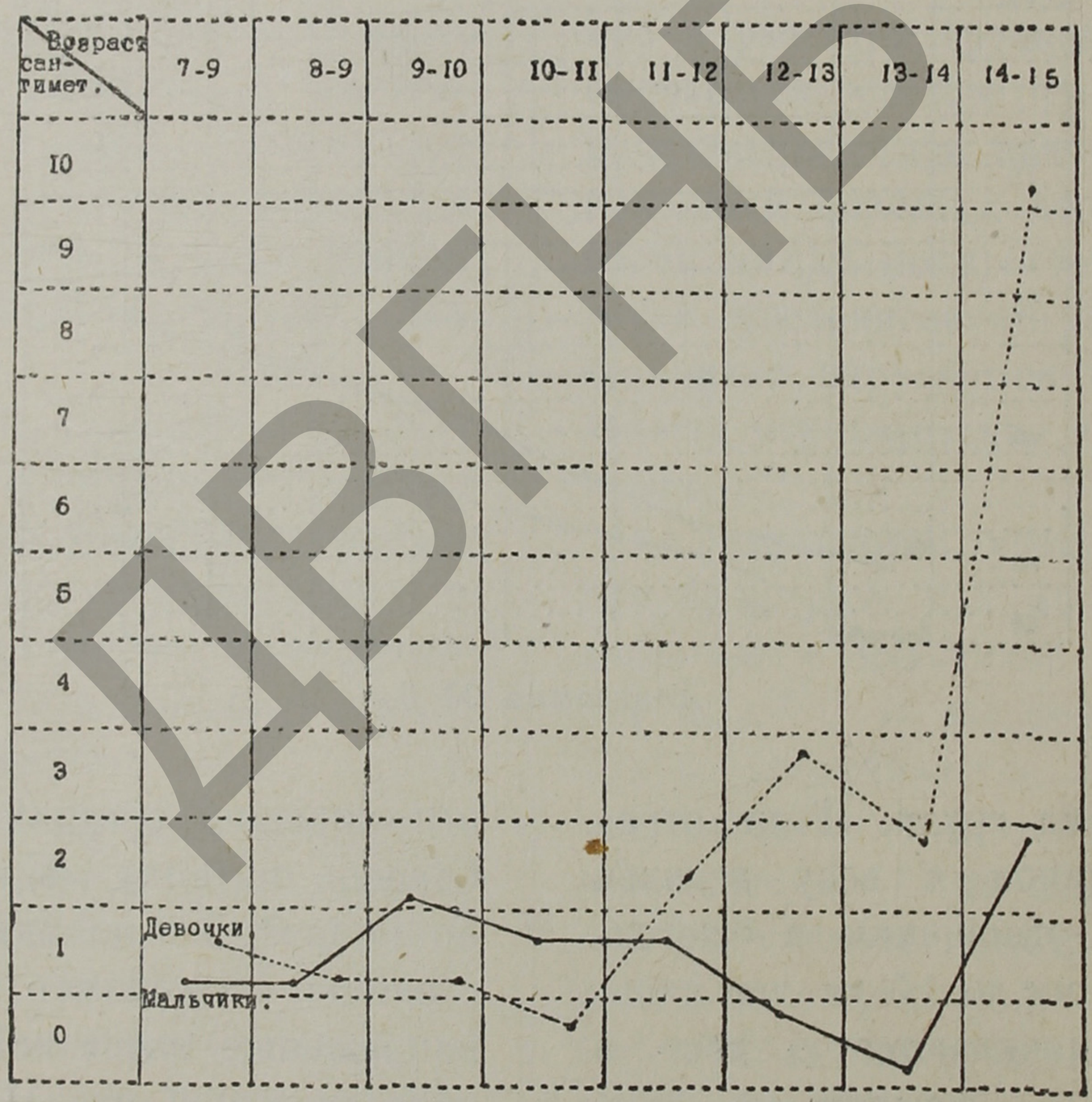


Диаграмма № 4.

С болезнями глаз мною отмечено всего 66 человек (3,8%), из которых на трахому приходится всего лишь 12 случ., составляющих 18,2% всех заболеваний глаз и 0,6% всех учащихся. Очевидно в Никольске трахома, к счастью, не находит благоприят. условий для распространения.

Среди учащихся обнаружено 41,2% с кариозными зубами. Дети с течью из ушей составляют 1,9% всех учащихся.

Паразиты (головные вши) отмечены в 13,9%. Из них на девочек приходится 12,1% и на мальчиков только

ЭР02162

1,8%. Такая разница зависит, конечно, оттого, что девочки носят длинные волосы.

Выводы.

1) Громадное большинство учащихся Никольска русской национальности (96%). Из них большой процент составляют украинцы.

2) Дети 7-ми летнего возраста не должны приниматься в школу, как еще недостаточно физически окрепшие и дающие большой процент неуспевающих и слабосильных. В 8 лет могут приниматься только после освидетельствования врачем, причем все слабосильные и вообще плохо развитые не допускаются в школу.

3) Большинство учащихся Никольска (от 75 до 83%) принадлежит к бедному или мало обезпеченному классу населения, который не в состоянии дать детям сносных условий существования и нормального физического развития.

4) Условия естественного освещения (обилие солнечных дней) благоприятны для Никольских учащихся.

5) Успешность и продуктивность работы учащихся может быть повышена прекращением приема в школы детей 7-ми летнего возраста и 8-ми леток с плохим физическим развитием. Неуспевающих и физически слабо развитых детей всех школ необходимо выделить в отдельную школу с особо выработанной программой обучения, что повысит продуктивность работы всех других школ, и заставит обратить особое внимание на такого рода детей.

6) Учащиеся начальных школ гор. Никольск-Уссурийского обладают высоким ростом. Предположительные причины этого явления — благодетельное действие обильного солнечного света, большой процент среди учащихся украинской народности, отличающейся высоким ростом, и естественный подбор населения из здорового, крепкого переселенческого элемента. Положение это должно быть проверено наблюдением над учащимися других учебных заведений.

7) Окружность груди и вес тела учащихся превышают соответствующие размеры учеников начальных школ других местностей России, но как те, так и другие размеры отстают в развитии по сравнению с ростом, почему отношение окружности груди к полуросту и веса тела к росту для учащихся начальных школ гор. Никольск-Уссурийского складывается неблагоприятно. 8) Нормальное физическое развитие учащихся задерживается материальной необезпеченностью и дурной домашнейобстановкой.

Литература.

1) Боровко. Санитарное обследование городских училищ и учащихся. Диссертация 1913 г. С. П. Б. 2). Зейлигер. Материалы для исследования физического развития учащихся в начальных школах г. Петрозаводска. Диссерт. 1900 г. С.П.Б. 3) Проф. Троицкий. Гигиена школ и учащихся в них детей. Вестник общественной гигиены. 1910 г. Июнь и июль. 4) Груздев. О сходстве и различии физических организаций учащихся в низших и средних учебных заведениях. Вестник обществ. гиг. 1915 г. Сентябрь. 5) Эккерт. Опыт физического исследования учащихся в начальных городских школах Петербурга. Врач, 1894 г.№ 25. 6) Эккерт. К характеристике физического развития детей Петербургских городских школ. Врач. 1895 г. № 27. 7) Васильевский. К вопросу о влиянии народной школы на здоровье и физическое развитие учащихся земских школ Ковровского уезда. Врач. 1895 г. №№ 2, 3. 8) Матвеева. Физическое развитие детей Петербургских городских школ. Врач. 1895 г. №№ 33, 34. 9) Сватикова-Ашкинази. Результаты исследования глаз учащихся гор. Ростова н/Дону. Вестник общественной гигиены. 1914 г. Июль. 10.) Киркович. О зрении и глазах учениц Томской гимназии. Вестник общ. гигиены. 1910 г. Апрель. 11) Рефераты и статьи по вопросам физического развития учащихся. Общественный врач. 1913, 1914 г. г.

ЭР02162

Рост учащихся в сантиметрах по разным авторам.

Таблица № 1.

Возраст.	Школы г. Никольск-Уссур.		Школы Петерб. уезда.		Школы г. Москвы.		Школы Петрозаводска.		Школы Пермск. губ.		Школы г. Одессы.		Школы Воронежской губернии.			
													Великороссы.		Малороссы.	
	Мальчики.	Девочки.	Мальчики.	Девочки.	Мальчики.	Девочки.	Мальчики.	Девочки.	Мальчики.	Девочки.	Мальчики.	Девочки.	Мальчики.	Девочки.	Мальчики	Девочки.
7 лет.	119,8	112,4	113,1	112,6	—	—	113,2	110,5	115,8	114,4	—	—	114,5	112,2	114,2	118,6
8 »	122,2	122,1	116,3	116,7	120,5	119,2	117,9	115,4	120,5	119,7	123,9	121,3	120,0	121,1	119,6	121,0
9 »	127,5	126,0	121,0	121,3	124.3	123,3	122,3	121,8	124,8	123,1	125,0	124,8	124,3	122,4	123,6	124.8
10 »	129,9	131,1	125,9	125,5	128,6	127,2	126,8	125,6	128,3	127,5	129,9	125,9	127,2	126,4	128,3	126,0
11 »	134,7	134,6	129,6	128,9	131,9	131,7	129,4	131,7	131,8	131,4	134,8	128,5	129,6	130,6	131,4	131,7
12 »	139,4	138,2	134,1	134,6	135,6	135,6	131,2	130,8	134,9	135,7	138,2	134,8	131,0	136,8	137,1	134,9
13 »	141,7	147,9	136,9	137,8	140,5	138	—	133,6	138,3	138	143,1	140,1	136,0	138,4	140,5	—

—		Чистопольского уезда.		Конотопского уезда.		Александ. уезда.		Елизаветград. уезда.		Воронежской губернии.				Г. Арзамас.	
										Великороссы.		Малороссы.			
14 лет.	143,1	149,1	141,7	—	138,9	—	143,8	—	145,8	—	140,7	142,6	144.0	—	151,6	—
15 »	147,0	154,0	145,6	—	144,0	—	150,5	—	149,6	—	145,0	150,5	151,4	—	158,3	—

ЭР02162

Таблица № 2.

Средняя окружность груди у мальчиков и девочек по разным авторам.

	Селезнев.		Зейлигер.		Нагорский.		Василь-евский.		Тезяков. Воронежской губ.				Смородинц. и Русских.		Ростовцев.		Эккерт.		Матвеева.		Михайлов.		Средняя окружность груди из всех наблюдений.		Разница окружности груди Никольск-Уссур. учащ. с средней окружностью всех наблюден.	
	Никольск-Уссурийский		Петроза-водск.		Петербургск. уезд.		Ковровский уезд.		Великороссы		Малороссы.		Горожане Пермской губернии.		Дмитровский уезд.		Петербург.		Петербург.		Рузский уезд.				Никольск-Уссур. учащиеся	
Всраст.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	Маль.	Дев.
7 лет.	59,9	58,0	58,0	56,0	57,3	53,6	56,0	53,7	58,7	51,0	60,9	58,0	57,7	58,6	—	—	58,0	57,5	57,0	57,7	59,9	58,3	59,1	56,2	0,8	1,8
8 »	60,9	59,6	59,9	57,5	58,6	56,4	57,5	54,1	61,5	58,9	61,9	57,4	60,1	59,1	59,3	57.9	61,0	58,0	58,7	56,0	61,1	59,1	60,1	57,7	0,8	1,9
9 »	61,9	60,8	61,5	59,4	60,4	57,7	58,5	55,8	63,1	60.0	62,5	59,9	62,0	60,1	62,1	60,3	61,0	60,0	59,6	57,1	62,8	60,6	61,4	59,2	0,5	1,6
10 »	63,9	62,0	63,5	61,5	62,2	58,5	60,9	56,6	64,6	62,2	63,8	61,8	63,1	62,1	62,3	61,5	64,0	61,6	60,9	59,1	64,9	61,3	63,1	60,8	0,8	1,2
11 »	65,6	62,8	64,2	63,2	64,1	59,5	62,2	58,8	66,2	62,4	65,3	62,4	64,8	63,3	65,0	63,2	65,0	63,0	61,1	60,4	66,7	63,7	64,5	62,1	1,1	0,7
12 »	67,4	65,2	64,8	64,4	65,0	62,4	63,6	60,9	67,7	63,3	66,3	64,0	66,8	66,0	66,6	64,8	67,0	66,0	63,7	62,1	68,7	64,5	66,1	63,9	1.3	1,3
13 »	68,3	69,1	—	—	66,9	62,9	66,3	62,7	69,4	67,1	68,5	-	68,7	68.8	—	67,4	—	—	—	62,4	68,5	66,7	68,1	65,9	0.2	3,2
14 »	68,5	71,9	—	—	70,5	70,6	65,0	—	71,4	68,7	70,0	—	72,7	66,7	—	—	—	—	—	—	—	—	69,7	69,5	1,2	2,4
15 »	71,3	82,0	—	—	—	—	—	—	73,4	78,0	70,3	—	74,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	72,2	80,0	0,9	2,0

ЭР02162

ВЕС УЧАЩИХСЯ В КИЛОГРАММАХ ПО РАЗНЫМ АВТОРАМ.

Таблица № 3.

	Г. Никольск-Уссурийский по Селезневу.		Г. Петрозаводск по Зейлитеру.		Петербургск. уезд по Нагорскому.		Рузский уезд по Михайлову.		Г. Петербург по Эккерту.		Г. Петербург по Матвеевой.		Г. Арзамас поГрацианову.		Средний вес из наблюдений 7-ми авторов.		Разница веса Никольских учеников от среднего веса.	
ЛЕТА.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.	М.	Д.
7 лет	23,1	22,3	20,7	20,0	20,3	18,7	20,8	20,6	19,3	20,1	20,8	20,5	—	—	20,8	20,3	2,3	2,0
8 “	24,6	24,0	22,8	21,8	22,0	21,4	22,6	21,6	21,4	20,5	22,8	21,5	—	—	22,7	21,8	1,9	2,2
9 “	26,6	25,7	24,8	24,2	23,6	22,7	24,3	24,5	23,8	22,1	24,3	23,2	26,4	—	24,8	23,7	1,8	2,0
10 “	28,0	28,1	26,9	26,6	25,6	24,6	26,2	26,0	25,8	24,2	26,1	25,4	28,8	—	26,8	25,8	1,2	2,3
11 “	30,7	30,6	28,5	29,0	27,8	26,3	28,5	29,8	27,9	26,6	27,8	27,9	30,8	—	28,8	28,3	1,9	1,7
12 “	29,1	33,2	28,9	29,4	29,3	29,0	30,4	29,8	29,5	29,6	29,1	29,9	33,4	—	29,9	30,2	-0,8	3,0
13 “	34,8	39,8	—	—	31,7	30,4	31,7	32,2	31,5	34,8	31,8	31,8	36,7	—	33,0	33,8	1,0	6,0
14 “	35,1	43,9	—	—	40,9	40,7	—	—	—	—	—	—	40,7	—	38,9	42,3	-3,8	1,6
15 “	36,9	53,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46,3	—	41,6	53,4	-4,7	0,0

ЭР02162

Рефераты.

О дозировке кодеина в детском возрасте. Dr. Salomon.

Известный педиатр Финкельштейн первым стал смело применять кодеин у детей грудного возраста. В первом издании своего учебника (1912 г.) он рекомендует для детей грудного возраста дозу от одного до трех мгр. через каждые три часа. «Я назначаю их (narcotica), упоминает он, возможно реже и то в минимальном количестве, необходимом для получения лечебного эффекта». Во втором издании 1921 года, он уже рекомендует кодеин грудным детям в дозах с 2-х до 5-ти мгр.

Göppert и Langstein в своей «Профилактике и терапии болезней детского возраста», появившейся в 1920 году, дозируют кодеин следующим образом: в первом полугодии не назначают совершенно; с 6 месяцев до года назначают 2—4 мгр.; с 2-х до 3-х лет 5 мгр.; с 4-х до 6-ти лет — от 5-ти мгр. до 1 сигр.; с 7-ми лет и далее — 1—2 сигр.

Пиркэ назначает кодеин по 1-му с игр. на каждые 2 года. У Lüst'a (Диагностика и терапия детских болезней) существует следующая таблица: грудным детям: 1—2 мгр; маленьким (от 3-х до 7-ми): 3—7, 5 мгр.; детям школьного возраста: 1—2 сигр.

При этом он добавляет, что при слабом действии дозу можно увеличить, а именно: грудным до 5 мгр., маленьким детям до 2-х сигр.

По мнению автора, на основании его наблюдений, дозы эти для детского возраста все еще малы и ими нельзя добиться желательного действия.

Положительных результатов он достиг, когда стал смело увеличивать дозу кодеина на 2-м и 3-м году. Вреда никогда не замечал: в редких случаях были жалобы на утомление, скоропреходящее. Последние 2 года автор на нескольких сотнях больных применял следующие дозы: у грудных младенцев норм. веса в первом полугодии 2—3 мгр. на прием; во втором полугодии 4- 6 мгр.; со 2-го года начиная с 6-ти мгр. доводит до 1 сигр.; на 3-ем году 0,01—0,013; 4-х—6-ти летним 0,013—0,015; от 6-ти до 10-ти летняго возраста — 0,015 до 0,02.

Рекомендуя матерям, по возможности, избегать давать прописываемое детям лекарство днем, он советует в крайнем случае ограничиться одним-двумя приемами, приберегая его для ночи.

Кодеин действует гораздо интенсивнее при не частых, но высоких дозах. Опасность передозировки не очень велико, так как случаи отравления кодеином с летальным исходом еще не встречались.

Gottlib указывает, что даже при имеющейся идиосинкразии кодеин никогда не вызывает наркоза, а только некоторое беспокойство, слабые судорожные движения и mydriasis. (Deutsche Mediz. Wochensch. № 48. 1922.) E. M.

Уксусный эфир, как средство для уничтожения головных вшей. Dr. Bieber.

Втечение $^3/_4$ года автор употреблял предложенный проф. Hegner'ом (Hamburg) уксусный эфир для уничтожения головных вшей и гнид.

Терапия эта очень проста. Распущенные предварительно волосы пропитывают уксусным эфиром и на голову немедленно надевают резиновый (купальный) чепец. Спустя 45 минут чепец снимают, волосы моют и расчесывают. При этом погибают не только вши, но и их яица. Во избежание рецедива, следует повторить процедуру через 2 часа.

Необходимо отметить, что чепцы пропускающие воздух, — непригодны. Способ этот хорош тем, что не утомляет пациента, и запах эфира в сравнении с запахом препаратов серы, менее неприятен. Лечение это можно особенно рекомендовать для амбулаторий и школ. (Deutsche Mediz. Wochensch. № 50. 1922.) E. M.

ЭР02162

Краткий отчет о деятельности Общества врачей Южно-Уссурийского края за 1922 год.

(Окончание).

21. Секретарь Общества. Жизнь и деятельность Пастера.

22. Д-р. Г. Я. Лохк. Деятельность Пастеровской станции Общества врачей ва 23 года ее существования.

23. Д-р Н. А. Левков. К казуистике огнестрельных ранений печени. (С демонотрацией больного).

Затем на заседаниях Общества было продемонстрировано несколько случаев редких заболеваний и аномалий, как то: trichophytia profunda capillitii (kerion Celsii), keratoconus, dermatitis herpetiformis и др.

Несколько заседаний Общества было посвящено обсуждению вопросов: о регламентации проституции и борьбе с венерическими заболеваниями, об издании своего печатного органа, об организации и уставе Общества борьбы с венерическими болезнями, о создании медицинского факультета во Владивостоке, об организации секции врачей при союзе «Всемедикосантруд». Были выбраны особые комиссии: 1) для сбора средств в фонд помощи семьям умерших врачей, 2) для выработки мероприятий по борьбе с проституцией и венерическими болезнями, 3) для выработки норм врачебного времени, труда и платы и др.

Для связи с другими организациями были избраны представители Общества: в комитет «друзей скаутов», в Народный Университет, в комитет по учреждению медицинского факультета во Владивостоке. Так как на Общество была возложена Общим Собранием врачей г. Владивостока защита их профессиональных интересов, то на одном из заседаний было обсуждено дело д-ра Р. с Городской Управой, при чем Общество врачей встало всецело на сторону врача.

Правление Общества имело в течение года 35 заседаний, на которых решались различные вопросы, касающиеся хозяйственной и др. сторон Общества, а также его учреждений — Лаборатории и Пастеровской станции.

К началу отчетного года Общество состояло из пяти почетных и 40 действительных членов. В течение года выбрано в число членов 6 врачей и выбыло из состава Общества по разным причинам 4 врача. Председателем Общества состоял д-р С. В. Виноградский. Что касается посещаемости заседаний Общества как членами его, так и гостями, то она выражается следующими цифрами: maximum — 64 чел., minimum — 12 челов., в среднем — 20 чел.

Секретарь Общества

Д-р С. М. ОСИНОВСКИЙ.

Правительственные распоряжения.

Положение об управлении лечебно-санитарными учреждениями, утвержденное Коллегией Народного Комиссариата Здравоохранения 18 ноября 1922 года.

1. Общее руководство и контроль над деятельностью гражданских лечебно-санитарных учреждений осуществляется на основе существующих законоположений, положений и инструкций Народного Комиссариата Здравоохранения исключительно соответствующими Здравоотделами, в ведении которых они состоят. В отношении же учреждений, находящихся в

ЭР02162

непосредственном ведении НКЗ, означенные функции выполняются последним через соответствующие отделы.

2. Заведывание медико-санитарной, административной и хозяйственной частью лечебно-санитарных учреждений возлагается на заведывающего врача, ответственного перед соответствующими органами Здравоохранения.

Примечание: В лечебно-санитарных учреждениях, где хозяйственные органы взяли на себя все содержание учреждений, либо они участвуют в дополнительных расходах по их содержанию, порядок управления устанавливается согласно пункта 5 «Положения об участии профессиональных объединений и хозяйственных органов в деле здравоохранения рабочих».

3. Заведывающий врач несет ответственность за правильную постановку и деятельность учреждения; ему подчиняется весь врачебный, средне-медицинский, фармацевтический, ухаживающий и хоз.-административный персонал учреждения.

4. Приглашения, увольнения, а также перемещения служебного персонала в пределах данного учреждения производятся заведывающим врачем, согласно кодекса законов о труде и правилам, устанавливаемым коллективн. договорами.

Примечание. В тех местностях, где коллективные договоры не заключены, приглашение и увольнение производится в порядке, предусмотренном в положении о местных расценочных комиссиях.

5. Заведывающий врач наблюдает за точным исполнением всеми служащими возложенных на них правилами внутреннего распорядка и коллективными договорами обязанностей и устраняет замеченные упущения.

6. Заведывающий врач, в случае нарушения кем либо из больных порядка в лечебно-санитарных учреждениях, принимает соответствующие и зависящие от него меры к восстановлению порядка.

7. Хозяйственная часть лечебно-санитарного учреждения находится в ведении Завхоза, являющегося по хозяйственной части помощником заведывающего врача и непосредственно ему подчиненного.

8. Для обсуждения и разработки вопросов хозяйственного и организационного характера периодически, не реже одного раза в месяц, созываются под председательством заведывающего врача административно-хозяйственные совещания

9. В состав админ.-хозяйств. совещания входят заведующий учреждением, его заместитель, все заведующие отделениями, заведующий аптекой, заведующий хозяйством, президиум месткома и представитель местного совета.

Примечание. В лечебных заведениях, преимущественно или исключительно обслуживающих застрахованных, к участию в адм.-хоз. совещаниях привлекаются представители страховой кассы.

10. Все постановления совещания подлежат утверждению заведующего врача.

11. В лечебно санитарных учреждениях, имеющих в своем составе более трех врачей, организуются научно-медицинские совещания, являющиеся консультативными органами при заведующем учреждением и имеющие целью разработку вопросов научно-медицинского характера, связанных с деятельностью данного учреждения.

12. В состав научно-медицинского совещания входят все врачи данного учреждения.

13. Заседания научно-медицинского совещания происходят под председательством заведывающего учреждением.

14. Совещания, как административно-хозяйственные, так и научные, являются открытыми и протоколы всех совещаний, за подписями председателя и секретаря, представляются в органы здравоохранения и союзы.

Примечание. Для исполнения письменных работ секретари совещания пользуются канцелярией учреждения.

Зам Народного Комиссара
Здравоохранения *Соловьев.*
Завед. лечебным отделом *Мискинов.*
Завед. организац. отделом *Березин.*
Управляющий делами Н. К. З. *Фрезберг.*

ЭР02162

Постановление.

Совместительством в смысле временных правил о службе в государственных учреждениях и предприятиях не считается:

1) Работа педагогическая, научно-техническая в специальных научно-технических советах и по отдельным заданиям, культурнопросветительная, лекционная, литературная (сотрудничество, редакторство и т. п.), артистическая и *медицинская (практика)*.

2) Участие в заседаниях и работах комиссий, как постоянных, так и временных междуведомственного, так и ведомственного характера при условии специального делегирования в эти комиссии со стороны ответственных руководителей ведомства.

3) Сотрудничество в кооперативах своего учреждения.

4) Все виды остальных работ: а) в сдельном порядке, б) во внеурочное по основной должности время, кроме случаев, предусмотренных ст. ст. 5 и 6 постановл. Совнаркома от 21 декабря 1922 г.

Наркомтруд *Шмидт.*

Заведующий тарифным отделом
Наркомтруда *Бундерлих.*

ХРОНИКА.

Психофизиология труда на первом Всероссийском съезде по психоневрологии.

На только что закончившемся 1-м Всероссийском съезде по психоневрологии была выделена особая секция психофизиологии труда. За два заседания секции было заслушано 10 докладов. Заседание первого дня происходило в помещении центрального института труда и было целиком посвящено докладам сотрудников ЦИТ'а.

Первые три доклада (Н. И. Тихонов —метод циклограмм в применении к изучению трудовых движений; Н. А. Бернштейн – к биодинамике удара; А. П. Бружес—миографический и барографический методы изучения трудовых движений) представили севместную работу лабораторий фото-кино и биомеханической центрального института труда. Следующий доклад (И. Х. Ишлондский—физиологические методы изучения трудовых процессов и их критическая оценка) отразил работу физиотехнической лаборатории и последний доклад (А. А. Толчинский—год работы с аппаратурой Меде) вышел из психотехнической лаборатории. Всеми докладчиками было указано на малую применимость общих положений и методов психологии и физиологии к области психофизиологии труда, подчиняющейся, кроме общих, еще своим специфическим законам и требующей специфических методов изучения.

Применение методов, исследующих одну какую-нибудь функцию организма, не выявляет колебаний в состоянии всего организма; необходимы методы, учитывающие колебания суммы всех функций (докл. Ишлондского).

Аппараты Меде для психотехнических исследований конструированы на-спех, не продуманы в отношении преследуемой ими цели, что заставляет предполагать не столько научную, сколько коммерческую цель их выпуска. Необходима точная в конструктивном и психологическом отношении аппаратура (докл. Толчинского).

Изучение трудовых движений началось в весьма недавнее время и производилось в подавляющем большинстве случаев не специалистами, бессистемно

ЭР02162

и совершенно не учитывая анатомических и физиологических условий организма. Необходимы методы, основанные на систематическом изучении условий в применении к трудовым движениям (докл. Бружес).

Докладчики не ограничились критической оценкой существующих методов изучения психофизиологии труда, но предложили новые оригинальные методы эксперимента и анализа и сообщили результаты работ при помощи конструированных ими аппаратов.

Эти новые методы и аппараты позволяют непосредственно регистрировать трудовые движения, устанавливать их закономерность, учитывать их производительность и точно определять психические качества, требуемые для определенных профессий.

После заседания участники посвятили несколько часов осмотру лабораторий института.

В заседании 2-го дня были заслушаны доклады: В. В. Ефимов—закон Вебер—Фехнера при работе человеческих мышц; В. В. Ефимов—изучение усталости рабочих на заводах г. Москвы; И. Н. Шпильрейн—о психологическом анализе и классификации профессий; А. П. Печаев—опыт коллективного исследования летчиков; В. А. Правдолюбов—к вопросу об экспериментальном психологическом исследовании стенографов.

Исследования В. В. Ефимова, произведенные над рабочими опытной фабрики главодежды при помощи сравнения колебаний отдельных функций организма в разные периоды работы и отдыха, показали, что отрицательная оценка такого рода исследований несколько преувеличена, и выводы из них могут служить критерием при установлении норм выработки, согласных с физиологическими условиями организма.

И. Н. Шпильрейн предложил классифицировать профессии по трем психологическим признакам: 1) особенности психологической реакции, требуемые для данной профессии, 2) особенности внимания и 3) степень упражняемости психических качеств, необходимых для данной профессии.

Резолюция, принятая секцией, гласит: «1) изучение труда с психофизиологической стороны является насущной необходимостью для республики в настоящее время, так как без систематического изучения труда невозможно добиться длительного повышения производительности труда и разумно поставленной его охраны, 2) сложная и многогранная проблема труда должна изучаться не только в специальных учреждениях, разрабатывающих проблему психофизиологии труда, но и в учреждениях, лишь частично соприкасающихся с проблемой труда (в школах, в педагогических институтах, психологических и физиологических лабораториях), 3) признается желательным учредить в Москве психотехническое общество для постоянной взаимной информации, согласования работ, издания соответственной литературы и т. п..

А. Б.

Всероссийский съезд по психоневрологии.

15 января состоялось последнее пленарное заседание съезда, в котором германский ученый, проф. О. Фохт, прочел доклад о своих последних работах в области изучения головного мозга. Председателями секций были доложены отчеты о работах секций.

В общей резолюции съезд, считая необходимым периодические созывы съездов и конференций деятелей по психологии, неврологии, психиатрии, педологии для совместной научной работы, указал на необходимость создания постоянно-действующего аппарата для установления преемственной связи между такими съездами и для предварительных работ по созданию ассоциации психоневрологов.

ЭР02162

Созываемый в ближайшее время в Петрограде съезд по психо-неврологии и педологии должен явиться продолжением данного съезда. Далее указывается на необходимость предоставления ученым, работающим в провинции, возможности периодических командировок в столичные центры для работы в учреждениях, богатых научными пособиями и литературой. Имея в виду большое значение правильного освещения вопросов психологии, рефлексологии, педологии и психопаталогии при разрешении социальных проблем, стоящих перед страной, съезд указывает на необходимость обратить внимание на пересмотр преподавания этих предметов и расширение его там, где оно недостаточно.

Кроме того, съездом были приняты резолюции по работам секций.

В резолюции по педологии съезд, констатируя факт быстро развивающегося общественно - педологического движения, направленного в сторону физического и психического оздоровления человечества путем проведения в жизнь широких социально-профилактических мер, имеющих в виду оздоровление детства. —признает, что успех этого движения будет обеспечен лишь при условии обоснования его на научных данных и внесения в него организованности.

В резолюции по психофизиологии труда говорится, что изучение труда с психофизиологической стороны является в настоящее время насущно необходимым для республики, так как без систематического изучения труда невозможно добиться повышения производительности труда и разумно поставленной его охраны.

Подводя итоги работы съезда, почетный председатель его, академик В. М. Бехтерев, признал первый всероссийский съезд по психоневрологии весьма удавшимся и от имени съезда выразил благодарность организационному комитету психоневрологическому институту, созвавшим съезд.

«Правда» 1923 г. № 12.

Деятельность Приморского Губздрава.

Деятельность Губздрава выразилась за январь в следующем: в дополнение произведенной в ноябре регистрации медицинских и зубных врачей и фармацевтов, произведена регистрация среднего медицинского персонала, при чем лекпомов — школьных зарегистрировано 51, ротных — 65, фельшериц — 16, фельшериц — акушерок 31, сестер милосердия — 70.

Из губернии результаты регистрации еще не получены.

Приняты меры к возобновлению деятельности существовавших ранее 19-ти сельских и уездных больниц в Приморской губернии, при чем в настоящее время уже возобновили свою деятельность 16 сельских больниц, которые заполнены медицинским персоналом.

На отпущенные Губревкомом 5000 руб. Губздравом приобретены из губернской аптеки медикаменты, которыми снабжены все сельские лечебницы. Частично снабжены сельские лечебницы детритом и противодифтерийной сывороткой.

Для обеспечения врачебной помощью населения Приморской губернии переработано и утверждено Губревкомом положение о больничном сборе по 3 руб. с человека в городах; крестьянское население от больничного сбора освобождено.

Закончено составление и проведена в жизнь новая аптекарская такса обязательная для всех аптек.

Рассмотрено и утверждено 405 актов о состоянии здоровья лиц для определения группы инвалидности на право получения пенсии.

ЭР02162

В виду обнаружения в г. Владивостоке 19 лиц иностранного происхождения (японского, китайского и корейского), занимающихся врачебной, зубоврачебной и зуботехнической практикой и не имеющих на то законного права, Губздравом приняты меры к снятию вывесок о практике и совершенно запрещена таковая среди русского населения. Из числа означенных лиц двум японским врачам, представившим дипломы Токийского Университета, разрешена практика исключительно среди японского населения и право иметь вывеску только на японском языке.

Мероприятия по борьбе с сыпным тифом.

Организовано 5 междуведомственных совещании для разработки мероприятий против дальнейшего развития сыпного тифа. Помимо целого ряда мероприятий, принятых медико-санитарным подотделом в гор. Владивостоке и на Уссурийской ж. д., была обследована губернская тюрьма, где введено еженедельное мытье в бане всех заключенных, поголовная стрижка, дезинфекция одежды и помещений.

Все вновь поступающие арестованные выдерживают 14-дневную изоляцию и затем уже поступают в камеры. Свидания с заключенными запрещены.

На расходы по противотифозным мероприятиям составлена и представлена на утверждение в Губревком смета в сумме 4730 р. 85 к. на месяц и единовременно 1208 р. 30 к., куда вошли расходы на мероприятия по губернской тюрьме, по губернии, на общие мероприятия по г. Владивостоку и на организацию тифозного отделения при городской больнице на 60 кроватей.

Общегубернская смета.

Составлена и представлена в бюджетную комиссию общегубернская смета на содержание всех медицинских учреждений губернии, подведомственных Губздраву. Смета выразилась в следующих цифрах: 30805 р. на 1 месяц, 16243 р. единовременно, и 32349 р. на весь сметный период (9 месяцев).

Сведения о практикующих врачах.

Согласно инструкции Наркомфина за № 36 о порядке взимания государственного подоходно-поимущественного налога Народный Комиссариат здравоохранения распорядился, чтобы все Губернские здравоотделы Дальнего Востока доставляли к 1-му апреля и 1 сентября каждого года списки практикующих по городам губернии и зарегистрированных ими: врачей, фельдшеров, зубных врачей и прочих медицинских работников.

Для текущего полугодия представление этих сведений назначено на 1-ое апреля.

Предоставление звания лекаря.

В виду наличия в Приморской губернии незакончивших свое образование зауряд-врачей и студентов-медиков старших курсов, Губернский отдел здравоохранения запросил Наркомздрав о порядке предоставления зауряд-врачам и студентам медикам возможности закончить медицинское образование.

Народный комиссариат здравоохранения, в разъяснение и подтверждение изданных ранее по этому вопросу положений, постановил:

Зауряд-врачи, прослушавшие полный курс медицинского факультета и имеющие зачеты 10 семестров, утверждаются в звании лекаря.

Утверждаются в звании лекаря также зауряд-врачи, имеющие зачеты 9 семестров и не менее года врачебной практики в больницах, госпиталях и лазаретах гражданских, военных, красного креста и земсоюза.

ЭР02162

Выдача удостоверений об утверждении в звании лекаря производится медицинским факультетом 1-го Московского Государственного Университета по представлении документов, подтверждающих право на звание лекаря.

Новые книги.

Dr. Felix Schlaginfweit. Urologie des praktischen Arztes. Урология практического врача. 135 стр., 39 рисунков в тексте. München, 1921. Немецкое издание.

Не велик круг практикующих врачей, которым посчастливилось прослушать специальный курс урологии. Большинство же вынуждено, хорошо или плохо, в зависимости от их умения и старания, составить себе общую картину урологической паталогии и терапии по тем отрывочным сведениям, которые они вынесли из трех совершенно различных клиник—внутренних болезней, хирургии и кожно-венерических болезней. Но и это удается не легко, так как внутренняя терапия занимается преимущественно почечными заболеваниями, и исследование мочи служит ей больше для качественной оценки обмена веществ, хирургия уделяет внимание исключительно оперативным случаям и, наконец, венерология рассматривает заболевания мочеполовых органов преимущественно в свете гонококковой перспективы. Несмотря на этот пробел, каждый врач может в области урологии встать на твердую почву, если он свои разрозненные знания использует по возможности методично и логично. Этим целям должен служить настоящий труд, посвященный автором не учащемуся, а зрелому практическому врачу. Оставаясь верным себе, автор, имея в виду исключительно практикующего врача, в большинстве энциклопедиста, давая схему урологической диагностики и терапии, тщательно обходит все, являющееся областью специалиста. Не загроможденный длинными описаниями сложных инструментов и тонкостей специальных методов исследований, доступных подчас лишь в благоустроенных лечебницах, настоящий труд научает легко и надежно ориентироваться по вопросам урологии в обычной кабинетной обстановке, что является особенно ценным для русских врачей, вынужденных силою обстоятельств быть сведующими по всем отраслям практической медицины. В этом смысле перевод отчетной книги на русский язык является особенно желательным—она будет всегда желанной гостьей в библиотечках врачей и больниц.

А. Т.

— Наркомздрав приступает к изданию «Трудов комиссии по изучению санитарных последствий войны 1914 — 1920г.г.». В выпуске первом будут помещены следующие статьи:

1) Опыт изучения санитарных последствий войны в России; 2) Влияние войны на естественное движение населения; 3) Численность русской армии в войну 1914 — 1918 г.г.; 4) Военные потери России в войну 1914—1919 г.г. 5) Материалы по статистике травматизма, болезненности и инвалидности в войну 1914—1917 г.г.

Можно только приветствовать появление этой книги, представляющей громадный научный интерес. Изучение санитарных последствий мировой войны имеет международное значение и это усугубляет ценность предполагаемого издания.

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

ЭР02162

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.

Г. И. Беляев.
Хирургия, акушерство, женские и внутрен.
С 3 до 6 ч, кроме праздников.
Алеутская 50, кв. 3. Тел. № 7—05.

М. А. Бергер.
Глазные, ушные, носовые, горловые и нервные
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 5—7 ч. в, женщин 4—5 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.
С 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.

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

Н. 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. Нагорная 6. Тел. 5—89.

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

М. 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 4—6 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.

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

ЭР02162

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

Н. Н. Нечаев.
Хирургические, гинеколог. и акушерство
С 4—7½ ч. кроме праздников.
Алеутская 50, уг. Бородинской.

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. Федоров. 14. Тел. до 1 ч. дня 1—30.

В. А. Петровых.
Внутренние. С 12—2 ч., по средам и воскр. с 4½—6 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. Поздиев.
Веперические, кожные, детские, женские и внутренние. С 10—12 ч. и с 4—6 ч. кроме праздн. Фонтанная 53.

Н. З. Помус.
Болезни глаз, уха, носа и горла. С 3½—5 ч.
Светланская 27. Тел. 13—28.

И. С. Пономарев.
Хирургические, женские, внутренние и акушерство. С 9—10 ч. и с 4—6 ч. Светланская 89, кв. 5. Тел. 5-25.

А. Д. Попова-Усыченко.
Женские, акушерство и хирургические. С 2 до 5 ч. Северный пр. 43, кв. 1.

В. М. Норватов.
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. Потеенко.
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..
Светланская 59. Тел. 11—49.

К. А. Рейлиан.
Кожные и венерические.
С 4—6 ч. кроме празд. 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. кроме пр.
Пушкинская 23.

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

С. С. Спасский.
Глазные. С 3—5 ч. кроме празд. Светл. 8, кв. 5.

П. Ф. 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, внутренние 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 4—6 ч., в праздн. с 11—2 ч. дня.
Посьетская 15, кв. 2. Тел. 15—56.

Н. И. Христенко.
Нервные и душевные. С 6—8 ч. ежедн., кроме празд. Светланская, 59. Тел. 2-44, квартиры № 721.

Д. О. Шах-Назаров.
Нервные и душевные болезни: Электро-лечебный кабинет. С 4—6 ч. кроме праздник.
Светланская 35. Тел. 7—21.

Н. И. Ширяев.
Внутренние и детские. С 4—6 кроме празд.
1-я Речка Северн. пр. 29. Тел. 12-38 и 14-78.

Зуботехническая школа
А. С. Цыханского.
Справки с 10—1 ч. дня и с 1—5 ч. веч. кроме праздн. При школе зубоврачебный кабинет с зуботехнической лабораторией.
Пушкинская 8.

ЭР02162

ДВГУ

ЭР02162

2 8 к.

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
Вр. Вернштейн

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

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

Натуральные минеральные воды.
Хирургические инструменты.
Перевязочные материалы.
Предметы ухода за больными.

ЗАГРАНИЧНАЯ ПАРФЮМЕРИЯ И КОСМЕТИКА.

Гублит. Квит. № 15. Типография Государственного Дальневосточного Университета. Тираж 250.

ЭР02162