



Japanese Medical Presence in the Territory of Construction and Operation of the Chinese Eastern Railway (1897-1922)

Vladimir V. Gonchar (a) & Vladimir D. Povolotsky (b)

(a) Postgraduate Institute for Public Health Workers. Khabarovsk, Russia.

Email: [goncharvv\[at\]mail.ru](mailto:goncharvv[at]mail.ru); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0200-6719>

(b) Independent Researcher. Khabarovsk, Russia. Email: [vladpovo\[at\]gmail.com](mailto:vladpovo[at]gmail.com);

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8366-574X>

Received: 28 July 2022 | Revised: 11 September 2022 | Accepted: 31 October 2022

Abstract

The article examines Japanese medical practice in the territory of the Chinese Eastern Railway (CER or KVZhD) during its construction and operation. The archival material made it possible to find that the Japanese community was eager to take responsibility for providing medical care to its subjects independently. They achieved this by attracting national physicians whose activities were built on the principles of private medical practice.

The provision of medical care followed the principles of Western medicine, although traditional medicine methods were not excluded. The Russian authorities allowed Japanese doctors to maintain their practice in the Russian-controlled territories, but medical care was provided only to their compatriots, as well as to the Chinese and Korean population. However, the activities of Japanese doctors were treated with distrust and wariness in Russian society, both due to the migrants' low level of education and due to the existing narrative about the so-called "Yellow Peril."

Another aspect of the activities of Japanese physicians in Manchuria was the familiarization of the local population with European medicine methods. To achieve this, private, public, and charitable Japanese medical institutions were established. The difficult epidemiological situation in Manchuria, sanitary problems, socio-economic problems, requirements of Russian legislation, inter-faith divisions, and language barriers raised issues for the territorial communities' leaders on increasing the availability and quality of health care for their compatriots. The initiatives and proposals of the Japanese community to open public hospitals in Manchuria, centralized medical examinations, strict sanitary procedures, and quarantine measures were supported by the Japanese central authorities. They were considered not only as elements of civilization and colonial ambitions but also as a means of social control not only over Japanese subjects.

Keywords

Doctors; Health Care; Japanese Community; Medical Practice; Organization of Medical Care; History of Medicine; Chinese Eastern Railway; Manchuria; Russian Far East; Japan



This work is licensed under a [Creative Commons "Attribution" 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Японское медицинское присутствие на территории строительства и эксплуатации КВЖД (1897–1922 гг.)

**Гончар Владимир Владимирович (a),
Поволоцкий Владимир Дмитриевич (b)**

(a) Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края. Хабаровск, Россия. Email: goncharvv@mail.ru;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0200-6719>

(b) Независимый исследователь. Хабаровск, Россия. Email: vladpovo@gmail.com;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8366-574X>

Рукопись получена: 28 июля 2022 | Пересмотрена: 11 сентября 2022 | Принята: 31 октября 2022

Аннотация

В статье изучаются японские медицинские практики на территории строительства и эксплуатации Китайско-Восточной железной дороги (КВЖД). Выполненный архивный поиск позволил установить, что японская колония стремилась самостоятельно обеспечить медицинские нужды своих подданных. Это достигалось путем привлечения врачей соотечественников, организация деятельности которых осуществлялась на принципах частной врачебной практики. Оказание медицинской помощи строилось на принципах западной медицины, что, однако, не исключало использование методов народной медицины. Российские власти разрешали медицинскую практику японских врачей на подконтрольных территориях исключительно для оказания медицинской помощи соотечественникам, а также китайскому и корейскому населению. В российском обществе к деятельности японских врачей относились с недоверием и настороженностью, как по причине низкого уровня образования мигрантов, так и существовавшего нарратива о т.н. «желтой опасности». Другой стороной деятельности японских медиков в Маньчжурии было приобщение местного населения к методам европейской медицины. С этой целью открыли частные, общественные и благотворительные японские медицинские учреждения. Сложная эпидемиологическая обстановка в Маньчжурии, санитарное неблагополучие территорий, социально-экономические проблемы, требования российского законодательства, межконфессиональные и языковые барьеры ставили перед руководителями территориальных диаспор вопросы по повышению доступности и качества медико-санитарной помощи для представителей диаспоры. Инициативы и предложения японской диаспоры по открытию в Маньчжурии общественных больниц, централизованные медицинские осмотры, строгий санитарный порядок, карантинные меры поддерживались японскими центральными властями и рассматривались как элементы цивилизации, колониальных амбиций, как средство социального контроля не только над японскими подданными.

Ключевые слова

врачи; медицинская помощь; японская диаспора; медицинская практика; организация медицинской помощи; история медицины; КВЖД; Маньчжурия; Дальний Восток России; Япония



Это произведение доступно по [лицензии Creative Commons “Attribution” \(«Атрибуция»\) 4.0 Всемирная](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Введение

В ходе реализации строительства Китайско-Восточной железной дороги (КВЖД), а также её южной ветки от Харбина до Порт-Артура, известной как Южно-Маньчжурская железная дорога (ЮМЖД), было задействовано колоссальное число работников разных национальностей. Их вовлекли не только в строительство, но и другие отрасли, без которых существование дороги оказалось бы невозможно. Бесперебойное финансирование строительства, высокий покупательский спрос, движение капиталов, низкие пошлины, отсутствие национальных ограничений и дешёвые трудовые ресурсы стали залогом успешного социально-экономического развития региона. КВЖД и ЮМЖД (далее КВЖД) заинтересовали предпринимателей, людей свободных профессий, готовых вкладывать свой капитал и труд в развитие того или иного производства или сферы услуг. Строительство и эксплуатация КВЖД привели к перемещению масс местного населения, нарушили изоляцию регионов и традиционные потоки миграции в Северо-Восточном Китае. Рабочие, солдаты, строители переносили патогены бактерий, прежде ограниченные пределами природных очагов, на огромные расстояния с огромной скоростью. Кроме русских и китайцев, которые являлись основной составляющей этого грандиозного проекта, в районе строительства стали также появляться японские резиденты, они очень быстро образовали свою многочисленную диаспору, разбросанную по многим населённым пунктам вдоль основной линии железной дороги. Центром всего строительства железной дороги стал будущий город Харбин.

В японских источниках отмечается, что первые японские поселенцы прибыли в Харбин в мае 1897 г., называется имя первого японца Хирамицу Яхати (平光彌八, Накамура Ёсито, 1926), который, зарегистрировавшись с несколькими другими соотечественниками в коммерческом агентстве Владивостока, прибыл в строящийся город. Японское население росло невероятными темпами, оно увеличилось с 8 чел. в 1898 г. до 1 000 чел. в 1904 г. (Путеводитель по Харбину, 1922). В связи с увеличением числа японцев, прибывших в Харбин, 5 ноября 1901 года была создана организация японских резидентов, известная как «Сё:ка курабу, Сё:какай – Сунгарийский клуб, Сунгарийское общество». Особенностью повседневной жизни представителей японской диаспоры было то, что они находилась под негласным контролем неправительственных объединений. После Русско-японской войны этот клуб преобразовали и переименовали в «Общество японских резидентов в Харбине» (ОЯРХ). Первым главой общества являлся Судзуки Тэйдзи (Сададзиро, 鈴木定次郎).

Японские эмигранты переселялись в Маньчжурию с целью осуществления хозяйственной деятельности, связанной с торговлей, сферой предоставления различных бытовых услуг, занятий квалифицированным ремеслом.

Нельзя не отметить, что большую часть японских иммигрантов составляли женщины (проститутки, прачки, няни, прислуга), что в значительной степени повлияло на развитие медицинских услуг, оказываемых японскими врачами. Российское законодательство, которое действовало на КВЖД, не предусматривало возможность этого вида деятельности для лиц, не имеющих дипломов из российских университетов, однако для японских специалистов сделали исключение. Японские врачи, с разрешения местных властей, могли осуществлять медицинскую деятельность исключительно среди японского, китайского и корейского населения. По данным Сунгарийского общества, в 1902 г. в Харбине медицинской деятельностью занималось 4 чел. из 506 чел. местной японской диаспоры (Общие сведения о Харбине района Маньчжурии, 1903).

Надо отметить, что частные лица в полосе отчуждения получали медицинскую помощь в ведомственных больницах и амбулаториях КВЖД за счет собственных средств. Только в 1908 г. было создано Харбинское общественное управление, а городская амбулатория в Харбине открылась только в 1910 г. (Ратманов, 2009). Главного врача КВЖД наделили правами медицинского инспектора, надзирающего над деятельностью всех медицинских учреждений, частных врачей и аптек в полосе отчуждения, поэтому выдача разрешения на занятие частной медицинской практикой также оказалась в сфере его деятельности. По подсчетам помощника главного врача КВЖД Э.П. Хмара-Борщевского в 1910 г. в Харбине осуществляли деятельность 17 железнодорожных врачей, 14 врачей округа, 3 железнодорожных бригады, 2 городских врача, 11 вольнопрактикующих, 5 японских, а также 6 китайских и корейских врачей тибетской медицины (Хмара-Борщевский, 1912). Эти данные практически совпадают с японскими источниками. Так, в отчете японского генерального консула в Харбине Каваками Тосицунэ, датированном 12 января 1910 г., сообщалось, что в Харбине проживало 5 дворов японских врачей общей практики, которые были представлены пятью мужчинами и двумя женщинами. Кроме того, в японских медицинских учреждениях Харбина было задействовано 8 наемных сотрудников, а также работал 1 зубной врач (JACAR. В13080325200, с. 2–8).

Историография медицинского обеспечения строительства и эксплуатации КВЖД довольно широка. В сфере внимания отечественных авторов – создание врачебно-санитарной службы КВЖД и ее деятельность, а также вопросы по медицинскому обеспечению служащих дороги и членов их семей, санитарное состояние территорий, борьба с эпидемиями (Полетика, 1904а, 1904б; Ратманов, 2009; Хмара-Борщевский, 1912). Однако о японских медицинских практиках на подконтрольных российским властям территориях Маньчжурии практически ничего не известно. Это можно объяснить как недостаточностью источников, немногочисленностью японских специалистов, незначительной ролью в деятельности общественных медико-санитарных



служб, так и замкнутостью, автономностью японской диаспоры, а также постоянной напряженностью межгосударственного сотрудничества. Нами предпринята попытка восполнить пробелы в историографии российско-японских медицинских связей, изучить особенности деятельности японских врачей в полосе отчуждения КВЖД.

Источниками исследования явились, в основном, неопубликованные документы личного происхождения на японском языке из электронной базы данных об истории международных отношений Японии под эгидой Национального архива Японии Japanese Center for Asian Historical Records (JACAR) – Японский центр азиатских исторических записей¹. Документы были нами выявлены и переведены на русский язык. Источниковую базу исследования составляют письма японских врачей в Министерство иностранных дел (МИД) Японии о нанесенном ущербе по причине вынужденной репатриации японской диаспоры из Маньчжурии в связи с началом Русско-японской войны (1904–1905 гг.). Переписка дала возможность взглянуть на происходившие явления не на основании официальных документов или общеизвестных фактов, а с позиции простого человека, очевидца, участника изучаемых событий.

Результаты

Согласно японским источникам в 1899 г. Такаги Сабуро (高木三郎), уроженец г. Осаки, получил от российских местных властей разрешение на врачебную деятельность в Харбине среди соотечественников. Однако желание реализовать свой потенциал в сфере торговли оказалось сильнее карьеры врача частной медицинской практики. Японские источники указывают, что Такаги – с целью изучения торговых возможностей, поиска партнеров как среди русских предпринимателей, так и японских, а также логистических маршрутов – совершал многочисленные поездки по городам Восточной части России. После возвращения на некоторое время на родину он в конце концов вновь вернулся в Маньчжурию. В 1900 г. в Порт-Артуре открыл торговое представительство по продаже японских продуктов и промышленных товаров повседневного спроса. В июне 1902 г. в Харбине началась эпидемия холеры, в результате которой Такаги был привлечен для лечения соотечественников в этом городе. Необходимо отметить, что в августе 1902 г. в Харбине он встретился с представителем японской императорской фамилии, находившимся там с краткосрочным визитом, а также консулом в г. Нючжуан и секретарем генерального консульства Японии во Владивостоке. Документы указывают на то, что эти встречи были посвящены исключительно борьбе с эпидемией. Как только уровень заболеваемости стал спадать, Такаги принимает решение об учреждении собственного лечебного учреждения в Харбине и приглашает

1 <http://www.jacar.go.jp>

на должность главного врача Такаги Тосимити (高木俊道), который до этого осуществлял частную медицинскую практику в Никольск-Уссурийском (JACAR. B09072721300, с. 1–20).

В японских документах сообщается, что Такаги Тосимити уроженец г. Осака, в Харбин прибыл в августе 1902 г. Он являлся активным членом общества японских резидентов в Харбине «Сунгари». В результате репатриации он оставил все свое имущество в Харбине, в том числе набор хирургических, гинекологических инструментов и приспособлений, инструменты и приспособления для приготовления лекарственных форм, запас медикаментов, а также лекарственного сырья (JACAR. B09072721300, с. 1–20; JACAR. B13080325200, с. 2–8).

В целях расширения своего бизнеса в мае 1903 г. Такаги Сабуро приступил в Харбине к строительству каменного дома с горячими бассейнами и тепловыми котлами для нового медицинского учреждения. В этом доме предполагалась организация «водной лечебницы» с услугами по типу санаторно-курортного лечения или водно-оздоровительного центра. Надо полагать, что, несмотря на заявленную приверженность западной медицине, японские врачи продолжали считаться с народными практиками врачевания. У всех слоев японского населения были популярны народные методы лечения, в т. ч. теплые и горячие ванны, использование минеральных вод. Подобные методы лечения японцы популяризировали среди русскоязычного населения, они оказались востребованы служащими КВЖД.

В заявлении на компенсацию потерь, полученных вследствие депортации из Харбина в результате Русско-японской войны, Такаги указал на убытки как от торговли, так и в результате прекращения медицинской деятельности. В частности, в сумму ущерба были включены средства на организацию медицинского учреждения, строительство и оснащение нового здания лечебницы, медицинские инструменты и медикаменты (JACAR. B09072836300, с. 4, 8–9, 11, 26, 31, 34, 45, 37, 59–60, 75).

В архивных документах нами было обнаружено также заявление о понесенном ущербе в результате Русско-японской войны японского врача Югэ Хикотаро (弓削彦太郎), направленное в МИД Японии. Согласно этому заявлению в июне 1902 г. Югэ прибыл в г. Дальний. Здесь он получил разрешение на занятие частной врачебной практикой от российских местных властей, организовывал амбулаторию и стационар на 20 коек. Через некоторое время Югэ открыл в Харбине еще одно лечебное учреждение. Обе лечебницы осуществляли свою деятельность до начала февраля 1904 г. Из-за прекращения деятельности он понес значительный ущерб. В реестре потерянного имущества в г. Дальнем указывались медицинские инструменты, операционные столы, офтальмологические инструменты и приспособления, микроскоп, дезинфекционная камера, медицинская мебель, лекарственные, перевязочные средства, мягкий инвентарь, медицинские книги и справочники, зубобра-



чебное кресло, зубо-врачебные инструменты, золотой и серебряный материал для пломбирования зубов. Не меньше было потеряно в Харбине. Согласно документам, медицинская деятельность там осуществлялась в следующих направлениях: хирургия, гинекология, офтальмология, зубо-врачевание и зубо-протезирование. В клинике практиковалась система лечения в долг, поэтому неоплаченные счета были обозначены как безвозвратные потери (JACAR. B09072785000, с. 1-12).

С марта 1902 г. в Харбине работал врач Ямамото Норюки (山本禮之), уроженец г. Осака, который в возрасте 45 лет покинул родину и направился на заработки в Северо-Восточный Китай. Имея разрешение от российских властей на ведение врачебной деятельности, он организовал в частном доме, что снимал у Ф. Васильева в районе Пристани на Четвертой улице в Харбине, лечебницу с амбулаторией и стационаром. Основными направлениями его деятельности были общая терапия, хирургия, акушерство и гинекология, отоларингология и офтальмология. Ямамото направил в МИД Японии полный список затрат, связанных с учреждением лечебного заведения, и всех оставленных в связи с репатриацией материальных ценностей. В списке утраченных вещей числились медицинские инструменты и аппараты, медицинская мебель, мягкий инвентарь, а также специализированная литература (JACAR. B09072836300, с. 4, 8-9, 11, 26, 31, 34, 45, 37, 59-60, 75; JACAR. B09073750700, с. 6-22).

В 1897 г. в Приморскую область Приамурского генерал-губернаторства прибыл Кодзима Ёсиносукэ (小島吉之助); в российских документах, хранящихся в японских архивах, упоминался как Кодзима Судзо. Первоначально он осуществлял свою врачебную деятельность в п. Иман. В ноябре 1900 г. уехал в Харбин, где на Четвертой улице в доме русского домовладельца Мельникова организовал лечебное учреждение. Японские источники сообщают, что в 1902 г., во время эпидемии холеры, Кодзима был принят на работу в Центральную больницу КВЖД и с 3 июля по 16 августа 1902 г. заведовал «холерным баракком № 3», который располагался в Новом городе. В выявленных нами документах, также отмечается, что Кодзима во время своего пребывания в Харбине взаимодействовал с военным атташе Кавасаки Рёсабуро при консульстве в г. Инкоу. Можно предположить, что эти встречи были не случайными. По всей видимости, Кодзима сотрудничал со специальными службами Японии, предоставляя им разнообразную информацию. Следует отметить, что японские врачи были заинтересованы в изучении опыта русской медицины и системы здравоохранения в Маньчжурии. Надо полагать, что полученные сведения и личные наблюдения впоследствии использовали при организации общественного здравоохранения в японской колониальной Маньчжурии (Perrins, 2005).

В связи с началом военных действий Кодзиму и других японских резидентов в количестве 100 чел. под конвоем доставили в Порт-Артур, а оттуда

14 февраля на английском пароходе перевезли в порт Чифу (ныне Яньтай). В 1908 г. в МИД Японии подали заявление об ущербе. Первая часть ущерба касалась потерь в результате прекращения медицинской деятельности. Согласно списку, состоящему из более 300 пунктов, лечебница, учредителем которой являлся Кодзима и в которой осуществлял врачебную деятельность, специализировалась по нескольким направлениям: хирургия, акушерство и гинекология, отоларингология, урология и офтальмология. В лечебном учреждении выполнялись операции под общим наркозом на органах брюшной полости, производились ампутации, трепанация черепа, аппендэктомия, грыжесечение, аборт, вскрытие абсцессов (JACAR. B09072770100, с. 2–3, 5–17, 24–28; JACAR. B09072836300, с. 4, 8–9, 11, 26, 31, 34, 45, 37, 59–60, 75).

В японских источниках упоминается врач Накамура Ёмокити (中村四方吉), работавший в Харбине и также подавший заявление в МИД Японии на компенсацию ущерба в связи с вынужденным прекращением деятельности. Он был родом из префектуры Кумамото, в 1879–1881 гг. служил в подразделении госпиталя императорского флота Японии в г. Йокосука (JACAR. B09113999400, с. 2).

Согласно архивным документам, японский подданный Хатио Сюн (八尾俊), уроженец г. Нагасаки, в январе 1900 г. целенаправленно прибыл в Порт-Артур для работы врачом. Без бюрократических проволочек он получил разрешение на занятие врачебной деятельностью. Хатио учредил лечебницу в Порт-Артуре и ее отделение в г. Дальнем. Накануне начала военных действий покинул Порт-Артур, оставил эти медицинские заведения. В заявлении на компенсацию потерь он включил средства на организацию двух лечебных учреждений, включая приобретение медицинских инструментов, медикаментов и приспособлений для изготовления лекарственных форм (JACAR. B09072746600, с. 2–3).

Врач общей практики Суюто Масадзиро (首藤政次郎), уроженец п. Дзёдзима уезда Мидзума префектуры Фукуока, в своем письме, датированном 2 октября 1906 г., написал, что в ноябре 1903 г. получил от российских властей разрешение на занятие врачебной деятельностью в Порт-Артуре. В результате начала военных действий он был интернирован на родину (JACAR. B09072805900, с. 1–3).

Японские документы указывают еще на двух врачей, занимавшихся частной врачебной практикой в Порт-Артуре до Русско-японской войны. Это Ямада Тэцугоро (山田鉄五郎) и Окамура Уэмонсаку (岡村右衛門作). Подробных сведений об их деятельности в Китае нет, однако удалось выяснить, что Окамура получил разрешение на врачебную деятельность в мае 1902 г., ущерб от ее прекращения составил значительную сумму. Ямада после окончания войны вернулся в Маньчжурию, где продолжил заниматься частной врачебной практикой (JACAR. B09072836300, с. 4, 8–9, 11, 26, 31, 34, 45, 37, 59–60, 75).



Уроженец д. Кавати уезда Накакамбара префектуры Ниигата Сакаи Эйдзи (酒井栄次) работал врачом в г. Инкоу по приглашению японского санитарного общества г. Нючжуан. Необходимо отметить, что в начале XX в. произошло слияние города-спутника Нючжуана с г. Инкоу. Крупными городами и станциями, расположенными на южной ветке КВЖД и получившими динамичное развитие благодаря ее строительству, считались ст. Куанченцзы (г. Чанчунь), г. Инкоу, г. Дальний и г. Порт-Артур. Эта железнодорожная ветка строилась в период 1898–1903 гг. и находилась под контролем Российской империи до 1905 г.

До подписания договора Сакаи работал в клинике при медицинском факультете Токийского императорского университета. В японском архиве сохранился текст договора, заключенного между Сакаи и японским врачебным (санитарным) обществом. По условиям договора общество обеспечивало ему особые условия для переезда, обустройства, проживания и работы. Этот договор предполагал срок работы Сакаи 3 года, начиная с мая 1902 г. Фактически он проработал 1 год и 9 месяцев. Приглашающая сторона брала на себя обязанности по оплате транспортных расходов, выплачивала средства на покрытие расходов за аренду помещений, а также подъемное пособие. Один из пунктов договора предполагал предоставление обществом на начальном этапе беспроцентного займа на закупку медикаментов и инструментов. Договор содержал и другие пункты, касающиеся сотрудничества врача с пригласившей его для работы в Китай организацией. Судя по документам, Сакаи быстро освоился на новом месте, у него сформировалась обширная практика, а пациенты относились к нему с большим уважением и доверием. Есть основания полагать, что «большое уважение и доверие» достойно вознаграждалось. Поэтому, как он сам замечает, перед самым началом войны его клиника работала фактически как самостоятельное медицинское учреждение с двумя наемными работниками-китайцами – без особой необходимости в финансовой помощи со стороны принимающей японской организации. После Русско-японской войны Сакаи вернулся в г. Инкоу (JACAR. B09072824300, с. 11–14).

Новая политическая и экономическая ситуация, сложившаяся на КВЖД после решения вопросов, связанных с итогами Русско-японской войны, отмечена значительным ростом и заметной активизацией деятельности японской общины на КВЖД. По инициативе японской диаспоры и при финансовой поддержке японского правительства в Харбине был открыт целый ряд общественных учреждений: благотворительное общество, дом собраний, начальная школа, стал действовать Харбинский филиал буддийского японского храма «Ниси хонгандзи». Вновь стало увеличиваться количество японских подданных на территории КВЖД. По данным японских источников, количество резидентов в Харбине увеличилось с 627 чел. в 1907 г. до 2 287 чел. в 1917 г. (JACAR. B09072721300, с. 1–20). По мере роста городов, росли и темпы инфекционных заболеваний, особенно оспы, кори, брюшного тифа, скарлатины, холеры и

туберкулеза. Другой стороной медико-социальных проблем японской диаспоры являлось то, что треть японского населения Харбина составляли проститутки (Сугимото Масаюки, 1915).

Российская сторона не препятствовала предпринимательской деятельности японцев. В 1908 г. медицинским управлением КВЖД Мори Такаси (森 矯) было выдано разрешение на занятие частной врачебной практикой, однако его деятельность была ограничена обслуживанием только соотечественников, китайцев и корейцев (JACAR. B12082208500, с. 2–4). В одном из японских источников в списке наиболее значимых японских предприятий, действовавших в Харбине, упоминается также деятельность «Клиники Каваи». Основана она была в 1914 году, а ее учредителем и главным врачом стал Каваи Томоцугу (河合友次) (Путеводитель по Харбину, 1922).

В этот период актуальными для японской диаспоры оказались вопросы доступности медицинского обеспечения соотечественников. Сложная политическая ситуация, санитарно-противоэпидемиологические требования российского законодательства, языковые, культурные и межконфессиональные барьеры, ограниченные финансовые возможности части японского населения затрудняли получение медицинской помощи в лечебных учреждениях, ориентированных на русскоязычное население, а также у японских врачей частной практики. Более того, в регионе всегда была непростая эпидемиологическая ситуация, существовали проблемы с санитарией, а наличие природно-очаговых инфекций и постоянные эпидемии обостряли ситуацию с оказанием медицинской помощи японскому населению. Решение данного вопроса находилось на контроле Генерального консульства Японии в Харбине. Итогом работы стало открытие в 1911 г. в Харбине общественной японской больницы. Инициатором организации этого медицинского учреждения было ОЯРХ. Основными инвесторами ее создания являлись правительство Японии и частные лица, в лице группы компаний «Мицуи», крупных предпринимателей и отдельных членов диаспоры. На должность главного врача из г. Киото пригласили Ватанабэ Тоёцугу / Тоёдзи (渡辺豊次) (JACAR. B12082290000, с. 1–20).

Основными целями создания японской больницы были оказание медицинской помощи и решение вопросов общественного здравоохранения, в первую очередь японского населения. Централизованно проводились медицинские осмотры работников ресторанов, кафе по договору с профессиональным союзом владельцев такого рода бизнеса; освидетельствование на наличие венерических заболеваний у куртизанок домов терпимости. По российским законам эти процедуры являлись обязательными, находились под контролем российской полиции. В дальнейшем больница стала принимать на платной основе пациентов не только из японской диаспоры, но и всех местных жителей – русских, китайцев и др. (JACAR. B12082290000, с. 1–20).

В архивных документах приведены доходы и расходы этого медицинского учреждения. Так, в марте 1912 г. доходы составляли 766,28 руб., а в апреле –



833,65 руб. В то время как расходы составляли 846,16 руб. и 925,72 руб. соответственно. Хорошо видно, что расходы превышали доходы. Однако, несмотря на такое положение дел, в целесообразности существования больницы в японской диаспоре никто не сомневался. Согласно представленным данным о доходах учреждения, например, в апреле 1912 года самыми прибыльными статьями были медицинский осмотр с назначением лечения и плата за лекарства, а также платное освидетельствование на венерические заболевания. В то время как самыми затратными статьями за тот же месяц оказались зарплата персонала, аренда с коммунальными расходами и бесплатное для ряда групп пациентов освидетельствование на венерические заболевания. В 1917 г. больница ежедневно обслуживала около 50 амбулаторных пациентов, имелся стационар.

Надо отметить, что в официальных документах генерального консула в Харбине Каваками Тосицунэ в адрес министра иностранных дел Японии в 1908 г. поднимались вопросы медицинского обеспечения диаспоры, анализировалась работа российской стороны в этом направлении, указывались ошибки, недостатки медицинского и санитарного обеспечения КВЖД. По мнению консула, японские медицинские практики нуждались в более квалифицированных врачах; российские больницы также далеки от совершенства и ориентированы исключительно на русское население – ввиду незнания языка и обычаев, предубеждений местного населения против официальной медицины, широкого развития практик народной медицины и самолечения. Все эти проблемы надо было учитывать при организации японского медицинского обеспечения в Маньчжурии (JACAR. B12082289700, с. 2–3).

В отчете за 1916 г. секретаря консульства Японии в Цицикаре сообщалось о деятельности государственных, общественных и частных заведений, которыми управляют японцы, относящиеся к Цицикарскому консульскому округу. В разделе «Медицинские учреждения» указано, что владельцем и главным врачом больницы на ст. Маньчжурия являлся японский подданный Катаяма Сагохати (片山佐吾八). По мнению авторов, он обладал знаниями о передовых европейских и северо-американских медицинских методиках, активно внедрял их в свою практику при лечении русских и китайских пациентов, при этом извлекая хорошие прибыли. В мае 1912 г. он пригласил на работу доктора Матида Минору (町田稔). Преодолев конкуренцию с российскими врачами, клиника Катаямы достаточно быстро завоевала признание, популярность у местных русских и китайцев. После окончания контракта с доктором Матида на его замену в январе 1915 года прибыл доктор Хасэ Матасабуру (長瀬復三郎). Благодаря его старательной работе клинике удалось добиться высоких доходов (JACAR. B11090027900, с. 2–7). Как видим, экономическое соперничество Японии с Россией в Маньчжурии проявлялось и в сфере медицины, здравоохранения.

Те же источники указывают, что в консульском округе была организована разветвленная сеть лечебных учреждений. Так, на ст. Маньчжурия действовали

больница Мория Хасэдзи (森谷長谷治) и клиника доктора Кубо Хотаро (久保宝太郎). В г. Цицикаре с 1909 г. работала Цицикарская общественная больница, которая управлялась местным обществом японских резидентов. В 1916 г. ее преобразовали в благотворительную больницу японского Красного креста с оказанием бесплатной для пациентов медицинской помощи. Судя по архивным документам, медицинскую организацию ежемесячно посещало до 1 800 пациентов, главным образом, малоимущие китайцы, что можно трактовать как применение Японией в Маньчжурии, с одной стороны, элементов «мягкой силы», а с другой – прагматичными соображениями по получению денежных средств от местного населения в будущем. В г. Хайларе больницу создали в июне 1913 г., её владельцем был врач общей практики Сага Такэси (佐賀武). Основной целью деятельности японских лечебных учреждений стало проведение освидетельствований ряда профессиональных групп соотечественников на наличие венерических заболеваний, платные медицинские услуги, продажа лекарств (JACAR. B11090027900, с. 2–7).

В период Первой мировой войны в августе 1914 г. Япония объявила о вступлении в войну на стороне Антанты. Это решение приветствовалось в Петрограде. Россия была заинтересована в партнерстве Японии, что обеспечивало прогнозируемость ситуации на Дальнем Востоке. В начале октября 1914 г. японский Красный Крест направил на европейский театр военных действий несколько своих отрядов. Торжественная встреча одного из них, который по КВЖД направился в Петроград, состоялась во Владивостоке 13 октября 1914 г. Японцы везли с собой медицинское оборудование, в т. ч. рентгеновский аппарат, все необходимые медикаменты. В период Гражданской войны налаженное сотрудничество между Россией и Японией продолжилось, шло взаимодействие с центрами белого движения в Сибири и на Дальнем Востоке.

В 1920 г., воспользовавшись крушением власти адмирала А. Колчака в Сибири, китайское правительство объявило о восстановлении своего суверенитета в полосе КВЖД, начало активно устанавливать свой административный контроль. Однако оно было вынуждено считаться с тем, что в Харбин после поражения Белой армии хлынули сотни тысяч русских беженцев. Среди вынужденных покинуть Сибирь и Дальний Восток, направиться в Маньчжурию находились японские врачи.

Японские источники указывают на то, что в начале 1920-х гг. в Харбин из Читы эвакуировался Масуда Рио (増田李雄), из Омска Симоно Тэцусиро (下野哲四郎), из Приморской области Ногуты Сидзуя (野口静家) и Нисимута Такэхару (西牟田武治), а также зубные врачи Коидэ Садаёси (小出定義) и Асида Тиитиро (蘆田致一郎) (JACAR. B09073252000, с. 16; JACAR. B09073252800, с. 44–48; JACAR. B09073253200, с. 2–21; JACAR. B09073254200, с. 79–86; JACAR. B.09073255200, с. 1–8). Многие продолжили свою карьеру в Северной Маньчжурии. Например, в рекламном объявлении за 1922 г. указывалось, что основным профилем



частной больницы Мацуда, расположенной в районе Пристань г. Харбина, были хирургия и венерические заболевания. Здесь оказывались услуги по госпитализации пациентов, а неимущим бесплатно предоставлялись медицинский осмотр и лекарство (Путеводитель по Харбину, 1922).

Во время вывода японских экспедиционных войск с Дальнего Востока в Харбин эвакуировали врачей, которые являлись японскими подданными, но корейцами по национальности. Например, врач общей практики, японский подданный, кореец Хань Минь Че (韓民濟, чтение по-японски – Кан Мин Сай) получил образование в Японии, с 1913 г. успешно практиковал в Иркутске, впоследствии был приглашен на работу по контракту в госпиталь, находящийся в ведении сухопутных сил Японии в Маньчжурии (JACAR. B09073252900, с. 1–16). Также из Иркутска эвакуирован Ким Сон Ван (金成王, по-японски – Кин Сэй О), который практиковал в городе с 1911 г. и был активным приверженцем методов китайско-тибетской медицины. В Харбин прибыли Ан Чхань Мо (安昌謨, по-японски – Ан Сё:Мо) и Чхве Ха Юн (崔河潤, по-японски – Сай Ка Дзюн), которые занимались медицинской практикой в Благовещенске, а также Ким Мьон Че / Кым Мйонъ Че (金命濟, японская фамилия – Канаока (金岡)) из Никольск-Уссурийского (JACAR. B09073253800, с. 69–73).

Обсуждение

В начале XX в. у российских специалистов организация медицинской помощи, медицинское образование и санитарное дело в Японии вызывало профессиональный интерес (Здравомыслов, 1914; Якобзон, 1904). Врачи отмечали успехи страны восходящего солнца в освоении европейских методов медицинской науки, а также достижения японских ученых. Однако подготовка кадров, применяемые в повседневной жизни методики лечения, а также организация общественного здравоохранения вызывали массу профессиональных вопросов.

Медицинская общественность Дальнего Востока России обращала внимание российских властей на то, что японские подданные, именуемые себя врачами, занимались практикой в Приамурском генерал-губернаторстве вне административного и профессионального надзора, причиняя населению «больше вреда, чем добра», требовали от местных властей более жесткой борьбы с незаконной частной деятельностью. Некоторые утверждали, что японские врачи в медицине ничего не понимали, лечили больных самыми простыми методами, не приносящими никакой пользы (Гончар & Поволоцкий, 2022).

Дискуссия о профессиональном уровне японских специалистов в российском обществе, по нашему мнению, была связана с тем, что японские врачимигранты в большей своей массе не имели классического высшего медицинского образования. Несмотря на то, что научная медицина в Японии носила

европейский характер, государственных образовательных учреждений было недостаточно, врачи практического здравоохранения обучались в частных медицинских школах, образовательная программа которых не соответствовала должному, университетскому, уровню. Вследствие чего российские врачи не считали японских коллег себе равными. С другой стороны, менталитет японских врачей значительно отличался от российских. В отечественных учебных заведениях студентов-медиков воспитывали в традиции, что врач не ремесленник, а подвижник, носитель света знаний, гуманности, которые они должны проявить на государственной службе. В Японии врачебных должностей на государственной службе было немного, поэтому понятно их желание заниматься частной практикой.

Важной особенностью японской медицинской помощи было и то, что на российский Дальний Восток мигрировали многочисленные народные лекари, именовавшие себя врачами. Они применяли практики традиционной китайской медицины – массаж и другие народные приемы. Эти специалисты не оформляли у местных властей никаких разрешительных документов, поскольку не имели никаких документов об образовании, поэтому занимались врачеванием нелегально.

Деятельность японских врачей на Дальнем Востоке России проанализирована В.В. Граве в трудах Амурской экспедиции 1910 г. Отмечено, что этот вид деятельности японцев на российском Дальнем Востоке нежелателен – как по причине низкого уровня медицинского образования в Японии, так и в связи с трудностями, связанными с контролем за их практической деятельностью (Граве, 1912). В 1912 г. циркуляр военного губернатора Приамурской области указывал, что японские врачи, имевшие разрешение на врачебную деятельность, могли оказывать медицинские услуги только японскому населению (Гончар, 2018).

Несмотря на это, российское население обращалось к японским врачам. Это можно обосновать рядом причин. С одной стороны, недостатком вольной практики отечественных медицинских работников, ведомственным характером организации помощи населению КВЖД. С другой – недоверием и настроенностью населения к медицине и врачам в целом: медицина конца XIX – начала XX вв. не оправдывала ожиданий, которые на нее возлагались, ввиду низких диагностических возможностей, малой эффективности применяемых методов лечения и лекарств. Лечебные манипуляции приносили физические и душевные страдания, ошибки врачей были многочисленными. У населения подчас формировалось враждебное отношение к представителям официальной медицины. В противовес чему выгодными представлялись сами японские нетрадиционные методы лечения, а также групповая сплоченность, взаимная согласованность действий, отсутствие внутренней конкуренции у врачей японской диаспоры.



Японская политика экспансии в Маньчжурии в сфере медицины и здравоохранения была направлена, с одной стороны, на самостоятельное обеспечение медицинских нужд японской колонии на КВЖД путем организации деятельности японских врачей на принципах частной врачебной практики. С другой – на внедрение в повседневную жизнь населения Китая преемствующих европейскую традицию японских медицинских практик. (Надо отметить, что предубеждение против официальной европейской медицины у местного населения также было велико, в сознании народа врачи, представлявшие государственные структуры, ассоциировались со страданиями и смертью.)

Деятельность врачей японской колонии на КВЖД находилась не столько под контролем российской администрации, сколько под наблюдением территориальных неправительственных организаций, членами которых был каждый японский иммигрант. Врачей обязали платить денежные взносы за покровительство общества японских резидентов, что фактически являлось неофициальным налогом. Личная инициатива организации частной медицинской практики согласовывалась с членами территориальной диаспоры, которая подчинялась консульским службам правительства. Инициатором организации медицинской помощи и учредителями лечебных заведений выступали и частные лица, и руководители территориальных групп диаспоры (они приглашали для этого врачей-соотечественников на работу по найму).

Частная медицинская практика до Русско-японской войны стала самой распространенной формой оказания медицинской помощи для членов диаспоры региона, была сосредоточена в местах компактного проживания японских переселенцев. Однако санитарно-противоэпидемиологическое благополучие соотечественников на проживаемой территории оказалось вне сферы их деятельности. Нельзя не отметить особое отношение японцев к своему здоровью: по воспоминаниям современников, японцы внимательно относились к мерам предосторожности, старались предохраняться от заболеваний, соблюдали чистоту, а заболев – тщательно лечились (Здравомыслов, 1914).

Японские врачи не только оказывали медицинскую помощь, но и изучали местные условия, географические характеристики региона, российский централизованный подход к медицинскому обеспечению строительства и эксплуатации КВЖД, врачебно-полицейские мероприятия по ликвидации вспышек инфекционных заболеваний, противоэпидемиологические и карантинные мероприятия в условиях Северо-Восточного Китая. Личные наблюдения, полученные сведения были впоследствии использованы японскими властями для организации общественного здравоохранения на территориях Китая, перешедших под контроль Японии.

Медико-социальные проблемы организации и оказания врачебной помощи, сложности с эпидемиологической безопасностью японцев в повседневной жизни ставили перед активистами диаспор вопросы повышения каче-

ства и доступности медицинского обеспечения соотечественников. Медицинские предложения по открытию общественных больниц, санитарные меры, централизованные медицинские осмотры поддерживались японскими центральными властями и рассматривались как элементы цивилизаторской миссии, прогресса в этом фронтире.

После Русско-японской войны главы территориальных японских общин стали приглашать более квалифицированных специалистов для оказания медицинской помощи членам диаспоры – с фиксированной оплатой их работы за счет средств диаспоры и дотаций центральной японской власти. Также усилиями активистов была организована общественная медицинская помощь для членов диаспоры. Повседневная деятельность общественных больниц направлялась на оказание амбулаторной и стационарной медицинской помощи, проведение медицинских осмотров и освидетельствований по фиксированным ценам, оказание дополнительных платных услуг, лекарственное обеспечение. В этот же период открываются благотворительные лечебные учреждения, существовавшие за счет средств привлечения спонсоров и меценатов. Деятельность таких учреждений была направлена на оказание медицинской помощи местному японскому и китайскому населению.

Закрепившись в Южной Маньчжурии и модернизировав ЮМЖД, Япония усилила свое политическое, экономическое и социальное проникновение в Северную Маньчжурию. Стала интенсивнее коммерческая деятельность японцев в сфере здравоохранения и фармации, оказались действеннее инициативы власти в области организации медицинских практик и санитарно-эпидемиологического надзора. Япония превратилась из стороннего наблюдателя в учителя, демонстрирующего свое превосходство в социально-экономическом плане, более того, по мнению историка медицины П.Э. Ратманова, «стала оказывать большое влияние на китайское здравоохранение» (Ратманов, 2017). Для Японии деятельность в Маньчжурии дала возможность представить себя мировому сообществу в новом имидже – страной самодостаточной, модернизированной, инновационной, мощной не только в военно-промышленном, но и медико-социальном плане.

Список литературы

- Perrins, R. (2005). Doctors, disease, and development: Engineering colonial public health in Southern Manchuria, 1905–1926. In M. Low (Ed.), *Building a modern Japan. Science, technology, and medicine in the Meiji Era and beyond* (pp. 103–132). Springer.
- Гончар, В. В., & Поволоцкий, В. Д. (2022). Японские медицинские практики в Приамурском генерал-губернаторстве (1884–1917 гг.). *Японские исследования*, 3, 39–49. <https://doi.org/10.55105/2500-2872-2022-3-39-49>



- Граве, В. В. (1912). *Китайцы, корейцы и японцы в Приамурье. Отчет Уполномоченного Министерства иностранных дел В.В. Граве. Труды командированной по Высочайшему повелению Амурской экспедиции. Выпуск XI. б. и.*
- Здравомыслов, Я. (1914). *Полгода в Пекине и неделя в Токио. Труды I съезда врачей Приамурского края 23–24 августа 1913 г. в г. Хабаровске (сс. 279–304). б. и.*
- Накамура Ёсито. (1926). *Общее представление о Харбине, под редакцией Японской торговой палаты в Харбине. б. и.*
- Общие сведения о Харбине района Маньчжурии. (1903). *Исследовательский обзор ситуации с торговлей в Корее и Сибири. Таможенный ежемесячный вестник. б. и.*
- Полетика, М. И. (1904а). *Общий медицинский отчет по постройке КВЖД. б. и.*
- Полетика, М. И. (1904б). *Холера 1902 г. На линии отчуждения КВЖД. Приложение к общему медицинскому отчету по постройке КВЖД. б. и.*
- Путеводитель по Харбину. (1922). Выставочный зал Харбинской товарной выставки.*
- Ратманов, П. Э. (2009). *История Врачебно-санитарной службы Китайской Восточной железной дороги (1897–1935 гг.). Издательство Дальневосточного государственного медицинского университета.*
- Ратманов, П. Э. (2017). *Начало эпидемии чумы в Маньчжурии (1910–1911 гг.): События и интерпретации. Проблемы Дальнего Востока, 2, 104–116.*
- Сугимото Масаюки. (1915). *Современный Китай, Маньчжурия и Корея. б. и.*
- Хмара-Борщевский, Э. П. (1912). *Чумные эпидемии на Дальнем Востоке и противочумные мероприятия управления КВЖД. б. и.*
- Якобзон, Л. Я. (1904). *Народное здравие и медицина в Японии. Япония и ее обитатели (сс. 159–170). Брокгауз-Ефрон.*
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-а). V09072721300, с. 1–20.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-б). V09072746600, с. 2–3.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-с). V09072770100, с. 2–3, 5–17, 24–28.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-d). V09072785000, с. 1–12.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-e). V09072824300, с. 11–14.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-f). V09072836300, с. 4, 8–9, 11, 26, 31, 34, 45, 37, 59–60, 75.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-g). V09073252000, с. 16.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-h). V09073252800, с. 44–48.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-i). V09073252900, с. 1–16.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-j). V09073253200, с. 2–21.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-k). V09073253800, с. 69–73.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-l). V09073254200, с. 79–86.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-m). V09073255200, с. 1–8.
- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-n). V09073750700, с. 6–22.

- Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-о). B09113999400, с. 2.
 Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-р). B11090027900, с. 2–7.
 Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-q). B12082208500, с. 2–4.
 Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-r). B12082289700, с. 2–3.
 Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-s). B12082290000, с. 1–20.
 Японский центр исторических записей (JACAR). (б. д.-t). B13080325200, с. 2–8.

References

- A Guide to Harbin.* (1922). Exhibition Hall of the Harbin Commodity Exhibition. (In Russian).
- General information about the Manchurian region of Harbin. (1903). In *Research review of the trade situation in Korea and Siberia. Customs Monthly Bulletin.* n. p. (In Russian).
- Gonchar, V. V., & Povolotsky, V. D. (2022). Japanese medical practices in the Amur Governorate-General (1884–1917). *Japanese Studies in Russia*, 3, 39–49. <https://doi.org/10.55105/2500-2872-2022-3-39-49> (In Russian).
- Grave, V. V. (1912). *The Chinese, Koreans and Japanese in the Amur Region. Report of the Plenipotentiary of the Ministry of Foreign Affairs V.V. Grave. Proceedings of the Amur Expedition sent by the Imperial order. Issue XI.* n. p. (In Russian).
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-a). B09072721300, p. 1–20.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-b). B09072746600, p. 2–3.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-c). B09072770100, p. 2–3, 5–17, 24–28.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-d). B09072785000, p. 1–12.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-e). B09072824300, p. 11–14.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-f). B09072836300, p. 4, 8–9, 11, 26, 31, 34, 45, 37, 59–60, 75.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-g). B09073252000, p. 16.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-h). B09073252800, p. 44–48.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-i). B09073252900, p. 1–16.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-j). B09073253200, p. 2–21.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-k). B09073253800, p. 69–73.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-l). B09073254200, p. 79–86.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-m). B09073255200, p. 1–8.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-n). B09073750700, p. 6–22.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-o). B09113999400, p. 2.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-p). B11090027900, p. 2–7.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-q). B12082208500, p. 2–4.



- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-r). B12082289700, p. 2–3.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-s). B12082290000, p. 1–20.
- Japan Center for Asian Historical Records (JACAR). (n. d.-t). B13080325200, p. 2–8.
- Khmara-Borschevsky, E. P. (1912). *Plague epidemics in the Far East and anti-plague measures of the CER administration*. n. p. (In Russian).
- Nakamura Yoshito. (1926). *A general introduction to Harbin, edited by the Japanese Chamber of Commerce in Harbin*. n. p. (In Russian).
- Perrins, R. (2005). Doctors, disease, and development: Engineering colonial public health in Southern Manchuria, 1905–1926. In M. Low (Ed.), *Building a modern Japan. Science, technology, and medicine in the Meiji Era and beyond* (pp. 103–132). Springer.
- Poletika, M. I. (1904a). *General medical report on the construction of the CER*. n. p. (In Russian).
- Poletika, M. I. (1904b). *Cholera in 1902 on the alienation line of CER. Appendix to the general medical report on the construction of the CER*. n. p. (In Russian).
- Ratmanov, P. E. (2009). *History of the Medical and Sanitary Service of the Chinese Eastern Railway (1897–1935)*. Far Eastern State Medical University Publishers. (In Russian).
- Ratmanov, P. E. (2017). The Beginning of the Plague Epidemic in Manchuria (1910–1911): Events and Interpretations. *Challenges of the Far East*, 2, 104–116. (In Russian).
- Sugimoto Masayuki (1915). *Modern China, Manchuria and Korea*. n. p. (In Russian).
- Yakobzon, L. Y. (1904). Public Health and Medicine in Japan. In *Japan and its inhabitants* (pp. 159–170). Brockhaus-Epheron. (In Russian).
- Zdravomyslov, Y. (1914). Six months in Peking and a week in Tokyo. In *The 1st Congress Proceedings of the Amur Region Doctors, August 23–24, 1913, in Khabarovsk* (pp. 279–304). n. p. (In Russian).