

VI Пироговський з'їзд лікарів у Києві.

Др. О. Ч.

В Києві з 21-го по 28-го квітня 1896 р. відбув ся VI з'їзд товариства російських лікарів в пам'ять Пирогова. Доклади, прочитані на окремих секціях, мають значну наукову вартість, через те ми тут подамо відомости про цікавіші з них, користуючись дневником з'їзда.

21 квітня відбуло ся перше загальне засідання; на йому говорили промови, витаючи членів з'їзда, різні організатори з'їзда, а теж проф. Склифосовский та Бехтерев. Так проф. Ерієман в своїй промові намалював історію виникнення з'їзда і наслідки, яких досягло товариство за 10 років існування: складено земський медичний збірник і зібрано гроші на його видання, зібрано гроші на пам'ятник Пирогову, на розповсюдження в народі гігієнічних відомостей, Др. Глушановска-Яковлева збрала велику літературу до медичних і санітарних питань; постановлено звернути ся до уряду, з проханням дозволити лікарям читати народу про гігієнічні питання, дозволити більше видань такогож змісту і иньші.

Проф. Склифосовский з поводу інтернаціонального з'їзду лікарів в Москві говорив про те, яку мову на тому з'їзді треба обрати задля ужитку і спинив ся на французькій. Ранійш він вказав на неможливість для з'їзда а також для учення, хоча б і в університеті уживати воляшюк а також латинь, бо на сих мовах можливо для зазначення нових наукових розумінь укладати тільки какофонічні, штучні слова, а вченне може бути успішне тільки на рідній мові. Нарешті проф. Бехтерев сказав цікаву промову, про локалізацію сьвідомої діяльності.

Перш над усе проф. вказав, що питання про локалізацію свідомої діяльності мусить бути поставлено, через те що його ще нерозв'язано. Обидві сфери психічного життя людини, свідомі і несвідомі, зв'язані дуже тісно проміж себе, навіть так, що у одному й тому самому акті свідомий і несвідомий процеси переходять один в один: напр. при арифметичному складанню і відніманню. Треба звернути увагу, що прості психічні процеси напр. бігання, ходження і т. п. схожі з рефлекторними рухами в тім, що вони роблять ся несвідомо; з другого боку і рефлекторні (відпорні) рухи мають в собі зачаток свідомості. Таким способом від більш складних до найпростіших рефлекторних актів існують перехідні ступені, а з другого боку складні психічні акти не завжди свідомі і прості рефлекси не завжди свідомі. Через свідоме розуміють ся усе суб'єктивне, що одкриваємо ми в нас самих. З цього погляду свідомість єсть і у всіх тварів, хоч у більш елементарній формі, аніж у людини. Про власну свідомість дізнаємо ся з власного внутрішнього досвіду, а про свідомість другого з визначених об'єктивних ознак, власне з різних форм руху, або з пояснення, яке може нам дати другий про себе і кожного разу ми користуємо ся аналогією з власною особою. Переходячи до тварів, ми повинні сказати, що одна доцільність не може бути ознакою, яка дала нам можливість віднести даний психічний процес до категорії свідомих або несвідомих, бо й напевно несвідомі рефлекси теж доцільні. Такою ознакою є власний досвід, результат свідомості. Досвід відбиваєть ся на рухах так, що він не тільки не псує доцільности, але ще більш її усовершає, прикладаючи її до ввішніх умовин, що раз по раз відмінюють ся, або сказати инакше власний досвід направляє рухи так, що вони стають відповідними надвірним впливам, відповідними внутрішньому цінуванню свідомості. Власний досвід вводить в несвідому машинність рухів особливий фактор — вибір, а де вже є останній там вже можна прийняти свідоме відріжнення надвірних впливів і присутність пам'яті, що являють ся першими і основними примітами свідомості. Користуючись сим критерієм, можна встановити, що свідомість єсть навіть у таких тварів, що не мають уже особливої нервової системи; прикладом можуть бути інфузорії (наливочки) та розкорінки. Скоро появляєть ся найпростіша відокремлена нервова система власне у вигляді узлової системи, то вона бере на себе усе психічне життя твари. Але хоч про деяких з тварів, що мають таку відокремлену нервову систему (виріжнений уклад нервний), не можна сказати, що вони розумніші від розвинених одноклітинних організмів, проте розум інших заступників з узловою си-

стемою (укладом узловим) як пчоли, терміти (половці), навіть вищий від розуму багатьох тварів з кодра хребовців (vertebrata). У таких вищих тварів вже відокремлюєть ся узел на грудях, що він відповідав мозку голови у vertebrata. У vertebrata свідомі процеси виключно утворюють ся в центральній нервовій системі, хоч тут виступають великі одміни, що до локалізації свідомості. Напр. у тиравки ланцетоватої *amphioxus lanceolatus* вона локалізуєть ся у мозку спини, у інших риб теж у мозку спини а теж і в підкоркових центрах, бо у останніх навіть після вирізування мозкових півкуль зберігають ся шкірні, мускульні (мязові) і інші почування, вони навіть вибирають собі їжу. Теж саме треба сказати і про амфібій (земноводники); жаба з вирізаними півкулями перелазить з одного краю дощечки на другий, коли помалу її обертати в повітрі, вона вилазить на дощечку, що пливає в банці з водою, теж вона обходить раз-у-раз, при усякій переміні умовин затримку на своїй путі теж вона вибирає свої рухи відповідно даним зрительним вражінням. Значить у всіх сих тварів свідомість єсть не тільки в корі мозку, а сама кора єсть у їх місцем утворення складних процесів свідомості, що відповідають нашим уявленням. З досвідів над птицями видно, що у їх елементарні форми свідомості у вигляді вражінь можуть утворити ся теж у підкоркових центрах, що лежать на підвалні мозка, тоді як кора приймає більш виразно вражіння а теж утворює складні уявлення. Навпаки, коли у ссавців *mammalia* вирізати кору, то вони цілком стають несвідомими, не можуть вибирати рухів. Питання про локалізацію свідомості у людини, ще ретельно не розв'язано. Напр. Герцен визнає присутність його в мозку спини і в кулях (ядрах) мозкового ствола, хоч йому перечать дати патології; власне свідомість страчуєть ся тільки при заслабленню кори і ніколи нижчих центрів; тож, коли здушити обидві *art. carotides*, то людина цілком страчує свідомість, хоч течія крові в малому мозку, мозковому стволі і мозку спини значно не псуєть ся. Таким способом, укупі з розвитком організації у царстві тварів, здатність до свідомої діяльності усе більш та більш концентруєть ся в складніших, що до своєї будови, частинах нервової системи, тоді як інші простіші частини її беруть на себе несвідому рефлекторну діяльність. Разом з тим свідомі діяльність стає усе більш совершенною, досягаючи вищого свого розвою у людини.

Треба звернути увагу на те, що у період розвою нервової системи вищих vertebrata свідомі діяльність залежить від нижчих відділів нервової системи і тільки укупі з цілковитим розвоюм

останньої вона потроху концентруєть ся у мізкових півкулях. Досвідом можна довести, що у новонароджених тварий функції нервової системи починають ся тільки з того часу, коли починає відділяти ся мієлін. Таким способом в йому примітно стверженне загального біологічного закона: нервова система в розвою своїх частин неначе йде по слідах розвою мозку і нервової системи тварий, починаючи з нижчих, кінчаючи найбільш розвиненим. Укуші з сям свідомість, виникаючи в епоху первісного розвою людського мозку в нижчих центрах нервової системи, як се буває впродовж цілого життя у нижчих тварий, помалу з розвитком організма знаходить для своєї локалізації усе вищі складніші органи нервової системи і нарешті у індивідуума визначного зросту оселяєть ся в великих півкулях мозку.

Проте треба зауважити, що не всі процеси в півкулях мозку свідомі і що свідомість проявляючись майже раз-у-раз користуєть ся з продуктів несвідомої діяльності. Теж можна довести, що несвідомі діяльність виявляє з себе не що инше, як згаслу свідому діяльність. Напр. при вивченню чужої мови або гри на фортепіані бере значну участь свідомі діяльність, тоді як згодом її акти зводять ся на ступінь рефлекторного несвідомого акта, хоч її акти суть продуктами діяльності кори мозку. Звідсіля по аналогії можна визнати, що усі процеси, в якій частині мозку вони не утворювали ся-б, з початку були свідомими процесами, а тільки згодом перейшли в несвідому сферу, лишаючи для свідомої діяльності вищі продукти психіки. Треба мати на увазі, що виконання свідомого руху і побирання почування часом можуть перемістити ся звідти, де вони нормально утворюють ся в розвиненому мозку, в инші відділи кори мозку. Напр. коли у якого хребовця вирізати частину кори, що завідую визначеною функцією, то він стає нездатним робити по своїй волі визначений рух або діставати відповідне враження, але згодом страчена функція може знову вернути ся. Се вказує, що свідомі діяльність може переселяти ся з одного місця в друге, хоча б останнє в розвиненому мозку і не було призначено до свідомої діяльності. З другого боку єсть факти, які доводять, що частини мозку призначені до несвідомих процесів можуть при визначених умовинах проявляти свідому діяльність, напр. почування наших внутрішніх органів звичайно несвідомі, але при певних хоробливих становищах її почування стають свідомими. Далі треба сказати, що, коли ми виріжемо напр. у собаки кору мозку не відразу, а помалу, то свідомі діяльність буде проявляти ся, хоч і обмежена, нижчими підкорко-

вими центрами, які нормально її не проявляють (досвід Goltz'a). Се доводить, що частини мозку, які не виконують звичайно свідомої діяльності, при певних умовинах можуть її проявляти. Се цілком відповідає тому факту, що у новонароджених тварий свідомі діяльність проявляють підкоркові центри, які у дорослих виконують рефлекторну діяльність, а теж що у нижчих хребовців (vertebrata) свідомі функції гніздять ся в узлах мозку і на центрах мозку спини.

Значить в ряді тварий усі частини нервової системи, окрім проводів, можуть послуговувати до свідомої діяльності, але разом з поступом живих істот нижчі відділи нервової системи потроху страчують свідому діяльність, яка локалізуєть ся у вищих центрах, вираючи од сього в свому розвою і удішенню.

Переходячи далі до окремих секцій, почнем з секції анатомії, гістології та фізіології. Проф. Кульчицький подав реферат „Будова і діяльність слизових клітин в залозах і епітеліальних покровках“. Будова клітин епітелія (наболони) слизової плівки кишок має велику цікавість вже через те, що в процесах всисання та виділення головна роля належить до цих клітин. Як відомо епітелій кишок подвійний, одні клітини характерні циліндрові з рубчиком на верхні, другі слизові-бокальові. Як завжди при гістологічних працях, так і тут велике значіння мають способи фіксації матеріяла і способи її повинні мати підвалною своєю ґрунтовні властивості матерії, яку ми досліджуємо в нашому випадку. Ми повинні, значить, звернути увагу на властивості муціна. Муцін же осаджуєть ся оцетовим квасом (acidum aceticum), а, коли останнього багато, то муцін розпускаєть ся в йому; неважаючи на те, що муцін є глікопротеїд, він не осаджуєть ся солями важких металів а теж і пікріновим квасом. Значить фіксуючий муцін реагент мусить мати в собі кочечне оцетовий квас. Сим з'ясовуєть ся, через що Hoyer та Paneth не дістали при своїх дослідах позитивних наслідків — їх фіксуючі реагенти не мали в собі оцетового квасу. Реагент Кульчицького складаєть ся з Kali bichromicum 2 ч. Hydr. sublimat. 0.25ч. 2% оцетового квасу 50г. 96° алькоголя 50 ч.; в йому держались обекти од 4 до 6 днів. Щоб пофарбувати обекти ужито було Safranin, який розпускав ся в 2% оцетовому квасі; він фарбує в чорно-фіолетовий кольор. Окрім того можна уживати Neutralroth, Thionin. Сі слизові елементи, як відомо, складають ся з протоплазматичної частини, де єсть і ядро (nucleus) і слизової — Theca (Schultze).

Що до взаємних відносин цих частин, то List каже, буцім вони не мають ясної межі промеж себе, що слизова частина про-

низана сіткою, яка йде од протоплазматичної частини. Paneth каже, що в Thesa завжди єть гевна кількість одностайної матерії і що сіточка в ній є штучне утворення, яке залежить від ділання реагентів. Ланковський зустрічав сітчасту і гомогенну, а опріч того ще зернисту. Дати самого Кульчицького найбільш відповідають датам Ланковського. Що до функції слизових клітин, то вона може бути тільки в виділенню муцина. Але що робить ся з клітиною, коли муцин виділив ся? Одні кажуть, що послі його клітина пропадає, другі, що страчена частина регенеруєть ся і може знов функціонувати; до останнього погляда на підставі своїх мікроскопних дослідів приходить і Кульчицький. Далі він сперечаєть ся проти погляда Ноуєга, що матерії Thesa ідентичні з зернами зернистих клітин Ерліха, бо при фіксуванні Flemming'овою тією і тією автора і при фарбуванні Safranin'ом Thesa фарбуєть ся в темнофіялкову фарбу, а зерна ситих клітин (Mastzellen) в жовту або оранжеву. До того ще фарбування на Thesa держить ся дуже міцно, а на Mastzellen швидко счезає послі промивки в алкогольі. Neutralroth Thesa фарбує в чорну, а Mastzellen в червону фарбу. Methylenblau фарбує Mastzellen в темносиній кольор, а Thesa цілком не фарбуєть ся. Кульчицький згоджуєть ся тільки в тому з Ноуєгом, що Thesa і зерна Mastzellen мають газофільні властивости.

Кульчицький. Про ацідофільні клітини в епітелії кишок.

В епітелії кишок Кульчицький описує особливі елементи, що їх ще не було ніким сконстатовано. Обєкти фіксували ся в течі, яка вказана в попередньому відчиті і фарбовані мішаниною Ерліх-Бюнді. Сі елементи ніщо инше, як звичайні клітини епітелія, але в протоплазмі їх находять ся особливі характерні зерна. Часом їх буває дуже багато, часом дуже мало. Клітини з такими зернами попадають ся і в епітелії ворсинок і в епітелії ліберююнових залоз. Коли фарбувати 24 години, то зерна сі стають жовті — теж захоплюють з мішанини Ерліх-Бюнді orange, колиж фарбування тягло ся кілька день, то вони стають червоними і теж захоплюють кислий фуксін. Тодіж видно сі елементи дуже виразно, бо решта клітин фарбуєть ся в брудний синій кольор. Значить, можна сказати, що зерна сього епітелія мають ацідофільні властивости, через те, що вони з мішанини Ерліха-Бюнді захоплюють тільки кислі фарби. Схожі елементи описав Heidenhain, але то були лейкоцити кишок, які з'являють ся кожного разу, коли в кишки введено яку небудь матерію, хочаб навіть $MgSO_4$. Коли твар годуєть ся нормально, то завжди можна знайти в епітелії ацідофільні зерна, і завжди трохи більше

в епітелії ліберкюнових залоз (желез Ліберкіна). Колиж його нагодувати дуже добре м'ясом і потім за 14—16 годин убити, то сих елементів найбільше. При голоді сі зерна майже зовсім не попадають ся. Heidenhain каже, що його лейкоцити характеризують діяльне становище все рівно чим би воно не викликалось чи їжою, чи дратуванням (дразненням) якою небудь хемічною матерією, навпаки Кульчицький каже, що ацідофільні зерна попадають ся виключно послі годування. Позаяк сих зерен найбільше буває послі годування, то певно вони вступають в клітини, а не суть продуктами внутрішньої структури клітини. Треба ще сказати, що сих зерен найбільше буває в частині клітини, яка повернена до підлежачої тканини. Сю ріжницю в кількості зерен можна з'ясувати тим, що одні клітини тільки захоплюють зерна і передають або передали другим; навпаки другі захоплюють ся фіксацією у момент найбільшої своєї діяльності, може незадовго перед тим, як вони передадуть зерна далі в тканеві перемежні або в залозистий шар слизової плівки; на сій путі вони захоплюють ся лейкоцитами Heidenhaina. Коли се так, то можна собі з'ясувати деякі з'явища, які до того здавали ся парадоксальними. Так Heidenhain каже, що при сильному годуванні кількість червоних лейкоцитів зменшаєть ся, хоч вона дуже побільшуєть ся, коли твар була нагодована хоч раз добре. Се може стати ся од зменшення здатности всисання послі довгої і енергічної діяльності епітеліяльних клітин, а через се повинно бути мало зерен і в лейкоцитах. Хоч не можна цілком певно сказати, який хемічний склад сих зерен, проте усе таки вони скорійш усього мають білковий характер. Теж на підставі дослідження ацідофільних клітин можна вияснити функцію Lieberkühn'ових залоз, властиво вони з одного боку виділяють секрет, бо в них єть бокальові клітини, а з другого вони можуть і всисати ріжні матерії.

Ноткін. Теорія фізіологічної функції gl. thy.

Екстірпація gl. thyreoid євроваджує за собою так звану струміривну кахекею. Ся хвороба складаєть ся з клонічних і тонічних корчів, а теж з кахекеї, симптоми якої ідентичні з симптомами генуїної атрофічної мікседеми. Автори, що досліджували корчі у людей і звірят, вважають їх ідентичними і дають назву тетанії.

Патологічне анатомічне дослідження не дало жадних наслідків, факти експериментальної патології примушують дивити ся на тетанію, як на самоотруєння організма продуктами міни матерій, сі матерії не білкового характера, бо їх можна знайти в мочі тіреодектомірованих тварий, коли з мочі виділити білок. Після до-

свідів Ноткіна, хоч ще не конечних, можна ізолювати сю отруту в крові тварий і відділити од їх білок. Але послі того отрутна матерія ділає менш їдко, аніж сама кров, тоб то, або сама отрута не легко розкладаєть ся, або меж білковими матеріями єсть ще одна матерія, що прилучає своє діланне до небілкових отрут і сокупе діланне їх споводує тіреопривну тетанію. Більш позитивні наслідки дала патологічна анатомія у людей та тварий, що пропали од мікседеми. Тут було знайдено інфільтрацію організма особливим білком, схожим з муціном, але се не муцін, найбільше се доводять досвіді Гейнаца, який показав, що муцін цілком не шкодлива матерія. Мабуть матерія ся єсть тіреопротейд, який виділив Ноткін з коллоїда *gl. thyreoid*. Се доводить його отрутність, — тварі пропадають од його при сімптомах загального параліча, або коли його взято менше, то при вирізуванні частини *gl. thyreoid* у них розвиваєть ся тетанія, теж те, що він є продукт загальної міни материй, а не секрет залози, бо в мочі і нирках тіреоїдектомірованих тварів єсть коллоїд, який переважно складаєть ся з тіреопротейда. Хемічні властивости його з'ясовують через що автори приймали тіреопротейд за муцін. Він звертаєть ся до алькоголя, але невелика його кількість може розпустити ся од їдкого лугу (Кон-Наон) або баритової води. При кипінню 35% H_2SO_4 або все він розпадаєть ся на матерії, з яких одна дає троммерову реакцію, значить своїми хемічними властивостями він близько стоїть до муціна. Нарешті інфільтруюча матерія мікседематозних не тягуча, як муцін, а подібна до желе, як тіреопротейд. Значить ся матерія умовляє собою мікседему, через те то тіреоантітоксін Fänkel'я, що неутралізує тільки не білкові матерії, не спасає од смерті тіреоїдектомірованих тварий, а тіроїодін Вайтанія, що вилічує мікседему, не спасає од корчів. Тіреопротейд розпадаєть ся в *gl. thyreoid* на свої складові части, власне в залозі єсть матерія схожа на тваряче гуммі, яка редуцірує послі кипіння з квасами, лужний (alkalisch) розчин міді і яке дає з фенілгідратином озазон, кристалічна форма якого а також і температура плавлення (160°) ідентичні формою та температурою матерії, яку дістаємо послі ділання на тіреопротейд квасів. Сей розклад утворюєть ся в залозі під впливом неорганізованих ферментів. Значить функція *gl. thyreoid* у тому, що вона неутралізує в самій крові небілкову отруту своїм тіреоантітоксінном, білковий же тіреопротейд збирає вова з крові і неутралізує в своїх асіні тіроїодіном, для якого вступає в організм є їжою. Розклад тіреопротейда робить ся під впливом фермента.

Потім в сій секції Чірьєв зробив відчит про нову гіпотезу почування сьвіта (почува зірного).

Пашковський про означінне виділи тонких кишок після високости або широкости їх кризок (*mesenterium*).

Поповський. Про розвиток мускулятури (мязні) *reginaei* (межикрочя) у людського зародка.

Карузін. Про переміни мозка спини (стрижка хребетного) в випадку прирощенної атрофії і контрактури ніг.

Стефаніс. Два варіянти людського бронхіального (озявного) дерева.

Тіхоміров демонстрував препарати анатомічних аномалій.

Лауденбах демонстрував собаки селезінку (*lien*), яка цілком регенерировала послі цілковитої екстирпації.

Секція патологічної анатомії і загальної патології.

Сімонович. Про переміни в сімянних залозах (железах) при голодуванню.

При абсолютному голодуванню сімяна залоза паренхіматозно перероджуєть ся, а теж в ній наступає жирове (тукове) переродження. Тут загибають деякі клітвини, які не відіграють значної ролі в фізіологічному життю залози, від простого некроза. Дезорганізація білкових молекул послі доброго годування минаєть ся, дегенеративні страти поповнюють ся відродженням від 3 до 8 день. Фізіологічна діяльність залози звичайно при голодуванню не псуєть ся, а тільки тоді, коли від голодування настає дуже значна морфологічна та фізікохемічна дезорганізація. Полова підбуженість при голодуванню трохи побільшуєть ся. При доброму годуванню залоза швидко справляєть ся з дефектами, що утворили ся при недостатчі їжі і швидко стає здатною до енергічної продукції. При побільшеному годуванню спостерігаєть ся значна інфільтрація салом залози, тоді багато сала збираєть ся коло лімфатичних щілин та кров'яних жил. Сімяна залоза належить до тих органів, які виконують дуже важну ролу в організмі і заховують ся ним навіть, коли цілому організму загрожує погибель.

Ноткін. До патогенеза *cachexiae strumiprivaе*. *Cachexia strumipriva* єсть складна автоінтоксикація, яка складаєть ся з гострої тетанії та мікседеми. Тетанія є наслідком цілковитого зруйновання, а мікседема частиною *gl. thyreoid*.

Боткін. Форми роспускання лейкоцитів і їх клінічне значінне. Лейкоцитоліз єсть фізіологічне з'явище. Цілий ряд формених елементів крові суть тільки ріжні форми лейкоцитоліза і великі лімфоцити, прозорі кульки, переходові форми кульок (Усков), кульки д'раві

і кульки, готові розпасти ся. Бляшки Бідоцера, мабуть частинки протоплязми лейкоцитів, межзерниста матерія яких вже по часті розпустила ся. Патологічному побільшенню лейкоцитоліза мабуть сприяє їх власний протеолітичний фермент, який виділяється при їх розпусканню. Про патологічний лейкоцитоліз в крові можна казати, коли процент форм розпускання побільшений. Колиж він менший, то ще не можна казати про зменшення розпускання лейкоцитів, коли при зменшенню процента форм розпускання лейкоцитів в крові мають перевагу форми первісного або остатнього ступня розпускання, то можна казати про побільшений лейкоцитоліз в крові, колиж мають перевагу середні форми, то можна казати про ослабленне лейкоцитоліза. Ослабленне лейкоцитоліза може залежати від більшої встійности лейкоцитів, від ослаблення їх протеолітичного фермента і хемічних перемін плязми крові, як напр. зменшення її лужности, побільшення в ній продуктів розпускання лейкоцитів.

Про кількість цих продуктів в плязмі можна дізнати ся з хода лейкоцитоліза в дослідженню крові поза організмом. При дослідженню крові треба завжди звертати увагу на форми лейкоцитоліза, його треба мати на увазі при студійованню обертання крові. Хенцінський демонстрував препарати мозка з формаліна.

Секція внутрішніх та дитячих хороб.

Штангсєв. До питання про курованне туберкульоза легких креозотом і салом риб. Автор на підставі великої кількості спостережень власних і лікарів міста Ялти, де курують ся туберкульозні, висловлює, що креозот і гваякон тільки сімptomатичні ліки, але вони без сумніву гаразд впливають на процес; автор теж вказує при яких формах помагають ці ліки гаразд, при яких гірше, а теж, коли не можна давати їх. Далі автор каже, що на процент смертности креозот не впливає, через те він призначає туберкульозним сало риб і 3—5 ложок в день його у $\frac{9}{10}$ принижують температуру. Вкінці він викладає свою охоту куровання туберкульоза і кінчає, що кліматичне курованне укуші з рибячим салом є саме найкраще тепер.

Косткевич. Про потребу ізоляції фізиків (сухитників, чахотників) і улаштування для них особливих шпиталів. Конечне треба ізолювати фізиків, улаштувавши окремі шпиталі з потрібними прирядженнями до користування повітрям і добрим годуванням. Треба відділяти туберкульозних з початковим періодом від слабих з кінцевим. До будови шпиталів цих треба звернути ся до особистої добродійности до земств і мійських урядів. Слабих треба посилати в шпиталі

з початку хороби. В шпиталях цих слабі повинні бути довго. Курованне в шпиталях повинно бути дешеве, аби мали змогу з них користувати ся бідні люди.

Штейнбер. Нездатні нижні чини, слабі на туберкульоз, як розносителі зарази і засоби проти неї.

Долгов. До питання про матерію, яка споводує діазореакцію Ерліха. Матерія, яка викликає діазореакцію, єсть продуктом патологічної зміни, вона не єсть звичайним патологічним продуктом мочі; вона належить до фарбових матерій мочі, поглитається синім і фіолетним спектром. Випадає з мочі основним оцтовоквасним свинцем з аміаком. Воно органічне, має в собі азот, може воно сполучене в органах з сірчанним квасом.

Бендерський. До питання про спосіб означення внутрішніх органів „авескультативною перкусією“. Принцип сього способу у тому, що перкуторний гук вислухується особливим стетоскопом, що складається з фільтровальної скляної лійки, надітої на кінець її каучукової дудочки, і дерев'яного кінчика, як у отоскопі. Після сього способу можна точніше означати границі органів аніж звичайною перкусією, можна досліджувати органи, які дуже болять. Через те, що тут перкутовати можна дуже помалу. Linossier (Lion Medical N. 50 т. LXXX) згоджується з автором і визнає значінне сього способу.

Могутковський. З патології processus vermicularis (вирістка хробаковатого). Автор наводить випадок, де існував хронічний катар кишок і тлунка (жолудка). Потім були підгострі запальні з'явіска в окружі сьліпої кишки і processus vermicularis. Наслідком того була перфорация процес. vermicular. яке дало навкруги запалення і флегмону. Бруд вийшов в сьліпу кишку і проштовхнув туди процесс. vermicul.

Коровіцький. Читання кількості гемоглобіна крові при typh. abdom. і рп. cruposa. При тифі і пневмонії в крові стає менше гемоглобіна; се зменшення починається ще в період пропасниці. В одних випадках гемоглобіна менше в одиниці обсяга, в других навпаки в одиниці обсягу навіть більше, що залежить від компенсаторних перемін концентрації.

Філонович демонстрував свій плесиметр, що одріжняється від звичайного тим, що в йому середина є порожня. Такий плесиметр дає майже певні границі органів.

Яновський демонстрував стетоскоп зі скла; його легко стерілізувати і акустичні властивості його вище аніж у звичайних.

Демченко. З питання про курованне плевритів способом проф. Левашова. Спосіб проливки плеври (олегочної, pleuva) при брудових

плевритах гірше від торакотомії, при серйозних плевритах його можна ужити разом зі всисанням не раніш, як скінчать ся гострі запальні з'явища.

Поляк демонстрував Рентгеновську фотографію.

Долгов. До питання про діазореакцію Ерліха при *thyrh. abdom.*

Діазореакція є одним з сталих симптомів *thyrh. abdom.*, не буває її тільки в 1.4% випадків. Існує вона відповідно існуванню пропасниці, але найбільш кінчається за 4—5 днів до нормальної t° . Ясна реакція найбільш буває при хоробі середньої довжини. Інтензивна реакція, що довго тягнеться відповідає важким формам хороби, інтензивна і коротка може трапляти ся і при легких формах. Крива діазореакція паралельна кривій температурі, але безпосередньої залежності від температури нема. Взагалі кількість матерії, що дає діазореакцію просто пропорційна інтензивності і довжині хороби. Реакції сеї не було при катарах тлунка (жолудка) і кишок, інтермієнті, фоллікулярній ангіні, катаральній жовтяниці, перикардії, гострому нефриті; вона була не кожного разу при туберкульозі легких, ексудативно-тіфозному плевриті, рп. *scirrosa*; завжди була при туберкульозному перитоніті, туберкульозі лімфатичних залоз, брудовому плевриті, міліярному туберкульозі.

Крива діазореакція має прогностичне значіння, більше навіть від кривої t° , позаяк вона попереджає її кількома днями.

Троїцький. *Rhachitis clinica et experimentalis.*

Шмуклер. Ованізм у дітей, його причини, симптоми і курація.

Кисіль. Частість рахіта в Москві.

Ковесніков. До питання про курацію емпієми у дітей. Брудові плеврити у дітей треба курувати ранньою плевротомією злученою з ресекцією ребра. Операція ся не трудна і безпечна, вона не веде за собою ні деформації грудий і не ослаблює функцію легкого. Колиб завжди уживали рано плевротомію, то булоб менш емпіємних фістул.

Семьонов. Деякі дати про трахеотомію в Росії при діфтерії і крупі. Цікаво те, що більш третьої частини дітей, що, як здавалось, повинні були вмерти від задущення, лишились живими. (Дати зібрано з відчитів ріжних шпиталів Росії). Вкінці автор радить уживати сю операцію частійше, не вважаючи на несприятелі сторони обставини.

Скловський. Куровання діфтерії сироваткою в клінічному дитячому відділі Олександровського міського шпиталю Київ. 1) Сироватка зменьшає смертельність з 41.5% до 20.3%, теж на поло-

вину. 2) Мазати горло при курації сироваткою не треба. 3) При курованню сироваткою послі діфтерії постерігаємо більш небезпечних послідуєчих прояв парези, нефрита, паралічи, але його не можна з'ясувати шкодливістю сироватки, швидче се од того робить ся, що при сироватковій курації видужують слабі з тяжкими формами хороби, які без такого куровання умерли-б перш, аніж у їх розвили ся згадані вгорі послідуєчі прояви. Інекції сироватки дають імунітет на дуже невеликий час, автор бачив 2 випадки, де був по курації рецідів через місяць. Але усе таки охоронне щепіння треба робити, не вважаючи на можливість рецідива.

Дрейер. Курація діфтерії сироваткою в Московському міському дитячому шпиталі св. Володимира р. 1895-го. Сироватка зменьшила відсоток смертельності на $\frac{2}{3}$. Вона дає можливість в недавніх випадках заслаблення усунути цілком усі шкодливі наслідки хороби. Випадки з одною тільки Лефлеровською бактерією курують ся найкраще. Шкодливі наслідки інекції сироватки, ривняючи до користи, дуже незначні.

Контребінський. Деякі дати з клінічного відчита про куровання скарлатини р. 1894—5.

Жуковський. *Scleroma neonatorum.*

Троїцький. Дозіровка (подавок) ліків відповідно до хемічних, анатомічних і фізіологічних особливостей дитячого організма.

Секція фармакології, загальної терапії і фармації.

Шацький. Про ділання ліків в стані пари.

Куруюча енергія матерії повинна бути звязана з фізично-хемічною енергією. Через се ліки найдужче ділають *in statu nascendi*, далі в становищі свіжо приготованих продуктів подвійної хемічної зміни, в становищі несталої хемічної рівноваги емульсованих сапоніном олій, бальзамів і багатьох пньших матерії, що можуть розпустити ся в них, в стані пари летивої матерії, що переганяють ся з парою води не розкладаючись. Сті теоретичні погляди можуть мати направляюче значіння для рационального вибору фармацевтичних препаратів і їх форм.

Зернов. Ессенуки, як курорт. Природа і вода Ессенуків дуже добрі, але усе паралізуєть ся браком навіть елементарних вигод для слабих. Лектор вкінці висловлює потребу реформи в Ессенуках.

Косторін. Славянек і його лічебні засоби.

Дейг Гідротерапія, яко науковий метод.

Філіппович. Наслідки ужитку ліманного куровання в дитячому віці.

Секція інфекційних хвороб з бактеріологією.

Мойсеєв. Патальоанатомічні переміни внутрішніх органів дитин, що вмерли з діфтерії. Автор дослідив 150 випадків. Між ними туберкульозних було 26%, хронічний нефрит 22%; позаяк в деяких випадках туберкульоз був разом з нефритом, то можна сказати, що на 100 дитин, що вмерли з діфтерії, 40 слабували вже раніше на важкі хронічні хвороби. Значить, ослаблений такими хворобами організм швидче занепає на діфтерію а також не витримує боротьби з дужим ворогом. Праця автора має те значіння, що вона зводить до реальної причини особливості конституції, що мають великий вплив на течію та кінцеві наслідки інфекційних хвороб, тоді як раніш з цього поводу складали тільки гіпотези.

Щабад. Про змішану інфекцію при туберкульозі легких.

За змішану інфекцію треба вважати випадки, де сторонні мікроорганізми (дрібнотвори) існують в легкому (альвеолах або капілярних бронхах) або в крові.

Знайдення патогенного мікроорганізму в харкотінню після способу Kitasato не досить, щоби констатувати змішану інфекцію, позаяк досвід показує, що не всі відокремлені таким способом мікроби (дрібноживки) мають походження з легкого, виключаючи справжнього піогенного стрептокока.

Дуже велике має значіння відрізнити в харкотінню справжній піогенний стрептокок від так званих стрептококів слизових плівок. Присутність перших має великий прогностичний інтерес. Змішана інфекція трапляється найбільше в останніх стадіях туберкульоза легких і хутко провадить за собою exitus letalis. Трохи не всі трупи з туберкульозом легких виявляють з'явище змішаної інфекції. Сторонні бактерії (тояжки) разом з туберкульозною провадять за собою катаральну пневмонію, руйнують легке, утворюють каверни, а теж утворюють септицемію. Але трапляються випадки туберкульоза легкого, що мають усі ознаки гектичного (сухотничого) стадія і кінчаються летально (смертно) без участі сторонних мікроорганізмів.

Бухштаб. Випадок малярії, комплікованої з typh. recurrens. (тифом опятним).

Щеглов. До питання про переміни в печінках при діфтерії.

Білок в мочі не залежав від ін'єкцій сироваткою; його найбільш було там, де знайдено було гломерулит. Альбуміурія не відповідала важкості заслаблення. Велике значіння має ціліндрурія і присутність епітелії (наболони) нирок (почок). Переміни були дегенеративно-запального характера — однакові при курованню сиро-

ваткою і без цього куровання. Важне прогностичне значіння мають зменшення специфічної ваги мочі, злучені з ціліндрурією, напруженням пульсом і сонливістю слабого.

Габрічевський. Засади серотерапії typh. recurrens. Гейденрейх поставив в зв'язок зникання спірохетів Obermeier'a з високою температурою, що при ній вони повинні пропасти. Мочутковський дав друге пояснення, після якого від патологічного процесу кров стає густішою і се провадить за собою погибель спірохетів. Далі для з'ясування зникання спірохетів появилася хемічна гіпотеза Albrechta заснована на доглядах шкодливого впливу продуктів життєвої діяльності на самих бактерій. Нарешті Мечніков дав свою фагоцитарну гіпотезу, але й се гіпотеза багато дечого не з'ясовує. Головні погляди у автора вже склали ся, коли він дізнав ся про працю R. Pfeiffer'a, який на підставі своїх доглядів над умовами погибели холерних вібріонів в організмі імунізованих проти них тварий, висловив ся, що тоді утворюються особливі, специфічні бактеріодні матерії, які мають змогу за кілька минут в організмі знищити нечисленну кількість мікроорганізмів. Се з'явище визнає він за загальний закон імунітета і робить здогад, що погибель спірохет при кризісі typh. recurrens мабуть залежить від вступлення в кров бактеріодних матерій, які він рівняє до ферментів і одріжняєть ся од бактеріодних матерій крові, що на їх перш усього вказав Fodor, а дослідила школа Flüge і Emmerich'a, особливо Büchner. Дати автора стверджують догади попередників. Коли взяти краплю крові людини після приступу або після видужання і покласти на скло рядом з краплею слабого, де єсть живі спірохети, обмазати воском сї дві краплі і постановити в термостат, то через годину спірохети усі будуть мертві, тоді як на контрольному препараті будуть живі. Кров дужих людей, що ще не слабували на typh. recurrens, не має бактеріодних властивостей до спірохет. Бактеріодні властивості крові з'являються під час приступу, нарастають примітно до кінця його і досягають свого maximum під час кризіса і в першу добу аперексії. За часи аперексії бактеріодні властивості потроху зменьшають ся до початку нового приступу, але з кожною новою аперексією вони усе дужчають і довше держать ся. Після видужання слабі можуть заховувати бактеріодні властивості крові, хоч і менші аніж при кінці хвороби; вони лишають ся місяцями або може роками. Бактеріодні властивості можуть хитати ся відповідно до патологічного та фізіологічного становища організма. Бактеріодні матерії дужче впливають при 37°, аніж при хатній температурі. Бактеріодні власти-

вості крові при typh. recurrens проявляють ся з такою цілковитою відповідністю до зникання з крові спірохетів, що роля цих матерій в утворенні кризиса і видужання не може підлягати сумніву. Коли взагалі утворення бактеріцидних матерій в крові відповідає температурній крові, то усе таки треба сказати, що ложний кризис температури не злучено з значним утворенням бактеріцидних матерій і останні утворюють ся в значній кількості тільки до часу справжнього кризиса. Се видно ще й з того, що життє спірохет поза організмом слабих тим менше, чим ближче було взято кров до кінця приступу. Значить процеси при typh. recurrens можна зрозуміти так: під впливом інфекції і продуктів життєвої діяльності спірохет організм реагує не тільки високою температурою, що сприяє діланню бактеріцидних матерій, але й утворенням остатніх. Коли кількість останніх досягає визначеного ступеня, спірохети стають менш рухомі, і тоді їх легше можуть подолати фагоцити, друга частина спірохет може пропадати від бактеріцидних матерій крові.

Так Мамуровський бачив утворення чотковатих (рожанцеватих) форм спірохет під кінець приступу і вважає їх за форми, які стоять на краю погибелі. Але за першим разом організм не утворює стільки бактеріцидних матерій, щоб ними убити усі спірохети та їх спори (розродні), останні лишають ся живими і дають через кілька днів новий вибух хвороби; організм тепер утворює вже більш бактеріцидних матерій, в третій ще більше і т. д. аж поки сокушна праця фагоцитів разом з бактеріцидними властивостями крові не закінчать сю боротьбу перевагою організма. Догляди над довжиною приступів і аперексій стверджують сей погляд, напр. догляди Могутковського: приступ I: $6\frac{3}{4}$, II: $5\frac{1}{2}$, III: $3\frac{1}{4}$, IV: $2\frac{1}{8}$, V: $1\frac{2}{3}$; аперексія I: $5\frac{1}{4}$, II: $6\frac{1}{6}$, III: 9, IV: $10\frac{1}{2}$, значить приступи стають коротші, аперексії довші. Теж з дат Litten'a видно, що при інфекції, яка причіпляється другий раз, з 5 випадків в 4 хвороба проявила ся тільки одним приступом, значить організм тепер має змогу швидче знищити інфекцію. Далі аби з'ясувати деякі подробиці, було зроблено досвіди над малпами, які можуть слабувати на typh. recurrens. Силу бактеріцидних матерій можна висловити навіть цифрами, коли ми назвем коефіцієнтом бактеріцидних властивостей крові відношення довжини життя спірохет в власній крові до довжини життя тих самих спірохет в крові та сироватці, яку досліджуємо. Так у нормальної людини, що не слабувала на typh. recurrens коефіцієнт сей 0.9; він же до кризиса, поки ще є спірохети в крові 1.4; за час кризиса і добу послі його 90.0, потім в сьлідуючі дні падає до 68. У одного індивідуума, що слабував 20 місяців назад 2.6; у другого, що слабу-

вав 1892 року 60.0. Теж констатовано піднесення сього коефіцієнта у малпи, якій прищеплено було typh. recurrens. Автор далі прищепив typh. recurr. двом малпам і потім зробив інекцію одній з них сироваткою другої малпи, наслідком сього було скорочення хвороби, зменшення швидко послі інекції кількості спірохет на препаратах. На підставі цих дат автор думає, що можлива серотерапія typh. recurrens, для чого можна користувати ся кровію малпи.

Гаврілов. Холера і діфтерія. Холера і діфтерія хвороби ектогенні.

Боротьбу з ними треба звести на знищення місцевих умовин, які сприяють розвою їх.

Поляк. Про вчення про так званий холерний тифоїд.

Секція нервових і психічних хвороб.

Чи ж. Coitus reservatus, як причина нейрастенії. На підставі своїх доглядів автор визнає coitus reservatus частою причиною нейрастенії, якої легко можна позбутися, коли перестать його уживати.

Говсеєв. Bettbehandlung (Лічення в постелі) і його значіння при курованні психічних слабих.

Куровання психічних слабих не повинно одрізняти ся принципіально од куровання інших слабих. Через те навіть не можна тримати ся принципа laisser faire до неспокойних слабих через те, що в ізоляторах такий слабий швидко переходить од вищих форм психічної реакції до нижчих, рве на собі тіло, волосся, розмазує свої екременти, а тим більш не можна заживати репресивних засобів, які шкодливо впливають на слабих і деморалізують прислугу. І того і другого можна уникнути, уживаючи куровання в постелі. Для сього треба мати обсервацийні кімнати, де не було нічого, що нагадує дим божевільних, а щоб се був звичайний терапевтичний виділ. Над усіма слабими повинен бути сталий догляд.

На постелях повинні лежати соматичні слабі, марантичні, паралітики, слабі на гострі психози, хроніки з рвучими сімптомами. На цих всіх слабих пробування в постелі впливає дуже добре. З буйними слабими можна завжди справлять ся, поводячись тактовно, уживаючи гідротерапевтичних засобів, дубуазін, нарешті коли се все не помагає можна ужити ізоляції. Але потреба уживати сеї останньої так трапляється рідко, що автор за $1\frac{1}{2}$ року не користувався нею ні одного разу. Найкраще виявляється значіння куровати в постелі, коли порівняємо кількість снотворних ліків, яка уживалась в катеринославському психіатричному закладі раніш і тепер, коли слабих тримають в постелі.

Так спотворні уживали ся на рік 2511 раз, а потім теж на рік 196 раз. Пробування в ліжку не веде за собою анемії, і його уживають тільки до визначеного часу, а потім переводять в пильший виділ. До того легше доглядати неспокійних слабих, вони не загниджують ся екскрементами (відходами), не може бути копрофайї (лайноідства, калоглитання), менш розбитих і подертих річій. Нарешті се споводує моральний під'єм прислуги, бо зловжиток силою над слабими стає неможливим.

Говєєв. Засади питання догляду психічних слабих. Автор каже, що треба улаштувати три типи закладів. I. Шпиталь для усіх слабих, що потребують куровання і він поділяється на 1) обсерваційний виділ для куровання в ліжках (Bettbehandlung), 2) інфекційний і хірургічний виділ, 3) виділ для хронічних і слабих божевільних, 4) виділ для реконвалесцентів (одужуючих), куди можна прилучити салї, бібліотеку і т. и. II. Patronage familial — віддавання великої категорії хроніків в сім'ї селян, а в виключних випадках і мійські семії. III. Приют — asyllum куди треба поміщати слабих, яких не треба курувати в шпиталю, або яких не можна помістити в Patronage familial.

Суханов. Про клінічні особливості деяких періодичних та ремітуючих форм острої аменції.

Муратов. Diplegia spastica congenita, як клінічна форма. 1) Diplegia cerebrials означає тільки анатомофізіологічну діагностику в розумінню двобічного руйнування центральних виімок в обох півкулях. 2) Через Little-вську хворобу треба розуміти тільки прирощенні форми двобічного параліча — diplegia spastica congenita. 3) Клінічна картина Little-вської хвороби — при сталости загальних характеристичних ознак і загальної локалізації — має різні одміни, що залежать од великості і серйозности руйнування. 4) Сті умовини з'ясовують як розміщення паралічних з'явищ у вигляді diplegia cum hemiplegia cerebrials, hemiplegia cerebrials duplex, так і розладде психічної сфери, значить сим визначають прогноз. 5) Диференціальна діагностика від набутої форми засаджається на анамнезі і регресивности течії хвороби. 6) Трудні і несправедливі родини складають характерну анамнестичну ознаку: що до етіології, то не доведено, чи вони суть першим причиновим моментом, чи виявленням конститутційного ослаблення матері і плоду (сіфіліс Fournier). 7) Спадщинні родинні диплегії не виділено досить, як визначену носологічну одиницю. З клінічного боку вони характеризують ся початком по народженню, поступовою течією, збереженням психіки. 8) Патологічнофізіологічна характеристика Little-вської хвороби складається з при-

марного (первісного) руйнування центральних виімок в обох півкулях (походження з кров'яних жил — жовте м'якшання і вилиття крові) і з секундарного (вторичного) переродження як спінального (стрижевого), так і церебрального (мозкового). 9) Поменшена рухливість і параліч складають з себе симптоми переродження пірамідалної пути і послідууючої гіпертонії клітин переднього рога. 10) Дефекти психічної сфери залежать від великості прімарного руйнування і широкости перероджень в мозку. 11) Силомічні рухи і епілептичні припадки не завжди трапляють ся при Little-вській хворобі. 12) Куровання Little-вської хвороби можливо тільки в самих сприяючих випадках, зводиться воно до ортопедичних та виховуючих засобів.

А. Ковалевський. Два випадки розладда нервової системи у покусаних скаженою собакою послі куровання щепінням після Pasteur'a. Автор наводить два випадки, де послі інекції розвили ся картини мієліта, менінгомієліта і гніздове ослаблення мозку голови. Кінчилась хвороба в обох випадках видужанням.

Чиж. Кататонія. Автор доглядав 15 чоловіків і 4 дівчини. 1) Кататонія є хвороба мозку голови, що розвивається від 16 до 24 літ. 2) Патологічної спадщинности у кататоніків нема. 3) Кататонія розвивається без усякої причини; в деяких випадках в анамнезі можна майти переляк. 4) Кататонія є хвороба волі; течія думок, настроїв, рухи кататоніка залежать не від волі, а від імпульсів. 5) Нема галлюцинацій, ідей маячливих, маніакального становища і меланхолії, слабі визнають свою хворобу. 6) Кататонічний сімптомокомплекс особливо що до рухів постережено і при пильших психічних хворобах. 7) Цілковитого видужання від кататонії не буває. 8) Курувати кататоніків найтрудніше; різні narcotica на їх впливають дуже мало.

Гейденберг. До статистики та етіології прогресивного параліча божевільних. 1) Ослаблення на параліч дуже побільшується серед жінок. 2) Відносини жінок до чоловіків 4—(5): 10 в Таврії. 3) Параліч тепер розповсюджується і серед селян. 4) Причини: сіфіліс, пияцтво, спадщинність, моральне нещастя, траума. 5) Сіфіліс не складає з себе одинокої причини параліча. 6) Етіологія параліча залежить від різних умовин індивідуальних, расових, національних.

Країнський. До патології епілепсії. Автор зводить хворобу на періодичне утворення в організмі карбаміновокислого аміака, який споводує епілептичний припадок; їм розкладається на мо-

чевину і воду, послі чого організм стає дужим, аж поки знову не зробить ся переміна в течії реакцій нормальної міни матерій.

Токарський. Курованне п'яцтва гіпнотизуванням. Автор описує, що він дістав дуже добрі наслідки при курованню п'яниць гіпнотизуванням; при цьому він уживав часами стріхнін і опій.

Могутковський. До сімптоматології Parkinson'ової хвороби.

Коли слабого примусити зморщити лоб, то потім він його не має змоги одразу розправити і держить секунд 40—60 зморщеним.

Штейнберг. Про потребу узнання псіхічної хвороби за причину шлюбної розлуки.

Шулянський. Про курованне інекціями стріхніна псіхічних хороб, що мають в анамнезі алкоголізм.

Автор бачив користь від стріхніна не тільки у слабих, де алкоголізм був причиною моментом хвороби, але і там де він мав другорядне значінне в етіології.

Шулянський. Про курованне *gl. thyreoid* і *thyreoidi*-юм хронічних псіхозів. Не дістав добрих наслідків з своїх досвідів над курованнем хронічних божевільних. З 15 слабих видужав тільки один і то автор не вважає його видужанне сталим.

Секція хірургії.

Фалькенберт. До хірургії черепа (лобини) і мозку голови. Трепанувати треба при некрозі кісток, при розвитку мізкових з'явлек послі хронічних і брудових заслаблень середнього уха, при переломах черепа, злучених з роздертем шкіри, при опухах в голові, коли відома локалізація їх.

Бобров. Appendicitis і курованне його. В етіології запалення *prosc. vermicularis* мають значінне аномалії положення і будови його, теж і моменти, що спрваджують стази крові і катаральне становище слизової плівки (оболони слизної, слизницї). Курованне тіповою ресекцією.

Красінцев. До питання про операційне курованне запалення *prosc. vermicularis*.

Сініцин. Про літотомію.

Волкович. Про костнопластичні дісцизії ступні і голеноступневого суглоба з демонстрацією гіпсових моделей оперованих ступень. Про курованне емпієми робили доклад: Козловський, Краснов, Бочаров, Воблій.

Сапежко. *Exarticulatio humeri cum scapula. — Amputatio interscapulothoracica.*

Сапежко. Спосіб утворення піднебіння (підніб'я) послі ресекції *maxillae super.*

Лисенков. Радикальна операція гриж мозкових.

Зененко. Умовини раціонального метода операції при вроджених грижах мозкових *os. sacr.*

Доброхотов. До куровання стріктур уретри (з'уження цівки мочевої). Найкраще розширювати стріктури тонкими сталевими бужами; се не має в собі нічого небезпечного, коли не форсувати. Ужиток бужів робить лишнім уретротомію, аспірацію мочі і цункцію *v. urinariae.*

Биховський. До казуїстики актіномікоза. Автор радить уживати при актіномікозі операцію, бо на підставі статистичних дат при ужитку операції видужало 51%, умерло 29%, а без операції видужало 13%, умерло 41%.

Краснобаєв. Курованне актіномікоза. І. К. бачив наслідки добрі од ужитку.

Богаєвський. До казуїстики куровання туберкульоза *peritonei* (очеревної) і кишок через ляпаротомію.

Ляпаротомія може споводувати видужанне, в пньших випадках здоровле їх тільки покращало. Ляпаротомія при ужитку відповідних засобів цілком не має в собі нічого небезпечного.

Сапежко. Бокаловидна ресекція туберкульозних суглобів.

Ващенко. До питання про ресекцію коліна і тазобедренного суглоба (лоханно-стегнового суглаву).

Зільберштейн. Про курованне туберкульозних суглобів.

Сегал. Про курованне карбункула (чорносїтти).

Блянк. Про організацію куровання зубів у школах.

Розенблят. *Muxo-fibro-chondro-endothelio adeno-carcinoma telangiectodes colli.*

Розенблят. До казуїстики сторонніх річий в *v. urin.* автор витягав багато раз з пузиря (міхуря мочевого) одної жінки шматки печінки, мускулів, селезінки, пирок, шкіри, яєць і иньші частини птиць, які попали туди для онаїровання. Слабувала пацієнтка на *grande histerie i*, коли робив ся приступ хвороби, вона собі запихала несвідомо усе се в пузир.

Волкович. Про курованне переламаних кісток картоногіпсовими повязками.

Волкович. Про апарати для куровання переломів бедра і хороб тазобедренного суглоба (лоханно-стегнового суглаву). Апарати і повязки автора дешеві, легкі і їх можна улаштувати при самій бідній практиці.

Янченко. Про курованне переломів.

Сапежко. Курація lupus'a. Автор радить уживати ножа замість caustic, електроліза, випікання залізом.

Козловський. Радикальна операція hern. lumbal. після Kocher'a. Автор вважає спосіб Kocher'a найлучшим при курванні hern. lumbal.

Жирмунський. До казуїстики ехінококка.

Богаєвський. 41 випадок ехінококка в кременчуцькому земському шпиталю.

Родзевич. До казуїстики ехінококка.

Кроненберг. До казуїстики ехінококка.

Кісельов. До хірургічного курвання струми (вола або гуші). Хірургічним способом можна курвати зуб. В Росії зуб (вола або гуша) менше шкодливий, як у прочій Європі.

Козловський. До казуїстики трепанації черепа (лобини). Фалькенберг демонстрував слабого з гризою (грузлом) мозка послі трепанації черепа.

Секція акушерства і гінекології.

Богаєвський. Короткий відчит 150 ляпаротомій з кременчуцького земського шпиталю.

Автору довелося працювати при несприятливих умовах в земстві, але наслідки операцій у його вдоволяючі.

Отт. Про курвання фіброміом ураза (матки, матеріці) через цілковиту екстірпацію. Автор оперуючи своїм способом надвагівальної ампутації фіброматознопереродженого ураза мав тільки 4.3% смертей.

Міронов. Ляпаротомія і оперування через вагіну. Автор каже, що завжди безпечніше при усіх операціях розтвирати червину через вагіну (сіхву маточну), а не через стінку живота.

Яровий. Дзеркало для вагіни у вигляді ложки, з підємником, що сам тримаєть ся.

Букоємський. Про наркотізацію при родинах. Автор рекомендує при злогах уживати анестетичні засоби, між ними він вказує на етер і хлороформ, теж на гіпноотизм.

Секція хороб на очі.

Шимановський. До питання про прирощенні кісти нижньої повії з microphthalmus'ом. Після Mitvalsk'ого кіста така є зморщкою ретіни (сігчанки), яка в період утворення другого пухиря ока не завернулася шаром паличок до пігментового шара, а виперлася через зародкову щілину в клітчатку, що оточує око і ростючи укупі з нижньою повікою, витягнулася вперед; через се шар паличок

в кісті повинен дивити ся в середину, або інакше внутрішня плівка кісти є ретіною з заворотним розположенням шарів, 2) тіч в середині кісти є серозна (сироватна) тіч, що містить ся в оці меж пігментовим епітелієм (барвинною наболонню) і самою ретіною. Хороба ся трапляєть ся дуже не часто, можна сказати: один раз на 40000 пших хороб ока. Такі слабі мають повіку, що оддуваєть ся вперед, шкура на них не спухла, рухома, через неї просвічує синій колір, щілина ока зрушена з місця в гору, нижня повіка трохи вивернена, верхня завернена, нижня повіка м'ягка, елястична, з виразною флюктуацією, в глибині кон'юнктивального (спійничого) мішка видно маленьке око, а часто його можна тільки намацати. Автору поталанило оперувати дві такі кісти. Розтята була кіста і око відразу і зондом була досліджена середина ока через кісту. Око було в одному з випадків опухе, мало виоперек один сантиметр і здавалось цілком розвиненим; опріч своєї великості, воно було злучено з кістою коротенькою, порожньою шийкою, що почнала ся зараз під n. opt., кіста була завбільшки, як голубине яйце. Око в середині було виповнене кристаликом. Препарат ока був покладений в целлоїдін і розрізаний в площах, паралельних поземому мерідіану ока. Стінка кісти складалась з двох шарів. Зверхній шар був з зєднюючої тканини (лучноткани), тут видно розрізані нерви і кров'яні жили і вже на око видно звязок еклери (твердиці) ока з снм шаром кісти. Внутрішній шар має безліч зморщок, гребнів, наростів, що обернуті в середину кісти, теж сей шар робить усякі заворотки в зверхній шар. Вона є продовженням ретіни і виявляє з себе тогліоматозні маси, які особливо розвинені коло шийки кісти, то ціліндрічний епітелій, то звичайну ретіну тільки з заворотним розположенням шарів. В самому оці є всі складовини. Arlt вважає причиною утворення кісти внутрішнє давление ока; Kundrat причиною моментом вважає пору розвитку; Mitvalski каже, що кіста випірає через незачинену щілину ока од побільшеного давления і відносить її до ретенційних кіст. Знайдені з'явиска запалення і шрами з погляду автора вказують на існування запалення в пору розвитку верхніх щелепів (щюки горішної) і заростання зародкової щілини в n. opt., запалення, яке споводувало шрами, а вже останні вивернули ту частину секундарного пухиря коло n. opt., що з неї утворюєть ся ретіна. А позаяк ся частина пухиря тільки є внизу, то і кіста утворюєть ся тільки внизу і захоплюєть ся при рості щелепів вперед тільки нижньою повікою.

Х в а л и н с ь к и й. До питання про тонометрию ока. Давлення в нормальному оці хитається од 23—26 mm. Hg. Найчастіше трапляється 25 mm. нижня границя 20 mm. верхня 24 mm, воно в обох очах здебільшого однакове, різниця трапляється од 0.5 mm. до 1.5 mm. Зрост не впливає на його, теж і аномалії рефракції ($H^{1/4}$, $H^{1/5}$, $M^{1/5}$, $M^{1/2}$); иньшим разом ті самі очі дають різницю од 1—5 mm. Hg. В двох випадках тонометрія допомогла поставити діагноз. 1) Слабий В. 70 років мав $Vod = \frac{20}{10}$, $Vos \frac{20}{200}$. Поле зору з'ужене з внутрішнього боку, тут же білий сосок. Пальпация не виявила побільшеного тиснення. Суб'єктивно ніщо не вказувало на глявкому. Питання: чи се атрофія, чи глявкома? Тонотетрія дала в правому оці 41 mm. Hg., в лівому 49 mm. Hg. Пілокарпін поправив зір, в правому оці послі того стало до $\frac{20}{20}$. 2) Слабий Ж. 75 р. вступив в клініку з катарактою на лівому оці. Послі екстракції катаракти зір не поліпшив ся. Око було прозоре, тільки було видно екскавацію і атрофію п. opt. таким способом можна було думати про глявкому. Пальпация нічого не дала. Через рік слабий вступив знов в клініку з *cataracta incipiens* правого ока. $Vod = \frac{20}{200}$. Давлення було в правому оці 38 mm. Hg., в лівому 49 mm. Hg. Автор навів чотири історії хвороби, де паралельно з становищем ока визначено скалю тиснення. Тут в течії глявкоми тиснення дуже хитається; хитання менші при *glaucoma simpl.*, аніж при *gl. inflammator.*, а особливо *gl. acutum*. Разом з зменшенням тиснення зір ліпшає: при 65 mm. Hg. — $\frac{5}{200}$, при 23 mm. — $\frac{20}{100}$. Око мутніє і просвітлюється пропорційно підвищенню і зменшенню тиснення. В сих істориях видно, як впливає на тиснення озерін, пілокарпін і операція. Езерін впливає найкраще при гострій глявкомі, при *gl. simpl.* гірше. Склеротомія тільки трохи зменшає тиснення, ірідентомія (секундарна) зменшає до норми.

П і у н о в. Субкон'юнктивальні інекції $HgCl_2$ при низькоокості (міопії, короткозорості). Інекції ужито було при різних ступенях низькоокості (200 випадків), полученных з переминами в середині ока, з'явищами драгування *choroideae et retinae* (судиниці і сітчанки), теж з астенією і зменшенням бистроты зору. $HgCl_2$ роспускала ся 1:2000; інекцій уживало ся од 2 до 10, кількість $HgCl_2$ од 2 до 5 крапель. Потім уживалось вохке тепло, легкий масаж і легка марлева повязка на кілька годин. Мускульна астенія послі інекцій швидко зникала, з'явиска драгування хороїдеї і ретіни зникали, фотопсія і ентоптичні з'явища, які залежали од згаданих з'явиск драгування пропадали. Сьвіжі

глибокі запалення на дні ока, що залежали од розтягання ретіни, а теж кровотоки зникали. Бистрота зору, що зменшилась од перемини внутрішніх складовин ока, підвишувалась, процеси в оці од інекцій ніколи не гіршали. Прогресивна низькоокість спиняється. Аби не було рецидивів драгування хороїдеї і ретіни інекції треба знов робити через 6—8 місяців. Чим дужча реакція послі інекції і чим вона триваліше держить ся, тим наслідки краці. Се усе примушує пропонувати курацію $HgCl_2$ (хльораком ртутним).

К р а й с ь к и й. До питання про курування глибоких заслаблень ока субкон'юнктивальними інекціями $HgCl_2$. При глибоких заслабленнях ока антисептична сила $HgCl_2$ не має значіння, а тут Hg побільшує міну матерій і одтягує *ad peripheriam*. При небрудових заслабленнях хороїдеї і ретіни $HgCl_2$ впливає краще від усіх иньших ліків. При симпатичній офтальмії впливає часово. При куруванню брудових заслаблень внутрішніх складовин ока помагає трохи. При небрудових запаленнях *corneae* (роговатки) $HgCl_2$ заживати нема на що. Позаяк головне діланне належить ртуті Hg, а $HgCl_2$ навіть розпущений 1:2000 драгує тканини, то для інекцій треба уживати другу сіль Hg, що її можна було б багато одразу інекціровать в око.

Е в м е н і є в. Вплив неврожаїв рр. 1891—1892-го на хвороби очей в Острогоському повіті (Воронез. губ.).

Шкодливи вплив неврожаїв виявив ся в некротичному заслабленню *corneae* (роговатки) у виенажених од недостачі їжі. Некротичний процес, почавшись острою плямою на *cornea*, швидко розливав ся на периферію, і кінчав ся в 4—6 день омертвінням більшої частини *corneae*, а часом паноптальмітом. Терапія не могла спинити процесу. % сліпих через сю хворобу на амбуляторіях з 24% підвишвив ся до 31%, між ними були сліпі, що їм помогти не можна було жадним способом. В диспутах з сього поводу др. Тезяков сказав, що в Херсонщині, коли приходять багато людей на заробітки і ціна на робучі руки низька, слабих на курячу сліпоту буває 20%—30% усіх слабих на очі, через се % хвороб на очі може бути покажчиком заможности.

Ш и м а н о в с ь к и й. Про вилушення слезового мішка. Автор радить вирізувати мішок через те, що звичайне курування дакріоцитетита тягнеть ся довго і часто не дає наслідків. Уживаючи свого засобу вилушення, автор дістав добрі наслідки.

П о п о в. Ужиток іхтіола при атрофії п. optici. Автор бачив при ужитку іхтіола при заслабленню дна ока теж при атрофії *nervi optici* (нерва зірного) підвишення остроты зору і затримання процесу *in statu quo*.

Волков. Визволення зівки (зрячки) при *synecchia posterior-corelysis*. Автор радить уживати при деяких *synecchia posteriores* розривання дісцігійною голкою. Але з дебатів стало явним, що операція ся небезпечна і не досягає мети.

Волков. До питання про ентоптичні з'явища. Опріч звичайних ентоптичних з'явищ, коли дивити ся у просторінь, не фіксуючи очий на якому небудь пункті і цілком розслабивши аккомодацию, можна побачити круглу туманну пляму, схожу на хмару з пороху, що не має виразних меж. Діаметр (промір) плями сант. 40—50, віддаль од ока метрів 12. В середині сеї плями видно прозорий кружечок, але з більш виразними межами. По усї плями з центра проходять темні, зігнуті пасма, дуже подібні до кров'яних жил *purillae n. optici* і *retinae*. Усе се нагадує *puril. n. opt.* разом з кров'яними жилами *retinae*. Коли зачинити очі рукою і трохи надушити на них, або, й цілком не надавлюючи, дивити ся в цілком темну, зачинену руками просторонь, то можна побачити ясну пляму, дуже схожу на те світло, що утворюєть ся в оці при електризації голови гальванічним током. Потім з'являєть ся кружечок з доволі явними межами сірого кольору, з трохи примітним червоним відтінком. Кружечок сей оточено темним тлом, що на йому видно темні, тонкі, звернені пасма, що переходять на кружечок і там перехрещують ся. Значить і тут видно пляму, яка схожа з *puril. n. opt.* і кров'яними жилами *retinae*.

Волков. Зонд *á demeure* з олова при курованню *canal. naso-lacrimalis*.

Коган. До операції завернутої повіки. Автор рекомендує свій засоб, який йому все давав гарні наслідки.

Секція дерматологічна і венеричних хороб.

Тарновський. Серотерапія сифіліса. Серотерапію при сифілісі доси було ужито так: інєцировано було сифілітикам сироватку ягняти, теляти, собаки; інєцирована сироватка слабих з гумозного і секундарного періода, теж од дітей, що дістали сифіліс у спадщину; інєцировано сироватку тварий, що їм попереду прищиплював ся сифіліс сироваткою слабих первісного або секундарного періода, теж брудом різних сифілістичних болячок. Але усї сі змагання не дали позитивних наслідків. Хоч твердо встановлено факт, що нема тварий, на яких, прищипивши сифіліс, сей процес розвивав ся б, але усе таки у лошат послї прищепки сифіліса в різних органах можна констатувати переіни схожі з сифілістичними переінами у людей. Се дає надію скористувати ся лошатами в серотерапії

сифіліса. Маючи згадані в горі спостереження в лабораторії автора прищиплено було багато раз тром лошатам сифіліс і з їх випущено було крові на сироватку.

Але інєкція такої сироватки цілком не виявила вплива на сифіліс. Через се автор, думаючи, що меркурій впливає не руйнуванням або нейтралізацією сифілістичної отрути, а підбудженням відпору слабого організма, зробив переіну в способах досягнення антиоксичної сироватки. Він вводив в кров тварям меркурій (ртуть), які до визначеного ступня реагують на щепінне сифіліса і сим сподіваєть ся зробити їх сироватку (сировать) більш впливовою на сифіліс людини. Але наслідків сього способу він не опублікував, обіцяючи зробити се дуже незабаром.

Лурве. Вплив інєкцій кров'яної сироватки (сировати) коней на склад крові у людей. Автор не бачив жадного позитивного впливу сироватки у людей.

Нікольський. Випадок тяжкого гальопуючого сифіліса з довою пропасницею.

Минович. Виділення меркурія потом. Меркурій виділяєть ся потом, хоч деякі автори не згоджують ся з сим, виділяєть ся він далеко енергічнійше, аніж то думали раніш.

Нікольський. До питання про боротьбу з сифілісом в Росії. Автор радить, аби боротьба з сифілісом провадила ся з більшим успіхом, то треба, щоб земства мали теж спеціалістів сифілідологів.

Семьонов. До патології мультіплікарної пігментної ідіопатичної саркоми шкіри.

Манассін. До питання про діткльвість шкіри. Через живу шкіру без виразок при звичайних засобах фрікцій масти не проходять. Масть при звичайних засобах фрікцій входить на різну глибину в волосяні мішечки.

Петерсен. Про сифілістичні заслаблення горла. Треба сифілідологам збирати систематичну статистику сифілістичних заслаблень горла, бо сучасна не дає певних дат. *Erythema syphiliticum laryngis* не єсть специфічне з'явище, бо вона однаково часто трапляєть ся при *syphilis recens* і *s. recidiva*. Папули *laryngis* при рецидивах трапляють ся 4 рази частійше, аніж при сьвіжому сифілісі.

Ліндстрем. До питання про *molluscum contagiosum*. Автор говорить про випадок *molluscum contagiosum*, що йому трафив ся, і схляєть ся до тих, що визнають паразитарне походження сеї хороби.

Нікольський. Pemphigus foliaceus Cazenavi.

Течію хвороби треба уявити собі так: зпочатку слабшає звязок між роговим і зернистим шаром шкіри, яке є наслідком трофічного розладу у вей шкірі. Поки се ослаблення не велике, на шкірі може не бути ніяких перемін, коли-ж воно більшає, то вже звичайне надушіння споводує одділення рогового шара і невелика кількість лімфи підіймає епідерміс у вигляді пухиря. Далі прилучають ся секундарні переміни: шкаралупки, луска, шматочки рогового шара. Значить осередком ваги при сій хворобі є одділення рогового шара, а не утворення пухирів, через те хворобу треба називати *Veratolysis universalis*.

Миронович. Інєкції меркурія при курованню сірчаними купелями в Пятігорскі. Автор каже, що інєкції меркурія під шкіру особливо помагають при курованню сірчаними купелями.

Кудіш. Виділення меркурія мочою при введенню її в вени. Меркурій виділяється при введенню в вени скорійше, як при решті методів.

Коппель. Росповсюдження лепри і боротьба з нею в Прибалтійському краю. В Прибалтійському краю багато є лепрозних, для боротьби з хворобою улаштовано коло Дорната лепрозерію на 20 ліжок.

Нікольський. Трофічні виразки шкіри при заслабленню *caudae equinae*. Діагнозується хвороба на підставі параліча і пареза чутливості (вразливості) в місцях, що інєрвують ся з *plex. sacralis*. Хвороба у дівчини 24 років, почалась 13 років назад. Виразки на пятах, голінях, бедрах не ятрься, утворюють ся з пухиря і загоюють ся з утворенням значного рогового шара.

Ліндстрем. До патологічної анатомії склеродермії. З початку хвороби у пацієнтки 42 р. на обох ступнях почало дуже свербіти і мокріти, потім почало твердішати на лівій нозі, а далі на правій, потім хвороба заняла ноги, нижню частину живота і т. н. У слабій свербить і терне шкіра, болить спина. Рефлекси підвишені. Нема тактильного почування на ступнях і в середині третині голені, почування тепла дуже підвишено на склеродермічних місцях, на усьому лівому боці тіла зменшена електрошкіряна і електроболева чутливість. При мікроскопному дослідженню вирізано шматки шкіри: роговий шар не товстий, зернистий і мальп'їгівий шари мало примітні, міжесочкового продовження епітелія майже не примітно. Сосочки мало виступають, а то їх і зовсім не видно. Волокна з'єднуючої ткани соції товсті; скрізь примітно натови молодих клітинних елементів круглої і веретенча-

тої форми. Стінки артерій і вен товстійші, як при нормі, од розростання тканевих елементів, часто вони заперті од розростання ендотелія. При дослідженню еластичности ткани після *Taeuzer-Unn*'а стало видно, що з початку склеродермії утворюється багато еластичних елементів, хоч в других місцях вони щезають. Ся хвороба єсть ангіоневроз.

Боровський. Статистика сифіліса і венеричних хвороб в війську кївської військової округи з 1889 по 1893 р. В кївській окрузі хорувало на сї хвороби більш 125 солдат, і на тисячу припадало 35 сифілітків і венериків.

Секція гігієни і судової медицини.

Шперлінг. Популяризація щепіння віспи. Автор каже, що для популяризації щепіння віспи треба навчити священників, учителів, учеників в школах щепінню. Теж при шпиталях одкрити курси і улаштувати телятник.

Чи ж. Піддання гадки і злочинство. Злочинство не можливе під впливом піддання гадки для дужих психічно. Теоретично треба допустити можливість злочинства під впливом піддання гадки для деяких слабих. Але на суді не треба виставляти злочинства, як наслідки піддання гадки, треба тільки довести на суді, що даний суб'єкт не зовсім нормальний, тоді буде однаково для суда, під якими впливами зроблено злочинство, бо легке піддання гадки легко сімулювати на суді і се може дати можливість ріжним шантанжистам користувати ся сям, як доказом своєї невинности.

Соколовський. Лікарі вільні практики *ex officio* в ролі судових лікарів. Треба кого небудь з лікарів — практиків вибирати за помічника повітового лікаря, визначивши їм удержання. За кожде оглядання лікарєви платити, чого нема тепер.

Белоусов. Переміни хемічного складу ґрунта, угноєного війським сміттям, під впливом культур і ріжних натуральних факторів. Кількість органічних матерій швидко росте і залежить од кількості і властивості сміття. Але у Тулі, не вважаючи на множество сміття, що вивозилось на асанізаційні поля (2500 бочок на десятину), кількість органічних матерій не досягала того ступеня, який було знайдено для ріжних иньших міст. Органічні матерії швидко на полях розкладають ся і розклад сей має характер скисення. Показником розкладу углевих складовин є хутке наростання углекислих солей. Показником розкладу азотних складовин є зменшення загальної кількості азота, бо аналізом не знаходять ся азотні продукти розкладу; вони певно вимивають ся во-

дою. Розклад органічних матерій переважно утворюєть ся під впливом натуральних чинників: повітря, тепла, мікроорганізмів і т. п., культивоване ростин сприяє розкладу, але не відіграє у цьому процесі важної ролі. Швидкий розклад можна з'ясувати тим, що мійське сміття уже значно розложило ся, поки ще навіть не попало в ґрунт. Розклад буває цілковитий до $\text{CO}_2, \text{H}_2\text{O}$, перемезних продуктів дуже мало. Дуже сприяє розкладу оранка поля (аєразія), на один шматок випускало ся умисно дуже багато сміття, але аналіз не виявив присутності великої кількості органічних матерій, бо сей кавалок часто оралі.

Белоусов. Схема ріжних засобів каналізацій для невеликих міст. При сучасних економічних обставинах каналізацію не має змоги запровадити більшість російських міст і місточок. Для оздоровлення таких міст потрібно знищити помийні і вигребні ями (смітники) і замінити їх підземними збірателями (пріємник). Бочечна система і система сухої асєнізації найбільш придатні для таких невеликих міст, бо рідко сміття можна спускати тутже в оселі на городи (на чоловіка потрібно од 20—80 сязж. кв.) Тверді лишки легко вивозити, коли їх одділено вже од рідких. Часте оранне найкраще мінералізує органічні лишки.

Фадєєв. Каналізація Київа.

Воскресєнський. Асєнізація і каналізація Київа.

Розанов. Каналізація Ялти.

Прожицько. Щєпінне вієпи в Київський губ. за 10 років.

Сервічковський. Бажані переміни в становищі судово-медичної справи.

Беллін. Принесєнє людий в жертву у Вотяків. Вотяки обвинувачували ся у тому, що вони убили одного жебрака і тельбухи (тенеса) його спалили перед своїми богами. Але дослїди автора довели, що тельбухи з трупа було виїнято кілька тижнів послї того, як у жебрака відтято було голову. Значить, се не було ритуальним душегубством, бо Вотякам потрібні тільки сьвіжі тельбухи. А характерні для жертвоприносин Вотяцьких розрізи було зроблено умисно, аби обвинуватить нещасних Вотяків.

Беллін. Будова Vaginae і hyment'a в їх безпосередньому взаємному звязку.

Сервічковський. Про хиби судово-медичної екєспертизи.

Беллін. Про розширенє програми судової медицини на правничих видїлах.

Колєєніков. Глухонїмота з судово-медичного погляду.

Секція суспільної медицини.

Левицький. Неземська медицина. Неземська медицина не задовольняє потреб мешканців, через малу кількість лікарів (два на повіт). Дуже розвинений фельдшерізм. Опріч того недостача лікарів зменшує можливість допомагати людям. Напр. для боротьби з холєрою лікарєви Шіперовичу було дано: Сублімата 30.0; карболового квасу 720.0; I-rae valerian. 8.0; Gutta Inosemcevi 20.0. Матеріальна незабезпечєність медичного персонала примушує його шукати иньших джерел до зарібку. Урядова формалістика затрудняє штучно працю лікарів і взагалі гальмує справу. Доб є те в неземській медицині се істнованє невеликих шпиталів в кожному участку. Через се автор проєнує просити уряд о запровадженє земства в неземських губерніях, а коли се неможливо, то прохати о побільшенє лікарських пунктів, кількості лікарів, удержання медичного персоналу. Теж треба улаштувати повітові медичні ради, що малиб право улаштовувати медичний уклад відповідно місцевим умовам, маючи на се визначені кошти. Прохати аби лікарі мали право голоса, при рішенню усіх питань, що стосують ся до здоровля суспільства.

Татаров. Селянська медицина в Подольській губ. з часу закону 24 квітня 1887 р. справа стоїть також погано, як і скрізь. Як і в попередньому відчиті, автор визнає потребу побільшення коштів на селянську медицину, побільшити персонал і передати кошти з губерньського розпорядительного комітєта в врачебне одділенє.

Омельяновський. Хиби неземської медицини. Автор констатує майже ті самі хиби і бажає тих самих перемін в організації, як і попередні два автори.

Гукович. Про організацію земських лікарських курсів у Москві. Аби задовольнити потребам земських лікарів, що їх командирують земства на практиці, треба організувати курси в Москві, бо петербургські не можуть задовольнити усіх потреб.

Жбанков. Деякі порівнючі дати про земську і неземську медицину.

Жбанков. Мєти губерніяльних земських медично-статистичних видїлів. Медично-статистичний видїл потрібен до дальшого розвитку земської лікарсько-санітарної справи в губернії. Мєти видїлу повинні бути у тому: організація санітарії, запровадженє медично-статистичних праць і практичних санітарних заходів через особливих лікарів, а почасти і через участкових, провадженє усіх земських лікарських справ, загальних для усієї губернії. Бюро повинно мати

досить коштів. Інститут санітарних лікарів повинен скласти неминуче продовження діяльності бюро.

Рашкович. До питання про догляд над підкинутими дітьми. В приютах смертельність дітей була раніш 100%—75%. Тепер хитаєть ся од 51·7% до 13·8 (у Петербурзі). Закони, що відносять ся до догляду підкинутих дітей потребують багато перемін. Далі автор застановлюєть ся на різних засобах, що ними можна поліпшити долю підкинутих дітей.

Горохов. До питання про сифіліс. Аби боротьба з сифілісом була успішна, потрібно зменшення радіуса лікарського участка. В земських шпиталях для сифілітиків треба мати ізольовані помешкання. В селах постерігаєть ся побільшення кількості сифілістичних сімей і окремих сифілітиків. Стаціонарний устрій медицини з невеликими радіусами участків, є одною з перших умовин до систематичної терапії сифіліса, до певної реєстрації сифілітиків і до вивчення впливу сифіліса на мешканців. Амбулаторний і госпітальний спосіб куровання не можуть дати наслідків без підвищення культури мешканців. Треба улаштувати систематичний лікарський догляд там, де існує натовп робочих. Рух сифіліса по селах може бути з'ясований тільки посімейним записом, що довжить ся багато років.

Авсєєв. Про санітарний догляд за початковими мійськими школами з боку товариства лікарів в Курску.

Санітарний догляд над початковими школами, в звязку з дослідженням учеників, повинно складати одну з головних мет лікарських товариств. Мети догляду: ізоляція слабих на інфекційні хвороби, усунення злих умовин шкільної обстанови, можливість медичної заповоги бідним недужим школярам. Дослідження фізичного розвою учеників і тих умовин, що перешкоджають йому. Таке дослідження почасти з'ясовує санітарні обставини усіх мешканців. Санітарний догляд зближає лікарів з школярами, робить у остатніх довіре до медицини, через се потім можливо буде здійснити у житю різні вимагання гігієни, яким тепер стоїть на перешкодї загальна темнота і ворогування до лікарів.

Яковенко. Про потребу поліпшення догляду за божевільними. В Росії божевільних 2—3 на 100. Закон примушує приймати в шпиталі усіх божевільних, але у земств на се не вистарчає коштів. Через се шпиталі повні хроніками, що їм навіть не дуже потрібен шпиталь, а острі слабї сидять часто по селах на ланцухах, бо їх прийняти у шпиталь через недостачу місця не можна. Через те

земства повинні статистикою допевнити ся, скільки між божевільними є таких, що їх дійсно треба курувати в шпиталях і улаштувати на ту кількість земські психіатричні заклади; слабих повинен приймати у заклад психіатр після власного вибору.

Хіжін. Сифіліс серед селян. — Автор стоїть за те, що одним рациональним засобом довідати ся про кількість сифілітиків є добротний огляд усіх мешканців. Головним джерелом сифіліса суть селянські слабї в конділоматозному періоді, а не жовітри та захожі робітники. Головні засоби боротьби суть переміна умовин селянського життя і побуту і підвишене культури, популяризація наукових питань про сю хворобу. Запровадження стаціонарної системи куровання з побільшенням кількості лікарів і при них шпиталів з великими амбулаторіями. Радіус участка не повинен бути більше 15 верст. Запровадити при стаціонарних земських шпиталях відділи для сифілітиків. За куровання сифілітиків грошей не брати. До сих слабих не уживати жадних репресій.

Долженков. Про видання Російського Епідеміологічного Листка. Аби з успіхом бороти ся з пошестями, аби концентрувати на потрібних місцях сили, потрібен напрямок руху і розповсюдження пошестей. Се досягаєть ся епідеміологічним листком, який повинен бути широко розповсюджений. Видання такого листка повинно взяти на себе товариство російських лікарів.

Дмітрієв. Платня за куровання тубольців і прийшлих. За куровання тубольців і прийшлих грошей брати не можна. Податки на медицину з селян, як самої біднійшої частини мешканців, треба скасувати. Не можна лишити куровання робітників на обовязку фабрикантів, маючи на увазі санітарні мети. Податки на шпиталі з прийшлих робітників дуже важкі для останніх і не вертають видатків на куровання. В курованню прийшлих повинні брати участь фабриканти, місцеві суспільні заклади і заклади тих міст (місць), звідки прийшов робітник. Опріч куровання прийшлих робітників їх родини потребують підтримки на випадок хвороби і смерти робітників. Аби досягнути сї мети, треба улаштувати: державну асекурацію робітників з участію уряду, земств, дум, фабрикантів, дідичів, підрядчиків і пньших підприємців, теж самих робітників. З сих капіталів вертались би кошти шпиталям і видавались би гроші слабим і їх сім'ям.

Корчак-Чепурковський. Ступінь придатности метричних дат про смертність до мет вивчення епідемій по селах Росії. Метричні записи, правильно ведені, моглиб дати можливість вивчення течії пошестий на великих територіях. Вивчення епідемій по ме-

тричним записам допроваджує до встановлення для окремих пошестий специфічних властивостей в розкладі загальної смертності після місяців року, після віку вмерлих і т. н. а се дає можливість означити присутність і род пошести на підставі невеликої кількості елементів, що їх треба обробити. Ступінь певности записів не однаковий в різних частинах Росії. Певність ся виростає відповідно розширенню лікарської помочи селянам. Було б важко вяснити ступінь певности записів для різних районів (округів).

Лебедєв. Губернське земство і його обовязки, що до улаштування земської медицини в повітах.

Яковлева. Доклад комісії для шкільної гігієни і розповсюдженню гігієнічного знання в народі. Автор перелічує брошури, які представлено в комісії і дає теми з гігієни на брошури, що їх треба ще написати для народа.

Тезяков. Про організацію лікарсько-годувальних пунктів для робітників хліборобів, що приходять на заробітки з чужих міст. Аби хоч трохи урегулювати положення робітників хліборобів, улаштовано року 1894 особливу комісію міністром внутрішніх справ, яка звертала увагу на економічний і санітарний бік питання. Для сього було командировано д. Пономарьова в південні губернії і між ними в Херсонську. Улаштування руху робітників хліборобів можна досягнути з погляду референта поліпшенням міст (місць), де наймають ся робітники і широкому оголошенню ціні найма робіт. Першої мети можна досягнути: збудованням на містах (місцях) найма будівель з дахами, де могли б робітники знайти захист од негоди, дешеву їжу і добру воду, улаштування амбуляторій для слабих. Питання про рух робітників було зачілено на V Широковському з'їзді а теж на IX нату-ралістів і лікарів; на останньому було постановлено прохати статистичний відділ московського юридичного товариства розробити програму до дослідів руху робітницького. Така цікавість сям питанням досить зрозуміла, бо від його залежить доля мільонів. Теперішній з'їзд повинен постановити рішення сього питання, яке було б найпевнішою підставою для праць урядових комісій. Найкращим об'єктом до дослідів може бути харківська губернія, де робітницький рух самий інтензивний. Так 1886 року санітарна земська організація включила в програму своїх праць вивчення значіння мандрівців робітників в справі міського заслаблення, а 1887 року можна було виділити на підставі особливої реєстрації з загальної кількості слабих кількість хвороб заможних робочих. Далі було досліджено санітарне становище робітників по економіях і усіма сими засобами було констатовано, що заможні робітники слабують найбільш, рівня-

ючи до інших професійних груп і виявилась потреба особливих засобів, аби запобігти розповсюдженню пошестий серед заможних робітників зглядно до особливостей їх побуту. Земство р. 1892 на підставі сих дослідів постановило: реєструвати робітників, улаштувати захисти, дешевих столових і неплатної медичної допомоги. За чотиролітнє існування таких пунктів в херсонській губ. систематично було зареєстровано 200.000 робітників, медичної допомоги уділено 20.000 і було видано 160.000 дешевих обідів. На деяких місцях найма робітників побудовано будинки до захисту робітників. Теж було з'ясовано умовини побуту сих мандрівців. Статистика ся показує, що 70% йде на заробітки пішки, з їх хіба $\frac{1}{4}$ має підводи, що на них їдуть пакунки і зовсім слабі робітники. Таким способом на дорогу тратить ся безліч часу, пересічно 10 днів на чоловіка. Іде на заробітки безчислений пролетаріят. Доставши до місяця найму робітник не може бути певним, що його зараз наймуть, бо в урожайні роки завжди робітників більше аніж звичайно. На заробітки усе більше тепер іде жінок — 26% та дитий, праця яких замінює працю дорослого чоловіка через те, що тепер скрізь понаставали усякі машини. Найбільше заможні робітники слабують на typh. abdominal і exantemat., дізентерію, грипи, на f. intermit., сифіліс найбільш заразливих форм і так первісна виразка попадаєть ся в $\frac{1}{3}$ випадків. Більш хвороб легких, шлунків, аніж у сталих робітників, багато хвороб на очі. Взагалі навіть поки робітник дойде і найметь ся, то од одної дороги захорує 10%. Взагалі робітники руйнують своє здоров'я, виходячи на заробітки, псуєть ся морально, опріч того шкодливо впливають на здоров'я тубольців Херсонщини, розповсюджуючи і між ними усякі хвороби. Організація догляду над робітниками в Херсонському земстві поліпшує умовини побуту робітників, бо дає спримогу їм мати добру дешеву їжу і медичну допомогу, з другого боку забезпечує тубольців од усяких пошестий. Взагалі ходить на південь на заробітки 3.000.000 людей, йдуть переважно з Курської, Орловської, Тульської, Рязанської, Нижегородської, Пензенської, Воронежської, Казанської, Сібирської, Харківської, Полтавської, Київської, Подольської, Волинської, Чернігівщини. Але не вважаючи на таку масу людей інші земства опріч Херсонського не організували систематичної допомоги робітникам. Після рахунку Крамаренка в південних губ., рівняючи до решти Росії на весну припадає дуже малий % родин, навіть по зменшенню відсотки його можна дізнати ся про розповсюдження виходу на заробітки. Нарешті треба звернути увагу на становище робітників по економіях, бо в законі не вказані обовязки хазяїнів, че-

рез се тільки деякі з них курують робітників, а то більшість лишає без усякої помочи. Вкінці автор звертаєть ся до з'їзду з проханням звернути увагу на робітниче питання півдня і постановити на оборону мільонів такі рішення. Треба аби суспільні і урядові заклади раз-у-раз досліджували умовини побуту робітників, що вийшли на заробітки. Скрізь треба улаштувати пункти до медичної заповоги і дешевого харчування. Прохати уряд про поліпшення переїздів для робітників на залізницях і пароходах і щоби в дорозі давалась їм за дармо добра вода; теж визнати великі хліборобські економії промисловими заводами і на підставі сього поставити їх під лікарсько-санітарний контроль.

Тєзяков. Про забезпечення робітників-хліборобів од калічення хліборобськими машинами.

Останніми часами по економіях машини випирають людську працю. Але машини сї збудовано без самих примітивних апаратів, які забезпечали од небезпечних частий машини, через що а також через брак елементарної знаємости з улаштуванням машини, безліч робочих калічить ся машинами. Через те треба конче реєструвати таких калічених, треба щоб уряд доповнив закони про найманне сільських робітників таким способом, щоби можна було уживати тільки безпечні машини і аби покалічені не з своєї провини робітники мали право на пенсію од хазяїна.

Секція питань лікарського побуту фабричної, морської і т. и. медицини.

Еберман. Про запровадження міністерства народного здоровля.

Соколов. Чи має право лікар робити операцію дитині, не спитавшись батьків її.

Шінгарев. Про вільну практику на селах. Вільна практика на селі в деяких випадках виявилась можливою і вона розиветь ся і буде підтримувати земську медичну організацію. Вона може з успіхом розвинути ся, коли її будуть підтримувати селянські громади та земства.

Оксман. Про незаконне куровання.

Вакуловський. Про видання творів Пирогова і його біографії.

Вакуловський. Значінне просвіти для зменшення заслаблень і смертности.

Троїцький. Хиби російського санітарного законодавства.

Гуревич. Про незавидне становище лікаря.

Жбанков. Кілька слів про товариство до побільшення коштів жіночого медичного інститута.

Соломка. Кількість гриж в військах київської округи.

Соломка. Про штучні грижі у рекрутів.

Глоба пропонував замінити сучасну амуніцію салдатів на таку, яка б підлягала більш кольору місцевости і таким способом оборонювали од ворогів і уложену на тілі так, щоб центр ваги припадав на os sacrum (крижницю), ослобонивши груди.

Юркевич. Сточні води південного західного края. Санітарне становище сїл і місточок південно-західного края, дякуючи забрудненню води і повітря почасті самими мешканцями, а головним робом цукроварнями і горальнями дуже погане. Потрібні переміни в російському законодавстві, де б точно було вказано на процентний склад течей, що їх можна випускати в річки, стави і т. и., за виконанням постанов закона мусить бути пильний догляд. Цукроварні і горальні не повинні випускати в воду своїх брудних течей.

Богословський. Про потребу перегляду закона про забезпечення медичної заповоги робітникам на фабриках і закона, що тикає увільнення слабих на заразливі хвороби з фабрик.

Долгополов. Умовини праці на цукрово-рафінадних заводах. Продукція цукру дуже небезпечна і підточує здоровля робітників, через що потрібно запровадити день праці в 8-м години, що користно і для самих фабрикантів.

Фадієв. Про обеззараження фабричних відкидів полями орошення. Поля орошення для більшости фабрик єдиний можливий, дешевий а часто і користний засоб обеззараження.

Шперлінг. Про санітарні непорядки на фабриках. Фабрики дуже часто не виконують санітарних постанов уряду, через те треба для догляду за ними обрати особливий орган, бо фабричні інспектори не мають змоги за усім сим доглянути.

Погожев. Про порядок видачі дозволу на будовання промислових закладів. — Про переміну сучасного порядку видання суспільних постанов для фабрик, заводів та інших промислових закладів. — Про засоби до розвою фабрично-санітарної техніки в Росії.

Рутковський. Становище цукроварень в 5 повітах Подольської губ. р. 1894—95. Автор, фабричний інспектор, тенденційно описував становище робітників на цукроварнях дуже добрим, що йому було доведено в дебатах.

Божко-Божинський. Про карткову систему відпорности в залізничній медицині.

Ма я в к о. Нарис лікарської діяльності на залізницях.

Взагалі з'їзд був багатий на доклади наукового характера і питання суспільного значіння, на жаль за недостатчею місця ми не мали змоги подати зміст дебатів, які часто мали велику вартість.

