

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

Предсѣдателя Общества

Проф. Л. О. ДАРКШЕВИЧА.

ТОМЪ I.

ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ.

1901 г.

КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1901.

Дозволено цензурою. Казань, 1 марта 1901 г.

Отъ редакціи.

„Казанскій Медицинскій Журналъ“, являющійся органомъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, будетъ выходить ежемѣсячно, за исключеніемъ Іюня и Іюля, по слѣдующей программѣ: I. оригинальныя статьи, II. рефераты текущей литературы, III. годовые обзоры литературы по специальностямъ, IV. отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, съѣздовъ и докторскихъ диспутахъ въ Казанскомъ Университетѣ, V. отчеты больничныхъ учреждений, VI. корреспонденціи, VII. рецензіи, VIII. библіографія, IX. письма въ редакцію, X. некрологъ, XI хроника и мелкія извѣстія.

На страницахъ „Казанскаго Медицинскаго Журнала“ какъ въ отдѣлѣ оригинальныхъ статей, такъ и во всѣхъ остальныхъ отдѣлахъ будутъ помѣщаться исключительно только русскія работы, посвященныя всѣмъ отраслямъ теоретической и практической медицины. Въ отдѣлѣ отчетовъ о засѣданіи ученыхъ обществъ имѣется въ виду давать сообщенія главнымъ образомъ о работѣ провинціальныхъ медицинскихъ обществъ; въ отдѣлѣ корреспонденцій будутъ сосредоточиваться по преимуществу свѣдѣнія изъ области земской медицины; въ отдѣлѣ библіографическомъ предположено давать заглавія оригинальныхъ работъ всѣхъ русскихъ медицинскихъ журналовъ, равнымъ образомъ, и заглавія сообщеній, содержащихся въ печатныхъ протоколахъ провинціальныхъ медицинскихъ обществъ; отдѣлъ, посвященный отчетамъ больничныхъ учреждений, будетъ пополняться работами, выходящими какъ изъ Казанскихъ больничныхъ учреждений, такъ и изъ больницъ различныхъ земствъ Поволожскаго края.

„Казанскому Медицинскому Журналу“ обѣщано содѣйствіе многими членами Казанскаго Медицинскаго Факультета; выразили желаніе содѣйствовать ему и многія лица изъ врачебнаго персонала какъ университетскихъ учреждений, такъ и городскихъ больницъ; ему остается только достигнуть одного—содѣйствія со стороны земскихъ врачей, помощь которыхъ является существенной, желанной.



ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫИ.

Нѣсколько словъ о мѣстной анестезіи эйкаиномъ В.

Проф. Н. А. Гарнена.

Вопросъ о различныхъ способахъ анестезіи не перестаетъ до послѣдняго времени интересовать хирурговъ. Новый способъ анестезіи нижней половины тѣла, посредствомъ вырѣскиванія раствора кокаина въ субдуральное пространство поясничной части спинного мозга, возникъ и разрабатывается въ самые послѣдніе годы.

Это настойчивое исканіе новаго, лучшаго способа анестезіи указываетъ на нѣкоторые несовершенства и недостатки всѣхъ прежнихъ и объясняется требованіями практики. Люди слишкомъ боятся физической боли.... Примѣненіе оперативныхъ способовъ леченія часто не встрѣчаетъ согласія со стороны пациентовъ единственно въ силу болѣзненности нашихъ операций, и вліяніе этого момента можно замѣтить у больныхъ изъ всѣхъ классовъ населенія. При широкомъ и успѣшномъ примѣненіи анестезіи, хирургія съ ея методами леченія сдѣлалась-бы еще болѣе популярной, чѣмъ она есть въ настоящее время. Другой вопросъ о томъ, какъ сдѣлать, чтобы выполненіе анестезіи не было слишкомъ хлопотливымъ и не поглощало-бы много времени у врача, особенно земскаго, всегда занятого и вѣчно вынужденнаго дорожить временемъ и спать.

Не менѣе важное второе общес показаніе къ примѣненію анестезіи—болѣзненность хирургическаго изслѣдованія въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Иногда возможно получить ясныя и достаточныя для діагноза данныя, лишь устранивъ рефлекторныя и инныя препятствія къ основательному и не спѣшному изслѣдованію,—препятствія, возникающія со стороны больного и связанныя съ болѣзненностью изслѣдованія. Случаи эти въ хирургической практикѣ, особенно при страданіяхъ носа, мочеполовыхъ органовъ, не очень рѣдки.

Занимаясь съ особымъ интересомъ вопросомъ объ анестезіи между прочимъ на матеріалѣ городской Александровской больницы

въ Казани, я однажды уже дѣлалъ докладъ въ Обществѣ врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ „о мѣстной анестезіи эйкаиномъ В“ преимущественно при мелкихъ амбулаторныхъ операціяхъ, которыя обычно какъ разъ и сопровождаются крикомъ и стономъ больныхъ. Доклада своего своевременно я не впечаталъ, теперь-же въ виду того, что въ русской медицинской литературѣ нѣтъ сообщеній объ этой анестезіи, весьма дѣльной и удобной въ особенности въ земской практикѣ,—я хотѣлъ бы снова обратить на нее вниманіе товарищей. Эйкаиновая анестезія по простотѣ и быстротѣ своего выполненія стоитъ выше напр. Schleich'овской инфльтраціонной анестезіи, которая въ настоящее время обратила на себя вниманіе и русскихъ врачей. Кстати сказать, къ этой послѣдней, также какъ къ вопросу объ общей анестезіи бромистымъ этиломъ, я хотѣлъ бы возвратиться въ будущемъ, если позволятъ обстоятельства.

Препаратъ, выпущенный фирмою Schering'a подъ названіемъ эйкаина, былъ изслѣдованъ Vincі въ 1896 году въ отношеніи своего фізіологическаго и токсикологическаго дѣйствія и объявленъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣнить кокаинъ; клиническія же наблюденія показали нѣкоторые существенные недостатки и неудобства эйкаина въ особенности въ глазной практикѣ. Въ 1897 г. фабрика выпустила другой препаратъ, названный въ отличіе отъ перваго эйкаиномъ В; первоначальный же препаратъ, который продолжали изучать и примѣнять, получилъ съ этого времени названіе эйкаина А. Эта справка объясняетъ смысл и значеніе буквы В при названіи эйкаина. Употребляется для растворовъ не само основаніе (беломъ выпилъ діакетонъ алкаминъ) а его солянокислая соль—euscainum В hydrochloricum Schering'a. О растворахъ такого именно эйкаина ниже и будетъ рѣчь. Физическія свойства эйкаина А и эйкаина В различны. Начать съ того, что первый даетъ при комнатной температурѣ растворы 10% крѣпости, а второй лишь 4½%—5%. Растворы эйкаина В постоянны, хотя, какъ я нѣсколько разъ наблюдалъ, изъ 4% раствора выдѣляются со временемъ, при стояніи въ теченіе мѣсяца или болѣе, прозрачныя кристаллы въ видѣ иголь. Фізіологическое дѣйствіе раствора, какъ при долгомъ стояніи, такъ и при многократномъ кипяченіи, не измѣняется, что позволяетъ надежно и просто стерилизовать растворъ передъ употребленіемъ. По нѣкоторымъ изслѣдованіямъ растворы эйкаина имѣютъ даже самостоятельное бактеріеубивающее дѣйствіе. Для анестезіи употребляютъ растворы различной крѣпости, въ зависимости отъ мѣста и способа прихвненія средства. Для инъекцій я употреблялъ въ послѣднее время исключительно 2% растворъ, для смазыванія слизистыхъ оболочекъ 4%. Мои наблюденія касаются довольно значительнаго числа разнообразныхъ, хотя преимущественно мел-

кихъ операціонныхъ случаевъ. Дѣлая два года тому назадъ докладъ въ Обществѣ врачей, я основывался на слѣдующихъ наблюденіяхъ: вылуценіе липомъ 4, атеромъ 14, вскрытіи нарывовъ на туловищѣ 6, торакотомій 2, надлобковыхъ цистотомій 1, трахеотомій 1; извлеченій зубовъ 7, извлеченій постороннихъ тѣлъ 4, выскабливаній костныхъ туберкулезныхъ гнѣздъ 3, разрывовъ при панариціяхъ и флегмонозныхъ нарывахъ кисти 8, случаевъ перевязки *vena sa rphenae* по *Trendelenburg'u* 2, проколъ барабанной перепонки 1, изслѣдованіе носоглоточнаго пространства съ зеркаломъ *Schmidfa* 3, ампутація пальцевъ 1, удаленіе раковыхъ опухолей губы 2, отсѣченіе миндалинъ 2, удаленіе вросшихъ ногтей 6, сшиваніе раны (у мальчика 11 лѣтъ) 1. Нѣкоторыя изъ перечисленныхъ операцій были сдѣланы у дѣтей 8—12 лѣтъ. Въ два послѣдніе года эйкаиновая анестезія примѣнялась мною и ассистентами также значительное число разъ, хотя точную статистику послѣднихъ случаевъ я привести не могу.

Разсмотримъ примѣненіе эйкаина при изслѣдованіи носа и нѣкоторыхъ другихъ полостей, и примѣненіе его при операціяхъ на кожѣ и другихъ органахъ. Для операцій въ полости носа средство не подходитъ и кокаина замѣнить не можетъ. При анестезіи кокаиномъ получается сильное сокращеніе сосудовъ и пещеристой ткани слизистой оболочки носа, вслѣдствіе этого рядомъ съ анестезіей мы получаемъ расширеніе носовыхъ ходовъ, лучшій доступъ для инструментовъ въ сокращеннѣйшіе уголки носовой полости и гарантію отъ сильныхъ кровотеченій во время операціи, могущихъ помѣшать самому ходу ея. Эйкаинъ дѣйствуетъ на сосуды, парализуя стѣнки, вмѣсто сжиманія сосудовъ, наступаетъ ихъ расширеніе и набуханіе тканей. Противъ этого нежелательнаго при операціи въ носу явленія можно бороться, примѣняя экстрактъ надпочечныхъ железъ, но техника анестезіи этимъ уже осложняется, и повторяю, при операціяхъ въ носу выгоды и преимущества стоятъ безспорно на сторонѣ кокаина.

Употребляли растворы эйкаина для анестезіи глотки и мягкаго неба въ случаяхъ, гдѣ необходимо возможно тщательно изслѣдовать нижній или верхній отдѣлъ глотки. Преимущество эйкаина въ этихъ случаяхъ несомнѣнно, такъ какъ эйкаинъ не вызываетъ мучительныхъ, устрашающихъ больного парестезій въ глоткѣ, которыя столь обычны при употребленіи растворовъ кокаина для смазыванія зѣва. Для анестезіи при изслѣдованіи прямой кишки и пузыря эйкаинъ очень удобенъ. Особенно примѣнимъ онъ у дѣтей, для которыхъ кокаинъ является вообще очень опаснымъ и ядовитымъ.

Въ зубной практикѣ эйкаинъ (почти исключительно эйкаинъ А) употреблялся многими, и на русскомъ языкѣ есть нѣсколько статей о примѣненіи эйкаина съ этою цѣлью (Залого, Палемъ, Абрам-

скій). Такъ какъ мнѣ, какъ и всякому хирургу въ нашихъ большихъ городахъ, при нѣкоторомъ уже распространеніи специальныхъ зубныхъ врачей, приходилось имѣть дѣло лишь съ особенно тяжелыми случаями экстракцій зубовъ, гдѣ уже дѣлались иной разъ неудачныя попытки экстракціи, то хорошіе результаты отъ примѣненія въ этихъ случаяхъ эйкаина В особенно говорить въ его пользу. Впрыскивался 2% растворъ въ десну внутренней и наружной стѣнокъ: удачное впрыскиваніе сейчасъ же узнается по рѣзкому побѣленію и опуханію десны; затѣмъ тотъ же растворъ впрыскивался между стѣнкой луночки и корнями зуба. Эта манипуляція не всегда и не сразу удается, вслѣдствіе трудности провести иглу въ узкій промежутокъ. Надо заботиться о томъ, чтобы не сломать конца иглы; и если не удастся продвинуть иглу съ внутренней или наружной стороны зуба, слѣдуетъ попытаться пройти ею спереди или сзади его корней, особенно если сосѣдніе зубы отсутствуютъ. Не удалось впрыскиваніе по направленію къ корню зуба, — у насъ остается еще приемъ: впрыснуть растворъ въ надкостницу луночки съ наружной и внутренней ея сторонъ. Это послѣднее впрыскиваніе приходится дѣлать, примѣняя значительное давленіе на поршень, а потому, если игла не плавничивается на шприцъ или не закрѣпляется на немъ посредствомъ особаго шпечка, то впрыскиваніе не всегда удается. Когда разовьемъ большое давленіе на поршень, игла соскакиваетъ, и жидкость проливается мимо. Обыкновенный шприцъ Пирацца для этихъ впрыскиваній неудобенъ, также неудобенъ и всякій другой шприцъ съ продольно вставляемой иглой, особенно если мы анестезируемъ одинъ изъ заднихъ зубовъ. Нѣтъ достаточно простора, чтобы подойти къ зубу съ прямымъ шприцемъ; здѣсь годится лишь шприцъ съ иглой, насаженной подъ прямымъ или тупымъ угломъ. При такомъ способѣ примѣненія эйкаина можно достигнуть совершенной анестезіи зуба, при малой при томъ затратѣ времени на ея производство. Въ случаѣ надобности можно безболѣзненно разрѣзать десну, отскоблить надкостницу и, сдѣлавъ часть луночки, закопчить самую труднѣйшую экстракцію. Но успѣхъ этой анестезіи зависитъ въ значительной степени отъ хорошихъ качествъ шприца.

Подобнымъ же образомъ поступаю я при вскрытіи Гайморовой пазухи черезъ зубную луночку. По удаленіи зуба, просверливается дно луночки одного изъ наружныхъ корней, при чемъ этотъ моментъ операціи если и бываетъ болѣзненнымъ, то въ весьма малой степени.

При операціяхъ въ прочихъ областяхъ тѣла эйкаинъ примѣнялся различнымъ способомъ, или въ видѣ послойныхъ анестезирующихъ инъекцій, или по принципу т. н. регіонарной анестезіи. Техника примѣненія раствора въ обоихъ случаяхъ различна. Для

послойной анестезіи возможно пользоваться обыкновеннымъ шприцемъ Праваца; начинаемъ дѣлать впрыскиваніе не въ подкожную клітчатку, а въ толщѣ кожи, именно въ толщѣ ея волокнистаго слоя. Игла вкалывается неглубоко и держится при вкалываніи почти тапгеиціально. При надавливаніи на поршень растворъ проникаетъ въ тканевые промежутки дермы, раздвигаетъ ихъ, при чемъ кожа блѣднѣетъ и образуется довольно рѣзко ограниченная припухлость—волдырь, похожій на эфлоресценцію крапивной лихорадки. Это мѣсто сейчасъ-же становится не чувствительнымъ. Иглу шприца продвигаемъ дальше и, нажимая на поршень, образуемъ по сосѣдству съ первымъ второй подобный же волдырь. Первый уколъ иглы и первое впрыскиваніе бывають въ извѣстной степени болѣзненны; для новаго и послѣдующихъ вкалываній иглы слѣдуетъ пользоваться периферіей уже существующаго поля анестезіи. Не торопясь со введеніемъ раствора, можно сдѣлать всю дальнѣйшую процедуру анестезіи почти безболѣзненной. Рядъ уколовъ и впрыскиваній дѣлается по линіи предполагаемаго разрѣза кожи, заходя на нѣсколько см. за начальную и конечную его точку. Поверхность кожи на мѣстѣ сдѣланныхъ впрыскиваній представляетъ теперь такую картину: виднѣсь рядъ уколовъ изъ которыхъ точками или небольшими каплями выступаетъ кровь. По линіи впрыскиваній замѣтны четкообразныя припухлости въ видѣ сливающихся волдырей. Поверхность волдырей теперь уже не блѣдная, а напротивъ гиперемическаго или даже застойно-гиперемическаго цвѣта. Припухлость кожи распространяется и въ стороны отъ линіи впрыскиваній; здѣсь также видна довольно значительная и иногда очень широко распространявшаяся гиперемія кожи. Если впрыскиванія были сдѣланы неудачно, не въ кожу, а въ подкожную клітчатку, то получается совсѣмъ другая картина. Волдырей и припухлости кожи нѣтъ, гиперемія кожи небольшая, а главное и анестезія получается небольшая. Вѣроятно, что впрыснутый растворъ очень быстро уносится токомъ лимфы съ мѣста впрыскиванія и не успѣваетъ развить своего физиологическаго дѣйствія. Для успѣха анестезіи необходимо, чтобы впрыскиванія были сдѣланы именно въ кожу, указаннымъ образомъ. Окончивъ впрыскиванія, слѣдуетъ выждать 5—6 минутъ и тогда начинать операцію; за это время область анестезіи распространяется вглубь на подкожную клітчатку. Теперь можно совершенно безболѣзненно разрѣзать кожу, подкожную клітчатку и предпринять въ нѣкоторыхъ случаяхъ дальнѣйшіе оперативные акты. Анестезированія одной кожи достаточно, чтобы многія операціи произвести или совсѣмъ, или почти безболѣзненно. Глубже лежація части, если онѣ не въ воспаленномъ состояніи, сравнительно мало чувствительны; въ этомъ легко убѣдиться всякому наблюдательному хирургу.

Допустимъ, что мы вылушаемъ жировую опухоль. По обнаженіи опухоли и постепенномъ ея вылученіи, мы доходимъ наконецъ до ея пнжней поверхности. Пациентъ чувствуетъ небольшія боли, когда перерѣзываемъ или вообще работаемъ въ области сосудистой ножки опухоли, въ остальномъ операція проходитъ безболѣзненно.

При подобныхъ исключительно кожныхъ инъекціяхъ возможно почти безболѣзненно вскрывать и подострые глубокіе гнойники. Кожа и подкожная клѣтчатка разрѣзываются безболѣзненно, апоневрозъ и мышечные слои вмѣстѣ со стѣнками гнойника прокалываются быстро; обыкновенно удается обойтись безъ второго ряда впрыскиваній въ апоневрозъ и глубже лежащіе пласты тканей.

При резекціи ребра по поводу плевральной эмпіемы, вслѣдъ за разрѣзомъ кожи мы дѣлаемъ второй рядъ впрыскиваній въ мышцы и надкостницу; обнаживъ ребро, впрыскиваемъ растворъ подъ надкостницу ребра, особенно по его пнжнему краю. Эти впрыскиванія сами по себѣ вызываютъ нѣкоторую боль, и ее можно ослабить, лишь не торопясь вводить растворъ, а впрыскивая постепенно и медленно.

Подобнымъ-же образомъ можно получить анестезію для легкихъ случаевъ секвестротоміи.

Для безболѣзненнаго удаленія кожныхъ атеромъ приемы анестезіи остаются тѣмъ-же самыми, требуется лишь осторожность, чтобы не проткнуть иглою стѣнки мѣшка и не впрыснуть растворъ въ его полость.

При острыхъ воспалительныхъ процессахъ впрыскиваніе раствора въ воспаленные ткани очень болѣзненно, поэтому въ подобныхъ случаяхъ мы отказываемся получить анестезію введеніемъ эйкаина на мѣстѣ самаго патологическаго процесса, а предпочитаемъ примѣнить растворъ по правиламъ такъ называемой регионарной анестезіи. Принципіально это совсѣмъ особый приемъ (Oberst, Ali Krogius).

Мы впрыскиваемъ растворъ не на мѣстѣ предполагаемой операціи, а периферическій, въ нѣкоторомъ разстояніи отъ него, по возможности въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ главными нервными стволами, развѣтвляющимися ниже въ области предполагаемаго операціоннаго поля. Цѣль здѣсь та, чтобы, анестезировавъ нервный стволъ гдѣ нибудь на его протяженіи и разстроивъ его проводимость, *сдѣлать всю область периферическаго развѣтвленія нерва нечувствительной*. Принципъ регионарной анестезіи простъ и вѣренъ, осуществленіе-же его въ нѣкоторыхъ случаяхъ затруднительно. Надо анестезировать всѣ нервные стволы, подходящіе къ извѣстной области, напр. при вычлененіи въ лучезапястномъ суставѣ надо впрыснуть растворъ во влагалища по крайней мѣрѣ 3-хъ нервовъ: лучевого, срединнаго и локтевого, при томъ сдѣлать

выпрыскиваніе такъ, чтобы концомъ иглы не поранить самихъ нервныхъ стволовъ и не причинить сильнѣйшей боли, а въ то же время выпрыснуть растворъ въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ нервнымъ стволомъ, чтобы жидкость успѣла оказать свое анестетическое дѣйствіе прежде чѣмъ будетъ унесена токомъ лимфы съ мѣста выпрыскиванія въ общій кругъ кровообращенія. Это условіе удастся осуществить лишь въ нѣкоторыхъ областяхъ и пользуясь нѣкоторыми особыми приемами. Между прочимъ способъ медуллярной анестезіи можно разсматривать какъ совершенное осуществленіе принципа регионарной анестезіи. Здѣсь однимъ выпрыскиваніемъ анестезируются всѣ нервныя стволы направляющіяся къ нижней половинѣ тѣла. Здѣсь всѣ нервныя стволы идутъ соединенно, заключенные въ мѣшечъ твердой мозговой оболочки, здѣсь легко и подѣйствовать на нихъ анестезирующимъ растворомъ. Образовавъ сплетенія и разсыпавшись на отдѣльные нервы, идущіе каждый своимъ путемъ, чувствительныя волокна не могутъ быть легко перехвачены анестезирующимъ растворомъ на своемъ ходѣ. Нельзя съ увѣренностью сдѣлать выпрыскиваніе какъ разъ именно во влагалище перваго ствола. Для этого слѣдуетъ хотя-бы нѣсколько обнажить нервъ и выпрыснуть растворъ подъ контролемъ глаза; но такой приемъ не всегда будетъ выгодно примѣнять уже въ силу его мѣшкотности. Чтобы гарантировать *возможно долгое пребываніе анестезирующей жидкости въ сосѣдствѣ съ нервнымъ стволомъ* можно временно прервать токъ лимфы, и это и составляетъ главный приемъ регионарной анестезіи.

Накладываясь на конечность эластическій жгутъ, прерываемъ движеніе въ ней крови и лимфы, и выпрыскиваемъ 2% растворъ эйкаина по ходу нервныхъ стволовъ, руководясь ихъ анатомическимъ положеніемъ. Растворъ, при остановкѣ кровообращенія и лимфатическаго тока, въ теченіи большаго промежутка времени дѣйствуетъ на ткани въ сосѣдствѣ съ мѣстомъ выпрыскиванія, и анестезія нервныхъ стволовъ можетъ получиться уже съ большою вѣроятностью, и не въ такой степени будетъ зависѣть отъ нѣкоторой возможной неудачи въ выборѣ самаго мѣста выпрыскиванія. Затѣмъ, регионарная анестезія можетъ получиться, если мы дѣлаемъ выпрыскиваніе эйкаиномъ въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ полемъ операціи, въ центральную сторону отъ него, и инфильтрируемъ при этомъ не только кожу, но и подкожную клетчатку, при одновременномъ наложеніи эластическаго жгута на конечность выше мѣста выпрыскиванія.

Примѣромъ перваго рода анестезіи послужитъ оперированіе панариція, развившагося на послѣдней фалангѣ котораго пибудъ изъ пальцевъ. Поступаемъ слѣдующимъ образомъ: поджавъ руку больнаго кверху на 3—4 минуты, накладываемъ кругомъ пальца или плеча эластическій жгутъ или ленту, при чемъ для пальца

удотребляемъ тонкую дренажную трубку, а для плеча предпочтительно — въ предупрежденіе болей отъ жгута — резиновую ленту, обертывая ею плечо нѣсколько разъ, пока не будутъ совершенно сдавлены плечевыя артеріи.

Затѣмъ при основаніи пальца съ наружной и внутренней сторонъ впрыскиваемъ въ подкожную кѣтчатку по полному Правацевскому шприцу 2% раствора эйканна. Совершенная анестезія наступаетъ не ранѣе 5 минутъ. По истеченіи этого срока можно вполне безболѣзненно сдѣлать глубокій разрѣзъ пальца и выскоблить гнойный фокусъ острой ложкой.

Въ этомъ случаѣ анестезія получается отъ дѣйствія раствора эйканна въ мѣстѣ впрыскиванія на пальцевыя нервы. Анестезія распространяется на всю область развѣтвленія этихъ нервовъ, слѣдовательно и на послѣднюю фалангу пальца.

Если представимъ случай флегмонознаго абсцесса въ подкожной кѣтчаткѣ на ладони, допустимъ — въ области межпальцевой складки, какъ обычно возникаютъ эти абсцессы отъ мозолей на ладонной поверхности кисти, то для анестезированія въ этомъ случаѣ поступимъ слѣдующимъ образомъ. Эластическая лента кругомъ плеча. Впрыскиваніе раствора эйканна по всей периферіи воспалительнаго фокуса на тыльной и ладонной сторонахъ. Черезъ 5 минутъ обыкновенно наступаетъ анестезія.

Въ этомъ случаѣ трудно уловить и анестезировать болѣе крупныя первыя вѣтви, снабжающія чувствительными волокнами ткани въ операціонномъ полѣ, и намъ остается подѣйствовать растворомъ на ближайшіе мелкіе нервы, которые идутъ въ кожѣ и подкожной кѣтчаткѣ въ ближайшей къ операціонному полю области. Теоретически надо допустить, что другихъ путей для нервовъ въ этомъ случаѣ не будетъ, и анестезирующій растворъ не преминетъ оказать свое дѣйствіе и при этомъ способѣ впрыскиваній.

Въ каждомъ частномъ случаѣ приходится измѣнять приемы анестезіи въ зависимости отъ мѣста и рода патологическаго процесса. Иногда анестезія можетъ совершенно не удаваться, какъ было со мною неоднократно при вымученіи лимфатическихъ железъ въ паховой области.

Особенно хороша и удобна эйканная анестезія при извлеченіи постороннихъ тѣлъ изъ пальцевъ и вообще подкожной кѣтчатки. Разрѣзъ, изслѣдованіе дна раны, растягиваніе ея краевъ, все производится безболѣзненно и безпрепятственно со стороны больного.

Во многихъ указанныхъ случаяхъ возможно примѣнять вмѣсто эйканнаго раствора, растворъ кокаина, но если принять во вниманіе частоту токсическихъ осложненій, необходимость пользоваться свѣжеприготовленными растворами кокаина и затруднительность

стерилизации ихъ, то преимущество болѣе удобнаго, безопаснаго и болѣе дешеваго средства остается за экаиномъ В.

Края операціонной раны, сдѣланной при экаиновой анестезіи, всегда припухаютъ и остаются такими въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, но это не служитъ препятствіемъ для заживленія первымъ натяженіемъ, если мы рану зашьемъ; напротивъ, при обиліи пластического матеріала сращеніе происходитъ еще быстрѣе; не слѣдуетъ только туго затягивать швы. Припухлость краевъ раны происходитъ отъ расширенія сосудовъ и усиленія трансудаціи. Можно бы опасаться возникновенія въ этихъ условіяхъ значительныхъ паренхиматозныхъ кровотеченій, о которыхъ нѣсколько разъ упоминалось въ литературѣ объ экаиנъ, но неправильныя, усиленные кровотеченія могутъ появляться, вѣроятно, лишь въ исключительныхъ условіяхъ, по крайнѣй мѣрѣ я при своихъ операціяхъ ихъ не видѣлъ.

Случаевъ отравленія экаиномъ В до сихъ поръ не извѣстно. Одно ясно выраженное отравленіе мы наблюдали въ больницѣ у больного съ туберкулезными свищами въ лѣвой паховой области, которому было впрыснуто всего около 0,12 экаина В. Припадки состояли въ крайнемъ безпокойствѣ, даже буйствѣ больного, шагося съ операціоннаго стола; въ субъективныхъ замираніяхъ судорожныхъ сокращеній конечностей, мускулатуры лица, языка, и въ весьма мучительныхъ парестезіяхъ со стороны тѣльнаго нерва, которыя больной не могъ хорошо выносить, но на которыя жаловался еще по истеченіи сутокъ; больной чувствовалъ на опущеніе противнаго кислаго запаха, который онъ нивалъ съ запахомъ хлороформа (?). Потери сознанія не было. Лечение было выжидательное. Тяжелые припадки продолжались около 6 часовъ.

Я объясняю это отравленіе случайнымъ впрыскиваніемъ раствора прямо въ вену. Кромѣ этого единственнаго раза всѣ прочіе случаи экаиновой анестезіи протекали безъ малѣйшихъ слѣдовъ токсического дѣйствія экаина. Максимальныя дозы, какія мнѣ пришлось примѣнить, не превышали 0,4 gr. Другіе безпачаивно впрыскивали и большія дозы.

Въ заключеніе позволю себѣ кратко формулировать все выше сказанное слѣдующимъ образомъ.

1. Примѣняя по извѣстнымъ правиламъ растворъ солянокислаго экаина В, мы можемъ многія простыя операціи производить совершенно безболѣзненно, или по крайней мѣрѣ можемъ добиться такого уменьшенія и ослабленія боли, каковымъ съ практической точки зрѣнія можно вполне удовольствоваться.

2. Техника экаиновой анестезіи вообще проста, не отнимаетъ много времени, но въ примѣненіи къ частнымъ случаямъ пужается въ дальнѣйшей разработкѣ.

Литература. *Vinci*, Ueber ein neues lokales Anästheticum, das Eucain. *Virchow's Archiv* 1896, Bd. CXLV. *Oberst* см. *Fernice*, Ueber Cocainanästhesie. *Deutsche medicin. Wochschr.* 1890, № 14. *Ali Krogius*, Zur Frage von der Cocainanalgesie. *Centrbl. für Chirurgie* 1894 № 11. *Залова*, Евкаинъ въ зубной хирургіи. *Хирургія* 1893, т. III, № 14.

Изъ Казанской клиники нервныхъ болѣзней.

О леченіи табической атаксіи по методу Frenkel'я и по его модификаціямъ ¹⁾.

Д-ра М. М. Меринга.

Въ одномъ изъ засѣданій секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней на послѣднемъ съѣздѣ Русскихъ врачей въ память П. И. Пирогова проф. Тарновскій, коснувшись симптоматологій сухотки спинного мозга, процитировалъ замѣчаніе Charcot, что „при *tabes dorsalis* имѣется столько же симптомовъ, сколько буквъ въ алфавитѣ“, добавивъ отъ себя, что „симптомовъ этихъ, пожалуй, и еще немножко болѣе“.

Съ приведеннымъ замѣчаніемъ нельзя не согласиться: дѣйствительно, *tabes dorsalis* преимущественно предъ всѣми остальными заболѣваніями первой системы отличается богатствомъ своей симптоматологій и богатство это продолжаетъ увеличиваться чуть ли не съ каждымъ днемъ, являясь результатомъ усидчивыхъ и пропотавныхъ изысканій невропатологовъ у постели больныхъ.

Полученные такимъ путемъ, рассматриваемые сообща и сравниваемые другъ съ другимъ симптомы эти оказываются далеко не одинаковаго значенія и достоинства.

Ради большаго удобства своего рассмотрѣнія они подраздѣляются обыкновенно на извѣстныя рубрики и категоріи, различныя въ зависимости отъ того, какой въ основу ихъ классификаціи оказывается положеннымъ принципъ.

Мы можемъ, напр., дѣлить симптомы на „ранніе и поздніе“, если будемъ руководиться принципомъ хронологическимъ; мы будемъ третировать ихъ въ качествѣ „объективныхъ и субъективныхъ“ въ зависимости отъ характера изслѣдованія нервной системы нашихъ паціентовъ и т. д., и т. д.;—мы, словомъ, можемъ классифициро-

¹⁾ Докладъ, читанный въ Обществѣ Врачей при Казанскомъ Университетѣ 29 ноября 1900 г.

вать на тысячи образцовъ, но, если мы станемъ на точку зрѣнія больного человѣка, то, конечно, раздѣлимъ всѣ эти симптомы лишь на двѣ слѣдующія категоріи: на категорію симптомовъ легкихъ и на категорію симптомовъ тяжелыхъ, трудно болѣзнымъ переносимыхъ.

Вотъ, становясь на эту-то послѣднюю точку зрѣнія, мы безусловно, отнесемъ во вторую категорію такіе мучительные признаки, какими считаются по справедливости: стрѣляющія боли, всевозможные кризы (желудочные, ректальные, горловые и иные), сѣрал атрофія зрительныхъ нервовъ, доводящая мало по малу больныхъ до полной слѣпоты, расстройствъ въ отравленіи тазовыхъ органовъ и, наконецъ, расстройствъ координаціи движеній или такъ называемая атаксія.

Какую видную роль играетъ появленіе этого послѣдняго признака въ клинической картинѣ болѣзни, легко можно усмотрѣть изъ предложенія извѣстнаго французскаго невропатолога Duhenne (de Boulogne)—одного изъ творцовъ ученія о *tabes*,—самую болѣзнь называть „*ataxie locomotrice progressive*“. Въ настоящее время мы уже не придерживаемся болѣе терминологіи Duhenne'a, но и сейчасъ, руководясь атактическимъ, если можно такъ выразиться, прищипомъ, мы подраздѣляемъ её на слѣдующіе три періода: на преили проатактический, когда симптома этого еще нѣтъ на лицѣ, на атактический, когда онъ уже является выраженнымъ въ большей или меньшей степени, и на паралитический или паралектический, когда мы застаемъ больного уже прикованнымъ къ постели.

Болѣе пристальное изученіе двигательной сферы больныхъ *tabes*омъ не только подкрѣпляетъ старые взгляды о важномъ симптоматическомъ и діагностическомъ значеніе атаксіи, но, пожалуй, усиливаетъ ихъ еще болѣе рядомъ новыхъ находокъ. Такъ внимательное изслѣдованіе табиковъ даже въ преатактическомъ періодѣ открываетъ у нихъ всеже присутствіе атаксіи, являющейся только въ такъ называемомъ „латентномъ“ или скрытомъ состояніи; а такое же изслѣдованіе ихъ въ послѣднемъ стадіи болѣзни доказываетъ, что параличей, присутствія которыхъ можно было-бы ожидать, судя по наименованію періода, на самомъ дѣлѣ нѣтъ и слѣда ¹⁾. Больные эти могутъ по нашему предложенію поднять ногу и опустить её, привести и отвести, согнуть и разогнуть въ томъ, другомъ и третьемъ сочлененіи, они, словомъ, могутъ совершать тѣ же движенія, которыя совершаетъ и здоровый человѣкъ: аспо, что они

¹⁾ Здѣсь мы должны оговориться, что имѣемъ въ виду лишь случаи чистой сухотки спинного мозга, не осложненные какимъ либо другимъ заболѣваніемъ нервной системы, послѣдствіемъ чего могутъ быть также, конечно, и параличи.

не паралитика. Но, если не парализъ, то какая же, спрашивается, другая причина такъ значительно сѣздила моторную сферу этихъ больныхъ, ограничивъ её передвиженіями въ постели?

Анализъ характера перечисленныхъ нами движеній дастъ отвѣтъ и на этотъ вопросъ: мы, оказываясь здѣсь съ тою же атаксіей, которую констатировали и раньше, но только съ атаксіей, дошедшей до максимальной степени своего развитія, достигнутой, такъ сказать, своего апогея.

Если къ такому печальному результату ведетъ этотъ симптомъ, когда онъ гнѣздится въ нижнихъ конечностяхъ больного, то къ меньшему онъ приводитъ и тогда, когда захватываетъ верхнія его конечности. Исключивъ даже немногочисленныхъ пока представителей свободныхъ профессій, каковы художники и музыканты, для которыхъ въ высшей степени точное выполненіе мелкихъ движеній руками является существенной необходимостью, стоитъ лишь сослаться на всѣхъ вообще интеллигентныхъ людей или даже просто на людей грамотныхъ, чтобы ясно было, какою страшною гостью долженъ явиться этотъ симптомъ какъ для нихъ, такъ и для ихъ семей: потеря мѣста, потеря заработка и связанная съ ними нищета—вотъ грозныя его послѣдствія.

Сказаннымъ объясняется, почему уже съ давнихъ поръ усилія невропатологовъ клонились къ борьбѣ съ атаксіей, вѣришь сказать—къ борьбѣ съ *tabel*, такъ какъ специально съ атаксіей начали бороться лишь втеченіе послѣднихъ десяти лѣтъ; раньше же полагали и, конечно, не безъ основанія, что, упячывая болѣзнь, тѣмъ самымъ парализуешь и отдѣльныя ея проявленія, въ томъ числѣ и атаксію. Къ сожалѣнію, цѣлый арсеналъ какъ наружныхъ, такъ и внутреннихъ средствъ, предложенный съ этою цѣлью, далеко не удовлетворилъ своему назначенію и въ настоящее время часть этихъ средствъ оказывается уже совершенно заброшенной, при-мѣненіе другой—ограничено строго опредѣленными показаніями.

Не удивительными становятся поэтому тѣ полныя горькаго отчаянія отзывы, которыми учителя современныхъ намъ невропатологовъ характеризовали прогнозъ болѣзни и результаты своихъ терапевтическихъ мѣропріятій у постели больныхъ. „Ни одинъ лучъ надежды не свѣтитъ для больныхъ этого рода“ училъ Romberg; „все то, что я испыталъ втеченіе 20 лѣтъ“—замѣчаетъ Picot—„убѣдило меня въ совершенной нашей безпомощности въ борьбѣ съ болѣзненнымъ процессомъ“; наконецъ, P. Marie выражается еще опечаленнѣе: „въ присутствіи таблича“—говоритъ онъ, обращаясь къ своимъ слушателямъ—„я чувствую себя столь безпомощнымъ, отчаяніе мое такъ великое, что я прошу у Васъ позволенія хранить молчаніе, не столько осторожное, сколько просто таинственное“.

Цитируя всѣ эти замѣчанія, проф. Grasset, представившій очень солидный докладъ о леченіи tabis на предпоследнемъ международномъ слѣздѣ врачей въ Москвѣ, замѣчаетъ съ своей стороны, что они носятъ на себѣ сѣды явного „преувеличенія“. Преувеличеніе безусловно есть, но лишь съ нашей современной точки зрѣнія, что же касается до той эпохи, въ которую онѣ высказывались, то для послѣдней, къ сожалѣнію, онѣ являются только справедливыми.

Въ настоящее время, однако, обстоятельства измѣнились къ лучшему. Въ настоящее время уже извѣстны случаи полного излеченія болѣзни. Правда, случаи эти еще рѣдки и спорадически; они до сихъ поръ еще служатъ предметомъ отдѣльныхъ сообщеній и описаній; казуистика ихъ еще собирается, но, во всякомъ случаѣ, они—несомнѣнный, съ нѣсколькихъ сторонъ констатированный фактъ, а, на ряду съ этими случаями радикальнаго исцѣленія отъ болѣзни, значительно подвинулась впередъ также и наша симптоматическая терапия. Открытіе цѣлаго ряда средствъ изъ группы antiprurgetica (они въ тоже время и antineuralgica) даетъ намъ возможность бороться съ стрѣляющими болями, избѣгая несприятной альтернативы дѣлать нашихъ больныхъ морфинистами; осторожная гальванизация по способу Witkowski'аго во многихъ случаяхъ улучшаетъ разстройства тазовыхъ органовъ; у насъ въ Казани моимъ маститымъ учителемъ профессоромъ Е. В. Адамякомъ открытъ фактъ благотворнаго вліянія предложенныхъ нашей клипикой инъекцій азотистокислаго натра на состояніе зрительнаго аппарата табиковъ; наконецъ, въ опубликованномъ 10 лѣтъ тому назадъ Frankel'евскомъ методѣ леченія мы приобрѣли, повидимому, прекрасное symptomaticum для борьбы съ атаксіей.

Чтобы яснѣе представить здѣсь тотъ научный базисъ, на которомъ методъ этотъ покоится, я позволю себѣ передъ изложеніемъ его техники, коснуться въ самыхъ краткихъ и наиболѣе существенныхъ чертахъ современныхъ нашихъ представленій объ атаксіи, бороться съ которой названный методъ имѣетъ своей задачей.

Атаксія—терминъ, введенный въ науку французскимъ ученымъ Bouillaud—въ буквальномъ переводѣ на русскій языкъ (α —не, $\tau\omicron\lambda\omicron\varsigma$ —порядокъ) значитъ „непорядокъ, безпорядокъ“. Подъ именемъ безпорядочныхъ или атактическихъ, мы разумѣмъ движенія съ недостаточной координаціей сокращенія мышцъ. Такого рода недостаточность является, съ одной стороны, какъ результатъ ослабленія координаціи подъ вліяніемъ тѣхъ, или иныхъ патологическихъ процессовъ, но несомнѣнно, что она можетъ зависѣть также и отъ ея недоразвитія благодаря недостаточному количеству совершаемыхъ нами движеній.

Атаксію первого рода можно называть патологической, атаксія второго рода—физиологическая—пока еще не упоминается на стра-

ницахъ руководство и самое ея существованіе находится какъ бы подъ сомнѣніемъ; я позволю себѣ поэтому привести здѣсь нѣсколько ея примѣровъ.

Первый изъ нихъ даютъ намъ наблюденія надъ дѣтьми того возраста, когда они еще не научились ходить: тоже вставаніе на пятки и вызываемое имъ приподыманіе посковъ на воздухъ, которое такъ характерно для ходьбы табиковъ, отмѣчается также и у этихъ ребятъ; тѣже колебанія туловища въ стороны, сопровождаемые верѣдко паденіемъ на полъ, тѣже затрудненія на поворотахъ.

Не меньшая аналогія замѣчается и въ движеніяхъ верхними конечностями этихъ ребятъ и табиковъ; безцѣльные движенія руками по обѣ стороны предмета, который желательно схватить, однакоже констатируется какъ у тѣхъ, такъ и другихъ; однакоже присуща имъ и ненормально значительная затрата силы для того, чтобы захватываемый предметъ казался зажатымъ въ рукѣ; наконецъ, совершенно тождественно и произвольное выпаденіе послѣдняго въ-то время, когда онъ оказывается помещеннымъ въ рукѣ, по-видимому, уже прочно.

Наблюденія надъ атаксіей у дѣтей невольно наводятъ на мысль, что каждый изъ насъ—врожденный атактикъ, и что лишь цѣною массовыхъ упражненій, повторяемыхъ ежедневно втеченіе цѣлаго ряда лѣтъ, справились мы, наконецъ, съ обыденными такими движеніями въ родѣ: бѣгавія, хожденія, стоянія, поднесенія кусковъ пищи ко рту и т. п.

Нашъ выводъ подтверждается и дальнѣйшими наблюденіями надъ атаксіей у взрослыхъ. Каждый разъ, наблюдая послѣднихъ за какой либо попой, непривычной для нихъ работой, убѣждаешься, что видный предъ собою атактиковъ: напр., движенія учащихся ходить по канату оказываются въ сравненіи съ движеніями профессиональнаго канатнаго плясуна столь же атактическими, какъ и ходьба табика по ровному полу въ сравненіи съ нашей ходьбою на томъ же мѣстѣ; атактичны движенія въ водѣ начинающихъ плавать („барахтанье“); атактичны размахи косы у лицъ, впервые взявшихъ ее въ руки; атактиченъ почеркъ у учащихся грамотѣ; атактична и, благодаря этому, постоянно сопровождается какофоніей игра впервые берущихъ въ руки музыкальной инструмента и т. д., и т. д. Примѣровъ атаксіи у взрослыхъ при первоначальномъ выполненіи ими той или другой работы можно было бы привести массу, но наблюденія ведутъ насъ еще далѣе: онѣ показываютъ, что даже и знакомыя-то намъ, по-видимому, движенія, давно уже ставшія обыденными, не всѣми нами выполняются достаточно отчетливо. Въ доказательство я сошлюсь на довольно многочисленную группу людей, которыхъ въ обществѣ принято

называть „неловкими“, „неуклюжими“, „тантыгинами“,—тѣхъ лицъ, которыя даже повернуться не могутъ безъ того, чтобы одному не отдавить ноги, другого не толкнуть плечомъ, дамъ чтобы не оборвать подола платья; если это прислуга, то она бьетъ посуду, обливаешь соусами скатерти и платье обѣдающихъ. Что это за люди? Это—все атактики. И какъ рѣзко отбѣняются ихъ движенія, когда, въ силу ассоціаціи идей по контрасту, мы вызываемъ въ нашей памяти представленіе о лицахъ съ діаметрально противоположнымъ характеромъ движеній,—о лицахъ, движеніями которыхъ мы любуемся, говоря, что онѣ исполнены красоты и изящества, ловкости и граціи! Чего, спрашивается, не хватаетъ движеніямъ перваго рода лицъ, чтобы сравняться въ своемъ совершенствѣ съ движеніями вторыхъ? Не хватаетъ, очевидно, законности движенія, его такта; не даромъ же ихъ и называютъ нѣкоторые атактиками.

Я подчеркиваю эти факты существованія атаксии при фзіологическихъ условіяхъ, обращаю на нихъ особенное вниманіе товарищей; къ нимъ я еще вернусь при изложеніи принциповъ Frenkel'евского метода лѣченія, какъ къ исходному пункту при развитіи логическихъ посылокъ, а пока рассмотримъ вторую половину задачи, рассмотримъ атаксію, какъ состояніе патологическое и, прежде всего, зададимся вопросомъ: чему, пораженію какого отдѣла нервной системы обязана такого рода атаксія своимъ происхожденіемъ?

Отвѣты получаются во множествѣ, отвѣты самые разнообразныя.

Атаксія констатировалась при жизни въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ аутопсія открывала измѣненія коры головного мозга и подкоркового бѣлаго вещества, внутренней капсулы и ножекъ мозга, Варолива моста и мозжечка, продолговатаго мозга и заднихъ столбовъ спинного, находилась она также и при измѣненіяхъ периферической нервной системы.

Такое изобиліе патолого-анатомическаго субстрата способно не столько ободрить, сколько запугать, не столько уяснить дѣло, сколько его запутать. Необходима была гениальная мысль, необходимъ былъ плодотворный факторъ, который бы объединилъ всю эту массу данныхъ единствомъ идей.

И вотъ такого рода мысль высказана, такого рода факторъ указанъ однимъ изъ колоссовъ современной медицины—проф. Leyden'омъ.

„За тѣ четверть вѣка, что я имѣю дѣло съ табиками“, говоритъ онъ уже болѣе 8 лѣтъ тому назадъ, „я не видѣлъ ни одного случая атаксии, гдѣ бы внимательное изслѣдованіе не дало одновременнаго указанія на анестезію“.

Такимъ образомъ причина табической атаксiи по Leyden'у кроется въ столь частыхъ при этой болѣзни разстройствахъ чувствительности и патолого-анатомическія находки, какъ оказывается, только подтверждаютъ его мысль, ибо все перечисленные мною выше мѣста измѣненія могутъ быть рассматриваемы безъ всякой натяжки за отдѣльные этапы на пути чувствительныхъ первыхъ проводниковъ отъ ихъ периферическихъ окончаній въ кожу и во внутреннихъ органахъ и вплоть до ихъ центра въ корѣ головного мозга.

Теорія Leyden'a, какъ объ этомъ свидѣлствуетъ еще Розенбахъ, является „въ высокой степени привлекательной по закругленности своего объясненія“, но всеже, по мнѣнію послѣдняго автора, она не свободна отъ различнаго рода ошибокъ и темныхъ сторонъ. Первою изъ нихъ слѣдуетъ считать отсутствіе анестезіи при такихъ заболѣваніяхъ нервной системы, которая имѣютъ атаксiю своимъ постояннымъ, кардинальнымъ симптомомъ (m. Friedreichi); второю ошибкою слѣдуетъ считать отсутствіе или ничтожную степень атаксiи въ первомъ періодѣ *tabes a*, между тѣмъ какъ измѣненія чувствительности уже и въ это время могутъ быть выражающимися въ довольно рѣзкой степени. „Если-бы теорія Leyden'a о зависимости атаксiи отъ появленія анестезіи была справедливой“, замѣчаютъ ея противники, „то мы бы должны были констатировать за одно постоянную пропорціональность между степенями того и другого симптома, между тѣмъ приведенные выше факты доказываютъ, что на дѣлѣ пропорціональности этой не существуетъ“.

Недовольство Leyden'ской теоріей вызвало со стороны другихъ авторовъ попытки новаго объясненія рассматриваемаго нами симптома.

Такъ Friedreich и Erb за источникъ атаксiи признали нарушение координаторныхъ импульсовъ, проводимыхъ спиннымъ мозгомъ отъ лежащаго вѣтъ его центра координаціи къ мышцамъ. Теорія эта падаетъ сама собой, если принять во вниманіе, что проведеніе координаторныхъ импульсовъ на периферію предполагаетъ центробѣжное направленіе, между тѣмъ какъ при *tabes* главныя измѣненія въ спинномъ мозгу сводятся къ сѣрой атрофіи заднихъ столбовъ, которые, состоя изъ чувствительныхъ первыхъ волоконъ, проводятъ, разумѣется, лишь въ направленіи центроостремительномъ.

Не болѣе удачными слѣдуетъ считать и теоріи Jendrassik'a, Raymond'a и Grasset.

Первый изъ поименованныхъ нами авторовъ училъ, что атаксiя есть результатъ пайденнаго имъ при *tabes dorsalis* перерожденія ассоціаціонныхъ волоконъ головного мозга, но то обстоя-

тельство, что перерождение это было найдено далеко не во всех случаях *tabis*, где при жизни была констатирована атаксия, дозволяет намъ отнести къ этой теоріи съ значительной долей скептицизма.

Не настаивая на поражении непосредственно ассоціативныхъ волоконъ, проф. Raymond признаетъ все же за атаксией центральное, въ частности—черепномозговое происхождение. „Координація движеній, говоритъ онъ, есть функція головного мозга и является результатомъ гармоніи нашей воли и нашего сознанія; поэтому и атаксія, являющаяся результатомъ расстройства координаціи, есть симптомъ поражения головного мозга, въ частности симптомъ поражения сферы нашей воли, или сферы нашего сознанія, или, наконецъ, гармоніи между тою и другою“.

Не говоря уже про то, что координація не является всецѣло функціей одного лишь головного мозга, но также и продолговатого и спинного, точка зрѣнія проф. Raymond'a не можетъ быть принята также и потому, что она предполагаетъ поврежденіе со стороны психической сферы большого, между тѣмъ какъ примѣненіе Frenkel'евского метода лѣченія доказало, что результаты тѣмъ лучше и получаемый эффектъ тѣмъ болѣе стойкій, чѣмъ психика больныхъ стоитъ выше.

Что касается проф. Grasset, то, негодую на Hirschberg'a за то, что послѣдній при объясненіи атаксіи „вертится вокругъ мышечно-суставного чувства“, авторъ ставитъ появленіе разсматриваемаго нами симптома въ зависимость отъ поврежденія табическихъ процессомъ продолговатого и спинного мозга, которые въ координаторныхъ движеніяхъ играютъ преобладающую роль. Объясненіе Grasset не исчерпываетъ всехъ нашихъ представленій о табической атаксіи хотя бы уже по тому одному, что намъ извѣстны случаи болѣзненного процесса съ очень рѣзкой прижизненной атаксией, между тѣмъ какъ самое тщательное микроскопическое изслѣдованіе центральной нервной системы давало отрицательный результатъ—поврежденною оказывалась только периферія.

Помимо приведенныхъ существуютъ и другія попытки объясненія атаксіи.

Такъ, Benedikt въ появленіи этого симптома видѣлъ результатъ нарушенія регулирующаго вліянія заднихъ корешковъ, а Takácsz ставилъ его въ зависимость отъ появленія другого частаго при *tabes* симптома—замедленія болевой проводимости.

Будучи, дѣйствительно, частымъ, симптомъ этотъ не является, однако, постояннымъ и, какъ показали наблюденія, случалось, отсутствовать въ тѣхъ періодахъ болѣзни, когда атаксія уже была на лицо; уже это одно обстоятельство дозволяетъ намъ отказаться отъ теоріи Takácsz'a, представляющей изъ себя, въ сущности го-

воря, лишь видоизмѣненіе теоріи Leyden'a.

Что касается теоріи Benedikt'a, то къ ней можно примѣнить тоже возраженіе, что и къ теоріи Grasset—это отсутствіе измѣненій корешковыхъ и центральныхъ въ тѣхъ случаяхъ tabis, которые при жизни между прочими симптомами характеризовались и также довольно рѣзкой атаксіей.

Изъ краткаго обзора всѣхъ этихъ теорій вытекаетъ, что теорія Leyden'a обладаетъ все же наибольшую глубиною взгляда, она охватываетъ случаи tabis съ самой разнообразной локализацией (пораженіе периферіи, заднихъ корешковъ, заднихъ столбовъ и т. д.), объясняя ихъ съ одинаковыми легкостью и удобствомъ.

Возраженія, приподняты обыкновенно противъ этой теоріи, побудили д-ра Frenkel'я воспользоваться богатымъ клиническимъ матеріаломъ въ La Salpêtrière, любезно предоставленнымъ въ его распоряженіе профессоромъ Raymond'омъ, чтобы точнѣе опредѣлить отношенія, существующія при tabes между атаксіей и расстройствами чувствительности.

Результаты этихъ наблюденій (болѣе чѣмъ надъ 150 больными) привели Frenkel'я къ слѣдующимъ выводамъ:

а) хотя при tabes и могутъ наблюдаться расстройства чувствительности безъ одновременнаго существованія атаксіи, но лишь тогда, когда расстройства эти захватываютъ небольшое количество сочлененій, напр. фаланговыхъ, голеностопныхъ; если же, какъ это обыкновенно бываетъ при tabes, анестезія захватываетъ большее количество сочлененій, то результатомъ ея непремѣнно является атаксія;

б) атаксія въ той конечности является болѣе рѣзко выраженной, въ которой болѣе замѣтны и расстройства чувствительности;

с) движеніе, носящее на себѣ слѣды атаксіи уже тогда, когда оно выполняется съ открытыми глазами, представляетъ еще большую ихъ степень, когда глаза закрыты и когда, слѣдовательно, выполненіе движенія находится лишь подъ вліяніемъ ослабленнаго мышечно-суставного чувства;

д) симптомъ Romberg'a тѣмъ болѣе выраженъ, чѣмъ рѣзче измѣненія чувствительности, и безъ послѣднихъ абсолютно при tabes не встрѣчается;

е) атаксія тѣмъ замѣтнѣе, чѣмъ сильнѣе hypotonia;

ф) табическая атаксія безусловно зависитъ отъ расстройствъ чувствительности и ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть сравниваема съ мозжечковой атаксіей или съ атаксіей при morbus Friedreichi. Критеріемъ для сужденія, съ какого рода атаксіей мы имѣемъ дѣло—табической, или нѣтъ—служить закрываніе глазъ; тогда какъ при tabes пріемъ этотъ вызываетъ усиленіе атактического характера движеній, такъ какъ онъ ставитъ послѣднія подъ исключи-

тельное вліаніе ослабленнаго мышечносуставнаго чувства, при m. Friedreichi и при мозжечковых пораженіяхъ онъ не оказываетъ на силу атаксіи никакого вліанія.

Клиническія наблюденія Frenkel'я привели такимъ образомъ послѣднѣе въ лагерь сторожниковъ Leyden'ской теоріи атаксіи; послѣдняя пріобрѣтаетъ для насъ тѣмъ большее значеніе, что выводы ея подтверждаются и цѣлымъ рядомъ экспериментальныхъ данныхъ, полученныхъ Mott'омъ и Sherrington'омъ на обезьянахъ, Hering'омъ на тѣхъ же обезьянахъ, на лягушкахъ и собакахъ, наконецъ, на послѣднихъ животныхъ полученныхъ также и докторомъ Корнеловымъ.

Ставъ появленіе атаксіи въ зависимость отъ разстройствъ чувствительности, клиническія наблюденія указываютъ кромѣ того и какой видъ послѣднихъ имѣетъ наибольшее вліаніе на развитіе разсматриваемаго нами симптома; оказывается, что вліаніе это падаетъ на долю мышечно-суставнаго чувства (*sensibilité profonde*, по выраженію французскихъ авторовъ) по преимуществу.

Чувство это, какъ оказывается, никогда, даже въ самыхъ застарѣлыхъ случаяхъ спинной сухотки, не уничтожается окончательно: оно является только съ одной стороны ослабленнымъ (анестезированнымъ)—и это явленіе носитъ названіе *hypotonia*,—а съ другой извращеннымъ (парестезированнымъ)—явленіе, которое нѣмецкіе авторы обозначаютъ терминомъ „*Ermüdungsgefühl*“, т. е. отсутствіе чувства усталости; вѣрнѣе было бы называть его „замедленіемъ чувства усталости“.

Обращаясь къ анализу перваго явленія, замѣтимъ, что мышечное чувство тогда лишь функционируетъ правильно, когда тонусъ его сохраненъ; что же касается этого послѣдняго, то онъ всецѣло зависитъ отъ тонуса клѣтокъ переднихъ роговъ спиннаго мозга.

Двигательныя спинальныя клѣтки находятся, какъ извѣстно, подъ двоякаго рода вліаніемъ: съ одной стороны подъ задерживающимъ вліаніемъ головного мозга, доставляемымъ имъ черезъ посредство пирамидныхъ пучковъ, а съ другой подъ вліаніемъ заднихъ корешковъ спиннаго мозга, несущихъ имъ возбужденіе съ периферіи. Есть кромѣ того указаніе на тонизирующее вліаніе мозжечковыхъ пучковъ, а также и *fasciculi longitudinalis posterioris*, но, въ виду того, что этотъ вопросъ пока еще спорный, мы его касаться здѣсь не будемъ. Для послѣдующихъ нашихъ разсужденій достаточно указанія уже и на тотъ фактъ, что тонусъ нервной клѣтки представляетъ изъ себя равнодѣйствующую двухъ силъ съ діаметрально противоположнымъ характеромъ функций: одной—возбуждающей тонусъ и другой—его ослабляющей. Ясно теперь, что пораженіе чувствительныхъ нервныхъ волоконъ, выз-

вать ослабленіе тонуса двигательныхъ спинальныхъ вѣтвѣтокъ, немигнуемо должно отразиться также и на тонусѣ мышцъ, проявляясь въ видѣ вышеупомянутой hypotonia.

Что касается „отсутствія чувства усталости“, то подъ этимъ названіемъ Frenkel описать парестезію табиковъ, заключающуюся въ томъ, что пациенты, ей подверженные, могутъ въ теченіе 25 минутъ держать руки вытянутыми въ воздухѣ, не испытывая ни малѣйшаго чувства усталости. Между тѣмъ какъ у нормальныхъ субъектовъ уже по истеченіи 3 минутъ это чувство наступаетъ, а по истеченіи семи, оно уже переходитъ въ чувство боли. Здѣсь слѣдуетъ оговориться, что пациенты Frenkel'я вовсе не были нечувствительными къ усталости, но начинали испытывать ее лишь много времени спустя, зато, правда, и испытывали втеченіе цѣлыхъ сутокъ; рѣчь, стало быть, идетъ не столько объ отсутствіи чувства усталости табиковъ, сколько объ его замедленіи.

Разсмотрѣвъ атаксію, какъ явленіе фізіологическое и патологическое, выяснивъ причину ея появленія и отношенія, существующее при tabes между нею и расстройствами чувствительности, постараемся теперь опредѣлить тѣ черты, въ которыхъ она выражается клинически. Для этой цѣли проанализируемъ выполненіе какого либо сложнаго координаторнаго акта нормальнымъ субъектомъ и табикомъ. Благодаря детальному анализу наблюдаемыхъ имъ движеній и замѣчательному мастерству ихъ описанія, наиболѣе блестящими слѣдуетъ считать тѣ примѣры нормальнаго и атактического выполненія координаторныхъ актовъ, которые приводитъ проф. Raymond; я и ограничусь поэтому реферированіемъ здѣсь одного изъ нихъ.

Допустимъ для примѣра, что мы наблюдаемъ человѣка, сидящаго за столомъ и намѣревающагося взять въ руки какой либо изъ находящихся на этомъ столѣ предметовъ, напр, стаканъ съ водою.

Для успѣшнаго выполненія этого акта необходимо, чтобы предварительно въ сознаніи наблюдаемаго нами субъекта возникъ зрительный образъ предмета и положеніе его въ пространствѣ, положеніе въ пространствѣ также и той руки, которая должна будетъ манипулировать, разстояніе, отдѣляющее ее отъ стакана, наконецъ, степень сокращенія или расслабленія ея мышцъ.

Разъ сознаніе освѣтило всѣ эти подробности, наступаетъ очередь воли, которая, подъ контролемъ того же сознанія, посылаетъ импульсы по строго опредѣленнымъ нервнымъ стволамъ къ строго же опредѣленнымъ мышечнымъ группамъ. Въ результатъ получается цѣлый рядъ простыхъ, правда, но такъ хорошо между собою соразмѣренныхъ мышечныхъ сокращеній, что цѣль ихъ—стаканъ—непримѣнно оказывается зажатымъ въ рукѣ. Такъ, сокра-

щеніе первой группы мышцъ отводитъ отъ туловища прилегающую къ нему дотолѣ плечевую кость и поднимаетъ ее на строго опредѣленную высоту—на высоту стола, за которымъ сидитъ наблюдаемый нами субъектъ; сокращеніе второй группы мышцъ вызываетъ разгибаніе предплечья,—разгибаніе, опять таки, строго опредѣленно: или полное до величины угла въ 180° , если стаканъ помѣщенъ отъ субъекта сравнительно далеко и къ нему надо тянуться, или менѣе значительное, если стаканъ этотъ стоитъ къ нему нѣсколько ближе; сокращеніе третьей группы мышцъ вызываетъ, смотря по надобности, большее или меньшее разгибаніе кисти, наконецъ сокращеніе послѣднихъ мышечныхъ группъ имѣетъ своимъ эффектомъ противоположеніе большого пальца и отведеніе его отъ остальныхъ пальцевъ руки на величину, размѣрами своими нѣсколько превосходящую величину діаметра захватываемого субъектомъ стакана. По выполненіи только что перечисленныхъ нами движеній наступаетъ очередь сокращенія мышцы, приводящей большой палецъ и мышца, сгибающихъ всѣ остальные пальцы руки, и въ результатъ стаканъ оказывается зажатымъ между ними.

Подробный анализъ только что разсмотрѣнныхъ нами движеній еще разъ подчеркиваетъ ихъ закономерность, ускользающую отъ насъ при поверхностномъ наблюденіи. Закономерность эта двоякая: она замѣчается въ пространствѣ, но она констатируется также и во времени; въ пространствѣ она выражается направленіемъ движенія постоянно по одной и той же кратчайшей линіи, соединяющей между собою мѣстоположеніе стакана съ мѣстомъ первоначальнаго положенія руки; но здѣсь она выражается кромѣ того также и амплитудою движенія—величиною его размаха, которая является слѣдствіемъ затраты строго опредѣленной мышечной силы (какъ разъ въ томъ, именно, количествѣ, какое необходимо для усиленнаго напряженія цѣли). Что касается закономерности движенія, констатируемой во времени, то здѣсь она проявляется въ формѣ умѣренной быстроты его, которая придаетъ движенію порывистости и угловатости, придавая ему, напротивъ, характеръ плавности и закругленности.

Прослѣдимъ теперь выполненіе того же координаторнаго акта табыкомъ съ рѣзко выраженной атаксіей верхнихъ конечностей.

Мы убѣждаемся, что онъ не поднимаетъ плечевую кость, отводя ее отъ бока, какъ это дѣлалъ здоровый человѣкъ, но „выбрасываетъ“ въ воздухъ. Такимъ образомъ первое, что мы наблюдаемъ, это—ненормальная скорость, порывистость движенія.

Вглядываясь далѣе въ характеръ разгибанія предплечья, мы видимъ, что оно совершается толчками, благодаря попережнему сокращенію сгибателей и разгибателей этого отрѣзка руки. При-

чною указаннаго нами явленія слѣдуетъ считать ту же чрезмѣрную быстроту въ разгибании мышцъ *antibrachii*, которую раньше мы констатировали при отведении плечевой кости отъ туловища. Извѣстно, что и при нормальныхъ условіяхъ сокращеніе какой либо группы мышцъ сопровождается одновременнымъ расслабленіемъ ихъ антагонистовъ, и чѣмъ энергичнѣе идетъ это сокращеніе, выражаясь укороченіемъ длинника мышцы и расширеніемъ ея поперечника, тѣмъ энергичнѣе совершается и расслабленіе антагонистовъ этихъ мышцъ, выражаясь обратными явленіями: удлинненіемъ длинника мышцы и укороченіемъ ея поперечника. При необыкновенной быстротѣ, развиваемой движеніями табика, антагонисты эти не успеваютъ расслабиться во время: мало того, самая эта быстрота служить стимуломъ къ ихъ собственному сокращенію, а поочередное сокращеніе мышцъ, призванныхъ къ работѣ, и мышцъ, антагонистическихъ, производить на насъ впечатлѣніе толчка. Мы, стало быть, встрѣчаемся съ новымъ безпорядкомъ при выполненіи табикомъ импульсовъ его воли: мало того, что призванные ею къ работѣ мышцы принимаютъ участіе въ большемъ объемѣ, чѣмъ это требуется для выполненія цѣли, онѣ еще ослабляются одновременной работою своихъ антагонистовъ, которымъ въ данную минуту слѣдовало бы только расслабляться.

Стараясь преодолѣть это новое затрудненіе, табикъ затрачиваетъ значительное усиліе, гораздо большее, чѣмъ для той же цѣли затрачиваетъ его здоровый человѣкъ, и представляетъ такимъ образомъ новую черту атаксіи—„ненормально повышенную силу движенія“.

Слѣдя далѣе за движеніями табика, мы замѣчаемъ, что, дойдя до намѣченной цѣли, рука его не останавливается, но продолжаетъ совершать рядъ движеній по ту и по другую сторону предмета. Такимъ образомъ констатируется третья клиническая черта атаксіи—„отклоненіе отъ прямого направленія движенія,—ложная его проекція“.

При дальнѣйшихъ движеніяхъ всѣ эти черты продолжаютъ отмѣчаться многое количество разъ. Такъ, напр., захватываніе стакана пальцами сопровождается такимъ сильнымъ ихъ сокращеніемъ, которое заставляетъ даже думать о судорогѣ: пальцы не просто сжимаютъ стаканъ, а его сжимаютъ, какъ бы желая сокрушить.

И такъ, ложная проекція движенія, его стремительность и ненормально повышенная интензивность, сопровождаемая большою противъ нормы амплитудой движенія и вмѣшательствомъ въ область работы мышцъ, которые не должны бы были въ ней участвовать,—таковы черты, которыми клинически выражается атаксія.

Въ клиникѣ издавна уже отмѣченъ тотъ фактъ, что всѣ эти черты становятся тѣмъ болѣе выраженными, чѣмъ менѣе значи-

тельнымъ оказывается контроль зрѣнія больного; такъ, черты эти усиливаются, если больной выполняетъ свои движенія, не глядя на послѣднія; онѣ достигаютъ своего апогея, когда больной закрываетъ глаза.

Указанное обстоятельство прекрасно объясняется столь частыми при *tabes* расстройствами чувствительности. Въ самомъ дѣлѣ, когда здоровый человѣкъ, закрывъ глаза, выполняетъ то или другое движеніе, напр., дѣлаетъ шагъ, то съ поверхности кожи **наде**стигаемыми для этой цѣли сочлененіями, изъ глубины послѣднихъ, а также изъ глубины сухожильй, связокъ и мышцъ, словомъ изъ тысячи мѣстъ, текутъ по чувствительнымъ нервнымъ проводникамъ къ его сознанію тысячи же ощущеній, которыя освѣдомляютъ его въ каждый данный моментъ о положеніи членовъ его тѣла въ пространствѣ и командуютъ ему, какую для выполненія движенія онъ долженъ затратить силу.

Не такъ обстоитъ дѣло у табика: пониженное мышечно-суставное чувство, анестезированная кожа не даютъ его сознанію тѣхъ точныхъ указаній, которыя мы только что констатировали у здороваго субъекта; табикъ непременно долженъ, затративъ значительную силу, сдѣлать порывистое, рѣзкое движеніе, сопровождаемое значительною амплитудой, чтобы получить отъ него ощущеніе, и вотъ—причина ненормальной скорости и силы послѣдняго. Вызываемое ими выѣшательство антагонистическихъ мышцъ отклоняетъ его движеніе отъ намѣченнаго пункта и вотъ—причина ложной его проэкціи.

Указанное обстоятельство лишний разъ подчеркиваетъ то значеніе, какое имѣетъ для движеній табика контроль его глазъ: больной долженъ чѣмъ либо **компенсировать** ослабленіе своей общей чувствительности и эту компенсацію онъ находитъ въ органахъ высшихъ чувствъ, въ зрительномъ органѣ по преимуществу.

Покончивъ съ вопросомъ о теоретическомъ и практическомъ значеніи атаксіи, обратимся теперь къ разсмотрѣнію того принципа, на которомъ Frenkel построилъ свой методъ леченія.

Основываясь, съ одной стороны, на томъ обстоятельстве, что каждый ребенокъ является атактикомъ, по потомъ, благодаря вторичнымъ упражненіямъ, **научается координировать** свои движенія, сначала простыя, а затѣмъ все болѣе и болѣе сложныя; съ другой стороны, принимая во вниманіе, что не всѣ табики представляютъ явленія атрофіи зрительныхъ нервовъ, Frenkel и предложилъ лечить табическую атаксію повторными упражненіями подъ постояннымъ контролемъ сознанія, пользуясь для этой цѣли органами высшихъ чувствъ, къ частности и въ особенности зрѣніемъ.

Формулировка Frenkel'a была расширена и пополнена Leyden'омъ, который замѣтилъ, что табикъ можетъ пользоваться при этихъ упражненіяхъ не только зрѣніемъ, но также и остатками своего мышечнаго чувства; Frenkel'ю осталось только принять указанную Leyden'омъ поправку тѣмъ болѣе, что факты разстройства, а не потери мышечнаго чувства при tabes, имъ же самимъ были констатированы неоднократно.

(Продолженіе слѣдуетъ).

Изъ Казанской Окружной Лечебницы.

Случай благотворнаго вліянія повторнаго рожистаго процесса на исходъ душевнаго разстройства, признаннаго неизлечимымъ ¹⁾.

Д-ра П. С. Скуридина.

Наша больничная практика даетъ намъ не мало случаевъ затажныхъ душевныхъ разстройствъ, которыя принимаютъ такое неблагоприятное теченіе, что уже нѣтъ основаній рассчитывать на выздоровленіе или хотя бы на существенное улучшеніе болѣзни. Въ такихъ случаяхъ по всеѣмъ болѣзненнымъ симптомамъ несомнѣнно видно, что наступили уже явленія стойкаго, вторичнаго слабоумія; на разспросы родственниковъ больного, требующихъ отъ врача болѣею частью категорическаго отвѣта относительно исхода даннаго случая, врачу—психіатру, какъ бы онъ ни былъ остороженъ въ прогностикѣ, приходится давать отвѣты самаго неутѣшительнаго содержанія.

Кромѣ того, нерѣдко врачу предлагается болѣе отвѣтственный, оффиціальныи запросъ отъ Губернскаго Правленія,—какой формой душевнаго разстройства страдаетъ данный субъектъ, излечимо это разстройство или нѣтъ; отвѣтъ въ такомъ случаѣ требуется также болѣе или менѣе опредѣленный, такъ какъ отъ содержанія отвѣта зависить признаніе или лишеніе гражданской правоспособности даннаго лица.

¹⁾ Докладъ въ научномъ собраніи врачей Казанской Окружной Лечебницы 20 декабря 1899 г.

Затѣмъ по IV приложенію къ ст. 95 Улож. о наказ. ежегодно въ психіатрическихъ лечебницахъ остается большое число бывшихъ на испытаніи душевно-больныхъ, совершившихъ различныя тяжкія, преступленія—убійства или поджоги. Отъ правильной оцѣнки психическаго состоянія этихъ больныхъ и отъ вѣрно поставленной прогностики зависитъ не только дальнѣйшая участь самихъ больныхъ, но не рѣдко является заинтересованной какъ семья ихъ, такъ и общество, къ которому они принадлежатъ.

Наконецъ, въ виду вопроса, поднятаго докторомъ Штейнбергомъ на послѣднихъ Пироговскихъ Сѣздахъ и въ ученыхъ медицинскихъ и юридическихъ обществахъ, о неизлечимомъ душевномъ заболѣваніи одного изъ супруговъ, какъ поводѣ къ расторженію брака, и въ виду вѣроятности, что этотъ вопросъ будетъ разрѣшенъ Правительствомъ положительно, психіатрамъ еще чаще придется ставить официальную прогностику, причемъ конечно, вопросъ объ излечимости или неизлечимости душевной болѣзни одного изъ супруговъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, также потребуетъ исполнѣ точнаго отвѣта.

Выполненіе этихъ требованій иногда очень трудно, такъ какъ въ однихъ случаяхъ острые психозы, при которыхъ съ большой вѣроятностью можно ожидать хорошаго исхода, неожиданно принимаютъ очень дурное теченіе и становятся неизлечимыми; а въ другихъ случаяхъ хроническія душевныя разстройства, затянувшіяся на нѣсколько лѣтъ и по всѣмъ признакамъ—не излечимыя, также иногда кончаются благополучно послѣ какого нибудь тяжелаго соматическаго осложненія; правда, такіе случаи рѣдки, тѣмъ не менѣе—разъ они существуютъ—намъ слѣдуетъ изучать условія, при которыхъ они развиваются; изученіе этихъ условій можетъ быть создать матеріалъ, который послужитъ на пользу нашимъ больнымъ; поэтому желательно чтобы товарищи, наблюдавшіе подобные случаи, не обходили ихъ молчаніемъ.

Я съ своей стороны считаю уместнымъ изложить здѣсь исторію болѣзни Г-жи Л., находившейся на излеченіи въ Казанской Окружной Лечебницѣ, признанной Особымъ Присутствіемъ Губернскаго Правленія страдающей вторичнымъ слабоуміемъ, т. е. болѣзью неизлечимой, и затѣмъ, спустя нѣкоторое время, заболѣвшей повторнымъ рожистымъ процессомъ, по окончаніи котораго такъ рѣзко измѣнилось теченіе болѣзни и наступило настолько значительное и стойкое улучшеніе душевнаго разстройства, что можно было говорить о выздоровленіи *cum defectu*.

28 апрѣля 1893 года поступила на леченіе въ Казанскую Окружную Лечебницу Дворянка Марина Л. 19 лѣтъ. Анамнестическія данныя о больной слѣдующія. Г-жа Л. происходитъ изъ семьи, въ которой уже были случаи психозовъ; такъ родной братъ

ей два раза быть душевно боленъ и лечился въ СПБ.-ской больницѣ Св. Николая Чудотворца. Въ дѣтствѣ больная перенесла корь, а дѣтъ пять назадъ дифтеритъ. Физически развивалась правильно, со стороны менструацій расстройство не было. Г-жа Л. не обладала блестящими умственными способностями, училась въ Харьковской гимназій, но вышла, не кончивъ курса, изъ 4-го класса. 3-й годъ замужемъ, имѣетъ двухъ здоровыхъ дѣтей; беременность, роды и послеродовое состояніе протекали безъ осложнений, за исключеніемъ лишь того, что послѣ вторыхъ родовъ была маститъ. Душевное расстройство развилось очень остро—послѣ испуга: дней за 18 до прибытія больной въ Лечебницу какой то пьяный мужикъ неожиданно перебилъ стекла въ окнѣ, возлѣ котораго сидѣла Л. Тогда она очень волновалась, плакала и безъ достаточныхъ поводовъ выражала опасеніе, что ее хотѣли убить. Съ тѣхъ пор послѣ этого Л. чувствовала себя вполне удовлетворительно и никто изъ окружающихъ не видѣлъ какихъ либо предвѣстниковъ начинающагося психоза; затѣмъ безъ всякаго вѣдѣнія повода, вдругъ, Л. пришла въ возбужденное состояніе, говорила что дѣлать въ обща, хотѣла убить се и мужа, перестала спать по ночамъ, боялась принимать пищу, слышала угрожающіе голоса, и дни и ночи плакала, изъ окружающихъ кромѣ мужа никого не узнавала и всѣхъ боялась; забыла имена самыхъ близкихъ родныхъ. За нѣсколько дней до пріѣзда въ Казань у больной обнаружился признаки вербигераціи—больная подолгу и монотонно повторяла какія нибудь слова—напр... „сплю... не сплю...“ и на всѣ вопросы отвѣчала этими же словами. Какихъ либо истерическихъ явленій у Л. родными никогда не замѣчалось.

При физическомъ изслѣдованіи больной въ Лечебницѣ обнаружено слѣдующее: больная крѣпкаго тѣлосложенія, на видъ кажется старше своихъ лѣтъ, черты лица грубоваты. Общее питаніе нѣсколько ослаблено, цвѣтъ кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдный, зрачки расширены и слабо реагируютъ на свѣтовые и болевые раздраженія, языкъ обложенъ бѣлымъ налетомъ, имѣется тоетог ех оге, движенія языка не разстроены, кожная чувствительность ~~большая~~ рѣзкихъ измѣненій, сухожильные колѣнные рефлексы довольно живы; изслѣдованіе органовъ высшихъ чувствъ также не показало рѣзкихъ уклоненій отъ нормы, хотя необходимо при этомъ оговориться, что ввиду психическаго состоянія больной это изслѣдованіе не удалось провести съ надлежащей полнотой. Механическая возбудимость мышцъ по временамъ была значительно повышена—при перкуссии мышцъ получалась въ то время длительныя сокращенія и на мѣстѣ удара оставался нѣкоторое время медленно исчезающій валикъ. Дѣятельность сердца въ первые мѣсяцы не была разстроена, но при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни

наблюдались явленія слабости сердечной мышцы, временами аритмія пульса въ силѣ и частотѣ, пульсъ болѣею частью—медленный и слабый; какъ результатъ слабой дѣятельности сердца появились отеки на стопахъ и голенахъ, конечности сдѣлались цианотичны. Исслѣдованіе легкихъ дало нормальныя явленія. Печень и селезенка не увеличены и не болѣзненны. Гинекологическое изслѣдованіе, произведенное проф. Феноменовымъ по поводу продолжительной аменореи, не указало особыхъ неправильностей въ половой сферѣ. Отправленія киничевка то очень вялы, то учащены, причемъ испраженія жидки и гнилостны. Въ мочѣ иногда обнаруживался въ небольшомъ количествѣ бѣлокъ, по изслѣдованіе мочевого осадка на цилиндры давало отрицательный результатъ. По временамъ наблюдалось непродолжительное и атипичное лихорадочное состояніе, причемъ температура тѣла доходила до 39—40° С., вообще же температура была субнормальна. Изъ физическихъ признаковъ вырожденія у больной отмѣчены: асиметрія черепа и лица, очень глубокое твердое небо, неправильная постановка зубовъ и 6-ой палецъ на лѣвой рукѣ, соединенный съ кистью тонкой ножкой.

При поступленіи въ Лечебницу больная живо галлюцинировала и подъ вліяніемъ этихъ галлюцинацій высказывала бредовыя идеи преслѣдованія—она боялась, что хотятъ ограбить ее и мужа, къ окружающимъ относилась подозрительно и испріяженно, мало общительна и если давала отвѣты на вопросы, то довольно отрывочно и малосвязно, не создавала ясно, гдѣ она находится и зачѣмъ, болѣею частью была неподвижна и молчалива, причемъ бросалась въ глаза рѣзкая маловыразительность и неподвижность мимики; по временамъ такое состояніе смѣнялось вспышками буйства, возникавшими очевидно подъ вліяніемъ галлюцинацій угрожающаго содержанія—больная вдругъ приходила въ состояніе сильнаго гнѣвнаго аффекта, бросалась на окружающихъ, или подбѣгала къ окнамъ и пыталась бить въ нихъ стекла, или же съ видомъ какого то ожесточенія рвалась въ двери. Такія вспышки кончались также быстро и также сразу, какъ и начинались, они точно обрывались и больная опять становилась апатичной и вялой иногда до степени stupor'a.

Со стороны интеллекта съ первыхъ же дней у больной обнаруживались признаки ослабленія вниманія, памяти, соображенія и логическихъ операцій—больная была очень разбѣсна и забывчива, напримѣръ черезъ два дня послѣ свиданія съ мужемъ она совершенно забыла о свиданіи. Всѣ разсужденія больной были очень поверхностны и непослѣдовательны, напримѣръ больная, рассказывая о томъ, что работники хотѣли убить ее съ мужемъ, вслѣдъ за

этимъ говорить, что они очень дорожатъ этимъ работникомъ какъ очень хорошимъ и надежнымъ человекомъ.

Вскорѣ при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни все рѣзче выступали явленія слабоумія. Больная почти совсѣмъ перестала говорить, сдѣлалась въ высшей степени апатичной и неподвижной, по цѣлымъ часамъ сидѣла или стояла въ одной позѣ; выраженіе лица было бессмысленно, но временамъ по лицу скользила глуповатая улыбка; больная перестала сама ѣсть, вслѣдствіе чего ее пришлось кормить съ ложки, при этомъ больная съ жадностью, почти не пережевывая, глотала пищу, изъ чего можно было заключить, что больная не принимала сама пищу не вслѣдствіе соответственнаго бреда или обмановъ чувствъ, а только въ силу психической слабости. И ночью, и днемъ больная стала мочиться и испражняться подъ себя, была чрезвычайно веряшлива—сама не одѣвалась и не причесывалась, скопала во рту слюну и оплевывала ею свое платье, пыталась размазывать по лицу носовую слизь, вообще относилась къ своей виѣшности вполне безразлично. Никакого интереса къ окружающему больная не проявляла; если изрѣдка и давала отвѣты на повторные вопросы, то отвѣчала не сразу, медленно и односложно; по этимъ отвѣтамъ можно было всетаки судить, что сознаніе больной глубоко разстроено и спутано, что она совершенно не слѣдитъ ни за временемъ, ни за происходящимъ вокругъ нея. Больная сонлива, во снѣ часто скрежещетъ зубами. Очень рѣдко появляются вспышки возбужденія, подобныя вышеописаннымъ: больная вдругъ бросится и ударить кого-нибудь изъ окружающихъ или совершенно неожиданно разобьетъ въ окая стекло, изорветъ на себѣ платье и т. п. Все это дѣлается ею молча, иногда съ глуповатою усмѣшкой на лицѣ; какого либо объясненія этихъ поступковъ получить отъ больной не удавалось никогда. Попытки заставить больную какимъ либо несложнымъ дѣломъ всегда кончались неудачно, разбиваясь объ ея полное равнодушіе и апатію.

14-го іюня 1895 года, т. е. черезъ 2 года 3 мѣсяца отъ начала болѣзни, Л. была освидѣтельствована Особымъ Присутствіемъ Казанскаго Губернскаго Правленія и признала согласно свѣдѣніямъ, даннымъ изъ Лечебницы, страдающею вторичнымъ слабоуміемъ (*dementia consecutiva*), которымъ закончился бывшій у нея острый психозъ въ формѣ остраго ступорознаго слабоумія—*dementia acuta stuporosa*.

Представленные мною въ Губернское Правленіе свѣдѣнія о больной Л. были составлены по исторіи болѣзни, веденной, кромѣ меня, д-рами В. И. Левчаткинымъ, П. В. Нечаевымъ и П. Я. Смѣловымъ, и, какъ это установлено въ нашей Лечебницѣ, свѣдѣнія предварительно были прочитаны и подвергнуты обсужде-

нію въ собраніи врачей Лечебницы, гдѣ при клиническомъ разборѣ каждаго случая діагностика и прогностика ставятся коллективно, а въ сомнительныхъ или спорныхъ случаяхъ производится и демонстрація самихъ больныхъ. Въ нашемъ случаѣ по поводу діагноза какихъ либо сомнѣній не возникало: за исходъ во вторичное слабоуміе говорило здѣсь, помимо рѣзкихъ психическихъ симптомовъ, продолжительное, болѣе двухъ лѣтъ, совершенно монотонное теченіе болѣзни, то, что психозъ развився въ молодомъ возрастѣ (больной было при заболѣваніи только 19 лѣтъ), и, наконецъ, то, что съ самаго почти начала болѣзни рѣзко бросалось въ глаза прогрессирующее ослабленіе интеллекта больной.

До сентября 1895 года существенныхъ перемѣнъ въ психической сферѣ больной не было. Физическая сторона была неудовлетворительна: у больной развились явленія анеміи и значительные отеки. Отъ постоянной неопрятности, не смотря на всѣ принятія мѣры, появились эрозіи на бедрахъ и ягодицахъ.

Въ концѣ сентября 1895 г., т. е. болѣе, чѣмъ черезъ 2 года отъ начала душевнаго расстройства, у г-жи Л. развился рожистый процессъ, исходнымъ пунктомъ котораго была эрозія на правой ягодицѣ. Рожистый процессъ распространился по всей правой ногѣ; температура тѣла во время него была очень высока, доходя въ разгарѣ болѣзни до 40, 7°; черезъ 9 дней заболѣваніе рожей кончилось. Больная оставалась по прежнему апатичной, молчаливой и неопрятной.

Черезъ 2 недѣли больная вторично заболѣла рожей; рожистый процессъ опять развился на правой ягодицѣ и быстро—въ 2 дня—занялъ почти всю правую ногу; температура тѣла доходила до 40, 2°.

Еще до паденія температуры у больной рѣзко измѣнилось психическое состояніе. Прежней апатіи, вялости и молчаливости мѣсто и слѣда; больная разговорчива, интересуется, гдѣ находятся, давно ли здѣсь живетъ; сначала ей показалось не въ тюрьмѣ ли она; больная не хочетъ повѣрить, что живетъ въ Лечебницѣ уже третій годъ; но ся расчитамъ она здѣсь никакъ не больше года; съ трудомъ запоминаетъ дни, числа, имена окружающихъ; плохо соображаетъ, причемъ съ добродушной улыбкой объясняетъ, что никогда не была сильна въ арифметику; выражаетъ желаніе скорѣе увидѣть мужа, написала къ нему коротенькое письмо, орфографически правильное, если не считать отсутствія знаковъ препинанія. Описанное улучшеніе психическаго состоянія больной оставалось и послѣ паденія температуры.

Черезъ 5 дней по окончаніи рожистаго процесса больная въ 3-й разъ заболѣла рожей, опять начавшееся на правой ягодицѣ и

въ 2 дня заявившею все правое бедро; температура тѣла достигала 40, 1°.

Разъ наступившее улучшеніе психическаго состоянія больной не исчезало и не остановилось на одной высотѣ, а пошло впередъ. Больная постепенно запомнила имена служащихъ и больныхъ, стала слѣдить за временемъ; она ясно сознаетъ, гдѣ находится, хотя всетаки не хочетъ повѣрить, что прошло столько лѣтъ со времени ея заболѣванія; къ своему положенію въ Лечебницѣ больная относится довольно легкомысленно, пишетъ развлечения, о семьѣ же не задумывается, не интересуется, былъ ли отвѣтъ отъ мужа на ея письмо, гдѣ мужъ, здоровы ли дѣти.

Объясненія врача больная скоро забываетъ и нужно неоднократно повторять ихъ, чтобы больная могла усвоить хотя часть связаннаго ей. Часто она берется за книгу и, повидимому, внимательно читаетъ, но если спросить ее о содержаніи прочитаннаго, ничего не можетъ рассказать, не помнитъ даже заглавія повѣсти, которую читала, причемъ торопливо заглядываетъ въ кивижку и тогда уже отвѣчаетъ. Вышиваньемъ и шитьемъ занимается гораздо продуктивнѣе, чѣмъ чтеніемъ.

Въ обращеніи съ врачомъ больная кокетлива; чрезвычайно занимается своей внѣшностью, увлекается танцами на вечерахъ, держится очень развязно, но первое время путается въ фигурахъ каприли.

Въ началѣ декабря 1895 г. больная написала второе письмо къ мужу; письмо имѣетъ игривый характеръ и мѣстами написано смѣлымъ, по плохимъ рифмамъ; въ концѣ письма больная говоритъ, что очень скучаетъ о мужѣ и проситъ скорѣе пріѣхать за ней.

Съ января 1896 г. больная начинаетъ гораздо серьезнѣе смотрѣть на свое положеніе, очень тяготится тѣмъ, что не получаетъ никакого отвѣта отъ мужа; пишетъ письма къ роднымъ и знакомымъ, описывая свое положеніе и умоляя хлопотать о ея выпискѣ.

Въ исторіи болѣзни, введенной д-рами Н. И. Наумовымъ, В. Н. Васильевымъ и Л. А. Сергѣевымъ, все это время отмѣчается полная ясность сознанія, нѣкоторая поверхностность сужденій и незначительное ослабленіе памяти и соображеній.

24 мая 1896 г. больная въ улучшенномъ состояніи выписана изъ Лечебницы матерью.

Такимъ образомъ прогрессирующее улучшеніе психическаго состоянія больной послѣ повторнаго заболѣванія рожею наблюдалось нами въ теченіе болѣе 7 мѣсяцевъ.

О дальнейшей судьбѣ нашей больной мы извѣстно, что мужъ ея въ 1898 году хлопоталъ въ С.-Петербургской Консисторіи о признаніи незаконнымъ и недѣйствительнымъ его брака съ

г-жею Л., ссылаясь на актъ освидѣтельствованія ея въ Особомъ Присутствіи Казанскаго Губернскаго Правленія.

Лѣтомъ 1898 г. я имѣлъ случай бесѣдовать съ близкими родными по мужу г-жи Л., причемъ родные, въ числѣ которыхъ былъ профессоръ-медикъ, говорили, что г-жа Л. въ настоящее время совершенно оправилась.

Весной настоящаго года мнѣ пришлось встрѣтиться съ самою г-жею Л. При довольно продолжительномъ разговорѣ съ ней я могъ всетаки отмѣтить у нея нѣкоторые дефекты въ интеллектуальной сферѣ, а именно: г-жа Л., занятая всецѣло заботами о томъ, чтобы заставить мужа выдавать ей какое нибудь содержаніе, разсуждала о своемъ дѣлѣ какъ то по-дѣтски, не строго обдуманно, и часто повторялась. Изъ разсказа г-жи Л. я узналъ, что годы по выходѣ изъ Лечебницы ей жилось очень тяжело, мужъ завелъ дружную семью, она сама сильно нуждалась и послѣднее время служила продавщицей книгъ и газетъ на одномъ изъ Московскихъ желѣзно-дорожныхъ вокзаловъ.

Такимъ образомъ со времени выписки г-жи Л. прошло уже больше 3-хъ лѣтъ, такъ что улучшеніе, отмѣченное нами послѣ повторныхъ заболѣваній рожею, оказалось настолько стойкимъ, что, по моему убѣжденію, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ право говорить о выздоровленіи *cum defectu*.

Описанный случай заслуживаетъ интереса, главнымъ образомъ, въ двухъ отношеніяхъ: во-первыхъ, со стороны распознаванія и прогностики, и, во-вторыхъ, вслѣдствіе хорошаго вліянія тяжелаго соматическаго осложненія на исходъ душевной болѣзни.

Что касается распознаванія и предсказанія въ настоящемъ случаѣ, то, по моему мнѣнію, для постановки діагноза—*dementia acuta stuporosa* съ исходомъ въ *dementia consecutiva*—мы имѣли совершенно достаточныя основанія и едва ли можно поставить намъ въ упрекъ, что распознаваніе поставлено здѣсь недостаточно осмотрительно. Я изложилъ уже раньше, на чемъ основывался этотъ діагнозъ, и указалъ, что распознаваніе болѣзни сдѣлано, какъ это практикуется въ нашей Лечебницѣ, коллективно—собраніемъ врачей.

Съ другой стороны, въ исторіи болѣзни нашей больной бросается въ глаза несомнѣнно благотворное вліяніе повторно перенесенной рожи на теченіе и исходъ психоза, подававшего уже надежды на улучшеніе.

Вопросомъ о такомъ вліяніи острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній на душевныя разстройства занимаюсь многіе авторы, почти исключительно иностранные.

Prof Меуортъ объясняетъ хорошее вліяніе лихорадки при острыхъ инфекціяхъ на психозы молекулярными измѣненіями, происходящими въ ткани мозга.

Prof. Wagner ¹⁾, уклоняясь от какихъ либо объясненій сущности воздѣйствія лихорадки на психозы, сопоставилъ литературныя данныя по этому вопросу съ нѣкоторыми своими наблюденіями. Довольно обширный статистическій матеріалъ (болѣе 200 случаевъ) авторъ разработалъ въ формѣ таблицъ, распредѣливъ эти случаи по полу, возрасту, продолжительности теченія психоза и по формамъ психозовъ; а съ другой стороны—по наблюдавшемуся эффекту: выздоровленіе, стойкое улучшеніе, нестойкое улучшеніе и случаи безъ замѣтнаго вліянія. Изъ этихъ таблицъ можно видѣть, что благотворное вліяніе лихорадки у душевно больныхъ замѣчается преимущественно при слѣдующихъ обстоятельствахъ: 1) въ молодомъ возрастѣ, 2) въ первые 2 года заболевания психозомъ и 3) при болѣе или менѣе острыхъ душевныхъ расстройствахъ.

Помимо описанія казуистическаго матеріала, нѣкоторые изъ авторовъ производили съ терапевтической цѣлью эксперименты надъ больными, вызывая у нихъ искусственно лихорадку посредствомъ впрыскиванія культуръ бактерій или продуктовъ ихъ обмѣна веществъ.

Такъ Ernst Boeck ²⁾ систематически примѣнялъ впрыскиванія туберкулина у 33 душевно больныхъ, а въ 8 случаяхъ вмѣсто туберкулина впрыскивалъ культуры bacilli pyocyanei. Результаты, достигнутые авторомъ, нельзя считать особенно блестящими—выздоровленіе наступило приблизительно въ 40% всѣхъ случаевъ, но эти случаи принадлежали исключительно къ группѣ аменцій; при вторичномъ слабоуміи и паранойѣ авторъ иногда наблюдалъ лишь временныя улучшенія. Что касается инъекцій культуръ bacilli pyocyanei, то онѣ дали сходные съ туберкулиномъ результаты, но иногда сопровождались нежелательными, побочными послѣдствіями напр. syncope.

Zehmann ³⁾ и Wagner ⁴⁾ рекомендовали для леченія психозовъ прививки рожи и болотной лихорадки, какъ болѣзней сравнительно безвредныхъ, легко поддающихся леченію, не сопровождающихся никакими послѣдовательными расстройствами и не заразительныхъ для окружающихъ.

¹⁾ Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. «Jahrbücher f. Psych.» B. VII. H. 1. 2. 1887.

²⁾ Versuche über die Einwirkung künstlich erzeugten Fiebers bei Psychosen. «Jahrbücher f. Psych.» B. XIV. H. 1. 2. 1895.

³⁾ Zur Frage über den günstigen Einfluss acuter Krankheiten auf den Verlauf von Geistesstörungen. «Allgem. Zeitschr. f. Psych.» B. XLIII. 3.

⁴⁾ Loco citato.

Koster ¹⁾, описывая случаи выздоровленія душевнобольныхъ послѣ заболѣванія болотной лихорадкой, даетъ совѣтъ устраивать лечебницы для душевнобольныхъ въ малярійныхъ мѣстностяхъ.

Изъ русскихъ авторовъ, имѣющихъ такія же смѣлыя тенденціи, я могу указать только на работу д-ра Окса ²⁾ (изъ психіатрическаго отдѣленія д-ра Розенблюма въ Одесской городской больницѣ). Авторъ предлагаетъ для леченія психозовъ прививать возвратный тифъ; этимъ способомъ онъ разсчитываетъ достичь или полнаго выздоровленія, или же значительнаго улучшенія болѣзни.

Другіе авторы, не увлекаясь такими рискованными терапевтическими приѣмами, ограничиваются лишь описаніемъ случаевъ выздоровленія отъ душевныхъ болѣзней подѣ влияніемъ инфекціонныхъ заболѣваній и пытаются уяснить, чѣмъ обусловлено такое вліяніе.

Такъ д-ръ Giovanni ³⁾ наблюдалъ излеченіе маніи, наступившее подѣ вліяніемъ лихорадки, и выздоровленіе меланхолика послѣ перенесенной имъ холеры. Въ первомъ случаѣ толчкомъ къ выздоровленію, по мнѣнію автора, послужила высокая температура а въ другомъ—пораженіе кишечника холернымъ процессомъ явилось сильнымъ отвлекающимъ средствомъ, повліявшимъ кореннымъ образомъ на мозговое кровообращеніе.

Д-ръ Charon ⁴⁾, описывая временное улучшеніе психическихъ разстройствъ у двухъ маниакальныхъ больныхъ—въ одномъ случаѣ послѣ тифа, а въ другомъ послѣ аденита,—высказываетъ предположеніе, что сущность воздѣйствія инфекціонныхъ заболѣваній на психозы лежитъ въ микробіальномъ антагонизмѣ.

Чтобы не утомлять товарищей, я не буду приводить всей иностранной литературы по этому вопросу; авторы приводятъ случаи выздоровленія душевнобольныхъ послѣ заболѣванія ихъ рожею, тифомъ, дифтеритомъ, маляріей, скарлатиной, инфлюэнцей, холерой и т. д., при чемъ дѣло касалось не только острыхъ психозовъ, но и хроническихъ и даже неизлечимыхъ. Такъ напр. д-ръ

¹⁾ Quomodo insaniam febris intermittens valeat. Diss. Bonn. 43. Архивъ псих., нейр. и суд. психопатологій Ковалевскаго. Т. XXIX I. 97, стр. 131.

²⁾ Вѣстникъ Клинич. и Сулеб. Психіатріи и Невропатологій Проф. Мержевекаго. т. 5. вып. I. 1887, стр. 252.

³⁾ Influenza dei morbi accentali sul decorso della pazzia. «Il Pizani» 1896. Реф. изъ «Архива» Ковалевскаго XXIX. 3. 1897. стр. 127.

⁴⁾ Guérison apparente des troubles psychiques chez deux maniaques. «Archives de Neurologie» 1896. По реф. изъ «Архива» Ковалевскаго. XXVIII. 2. 1896. стр. 130.

Кеау ¹⁾ въ 1896 г. видѣлъ выздоровленіе прогрессивнаго паралича послѣ перенесеннаго имъ брюшнаго тифа.

Что касается русской литературы по этому вопросу, то кромѣ общихъ выраженій въ руководствахъ по психіатріи, подтверждающихъ фактъ случающагося иногда хорошаго вліянія острыхъ инфекцій на теченіе психозовъ, я могу привести, кромѣ только что указанной работы д-ра Окса, во-первыхъ, наблюденіе проф. Ковалевскаго ²⁾, относящееся къ случаю затяжного душевнаго расстройства, которое закончилось выздоровленіемъ послѣ осложненія психоза брюшнымъ тифомъ. Затѣмъ укажу на статью д-ра А. В. Трапезникова ³⁾ „Къ казуистикѣ вліянія лихорадочныхъ формъ на душевныя и нервныя страданія“. Авторъ наблюдалъ въ одномъ случаѣ выздоровленіе отъ остраго психоза послѣ осложненія его крупозной пневмоніей. Другой случай автора относится къ эпилептику, у котораго, послѣ крупозной пневмоніи, передъ каждымъ припадкомъ стала появляться аура въ формѣ зрительной галлюцинаціи; раньше до пневмоніи у него этого явленія никогда не было.

Д-ръ Постовскій ⁴⁾ въ 1896 году наблюдалъ въ Москвѣ нѣсколько случаевъ временнаго, симптоматическаго улучшенія психическихъ расстройствъ подъ вліяніемъ инфлюэнцы.

Наконецъ, проф. В. М. Бехтеревъ ⁵⁾, описывая случай острой періодической паранойи, наблюдавшійся имъ въ нашей лечебницѣ, между прочимъ отмѣчаетъ кулирующее вліяніе рожистаго процесса на приступъ періодическаго душевнаго расстройства.

Кромѣ описаннаго сегодня случая, мнѣ—за время дѣятельности въ Казанской Окружной Лечебницѣ—пришлось наблюдать еще нѣсколько случаевъ хорошаго вліянія острыхъ инфекціонныхъ болѣзней на теченіе психозовъ. Изъ этихъ случаевъ особенно памятни мнѣ слѣдующіе: г-жа Т., больная циркулярнымъ психозомъ, длившимся уже много лѣтъ, совершенно выздоровѣла отъ психоза, заболѣвъ тяжелою формою брюшнаго тифа.

У больной Ш., представлявшей типичную картину маниакальной экзальтаціи, душевное расстройство исчезло послѣ перенесеннаго ею сыпного тифа.

¹⁾ A study of fort. four cases of fever occurring in the insane. «The Journ. of mental science», 1896 г. По реф. изъ «Архива» Ковалевскаго. XXIX. 1897. I. 132, 3. 137.

²⁾ «Московская Медицинская Газета» 1876 г.

³⁾ «Южно-Русск. Мед. Газета» 1895. № 44.

⁴⁾ Д-ръ Постовскій. Берингия и душевныя болѣзни при инфлюэнцѣ. «Отчеты Моск. Общ. Невр. и Псих.» 1896. Архивъ Ковалевскаго XXIX. 1897. №. I. стр. 132, 136 и 137.

⁵⁾ «Періодической острой паранойѣ, какъ особомъ видѣ періодическихъ психозовъ». «Обозрѣніе Психіатріи» 1899. №. 4.

Въ заключеніе я позволю привести нѣкоторыя соображенія по поводу указанной мною литературы, основываясь, главнымъ образомъ, на результатахъ наблюденія въ нашей лечебницѣ.

Ежегодно намъ приходится имѣть дѣло съ большимъ числомъ всевозможныхъ малярійныхъ заболѣваній, однако, какъ мнѣ, такъ, думаю, и товарищамъ не привелось наблюдать, чтобы болотная лихорадка благотворно вліяла на теченіе душевныхъ болѣзней; напротивъ, при частомъ повтореніи лихорадки развивается малярійная кахексія, очевидно дурно вліяющая и на психическое состояніе нашихъ больныхъ; поэтому совѣтъ д-ра Koster'a—строить психіатрическія лечебницы въ малярійныхъ мѣстностяхъ—мнѣ кажется довольно смѣлымъ и не имѣющимъ за собою серьезно обоснованной почвы и доказательствъ.

Въ нашей мѣстности, кромѣ маляріи, встрѣчается большое число заболѣваній легочной чахоткой; отъ этого бича страдаетъ не мало и нашихъ больныхъ. Пасколько мнѣ извѣстно туберкулезъ, вопреки банальному мнѣнію, только ухудшаетъ теченіе душевнаго расстройства; ввиду этого едвали заслуживаютъ подраженія опыты д-ра Воеск'а съ леченіемъ душевнобольныхъ туберкулиномъ тѣмъ болѣе, что это средство и далеко небезразличное, и не имѣетъ постоянного, опредѣленнаго состава. Если д-ръ Воескъ пользовался туберкулиномъ, какъ фебригеннымъ средствомъ, то это едвали основательно, такъ какъ туберкулинъ долженъ давать лихорадочную реакцію только у лицъ, носящихъ въ себѣ зачатки туберкулеза; въ противномъ же случаѣ лихорадка вѣроятно стоитъ въ зависимости отъ нечистоты препарата.

Затѣмъ не одна только повышенная температура оказываетъ хорошее вліяніе на теченіе психозовъ. Съ одной стороны, указываются случаи, гдѣ улучшеніе или выздоровленіе наступало послѣ инфекціонныхъ болѣзней, не сопровождающихся лихорадкой, напр. послѣ холеры; а, съ другой стороны, мы видимъ не мало различныхъ лихорадочныхъ процессовъ, какъ острыхъ, такъ и затяжныхъ, осложняющихъ душевныя расстройства и не дающихъ однако никакого терапевтическаго эффекта или даже ухудшающихъ психическое состояніе больныхъ.

Слѣдовательно, причину благотворнаго вліянія инфекцій на психозы нужно искать не въ лихорадочномъ повышеніи температуры тѣла; весьма вѣроятно въ такихъ случаяхъ существенная роль принадлежитъ измѣненіямъ мозгового кровообращенія и измѣненному обмѣну веществъ въ нервныхъ элементахъ мозговой ткани.

Такія измѣненія вѣроятно обусловлены воздѣйствіемъ на нервныя кѣтки продуктовъ жизненной дѣятельности различныхъ патогенныхъ бактерій. Сущность этого воздѣйствія остается пока

совершенно неизвѣстной и оставлять обширное поле для болѣе или менѣе вѣроятныхъ гипотезъ.

Помимо химическихъ свойствъ бактеріальныхъ продуктовъ и различныхъ условій, въ которыхъ находится больной мозгъ, не малое значеніе, конечно, имѣетъ и количество этихъ веществъ, оказывающее то или иное вліяніе на нервную ткань, такъ какъ одинъ и тотъ же инфекціонный процессъ въ различныхъ случаяхъ не одинаково вліяетъ на болѣзненно измѣненные нервные элементы. Въ случаѣ, представленномъ сегодня мною, вліяніе рожи на душевное расстройство сказалось только при вторичномъ заболѣваніи рожею, наступившемъ вскорѣ послѣ перваго, продолжительнаго рожистаго процесса. Поэтому я съ полнымъ убѣжденіемъ могу сказать, что примѣненіе культуръ различныхъ патогенныхъ бактерій при лѣченіи душевныхъ болѣзней не должно допускаться, какъ средство невѣрное и опасное для жизни больныхъ.

Что же касается вопроса о терапевтическомъ примѣненіи токсиновъ, вырабатываемыхъ бактеріями, то, судя по прогрессирующимъ успѣхамъ въ этомъ направленіи общей патологіи и терапіи, можно ожидать, что данныя экспериментальныхъ, лабораторныхъ изслѣдованій придутъ на помощь клиникѣ и у насъ явится возможность вести борьбу съ болѣзнями не съ завязанными глазами, а на основаніи научно освѣщенныхъ фактовъ. Но до тѣхъ поръ этотъ вопросъ долженъ относиться къ тѣмъ *ria desideria*, которыхъ такъ много у каждаго практическаго врача; наше дѣло пока сводится только къ роли по возможности безпристрастныхъ наблюдателей; всякое же терапевтическое увлеченіе можетъ поставить на карту жизнь больного, который ни въ какомъ случаѣ не можетъ служить объектомъ для довольно рискованныхъ опытовъ.

Изъ Казанской Окружной Лечебницы.

Къ вопросу о малярійной инфекціи при душевныхъ растройствахъ. ¹⁾

Д-ра Т. В. Сорокинова.

Каждый врачъ, практикующій въ малярійной мѣстности, невольно сталкивается съ той разнообразной картиной болѣзней, въ видѣ которыхъ проявляется малярія.

И дѣйствительно, малярія, въ особенности ея типы—*febris interm. larvata* и *cahexia malarica prima* очень часто маскируютъ другія инфекціонныя болѣзни или проявляются въ видѣ разныхъ невралгій, судорогъ, даже параличей то перемежающаго характера, то постоянного или доводятъ организмъ до крайней степени истощенія, не проявляясь никакими другими симптомами. И въ настоящее время все болѣе и болѣе накопляется случаевъ маляріи, описанныхъ въ литературѣ въ видѣ самыхъ разнообразныхъ клиническихъ формъ, еще болѣе подтверждающихъ столь различное проявленіе ея.

Не описывая тѣхъ формъ болѣзней, въ видѣ которыхъ проявляется малярія въ соматической сферѣ, долженъ сказать, что теперь почти вошло въ правило для каждого практикующаго врача въ малярійной мѣстности въ каждой болѣзненной формѣ прежде всего подозревать малярію и ее исключить.

Дѣйствуя такъ разнообразно и такъ сильно на человѣческій организмъ, малярія, разумѣется а priori, должна также оказывать свое дѣйствіе и на органъ психики—головной мозгъ, вызывая психическое разстройство.

Причиной воздѣйствія на мозгъ при маляріи, какъ и при всякой другой инфекціонной болѣзни, можно считать, во первыхъ, самую лихорадку—повышеніе температуры, ускореніе обмѣна веществъ,—а, во вторыхъ, разстройство кровообращенія—приливъ крови въ головному мозгу, а затѣмъ застой, въ особенности при ослабленіи сердечной дѣятельности—и, наконецъ, въ третьихъ, дѣйствіе инфекціоннаго болѣзнетворнаго яда. Относительно того, что дѣйствуетъ по преимуществу при малярійной инфекціи на головной мозгъ, въ настоящее время установить трудно.

¹⁾ Докладъ въ научномъ собраніи врачей Казанской Окружной Лечебницы 1 марта 1900 г.

Одни авторы, какъ Adler ¹⁾, видятъ причину душевныхъ разстройствъ главнымъ образомъ въ температурѣ и истощеніи; другіе же всѣ психическія явленія приписываютъ воздействию на головной мозгъ токсиновъ, вырабатываемыхъ возбудителями малярійнаго заболевания—плазмодіями.

Нѣкоторые авторы, какъ напр. Griesinger ²⁾, Meckel ³⁾ и Либертъ въ виду того, что при маляріи находятъ отложеніе пигмента въ различныхъ органахъ, въ томъ числѣ и мозгу, ближайшей причиной малярійныхъ неврозовъ и психозовъ считали закупорку сосудовъ мозга пигментными зернами.

Однакожъ дальнѣйшія наблюденія показали, что отложеніе пигмента не играетъ столь важной роли, какъ ему приписывали выше упомянутые авторы. Такъ, Hertz ⁴⁾ указываетъ на то, что мы часто при маляріяхъ съ значительными мозговыми явленіями, вовсе не встрѣчаемъ въ мозгу пигмента, а, съ другой стороны, микроскопическое изслѣдованіе показывало значительное отложеніе пигмента въ такихъ случаяхъ, гдѣ при жизни мозговые явленія совершенно отсутствовали.

Патолого-анатомическихъ изслѣдованій, которыми можно было бы объяснить мозговые явленія при маляріиной инфекціи, до сихъ поръ было произведено очень мало, такъ какъ сама по себѣ малярія вызываетъ смерть очень рѣдко и то при осложненіи другой болѣзью. Изслѣдованія эти ограничиваются только тѣми данными, полученными докторомъ Аеаласевымъ, ⁵⁾ который онъ производилъ надъ военными, бывшими въ Болгаріи во время похода 1876—1878 годовъ, страдавшими тамъ маляріей и умершими нѣкоторое время спустя по возвращеніи ихъ на родину.

Изслѣдованія эти показали слѣдующее. Мозгъ анемиченъ и тѣстообразной консистенціи; нервныя кѣтки сѣраго вещества большихъ полушарій окружены большими перичеслюлярными пространствами, протоплазма ихъ зерниста, ядра кѣтокъ видны ясно, стѣнки капилляровъ большею частію измѣнены такимъ образомъ, что просвѣтъ ихъ суженъ, благодаря набуханію и разрастанію эндотелія. Изрѣдка встрѣчаются пигментныя зерна, разбѣяныя отчасти въ кѣточкахъ эндотелія, отчасти въ периваскулярныхъ пространствахъ. Въ остальныхъ органахъ были обнаружены измѣненія, свойственныя маляріи.

¹⁾ Allgemeine Zeitschrift. für Psychiatrie. LIII.

²⁾ Körnige Farbstoffe in der Milz. Deutsche klinik. 1850.

³⁾ Infection. Krankheiten. Griesinger.

⁴⁾ Ziemssen's Handbuch, Bd. 2, стр. 600.

⁵⁾ Virchow's Archiv, Bd. 84, 1 Heft.

Этими то патолого-анатомическими измѣненіями въ мозгу до нѣкоторой степени и можно объяснить всѣ явленія психическаго расстройства, которыя приходится наблюдать при малярійной инфекции.

Сущность дѣйствія маляріи при психическихъ расстройствахъ сводится къ тому, что, съ одной стороны, малярія сама вызываетъ ту или иную форму душевнаго заболѣванія, съ другой — она является только осложняющимъ моментомъ существующаго уже душевнаго заболѣванія.

Существуетъ и въ настоящее время, даже клинически подтвержденъ тотъ фактъ, что малярійная инфекция есть единственная и несомнѣнная причина нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваній. Еще до открытія Laveran'омъ специфическихъ производителей болотной лихорадки, Sydenham въ XVII столѣтіи впервые подмѣтилъ и указалъ, что на малярійной почвѣ могутъ появляться психозы, которые имѣютъ свою особенность и отличаются типичностью въ своемъ теченіи и явными интермиссіями.

Послѣ того какъ была установлена несомнѣнная связь плазмодій съ болотными заболѣваніями, первыя указанія на то, что малярійная инфекция можетъ вызвать душевное заболѣваніе, были сдѣланы Baellarger'омъ, Gricsinger'омъ и Sebastian'омъ.

Эти авторы подробно описываютъ массу случаевъ психическихъ заболѣваній, которыя имѣли непосредственную связь съ малярійной инфекціей и протекали то типически съ интермиттирующимъ характеромъ, то въ видѣ постоянныхъ психозовъ.

Затѣмъ д-ръ Розенблюмъ¹⁾ въ 1881 году описалъ изъ Одесской Городской больницы 11 случаевъ психозовъ, стоящихъ въ непосредственной связи съ зараженіемъ маляріей въ Болгаріи.

Frerichs тоже упоминаетъ о душевныхъ расстройствахъ, развившихся послѣ переместной лихорадки. Позднѣе описаны отдѣльные случаи психическихъ расстройствъ вслѣдствіе болотной инфекции (Mickle, Hammond, Фесенко, Manson и др.).

Rasmanik наблюдалъ много болотныхъ психозовъ и на основаніи своихъ наблюденій дѣлитъ ихъ на три группы: 1) психозы дѣтской маляріи, при которыхъ чаще всего замѣчаются параличи всѣхъ душевныхъ отправленій—коматозно-сопорозныя состоянія, 2) психозы, возникающіе вслѣдствіе обостренія затяжныхъ болотныхъ болѣзней и 3) психозы отъ болотной кахексіи.

Д-ръ Boinet и Rey въ своемъ докладѣ на Съѣздѣ Невропатологовъ и психіатровъ въ Тулузѣ въ августѣ 1897 года, на

¹⁾ Къ ученію о малярійныхъ психозахъ. IV выпускъ трудовъ врачей Одесской Городской Больницы.

основаніи своихъ 35 наблюденій, пришли къ такому же заключенію, а именно, что малярійная инфекция можетъ вызвать душевное расстройство въ моментъ приступа лихорадки или послѣ него ¹⁾.

Наиболѣе часто расстройства проявляются въ видѣ маниакальнаго возбужденія, меланхолическаго бреда, галлюцинацій слуха и зрѣнія, идей самоубійства и безсознательныхъ бурныхъ поступковъ. Умственные расстройства, обусловленные хронической формой маляріи, состоятъ въ бредѣ депрессивнаго характера, выраженнаго однако не особенно сильно.

У людей предрасположенныхъ сильная мазматическая инфекция можетъ обусловить хроническій психозъ сначала въ видѣ меланхоліи, а затѣмъ бреда величія и даже нѣчто въ видѣ прогрессивнаго паралича. Въ самое послѣднее время д-ръ Тиканадзе ²⁾ опубликовалъ три случая душевныхъ заболѣваній на почвѣ болотной инфекции. Во всѣхъ выше приведенныхъ случаяхъ была установлена несомнѣнная связь душевнаго расстройства съ маляріевой инфекціей, а позднѣйшіе авторы Rey, Boinet и Тиканадзе подтвердили микроскопическимъ изслѣдованіемъ крови и нахожденіемъ различныхъ формъ Laveran'овскихъ плазмодій. Большинство психозовъ, вызываемыхъ маляріей, описанныхъ въ литературѣ, относятся къ перемежающимъ помѣшательствамъ или, какъ называетъ ихъ Krafft-Ebing ³⁾, къ типичнымъ психозамъ (*psychosis typica*), при которыхъ приступы обыкновенной перемежающейся лихорадки замѣнялись признаками психическаго расстройства и не рѣдко вовсе не сопровождалась явленіями, свойственными *febris intermittens*, но смѣнялись совершенно свѣтлыми промежутками. Всего чаще, по мнѣнію Kraepelin'a ⁴⁾, въ видѣ такого замѣнительнаго малярійнаго психоза наблюдаются меланхолическія состоянія бреда съ сильною тоскою, устрашающими галлюцинаціями, съ стремленіями къ убійству и самоубійству; вообще картины бреда очень похожи на состоянія возбужденія, наблюдаемаго у эпилептиковъ. Иногда пароксизмъ малярійнаго бреда сопровождался тетаническими или эпилептоидными судорогами и оканчивался многочасовымъ сномъ, послѣ котораго больной пробуждался, ничего не помня о происшедшемъ или припоминая свой бредъ, какъ тяжелое сновидѣніе. Рѣже встрѣчается маниакальное возбужденіе съ безсвязнымъ бредомъ величія или спокойныя меланхолическія состоянія съ смутными ощущеніями тоски и галлюцинаціями слуха, наконецъ, состоянія апатіи

¹⁾ Рефератъ въ Архивѣ психіатріи. Т. XXXI. 3 ч, стр. 125.

²⁾ Врачъ. 1899 г., № 46—50.

³⁾ Учебникъ психіатріи.

⁴⁾ Курсъ психіатріи.

съ помраченіемъ сознанія, доходяція до ясно выраженнаго отупѣнія (stupor).

Въ другихъ случаяхъ психозы сначала постепенно замѣняютъ, а потомъ и совсѣмъ вытѣсняють приступы перемежающейся лихорадки, становясь на ихъ мѣсто. Наконецъ, на почвѣ малярійной кахексии, длящейся мѣсяцами и годами, можетъ развиться и хроническое помѣшательство. Паслѣдственностъ при психозѣ на малярійной почвѣ, по изслѣдованіямъ Краепеліна, играетъ второстепенную роль. Почти всѣ случаи малярійныхъ психозовъ, наблюдавшихся до сихъ поръ всѣми авторами, давали благоприятный результатъ подѣ влияніемъ леченія хининомъ.

Что касается затѣмъ вопроса о томъ, какимъ образомъ проявляется малярія, когда она является осложненіемъ психическихъ разстройствъ, то по этому предмету въ литературѣ имѣются лишь общія указанія. Оказывается, что у душевно-больныхъ либо появляются обыкновенныя пароксизмы лихорадки, какъ и у душевно-здоровыхъ, либо при осложненіи психоза маляріей, въ теченіе психической болѣзни, появляются временныя экстазическія психической дѣятельности, соотвѣтствующія то времени повышенія температуры, то априкетическому промежутку. Съ другой стороны, затрогивался вопросъ о благотворномъ влияніи маляріи на исходъ психозовъ. Такъ, напримѣръ, Koster видѣлъ выздоровленіе вслѣдствіе болотной лихорадки и потому даже совѣтуетъ (!?) помѣщать больницы для душевно-больныхъ въ малярійныхъ мѣстностяхъ. Краепелінъ также указываетъ на возможность благоприятнаго влиянія болотной лихорадки на исходъ психозовъ; онъ наблюдалъ также нѣсколько случаевъ излѣченія въ относительно свѣжихъ заболѣваніяхъ меланхоліей и маніей и считаетъ возможнымъ появленіе благоприятнаго измѣненія, наступающаго въ мозгу также послѣ болѣе продолжительной болѣзни и притомъ въ случаяхъ повидимому безнадежныхъ; однако относительно подобнаго рода явленій благоприятнаго исхода онъ замѣчаетъ, что толкованіе такого рода наблюденій требуетъ отъ насъ всегда крайней осторожности, такъ какъ неожиданное выздоровленіе нерѣдко составляетъ просто слѣдствіе недостаточности нашихъ клиническихъ знаній о душевныхъ болѣзняхъ.

Съ другой стороны, несомнѣнно, что иногда у больныхъ, сдѣлавшихся уже давно слабоумными и спутанными, исчезаютъ во время случайнаго лихорадочнаго заболѣванія нелѣпыя идеи и уступаютъ мѣсто неожиданной психической ясности, но во всякомъ случаѣ всегда лишь на короткое время.

Въ общемъ объясненіе этихъ явленій темпо и приходится довольствоваться пока предположеніями.

Такимъ образомъ наибольшее количество наблюденій, описанныхъ въ литературѣ, а также наибольшій интересъ относится къ

тѣмъ душевнымъ заболѣваніямъ, которыя непосредственно имѣютъ связь съ малярийной инфекціей и были вызваны ею.

Къ числу подобныхъ случаевъ я позволю отнести и тѣ два наблюденія, которыя прослѣжены мною въ нашей Лечебницѣ.

Случай I-й.—Больная В. С., 38 лѣтъ, русская, мѣщанка, грамотная, замужняя, происходитъ изъ невропатической семьи; мать истеричная. Сама больная всегда была нервная особа, раздражительна, плакала; бывали даже припадки непрерывнаго смѣха и плача; часто страдала лихорадкой.

Поступила въ Лечебницу 12-го іюня 1899 г. Изъ свѣдѣтельств пользовавшихся больную врачей извѣстно, что больная съ 14 мая (1899 прошлаго года) заболѣла явленіями сыпного тифа, кончившагося 26-го мая, при чемъ тифъ протекалъ безъ осложнений, какъ со стороны внутреннихъ органовъ, такъ и психической сферы. Въ послѣдующіе дни больная чувствовала себя довольно бодрой, но 30 го мая у больной замѣтили психическое возбужденіе, выражавшееся снутаиностію мыслей, бредомъ величія и безсонницей. Больная по сообщенію родныхъ одинъ день была до того возбуждена, что гнала всѣхъ отъ себя, бросала, чѣмъ попаало, считала себя окруженной врагами и всѣхъ ругала; на другой день была совсѣмъ здорова, только нѣсколько болтлива, оживлена, смѣялась, шутила.

При поступленіи больной въ Лечебницу съ физической стороны отмѣчено слѣдующее: больная средняго роста, слабаго тѣлосложенія, сильно истощена. Видимыя слизистыя оболочки блѣды. Подкожный жиръ плохо развитъ. Кожа блѣдна, съ сѣроватымъ оттѣнкомъ.

Костная система развита правильно, мышцы вялы и дряблы.

Болевая и тактильная чувствительность кожи рѣзко повышены. Зрачки умѣренно и равномерно расширены, на свѣтъ и аккомодацию реагируютъ живо.

Во внутреннихъ органахъ болѣзненныхъ отклоненій не обнаружено, за исключеніемъ того, что селезенка сильно увеличена, выходитъ изъ подъ края реберъ на 5—6 сантиметровъ и простирается въ видѣ гладкаго и плотнаго тѣла.

Больная помѣщена въ остро-безпокойное отдѣленіе. Съ психической стороны въ день поступленія въ Лечебницу больная была въ очень повышенномъ настроеніи, оживлена, болтлива до полной спутанности сознанія, высказывала идеи бреда величія, на предлагаемые вопросы не отвѣчала. Температура тѣла 37, 3°

$\frac{13}{VI}$ 99 г. Ночь спала. Съ утра сонлива, нѣсколько апатична, лежитъ спокойно, закрываетъ лицо руками и съ нѣкоторымъ смущеніемъ заявляетъ недовольство на окружающую обстановку. Аппетитъ хорошъ. Температура 37, 1°—36, 6°.

$\frac{14}{VI}$ го. Съ утра болтлива, начинаетъ пѣть; въ восторгѣ, что ее привели въ кабинетъ врача. Въ разговорѣ безвязно перескакиваетъ

съ предмета на предметъ, рассказываетъ, какъ «она танцевала на придворныхъ балахъ», «какъ ее, еще дѣвочку, покойный Государь Александръ Николаевичъ носилъ на рукахъ». Она писательница; пишетъ подъ псевдонимомъ «Ласточкино гнѣздо», ею написано много извѣстныхъ популярныхъ комедій, которыя ставятся на всѣхъ лучшихъ сценахъ... А ей мужъ? «О! это животное, онъ ничего не понимаетъ, это развратникъ, какого свѣтъ не производилъ». Больная сопровождаетъ свою страстную необузданную рѣчь чрезвычайно яркими, выразительными жестами и мимикой. Все время разговаривала, высказывала, что по проискамъ враговъ ее засадили «въ казематъ», шумѣла, кричала, почему была переведена въ буйное отдѣленіе. Т° 36,5—36, 8° sub axilla.

15
VI. Больная довольно спокойна, сознание ясно: она понимаетъ, гдѣ находится, въ окружающей обстановкѣ довольно точно ориентуруется. Въ шутиломъ тонѣ спрашиваетъ: «не въ казематѣ ли она находится». Послѣ свиданія съ деверемъ приходитъ въ отдѣленіе совершенно спокойная и критически относится къ своимъ прежнимъ подозрѣніямъ, сообщаетъ, что она не знаетъ, почему ей дѣйствительно все казалось, что ее засадили въ казематъ, а теперь, конечно, все это разсѣялось и она вполне увѣрена, что она была больна. Рассказываетъ, что и дома на нее находило «какое то озорство, буйство, воеводскій пароксизмъ», и она все бросала и била, даже своего ребенка бросила на столъ, а докторовъ гнала, бросала въ нихъ, чѣмъ попало, думала, что они какіе то «заговорщики». Весь день провела довольно спокойно и достаточно критически относилась къ своему положенію. Бѣла достаточно. Спала хорошо. Т° ут. 34, 4., вѣч. 36,7

16
VI. Утромъ во время визитации схватила руку ординатора, не пускаетъ, усаживаетъ рядомъ съ собой и высказываетъ желаніе сообщить какую то тайну, которую она можетъ повѣрить доктору, а если онъ поручится за надзирательницу, которую называетъ «начальницей», то и при ней можетъ сообщить свою тайну. Заявила, что она Императрица Марія Александровна и добавила «спокойная». Требуешь бумаги: ей нужно написать телеграмму какому то Богданову и указать имена заговорщиковъ, о которыхъ она сообщаетъ и доктору. Говоритъ безъостановочно, перескакивая съ одного предмета на другой. Послѣ обѣда вскорѣ температура поднялась до 38,8°. Больная стала возмущаться шумомъ и крикомъ окружающихъ больныхъ, но въ тоже время и сама шумѣла, кричала и ругалась. Сознание времени и мѣста опять спуталось. Одну изъ надзирательницъ приняла за переодѣтаго девера, который ее сюда (въ казематъ) привезъ, а теперь наблюдаетъ за ней, хочетъ спустить ее въ подвалъ. Къ вечеру былъ сильный потъ. Настроеніе плаксивое; сообщаетъ, что она схоронила мужа и дѣтей и она не знаетъ, «какъ выразить свое горе», начинаетъ причитать и плакать. При въпрыскиваніи

лекарства высказываетъ подозрѣніе, что ее хотять отравить «мышьякомъ». Ей положимъ все равно теперь, только скорѣе бы умереть, а то что она будетъ дѣлать безъ мужа и дѣтей? При изслѣдованіи крови плазмодій не удалось обнаружить. Впрыснуто подъ кожу chininum и ext. opii утромъ и вечеромъ. Ночь спала плохо, t° ут. 36,0, веч. 36, 5°. ¹⁷
VI. Точно вѣрно ориентирована въ окружающемъ. Извиняется за вчерашнія подозрѣнія, что докторъ въ заговорѣ съ ея деверемъ противъ нея и хочетъ ее загубить, и сегодня вполне доверяетъ, какъ врачу, такъ и надзирательницамъ и сознаетъ, что она бредила. Ночь спала покойно. Аппетитъ хорошъ. Впрыснуты подъ кожу хининъ и опій. Т° ут. 37,3. веч. 37,7.

¹⁸
VI. Снова возбуждена, высказываетъ тѣже бредовыя идеи. t° 37,0—37,2.

¹⁹
VI. Опять совершенно спокойна, даже съ нѣкоторой ироніей относится къ своимъ заблужденіямъ, высказаннымъ наканунѣ все въ тойже формѣ. Ночь спала хорошо. Нѣкоторое задержаніе со стороны кишечника. Утромъ и вечеромъ впрыснуть хининъ и опій. t° 37,7 и 37, 1°.

²⁰
VI. Больная подозрительно относится къ окружающимъ, ординатора считаетъ за переодѣтаго сообщника своего мужа, изъ большихъ, съ которыми до того времени мирно, тихо разговаривала, тоже видитъ «переодѣтыхъ личностей». Подозрѣваетъ, что ее хотять отравить или убить и спустить въ подвалъ. Болтаетъ безъ умолку, заявляетъ, что она воспитывала Государя, она «фрейлина» и не привыкла къ такой обстановкѣ, отказывается сначала отъ подаваемой ей пищи, такъ какъ она къ такой «непривыкла», но всетаки съѣдаетъ все, что было подано. Назначено: внутрь хининъ въ формѣ guttae и подкожное впрыскиваніе метиленовой синьки. Спала плохо. Т° 37,2 и 37,4°.

²¹
VI. Спокойна и разбирается въ окружающемъ. t° 37,1 и 37,2°.

²²
VI. Съ утра лежитъ съ закрытыми глазами, все время бормочить, кричитъ, гонитъ отъ себя окружающихъ, высказываетъ идеи бреда прежняго характера t° 39,9 и 37,2.

²³
VI. Больная оживлена, болтлива, шутливо настроена, извиняется за свое поведеніе наканунѣ. Сознаніе времени и мѣста ясное. Со стороны кишечника задержаніе. Селезенка прощупывается, но значительно уменьшена, не заходитъ за края реберъ. Больная спитъ и ѣсть достаточно. Дано ext. cascarae sagradae и поставлена клизма въ виду задержанія отпаивленія кишечника. Хининъ и впрыски-

ванье снѣжки продолжены. Т° 36,6 и 37,3°. ²⁴
^{VI}. Снова пережила подозрительность ко
 всему окружающему. Больная сначала не желаетъ ѣсть «такую пищу», «она высо-
 каго происхожденія», но потомъ все-таки ѣсть. Сознаніе времени и мѣста не яс-
 ное. Хотя и подчиняется безъ сопротивленія вырскиваніямъ и принимаетъ ле-
 карство, но дѣлаетъ это потому, что ей «все равно, отъ чьей руки погнѣбать».
 Почь сна плоха. Вырскиваніе снѣжки дважды въ день. Chininum продол-
 жень. Т° 36,5 и 37,1.

^{25—27}
^{VI}. Временами то высказываетъ идеи бреда, но не такъ настойчиво,
 то болѣе покойна и довольно критически относится къ своему состоянію. Леченіе
 тоже. т° 25-го 36,6 и 37,3; 26—36,8 и 37,6; 27—37,3 и 36,5.

²⁸
^{VI}. Больная болѣе спокойна. Сознаніе времени и мѣста ясное. Временами хотя
 и является нѣкоторая подозрительность и недоверіе ко всѣмъ окружающимъ, но
 все это поверхностно и не устойчиво. Ко всему относится иронически и сниска-
 она не привыкла къ такой пищѣ, привыкла, чтобы повара, по ея приказанію, гото-
 вили, что ей захочется, между тѣмъ ѣсть подаваемую пищу съ большимъ
 аппетитомъ. Спать достаточно. Лекарства тѣ же. Селезенка значительно уменьшена,
 не прощупывается. т°. ут. 37,1, веч. 37,6°.

²⁹
^{VI}. Совершенно спокойна. Сознаніе ясное. Подозрительности не высказы-
 ваетъ. Начинаетъ скучать по домашнимъ и выражать заботу о томъ, что мужу
 придется много платить за ея леченіе, а онъ получаетъ жалованье небольшое.
 Аппетитъ достаточенъ. Сонъ хорошъ. т°. 36,9—37,4.

³⁰
^{VI}. Также спокойно, совершенно критически относится ко всему окружаю-
 щему, тяготеетъ своимъ положеніемъ среди безснкойныхъ больныхъ. Подозри-
 тельности никакой не высказываетъ. Нѣсколько болтлива. Сонъ и аппетитъ доста-
 точны. Т° ут. 36,7, веч. 37,4. Больная переведена снова въ остро-безпокойное
 отдѣленіе. Весь промежутокъ съ ¹/_{VII} до ¹⁰/_{VII} больная вполне сознательно отно-
 сится къ своему положенію. Настроеніе измѣнчиво, часто жалуется на разли-
 чнаго рода болѣзни: то у ней ревматизмъ, то катаръ желудка и т. д. Нѣс-
 колько болтлива. Говоритъ о себѣ, о своемъ прошломъ состояніи, о томъ, какъ
 она себя теперь чувствуетъ, при этомъ то называетъ себя «умалченной», то
 говоритъ, что мозги ея наконецъ то встали на свое мѣсто. Съ физической стороны
 отмѣчается значительное улучшеніе питанія. Вѣсъ тѣла съ 98 ф. поднялся до
 105 ф. Селезенка совершенно не прощупывается, перкуторно опредѣляется въ
 предѣлахъ нормальныхъ границъ

$\frac{17-31}{\text{VII-VII}}$. Настроение ровное. Больная болѣе сдержана, съ нетерпѣніемъ дожидается, когда за ней придутъ, такъ какъ она очень соскучилась по домашнимъ. Физическое состояніе еще болѣе улучшается. Занимается работой. Больная переведена въ спокойное отдѣленіе.

Съ $\frac{1}{\text{VIII}}$ до $\frac{2}{\text{VIII}}$ чувствуетъ себя хорошо, критически относится къ своей болѣзни, работаетъ.

Физически вполнѣ оправилась, прибавилась въ вѣсѣ за время пребыванія въ Лечебницѣ на 51 фунтъ. — 12-го августа выбыла изъ Лечебницы.

(Продолженіе слѣдуетъ).

РЕФЕРАТЫ.

Патологическая анатомія.

Высоковичъ В. К. проф. *Патологическая анатомія. Лекции, читанныя въ Университетъ Св. Владиміра.* Выпускъ I-й. Изданіе 2-ое, исправленное и дополненное. Кіевъ, 1901 г.

На дняхъ вышли въ печати лекціи по Патологической анатоміи, читанныя въ Университетѣ св. Владиміра проф. В. К. Высоковичемъ, съ 31 рис. въ текстѣ. Лекціи обнимаютъ собою почти полный курсъ патологической анатоміи, какъ общей, такъ и частной. Хотя онѣ носятъ сжатый, конспективный, характеръ изложенія, но содержатъ все существенное и главное; приводятся новыя ученія и послѣдніе взгляды на патологическіе процессы, и довольно много удѣляется общепатологической сторонѣ измѣненій. Первая часть—общая патологическая анатомія—дѣлится на пять отдѣловъ, изъ которыхъ первые два посвящены регрессивнымъ и прогрессивнымъ измѣненіямъ тканей, третій—содержитъ ученіе о воспаленіи, а послѣдніе два заключаютъ главу онкологіи, пролиферационныя и инфекціонныя опухоли. Въ отдѣлѣ атрофій приводится, какъ отдѣльная патологическая форма, студенистая или слизистая атрофія, рассматривавшаяся ранѣе какъ слизистая метаплазія по Virchow'у; наблюдается она въ жировой клѣтчаткѣ эндокардіи при различныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ и состоитъ въ атрофіи жировой ткани и отека промежуточнаго вещества. Главу о дегенераціи авторъ расширяетъ кератогиалиновымъ и миелиновымъ перерожденіемъ. Послѣднее встрѣчается въ мокротѣ при бронхиальной астмѣ и катаррахъ мелкихъ бронхъ, чаще всего на почвѣ эмфиземы легкихъ. Миелиновому перерожденію подвергается альвеолярный эпителий, содержа матовоблестящіе камочки. Кромѣ того и внѣ клѣтокъ попадаются блестящія слоистыя тѣла, похожія на тѣ фигуры, которыя даетъ въ размягченныхъ мозговыхъ участкахъ или при разбалтываніи мозговой массы съ водою, откуда и получило названіе миелиноваго, хотя сущность его еще и не выяснена. Предполагается, что оно есть только видоизмѣненіе жирового и миелиновое вещество

стоитъ близко къ жиру, но отличается отъ него растворимостью въ водѣ и не даетъ реакцій, характерныхъ для жира. Галиновое перерожденіе авторъ не считаетъ предшествующей стадіей амилоиднаго, а раздѣляетъ галингъ и амилоидъ какъ отличающіеся одинъ отъ другого и этиологически, и по различнымъ реакціямъ, совмѣстное же ихъ нахожденіе объясняетъ раньше уже бывшимъ галиновымъ перерожденіемъ. Амилоидное вещество является сложнымъ продуктомъ, образующимся въ самихъ тканяхъ организма, а не циркулирующимъ въ готовомъ видѣ въ крови.

Въ отдѣлѣ прогрессивныхъ процессовъ, кромѣ гипертрофій и гиперлазій, излагается регенерация. Довольно подробно и ново разработана глава о воспаленіи. Замедленіе кровяного тока при воспаленіи объясняется пониженнымъ кровянымъ давленіемъ вслѣдствіе усиленной болѣвой эксудации. При эмиграціи форменныхъ элементовъ крови отмѣчается предпочтительное выселеніе красныхъ шариковъ изъ капилляровъ (красное опечененіе при крупозной пневмоніи) и бѣлыхъ изъ венъ. Эмигрируютъ главнымъ образомъ многоядерные лейкоциты въ силу нахожденія ихъ въ большемъ количествѣ въ крови сравнительно съ другими, а также и вслѣдствіе развивающагося лейкоцитоза, а не потому, что они имѣютъ раздѣльное ядро, облегчающее ихъ прониканіе сквозь сосудистую стѣнку, какъ объяснилъ это Мечниковъ. Не отрицая нѣкотораго значенія хемитаксиса въ процессѣ выселенія бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, авторъ видитъ главную причину эмиграціи въ усиленномъ выдѣленіи лимфы, токомъ которой форменные элементы и выносятся чрезъ искусственные отверстія изъ сосудовъ. Постоянныхъ стѣнчатыхъ—*somata* и *stigmata*, въ сосудахъ не существуетъ, а онѣ образуются лишь при прохожденіи лейкоцитовъ и тотчасъ же закрываются вслѣдствіе эластичности ткани. Образованіе такихъ отверстій облегчается измѣненіями сосудистыхъ стѣнокъ (разрыхленіемъ), вызванными дѣйствіемъ воспалительныхъ агентовъ непосредственно на стѣнку сосудовъ. Классифицируетъ воспаленія авторъ по свойству эксудата, по локализациіи ихъ въ тканяхъ и по продолжительности ихъ теченій. Отъ фибринознаго воспаленія кожи и слизистыхъ оболочекъ полости рта, глотки и гортани авторъ неотдѣляетъ дифтеритическаго, а говоритъ, что крупъ и дифтеритъ вызывается одною и тою же бактеріей и въ сущности представляетъ одно и то же заболѣваніе, но этиологически онъ отличается фибринозныя воспаленія слизистой оболочки рта—при скарлатинѣ, кишекъ—при дизентеріи и матки—при *endometritis puerperalis*, отъ гониминаго дифтерита рта, глотки и гортани и названіе дифтерія должно даваться, по его мнѣнію, лишь тѣмъ фибринознымъ воспаленіямъ, причиною которыхъ является палочка *Löffler's*. Дифтерія сама посебѣ производитъ не глубокое воспаленіе, ограничиваясь поверхностью слизистыхъ оболочекъ; въ случаяхъ же осложненія стрептококками происходитъ пропитываніе ткани эксудатомъ съ послѣдующимъ некрозомъ и образованіемъ болѣе или менѣе глубокихъ язвъ (гангренозный дифтеритъ). Подобная форма стрептококковаго дифтерита наблюдается при скарлатинѣ. Такія же глубокія измѣненія встрѣчаются при дифтеритѣ кишекъ и матки. Кромѣ фибринозной долевой пневмоніи упо-

минаетъ еще о гнѣздныхъ, дольковыхъ пневмоніяхъ, содержащихъ типическую фибринозную сѣтку, бывающихъ величиною отъ боба до грецкого орѣха, развивающихся въ видѣ бронхопневмоническихъ очаговъ изъ бронхита или метастатически, при застреваніи бактерій, временно попадающихъ въ кровь. Этиологія островчатыхъ пневмоній бываетъ обыкновенно смѣшанная инфекція, диплококка Fränkel'я или съ палочкою тифа, или инфлюенцы, стрептококка, стафилококка.

Пролифераціонныя опухоли В. дѣлится на 4. группы: соединительно-тканныя, мышечныя, нервныя, и новообразованія эпителиальнаго типа. Въ этомъ же отдѣлѣ излагается ученіе о кистахъ и тератомахъ. Изъ группы фибромъ авторъ отмѣчаетъ келоидъ, развивающійся на мѣстѣ кожныхъ рубцовъ, изъ жировыхъ опухолей выделяетъ xanthom'у, развивающуюся подъ слизистой оболочкой глаза изъ жировой клѣтчатки и окрашенную въ желтый цвѣтъ. Въ отдѣлѣ хрящевыхъ опухолей В. упоминаетъ о мягкой, слизистой опухоли, состоящей изъ крупныхъ клѣтокъ съ ядромъ и пустотами—физиоидными полостями, выполненными слизистымъ веществомъ, называемую Vibem'омъ chordoma и развивающуюся изъ остатковъ chordae dorsalis. Къ лимфомамъ относятся и лимфомы при лейкеміи, какъ состоящія изъ неподвижныхъ лимфоцитовъ, имѣющихъ сѣтчатую ткань, и являющіяся источникомъ увеличенія числа бѣлыхъ шариковъ крови. Эндотеліальныя опухоли состоятъ изъ плоскихъ соединительнотканыхъ клѣтокъ, способныхъ склерозироваться и слгаться въ эндотеліальныя жемчужины, которыя, подвергаясь известковому пропитыванію, даютъ псамоматозныя тѣла. Эндотеліомы бываютъ и мягки, и фиброзы, доброкачественны и злокачественны; послѣднія относятся къ саркоматознымъ. Къ злокачественнымъ эндотеліальнымъ опухолямъ авторъ причисляетъ и deciduom'у, представляющую собой гипертрофію остатковъ ворсинокъ дѣтскаго мѣста и состоящую изъ большихъ клѣтокъ съ крупными ядрами, и протоплазматическихъ массъ—Syncythium. Децидуальныя опухоли вполнѣ еще не закрѣплены ни за какой группою новообразованій и скорѣе всего надо думать, пишетъ проф. Высоковичъ, что онѣ состоятъ изъ переходнаго эпителія, обладающаго однако особыми свойствами. Злокачественную опухоль—саркому—авторъ дѣлитъ, смотря по степени развитія клѣточныхъ ея элементовъ, на слѣдующія 7 группъ: кругло,—вертенообразно—и гигантоклѣточковую, затѣмъ звѣздчатая или ретикулярная (lymphoma), гліиновая съ рѣзкою склонностью къ гліиновому перерожденію сосудовъ эндотеліа, пигментную—меланосаркому—и, наконецъ, эндотеліальныя, часто альвеолярныя саркомы. Если одна часть клѣточныхъ элементовъ остается на стадіи круглыхъ, а другая, доходя до стадіи вертенообразныхъ, образуетъ какъ бы альвеолы съ группами округлыхъ клѣтокъ, то получится одна разновидность альвеолярныхъ саркомъ; если же строма является волокнистой, а клѣтки принимаютъ полигональную форму, напоминая раковыя, то будетъ другая разновидность. Эндотеліальныя саркомы—это саркомы, образующіяся изъ эндотеліа костнаго мозга и періоста. Злокачественныя эпителиальныя опухоли В. дѣлитъ на кожныя или роговыя (канкроидъ) и на раки слизистыхъ оболочекъ, различая три основныхъ вида послѣднихъ:

мозговикъ, *carcinoma simplex* и скирръ. Какъ особую форму В. приводитъ коллоидный или слизистый ракъ, но не отдѣляетъ ихъ другъ отъ друга, а называетъ слизистымъ ракомъ со студенистымъ видомъ. Изъ болѣе рѣдкихъ формъ авторъ упоминаетъ о инфильтрирующемъ ракѣ (*cancer en cuirasse*). Что касается этиологіи раковъ, то В. считаетъ ее еще мало выясненной. Онъ приводитъ важнѣйшія изъ многочисленныхъ теорій о происхожденіи этого заболѣванія—теорію травматическаго воздѣйствія Virchow'a, невротрофическую, теорію зародышевыхъ зачатковъ Conheim'a, паразитарную—и замѣчаетъ, что всѣ перечисленныя теоріи непрочны и неимѣютъ достаточно твердой почвы подъ собой. Въ послѣднемъ 5-мъ отдѣлѣ авторъ разсматриваетъ инфекціонныя грануляціонныя опухоли, къ которымъ относитъ: туберкулезъ, сифилисъ, проказу, риносклерому, брюшной тифъ, актиномикозъ, саль, *mucosis fungoides* и чуму. *Lupus* считается туберкулезомъ кожи, состоящимъ изъ группы бугорковъ съ многоядерными кѣтками съ гліалиновыми комочками и перѣдко сложными слоистыми гліалиновыми тѣльцами. Къ группѣ гранулезныхъ опухолей В. относитъ и тѣ образованія, которыя появляются иногда въ почкахъ при брюшномъ тифѣ. При чумѣ В. считаетъ гранулемами очаги некроза, бывающіе въ кожѣ или печени, плоткѣ, рѣже селезенкѣ, съ крупными колоніями чумныхъ палочекъ развивающіеся вокругъ грануляціонноу тканью.

Частная патологическая анатомія состоитъ изъ 4-хъ отдѣловъ и обнимаетъ собою болѣзни органовъ кровообращенія, дыханія, селезенки, печени, почекъ и *glandulae thymus*. Среди болѣзней эпикардія такъ называемыя молочныя пятна (*maculae luteae*), кромѣ воспалительнаго происхожденія, могутъ быть и врожденныя и довольно часто; ихъ отличіемъ служитъ присутствіе внутри ихъ холмовъ, выстланныхъ эпителиемъ, и отсутствіе утолщенныхъ, склерозированныхъ мѣстъ. В. различаетъ три формы эндокардитовъ: сосочковый, язвенный и хроническій. Авторъ смотритъ на острое воспаленіе эндокардія, какъ на тромбо-эндокардитъ, организующійся при веррукозномъ и размягчающійся при ulcerозномъ процессѣ. Хроническое воспаленіе сосудовъ бываетъ склеротическое и грануляціонное съ васкуляризаціею интимы, нормально сосудовъ не имѣющей. Сифилитическій *vasculitis* носитъ чаще грануляціонный характеръ и ведетъ къ облитерирующему эндоартериту, но можетъ протекать и въ формѣ склеротическаго или старческаго, подобно тому какъ грануляціонный наблюдается при другихъ болѣзняхъ и не имѣетъ ничего отличительнаго. Изъ заболѣваній *glandulae thymus* указывается на гипертрофію ея, гнойное воспаленіе и новообразованія. Раковыя опухоли здѣсь происходятъ или путемъ метастаза, или же изъ дермоидныхъ кистъ. Измѣненія органовъ дыханія В. разсматриваетъ, начиная съ носовой полости. При описаніи болѣзней легкихъ авторъ упоминаетъ о плацентарной эмболии, бывающей при сильныхъ судорожныхъ сокращеніяхъ матки, о желатинозномъ отека, выражающемся въ видѣ студенистыхъ сѣрыхъ участковъ въ сдавленныхъ частяхъ легкихъ среды различныхъ формъ туберкулезнаго процесса. Измѣненія легкихъ при чумѣ В. дѣлитъ на первичныя и вторичныя. Воспалительныя процессы печени раздѣляетъ на паренхиматозныя и интерстиціальныя. Къ первымъ

онъ относить и острую желтую атрофію, считая ее острымъ паренхиматознымъ гепатитомъ. Циррозы печени дѣлятся на атрофическій, гипертрофическій и—видоизмѣненіе послѣдняго—билиарный; при этомъ онъ допускаетъ переходъ послѣднихъ формъ въ атрофическую. При атрофической формѣ наблюдается еще форма, гдѣ поверхность органа остается гладкою—такъ назыв. *cirrhosis glabra*. Развитие грануляціонной ткани при гипертрофическомъ циррозѣ идетъ тѣмъ же путемъ, какъ при атрофическомъ, и отличается только ея проникновеніемъ въ самыя долики печени; если же она распространяется преимущественно по желчнымъ протокамъ, то получится билиарный циррозъ. Этиологию циррозовъ авторъ полагаетъ въ различныхъ ядовитыхъ продуктахъ обмена веществъ, поступившихъ извнѣ въ предварительно раздраженную или болѣе впечатлительную печеночную ткань. Изъ перигепатитовъ В. указываетъ еще на общій фиброзный перигепатитъ—такъ наз. облитая печень (*Zuckerguss Leber.*). Въ главѣ болѣзней почекъ, кромѣ измѣненій ихъ, приводятся и измѣненія въ функціи почекъ—мочи. Нефриты В. дѣлитъ на 4 основныхъ вида. Острый паренхиматозный нефритъ характеризуется темнокрасными точками на поверхности почекъ; если процессъ ограничивается клубочками, то получается *glomerulonephritis*; при значительномъ количествѣ крови въ мочѣ будетъ геморрагическая его форма. Большая Брайтова бѣлая почка, никогда не появляющаяся самостоятельно, кромѣ дегенеративныхъ измѣненій, имѣетъ и воспалительныя измѣненія. Здѣсь между канальцами встрѣчаются участки мелкихъ одноядерныхъ клѣтокъ, что и отличаетъ этомъ процессъ отъ простого жирового перерожденія. В. не допускаетъ перехода большой бѣлой почки во вторично сморщенную почку, а неравномѣрные углубленія, бывающія на такой почкѣ, ставитъ въ связь съ ранѣ протекавшими интерстиціальными измѣненіями. При остромъ интерстициальномъ нефритѣ авторъ сводитъ инфильтрацію исключительно на счетъ многоядерныхъ лейкоцитовъ. Клубочки при немъ не измѣняются; въ нихъ замѣчаются лишь явленія коагуляционной активной гипереміи. Типичная форма этого заболѣванія бываетъ при болѣзни *Weill*'я. При высшей степени своего развитія интерстиціальное воспаленіе почекъ является въ видѣ гнойнаго нефрита, обусловленнаго бактеріями. Поступленіе послѣднихъ можетъ происходить двоякимъ путемъ: кровью или по току мочи. Въ послѣднемъ случаѣ получится піелонефритъ. Но не всѣ бактеріи, способныя вызывать гнойное воспаленіе, могутъ образовать гнойный нефритъ. Такъ, стрептококкъ никогда не является причиною почечныхъ абсцессовъ, между тѣмъ какъ стафилококкъ даетъ гнойники здѣсь и не даетъ ихъ въ печени и селезенкѣ. Можетъ вызывать абсцессы также *bacillus pyocyaneus* и рѣже другія бактеріи. Хроническій интерстициальный нефритъ (малая, зернистая брайтова почка) захватываетъ сразу весь органъ, хотя развитіе грануляціонной ткани и склерозъ ея проникаетъ все таки гнѣздно. Увеличеніе количества мочи, наблюдаемое при этой формѣ нефрита, помимо повышеннаго кровяного давленія, зависитъ также отъ страданія отводящихъ лимфатическихъ путей, загроудня обратное всасываніе и сгущеніе мочи. Атрофическія углубленія при артеріосклерозѣ почекъ, принимаемая за послѣдствіе интерстиціального нефрита на почвѣ артеріосклероза

считаетъ болѣе правильнымъ назвать ихъ артеріосклеротической атрофіею. В. приводитъ еще одну форму хроническаго интерстиціального нефрита, сопровождающуюся увеличеніемъ органа, съ остающеюся болѣе или менѣе гладкою поверхностью, и наблюдаемую при алкогольномъ отравленіи. Онъ различаетъ гидронекрозъ и уронекрозъ съ сохраненіемъ функціи почечной ткани.

Ө. Чарушинъ.

ХИРУРГІЯ.

(Подъ редакціей П. И. Тихова).

Ф. Абрамовичъ. *О кровоостанавливающемъ дѣйствиі водянго пара и горячаго воздуха при раненіяхъ печени.* (Дисс. Сиб. 1900 г.).

Въ настоящей работѣ, представляющей собою экспериментальное изслѣдованіе, затрагивается одинъ изъ новѣйшихъ вопросовъ клинической хирургіи—вопросъ о примѣненіи водянго пара и горячаго воздуха для остановки кровотеченія при раненіяхъ печени. Первый изъ этихъ пріемовъ—всепоризація или, по просту, ошпариваніе—былъ предложенъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ проф. Сениревымъ (въ Москвѣ) и имѣетъ широкое примѣненіе къ гинекологической практикѣ при различныхъ заболѣваніяхъ женской половой сферы; второй пріемъ—обжиганіе струею горячаго воздуха—былъ предложенъ Hol-lander'омъ и имѣетъ болѣе узкое примѣненіе—для оперированія на тканяхъ и органахъ, богатыхъ сосудами. Авторъ вышеприведенной статьи поставилъ всего 29 опытовъ на 20 животныхъ (5 на кроликахъ и 15 на собакахъ). Два изъ этихъ животныхъ погибли во время операціи, четыре были убиты къ концу опыта и остальные 14 оставались жить послѣ операціи на различные сроки и затѣмъ печень ихъ подвергалась гистологическому изслѣдованію. Въ 12 изъ этихъ опытовъ дѣло шло объ остановкѣ кровотеченій изъ печени при помощи пара, въ 9 опытахъ кровотеченіе останавливалось горячимъ воздухомъ и 8 опытовъ было поставлено для выясненія сравнительнаго кровоостанавливающаго значенія пара и горячаго воздуха. Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ, сводятся къ слѣдующимъ наиболѣе важнымъ для клинициста положеніямъ: а) горячій воздухъ по силѣ кровоостанавливающаго дѣйствія при ранахъ печени значительно превосходитъ паръ; б) сущ-

ность дѣйствія обоихъ агентовъ заключается въ болѣе или менѣе рѣзкомъ измѣненіи ткани (некрозъ) вслѣдствіе высокой t^0 ; в) въ виду нѣкоторыхъ техническихъ трудностей для полученія пара высокой t^0 , этотъ агентъ не такъ пригоденъ для остановки кровотеченій, какъ горячій воздухъ; г) горячій воздухъ вызываетъ въ тканяхъ не только некрозъ, но и стягиваніе ихъ, слѣд., вызываетъ закрытіе просвѣта перерѣзанныхъ сосудовъ; д) для остановки одинаковаго кровотечения изъ ранъ печени паромъ приходится дѣйствовать дольше, чѣмъ горячимъ воздухомъ; ж) такъ какъ стекающая кровь мѣшаетъ горячему воздуху проявлять его кровоостанавливающее дѣйствіе, то предварительное обезкровливаніе органа является весьма полезнымъ пріемомъ; з) заживленіе ранъ печени, послѣ дѣйствія на нихъ паромъ или горячимъ воздухомъ, идетъ путемъ образованія рубца и расщипыванія омертвѣвающихъ участковъ, и) струпу, образующійся отъ дѣйствія горячаго воздуха, меньше ихъ размѣровъ и потому съ теченіемъ времени расщипывается скорѣе, чѣмъ струпа отъ дѣйствія пара.

Изъ сказаннаго видно, что авторъ отдастъ предпочтеніе горячему воздуху предъ паромъ при остановкѣ кровотеченія изъ печеночныхъ ранъ.

П. Тиховъ.

В. Гейнацъ. *Опыты и наблюденія надъ обезболиваніемъ пропитываніемъ по способу Schleich'a*—(Лѣт. Русск. Хир. № 1, 1900 г.).

Въ виду тѣхъ опасностей, съ которыми сопряжено общее усыпленіе оперируемыхъ, вопросъ о мѣстной анестезіи не перестаетъ и до настоящаго времени горячо интересоваться хирурговъ. Однимъ изъ наиболѣе крупныхъ пріобрѣтеній по этому вопросу является, безъ сомнѣнія, для клинической хирургіи способъ мѣстнаго обезболиванія, предложенный 7 лѣтъ тому назадъ Schleich'омъ (въ Берлинѣ). Главною особенностью этого способа является его полная безопасность въ смыслѣ отравленія, при условіи достиженія достаточнаго обезболиванія; поэтому то Schleich назвалъ свой способъ физиологическимъ. Авторъ вышеуказанной статьи приводитъ свои личныя наблюденія надъ обезболиваніемъ по Schleich'y. Въ своихъ случаяхъ авторъ употреблялъ т. наз. основной растворъ Schleich'a, содержащій въ себѣ 0,1 кокаина, 0,2 повар. соли и 0,02 морфія на 100,0 обезпложенной воды. Максимальная доза этого раствора принимается въ 50,0 grm., но авторъ безъ всякаго вреда для больныхъ повышалъ ее до 100,0 grm., а кромѣ того въ извѣстной части своихъ

случаевъ вмѣсто какаина ввелъ въ растворъ Ейкантъ—В, какъ вещество менѣе ядовитое и болѣе стойкое, чѣмъ кокаинъ, при повторномъ обезбоживаніи. Общее число наблюденій авторъ доходитъ до 218: 206 относится къ амбулаторнымъ больнымъ и 12 къ стационарнымъ. Для сравнительной оцѣнки результатовъ, полученныхъ авторомъ, онъ дѣлитъ свои случаи на три группы: къ первой относятся тѣ случаи, гдѣ анестезія получалась дѣйствительно полная, т. е. гдѣ больной рѣшительно не чувствовалъ никакой боли; ко второй относятся случаи относительнаго успѣха, т. е. гдѣ больные ощущали боль въ отдѣльные моменты операций, и, наконецъ, третью группу составляютъ случаи, гдѣ обезбоживаніе не удалось. Случаевъ первой группы—154 ($=71\%$), второй—39 ($=18\%$) и третьей—25 ($=11\%$). Итого, полный или частичный успѣхъ былъ достигнутъ въ 89% всего числа случаевъ.

Но при этомъ авторъ добавляетъ, что для известной части случаевъ второй группы нужно принять во вниманіе еще личную малую опытность и недостатки техники, имѣвшие мѣсто въ первое время примѣненія обезбоживанія по *Schleich'y*. При примѣненіи анестезіи по *Schleich'y* было оперировано: опухолей—13, изъ которыхъ въ 31 дѣло шло объ атеромахъ, въ 7 случаяхъ о ракахъ, въ 6 случаяхъ о саркомахъ, въ 6 случаяхъ объ ангиомахъ, въ 3 случаяхъ—о гранулемахъ, въ 9 случаяхъ о различныхъ кистахъ, въ 2 случаяхъ—о гипертрофій миндалинъ. Затѣмъ слѣдуютъ случаи, гдѣ операція предпринималась по поводу воспалительныхъ процессовъ: флегмонъ, нарывовъ (25 сл.), рапаніи (5 сл.), но результатъ въ этихъ случаяхъ получался далеко не блестящій, такъ какъ анестезія окупалась очень большими хлопотами или значительною болѣзненностью въ началѣ обезбоживанія, а въ иныхъ случаяхъ анестезія и вовсе не удавалось добиться. Зато операція расщепленія свищей, а отчасти и удаленія вросшаго ногтя оказалась особенно подходящей для обезбоживанія по *Schleich'y*. Дальнѣйшую группу составляютъ случаи травматическихъ поврежденій: зашиваніе ранъ (3 сл.), удаленіе инородныхъ тѣлъ (19 сл.), ампутація пальцевъ (4 сл.); далѣе слѣдуютъ операціи: перевязки *ven. saph.*—(8 сл.), удаленіе геморроидальныхъ узловъ (7 сл.) и иссѣченіе расширенныхъ венъ яичка (3 сл.). Наконецъ, при обезбоживаніи по *Schleich'y* было сдѣлано 6 пластическихъ операцій разнаго рода.

Подводя итогъ своимъ наблюденіямъ, авторъ высказывается въ пользу способа *Schleich'a* и рекомендуетъ его особенно для малой хирургіи и въ частности для амбулаторной практики.

Пл. Тиховъ.

Г. Грейфе. О швах из оленьих сухожильных нитей. (Дисс. Москва 1900).

Вопросъ о матеріалѣ для швовъ и для лигатуры является однимъ изъ важнѣйшихъ въ повседневной хирургической практикѣ. Всѣмъ извѣстно, что шолкъ и кѣгутъ, которыми и теперь пользуется большинство хирурговъ, имѣютъ цѣлый рядъ недостатковъ и при томъ довольно крупныхъ; особенно это нужно сказать относительно трудности добиться вполне ассептического состоянія указанного матеріала. Поэтому и до сего времени авторы ищутъ такого матеріала для швовъ и для лигатуръ, который, удовлетворяя извѣстнымъ физическимъ требованіямъ, былъ бы въ тоже время и легко дезинфицируемъ. Однимъ изъ послѣднихъ приобретений хирургіи въ этомъ направленіи нужно считать предложеніе проф. В. Снегирева, указавшаго на оленьи сухожильныя нити, какъ на матеріалъ, удовлетворяющій, повидимому, всѣмъ требованіямъ практики. Эти нити приготовляются изъ вѣевой связки сѣвернаго оленя и для насъ, русскихъ, являются, слѣд., отечественнымъ продуктомъ. Первымъ ихъ достоинствомъ является ассептичность ихъ приготовленія: онѣ получаютъ изъ вѣевой связки только что убитаго (здороваго) животнаго и, какъ и другая живая ткань, онѣ находятся въ животномъ въ ассептичномъ состояніи. Во вторыхъ, сухожильныя нити оленя, по своимъ физическимъ свойствамъ, имѣютъ капитальное преимущество предъ кѣгутомъ въ виду легкой возможности обезпложиванія. Въ клиникѣ проф. Снегирева обезпложиваніе оленьихъ нитей производится, главнымъ образомъ, химическими средствами, а именно такъ: сначала производится обезжириваніе нитей; для этой цѣли нити въ длинныхъ стеклянныхъ стаканахъ обливаются повторно эфиромъ, потомъ переносятся въ можжевельное масло, въ которомъ остаются 30 дней, оттуда переносятся въ эфиръ, смѣняемый черезъ 2 дня спиртомъ, а черезъ 3 дня спиртъ сливается, и въ сосудъ съ нитями наливается растворъ сулемы (1:200), который черезъ 2 дня смѣняется спиртомъ; въ послѣднемъ нити и сохраняются до употребленія. Для сохраненія запасовъ обезпложиванныхъ нитей д-ръ Грейфе предложилъ довольно простаго устройства приспособленіе въ видѣ питатива съ нѣсколькими длинными стаканами, въ которыхъ сохраняются извѣстныя порціи запаса. Третьимъ главнымъ достоинствомъ оленьихъ нитей является способность ихъ къ полному рассасыванію въ животномъ организмѣ. Это ихъ свойство было изучено и клинически, и экспериментально. Клинической матеріалъ примѣненія сухожильныхъ нитей обнимаетъ значительное число такихъ крупныхъ операцій, какъ чревосѣченіе, при чемъ въ теченіе послѣоперационнаго періода было обращено особенное вниманіе на состояніе швовъ. Такихъ операцій авторъ насчитываетъ уже 150, и ни въ одной изъ нихъ оленьи швы и лигатуры не вызвали какихъ либо осложнений. Изъ этого числа въ случаяхъ 7—состояніе швовъ и лигатуръ было провѣрено ана-

томически послѣ смерти оперированныхъ, наступившей отъ различныхъ постороннихъ причинъ.

Такимъ образомъ общій выводъ автора безусловно въ пользу оленьихъ швовъ и лигатуръ и авторъ высказываетъ твердое убѣжденіе въ томъ, что введеніе этого матеріала въ хирургическую практику составляетъ крупный шагъ въ клинической хирургіи вообще и въ полостной хирургіи въ частности.

Выдѣлку и продажу оленьихъ сухожильныхъ нитей взяла на себя фирма Швабе (въ Москвѣ). Цѣна за 100 штукъ тонкихъ и средней толщины нитей при средней длинѣ—1 р. 25 к., толстыя и длинныя нити нѣсколько дороже. Эта же фирма продаетъ и приборъ для храненія обезпложенныхъ оленьихъ нитей.

Пл. Тиховъ.

В. Зеренинъ. *Примѣненіе швовъ изъ оленьихъ сухожильныхъ нитей въ амбулаторной практикѣ.* (М. Об. 1900 г. № 10).

Въ виду тѣхъ положительныхъ свойствъ, которыми обладаютъ оленьи сухожильныя нити въ глазахъ хирурга—легкость ихъ обезпложенія и способность ихъ къ рассасыванію,—авторъ вышеуказанной статьи сталъ примѣнять оленьи сухожилия въ амбулаторной практикѣ Маринской Московской б-цы. Этотъ матеріалъ онъ примѣнилъ въ 55 случаяхъ при слѣдующихъ хирургическихъ формахъ: вылушеніе пальцевъ—2 сл., удаленіе атеромъ и разнаго рода доброкачественныхъ опухолей—23 сл., при вырѣзаніи канкроидовъ—5 сл., при лимфаденитахъ и язвахъ туберкулезнаго происхожденія—4 сл., при удаленіи инородныхъ тѣлъ—5 сл., при воспалительныхъ заболѣваніяхъ—2 сл., при ранахъ разнаго рода—13 сл. Во время наложенія швовъ обращалось вниманіе на возможное асептическое состояніе операціоннаго поля и на сухое содержаніе раны. Поверхъ швовъ накладывалась полоска марли или рана смазывалась коллодіемъ, а сверху накладывалась повязка. Главнымъ удобствомъ оленьихъ сухожильныхъ нитей, въ качествѣ матеріала для швовъ и для лигатуръ, является въ амбулаторной практикѣ, помимо ихъ основныхъ качествъ, и то, что онѣ легко вдѣваются въ иглу, хорошо завязываются въ узелъ, а то обстоятельство, что онѣ отлично рассасываются, представляется чрезвычайно важнымъ для амбулаторіи, такъ какъ въ извѣстномъ родѣ случаевъ, при хорошемъ теченіи операціонной раны, можно отпустить больного домой съ повязкою, не дожидаясь окончательнаго заживленія: когда придетъ вре-

мя больной самъ снимаетъ повязку, и тутъ уже нечего заботиться о сьемкѣ пповъ.—Такимъ образомъ наблюденія автора значительно расширяють область примѣненія оленьихъ сухожильныхъ нитей, позволяя надѣяться, что онѣ войдутъ и въ амбулаторную практику.

П. Тиховъ.

В. Зыновъ. *Къ вопросу о леченіи острыхъ разлитыхъ воспаленій брюшины.* (Дисс. Москва. 1900 г.).

Работа вышеуказаннаго автора является частью опытнымъ, частью клиническимъ изслѣдованіемъ по одному изъ тѣхъ вопросовъ, которые представляютъ огромную важность прежде всего для практическаго хирурга. На основаніи изученія литературы вопроса, а также и на основаніи данныхъ своихъ опытовъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) леченіе острыхъ обшихъ перитонитовъ должно состоять въ возможно раннемъ оперативномъ вмѣшательствѣ; 2) послѣднее состоитъ въ вскрытіи брюшной полости съ образованіемъ широкихъ противоотверстій въ наиболее низкихъ мѣстахъ задней стѣнки брюшной полости, преимущественно справа; 3) осторожное промываніе брюшной полости теплымъ физиологическимъ растворомъ NaCl и притомъ промываніе кратковременное и большимъ количествомъ жидкости является весьма полезнымъ приѣмомъ; 4) въ случаѣ нужды это промываніе должно быть повторнымъ; 5) цѣль этого промыванія—удаленіе заразныхъ веществъ, имѣющихся при острыхъ перитонитахъ въ брюшной полости; 6) выведеніе кишечнаго содержимаго при разлитыхъ перитонитахъ показуется, какъ весьма полезный приѣмъ.

П. Тиховъ.

Б. Козловскій. *Пятнадцать случаевъ операціи на желудкѣ.* (Хирургія, 1900 г., № 47).

Матеріаль почтеннаго автора представляетъ для насъ особенный интересъ въ виду того, что всѣ его случаи были оперированы въ сельской больницѣ. Первую группу его случаевъ составляютъ опе-

раціи гастростоміи, числомъ 5. Показаніемъ къ операціи было: ожогъ пищевода сѣрной кислотой—1 сл., флегмона пищевода со вскрытіемъ нарыва въ трахею—1 сл., ракъ пищевода—3 сл. Операція произведена по Hacker—Frank—Witzel'ю. Результатъ операціи на первый взглядъ далеко не блестящій: трое изъ оперированныхъ умерли очень скоро послѣ операціи до истеченія 3 сутокъ, четвертый жилъ 32 и пятый—109 дней. Но слѣдуетъ принять во вниманіе, что въ трехъ случаяхъ операція была предпринята *in extremis*, а въ остальныхъ случаяхъ положеніе больныхъ передъ операціей было очень тяжелое. Авторъ при этомъ подчеркиваетъ, во первыхъ, неудобство способа Franc'a, а, во вторыхъ, пригодность мѣстной анестезіи, напр., по Schleich'у. Вторую группу составляютъ случаи гастроэнтеростоміи—6 сл. Показаніемъ къ операціи во всѣхъ случаяхъ былъ ракъ привратника. Способъ операціи—Kocher'a. Исходъ операціи: смерть на 3-й день (отъ сепсиса)—1 сл., на 11-й день (отъ нефрита)—1 сл., остальные больные жили послѣ операціи отъ 50 дней до 2 лѣтъ, т. е. средняя продолжительность жизни для этихъ 4 случаевъ равняется $8\frac{1}{2}$ мѣс. Третью группу составляютъ случаи изсѣченія привратника—4. Показаніемъ во всѣхъ случаяхъ былъ ракъ pylori. Операція производилась по способу Kocher'a. Исходъ операціи—смерть въ 1 сл. и выздоровленіе въ остальныхъ трехъ. Причина смерти въ указанномъ случаѣ былъ септический перитонитъ, развившійся вслѣдствіе прорѣзанія швовъ на задней поверхности duodeni. Этотъ случай представлялъ большія техническія трудности во время операціи, такъ какъ пришлось унажить почти всю малую кривизну желудка. Наибольшій срокъ выздоровленія въ трехъ случаяхъ, кончившихся счастливо, былъ 21 мѣс., и въ одномъ изъ этихъ случаевъ черезъ 33 дня послѣ операціи, тому же больному было произведено двустороннее гръбжественіе по Bassini.

Пл. Тиховъ.

КОЖНЫЯ И ВЕНЕРИЧЕСКІЯ БОЛѢЗНИ.

Проф. О. В. Петерсенъ. *Сборникъ работъ по кожнымъ болѣзнямъ, сифилису, венерическимъ и другимъ болѣзнямъ за 1874—1899 г.*

Книга представляетъ собою собраніе работъ, напечатанныхъ проф. Петерсеномъ за періодъ времени 1874—1899 гг.

Статья 1-я: «Экспериментальныя изслѣдованія патогенеза и терапіи цистита» (Дисс., напечатанная на нѣмецк. языкѣ въ 1874 году). Въ этой работѣ авторъ на основаніи опытовъ надъ собаками приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: а) вслѣдствіе инъекцій жидкостей, содержащихъ коккобактеріи, въ мочевомъ пузырьѣ собакъ развивается циститъ; б) при инъекціяхъ жидкости, содержащія коккобактеріи, дѣйствуютъ на мочевой пузырь интенсивнѣе, нежели жидкости, не содержащія коккобактеріи; в) посредствомъ инъекцій салициловой кислоты можно уменьшить циститъ.

Статья 2-я: «Рѣдкія осложненія уретрита» (напеч. въ St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1883). Авторъ описываетъ здѣсь 2 случая гнойнаго періуретрита, осложненнаго мочевыми затеками (одинъ) и піеміей (другой) и 1 случай нагноенія сѣмянныхъ пузырьковъ.

Статья 3: «О гонококкахъ и леченіи перелоя» («Врачъ» 1886): при леченіи перелоя нужно преслѣдовать двѣ цѣли; во первыхъ, устранить возбудителей болѣзни, т. е. гонококковъ, во вторыхъ, устранить вызванныя ими измѣненія. Первая цѣль, по мнѣнію проф. Петерсена, лучше всего достигается впрыскиваніями въ уретру растворовъ сулемы (1:5000) и внутреннимъ употребленіемъ *patri salicyli*; для устраненія же измѣненій, вызванныхъ гонококками, хорошо пользоваться растворами квасцовъ или уксусно-кислаго свинца, а также мѣстными прижиганіями растворомъ ляписа при помощи уретроскопа.

Статья 4-я: «Уретральный ирригаторъ» (Monatshefte f. Derm. 1887): описаніе уретрального шприца собственнаго образца.

Статья 5-я: О леченіи *urethritis infectiosa*. (Докладъ, читанный въ общ. Спб. врачей. St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1887). Авторъ рекомендуетъ слѣдующій способъ леченія уретрита: въ началѣ для обеззараживанія уретры—впрыскиванія въ уретру съ помощью шприца—ирригатора раствора сулемы (1:10—20000) до тѣхъ поръ, пока отдѣленіе не потеряетъ гнойнаго характера, а затѣмъ для устраненія катаррального состоянія слизистой оболочки канала—впрыскиванія *plumb. acetis*. (1%) или *alumin. pulv.* (2%).

Статья 6-я: «Воспаленіе сѣмянныхъ пузырьковъ, какъ осложненіе перелоя» («Врачъ» 1892). Описывается случай сперматоцистита.

Статья 7-я: «Воспаленіе сѣмянныхъ пузырьковъ, какъ осложненіе перелоя» (Труды V съѣзда общ. русс. вр. въ память Пирогова). Наблюденія проф. Петерсена показываютъ, что сперматоциститъ, какъ осложненіе перелоя встрѣчается нерѣдко.

Статья 8-я: «О леченіи сифилиса подкожными впрыскиваніями пепсино-сулемовымъ растворомъ» (St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1879).

Статья 9-я: «Частичный недостатокъ луча у сифилитика» (St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1880).

Статья 10-я: «Положеніе венерическихъ мужскихъ больныхъ въ больницахъ Петербурга» («Врачъ» 1882). Цифровыми данными доказывается необходимость мѣръ для улучшенія положенія больныхъ—венериковъ въ Петербургѣ.

Статья 11-я: «Давящая повязка при леченіи бубоновъ» («Врачъ» 1883). Давящая повязка при гноящихся бубонахъ значительно ускоряетъ заживленіе послѣднихъ.

Статья 12-я: «Основная азотно-кислая окись висмута, въ качествѣ наружнаго средства, при венерическихъ и кожныхъ болѣзняхъ» («Врачъ» 1884).

Статья 13-я: «Антисептика въ области венерич. болѣзней» (Deutsche Medicinal. Leitung 1885).

Статья 14-я: «О распространѣніи венерич. болѣзней среди мужскаго населенія С-Петербурга». Докл., читанный на 1-мъ съѣздѣ русскихъ врачей.

Статья 15-я: «Къ вопросу о вѣтполовомъ зараженіи сифилисомъ. Случай твердаго шанкра миндалевидной железы». («Врачъ» 1886).

Статья 16-я: «Опытъ патолого-анатомической статистики сифилиса внутреннихъ органовъ». («Врачъ» 1887). Авторъ на основаніи данныхъ Александровской больницы приходитъ къ выводу, что сифилисъ внутреннихъ органовъ встрѣчается въ 2,3% всего числа вскрытій; чаще всего пораженною оказывалась печень, затѣмъ—почки и селезенка.

Статья 17-я: «О глубокихъ впрыскиваніяхъ каломеля для леченія сифилиса» (Труды 2-го съѣзда русс. врачей. Т. II).

Статья 18-я: «Отчетъ по венерическимъ отдѣленіямъ Александровской, въ память 19-го февраля 1861 г., больницы за 1887 годъ».

Статья 19-я: «Выскабливаніе мягкаго шанкра» («Врачъ» 1889). Выскабливаніе (острой ложечкой) язвъ даетъ хорошіе результаты: язвы зарубцовывались въ среднемъ черезъ 9,9 дня.

Статья 20-я: «Альбуминурия при сифилисѣ». («Врачъ» 1891).

Статья 21-я: «О повышеніяхъ температуры послѣ вырыскиваній салицилово-кислой ртути при сифилисѣ» (Больничная газета Боткина 1891). При свѣжесъ сифилисѣ температурныя повышенія послѣ впрыскиваній встрѣчаются чаще, чѣмъ при возвратахъ сифилиса.

Статья 22-я: «Матеріалы къ вопросу о врачебной тайнѣ по отношенію къ сифилису и венерическимъ болѣзнямъ». Докл., читанный въ Русск. Сифилид. и Дерм. общ. 1892)

Статья 23-я: «О микробахъ мягкаго шанкра» («Врачъ» 1893).

Статья 24-я: «Современное состояніе вопроса о леченіи сифилиса» (St. Pet. Wochenschr. 1895).

Статья 25-я: «О мѣрахъ борьбы съ сифилисомъ въ Россіи» («Врачъ» 1895).

Статья 26-я: «Лекція о мягкомъ шанкрѣ». Подробное изложеніе ученія о мягкомъ шанкрѣ.

Статья 27-я: «О пораженіяхъ гортани при сифилисѣ» (Дневникъ VI съѣзда общ. русс. врач.).

Статья 28-я: «О сифилисѣ и венерич. болѣзняхъ въ городахъ Россіи» (Докладъ, читанный на Высочайше разрѣш. съѣздѣ по обсужденію мѣръ противъ сифилиса въ Россіи).

Статья 29-я: «Подготовка медицин. персонала для борьбы съ сифилисомъ» (Труды Высочайше разрѣш. съѣзда по обсужд. мѣръ противъ сифилиса въ Россіи).

Статья 30-я: «Объ измѣненіи зубовъ у сифилитиковъ» («Врачъ» 1899). Hutchinson'овскіе зубы бывають и у людей, неимѣвшихъ сифилиса.

Статья 31-я: «О номенклатурѣ сифилиса съ точки зрѣнія статистики» (Conférence internat. pour la prophylaxie de la syphilis. Bruxelles. 1899).

Статья 32-я: «4 случая purpura simplex» (St. Pet. med. Wochenschr. 1878).

Статья 33-я: «43 случая проказы въ Петербургѣ» (Врачъ 1888).

Статья 34-я: «О распространѣніи проказы въ Россіи» («Еженедѣльная клинич. газета». 1889). Авторъ собралъ 817 случаевъ; главные гнѣзда проказы находятся въ Прибалтійскомъ краѣ, сѣверной части Кавказа и въ Средне-азиатскихъ владѣніяхъ.

Статья 35-я: «О леченіи проказы салициловымъ натріемъ» (Докладъ, читанный въ Прагѣ 1889 г.).

Статья 36-я: «О лепрозоріяхъ въ Норвегіи» (St. Petersburg. med. Wochenschr. 1891).

Статья 37-я: «О призрачнѣи прокаженныхъ» (Труды 4 съѣзда Русск. Врачей).

Статья 38-я: «О распространѣніи проказы въ Россіи» (Вѣстникъ общ. гігіены 1893). Данныя отчетовъ Медицинскаго Департамента за 1888—1890 г. говорятъ, что въ Россіи имѣются прокаженные въ 59 губерніяхъ, представляющихъ значительныя разницы по отношенію климатическихъ и почвенныхъ условій.

Статья 39-я: «О больничномъ леченіи кожныхъ больныхъ въ Петербургѣ» («Врачъ» 1895).

Статья 40-я: «Объ угловатой ломкости волосъ (trichorrhexis nodosa)» («Врачъ» 1896) Trichorrhexis nodosa—довольно часто встрѣчающееся заболѣваніе, обусловливаемое недостаточнымъ питаніемъ, иногда же чуждыми.

Статья 41-я: «Основы леченія экземы» (St. Petersburg. Wochenschr. 1896).

Статья 42-я: «О первыхъ проявленіяхъ проказы» («Врачъ» 1897). Въ большинствѣ случаевъ первыми наружными явленіями бываютъ красныя пятна (erythema leprosum),—при узловатой формѣ преимущественно на лицѣ, а при пятнистой—на конечностяхъ; мѣстомъ первыхъ явленій могутъ быть и слизистыя оболочки.

Статья 43-я: «О распространѣніи кожныхъ болѣзней въ Россіи» (Труды VII съѣзда общества Русскихъ врачей).

Ст. 43-я: «Случай гнойнаго воспаленія желудка»; ст. 45-я: «Одинъ случай разрыва червеобразн. отростка вслѣдствіе закупорки кишечнымъ камнемъ»; ст. 46-я: «Къ вопросу о дезинфекціи въ больницахъ»; ст. 47-я: «Способъ уничтоженія запаха іодоформа»; ст. 48-я: «О больничной прислугѣ»; ст. 49-я: «Операционная кровать для венерическихъ больныхъ»; ст. 50-я: «О разрывѣ селезенки при возвратной горячкѣ»; ст. 51-я: «Одинъ случай отравленія ягодами тутоваго дерева»; ст. 52-я: «Три случая разрыва печени»; ст. 53-я: «О пересадкѣ кожи лягушки на гранулирующія раны человѣка»; ст. 54-я: «Іодоформный карандашъ»; ст. 55-я: «Объ ампутаціи мужского члена»; ст. 56-я: «Нѣсколько словъ о такъ наз. канадолѣ»; ст. 57-я: «Обеззараживающее дѣйствіе анилиновыхъ красокъ Мерска»; ст. 58-я: «Эйрофень».

какъ перевязочное средство»; ст. 59-я: «Леченіе волчанки по способу проф. Finsen'a; и 60-я: «О леченіи парши волосистой части головной кожи».

А. Хитрово.

Психіатрія.

(Подъ редакціей В. И. Левчатнина).

Д-ръ І. В. Аптекманъ: *Къ статистикѣ и этиологіи общаго прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ въ Смоленской губерніи. Обзорѣніе психіатріи, неврол. и экзп. псих., №№ 9. 10. 11. 12. 1900 г.*

Авторъ въ своей обстоятельной статьѣ приводитъ наблюденія, обнимающія собою періодъ времени въ 11 лѣтъ съ 1888 по 1898 г. включительно надъ 233 паралитиками—182 муж. и 51 жен., пользовавшимися въ Смоленской психіатрической больницѣ. По его наблюденіямъ, на каждыя 100 поступленій приходилось 9,84 случаевъ нарастающаго паралича у мужчинъ и 4,92—у женщинъ. При этомъ, на каждыхъ 100 поступившихъ паралитиковъ муж., абсолютно—27, 97 женщ.; относительное же число, на каждыхъ 100 муж.—50 женщ. Авторъ находитъ, что его данныя занимаютъ какъ бы среднее мѣсто между таковыми же изысканіями другихъ наблюдателей. Поступленія паралитиковъ съ каждымъ годомъ все увеличиваются, въ особенности это замѣтно, если разсматривать поступления больныхъ по пятилѣтіямъ, въ связи съ движеніемъ душевно больныхъ вообще. Количество заболѣваній прогрессивнымъ параличемъ у женщинъ тоже съ каждымъ годомъ увеличивается, что подтверждается также и многими другими авторами. Прогрессивнымъ параличемъ поражаются по преимуществу въ самый зрѣлый въ тѣлесномъ и душевномъ отношеніяхъ возрастъ, и оба пола въ этомъ отношеніи не представляютъ никакихъ отличій, и что это явленіе слѣдуетъ разсматривать, какъ постоянное и всеобщее во всѣхъ случаяхъ паралича. По семейному положенію у автора наибольшій % паралитиковъ падаетъ на женатыхъ и вдовыхъ. Разсматривая таблицы, въ которыхъ больные распределены по званію и занятіямъ, авторъ находитъ слѣдующее: 1) первенствующее мѣсто при-

надлежитъ крестьянамъ—хлѣбонашамъ, 2) слѣдующее мѣсто занимаютъ мѣщане, какъ званіе; а по занятіямъ—ремесленники, а затѣмъ рабочіе. На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ, авторъ дѣлаетъ единственный выводъ, формулируя его такъ: «регистраціонная больничная заболѣваемость нарастающимъ параличемъ въ Смоленской губерніи въ послѣднее 11-лѣтіе дѣйствительно возросла значительно быстрее, чѣмъ заболѣваемость душевными болѣзнями вообще, при чемъ наибольшая доля этой заболѣваемости падаетъ на народные, рабочіе элементы деревень». Затѣмъ авторъ, указавъ на всю сложность, запутанность и неясность вопроса объ этиологии паралича и разсмотрѣвъ довольно разнорѣчные взгляды другихъ авторовъ на различные моменты въ этомъ отношеніи, принимаетъ двѣ основныхъ группы причинъ парост. паралича: активныхъ и пассивныхъ. Далѣе авторъ приводитъ нѣсколько подробно составленныхъ таблицъ изъ собственныхъ наблюденій, гдѣ онъ разбираетъ свои случаи по этиологическимъ моментамъ съ одной, двумя, тремя и болѣе причинами, какъ мужчинъ, такъ и женщинъ въ отдѣльности. На первомъ мѣстѣ у мужчинъ стоитъ пьянство, затѣмъ идутъ: сифилисъ, наслѣдственность, травма и т. д. У женщинъ параличекъ, какъ этиологическій моментъ, первисствующее мѣсто занимаетъ наслѣдственность, затѣмъ нравственныя потрясенія, далѣе пьянство, аномаліи характера и т. д. Авторъ приводитъ сравнительную этиологическую таблицу обоихъ половъ, изъ которой видно, что пьянство и сифилисъ, какъ вызывающія причины или условія паралича, встрѣчаются у мужчинъ вдвое чаще, чѣмъ у женщинъ; наслѣдственность и нравственныя потрясенія у женщинъ даютъ значительный перевѣсъ противъ мужчинъ. Затѣмъ авторъ подробно разбираетъ свои случаи по теченію болѣзни, продолжительности, возрасту умершихъ, и, наконецъ, переходитъ къ разсмотрѣнію главнѣйшихъ тѣлесныхъ и душевныхъ разстройствъ у своихъ больныхъ, осложнений и причинъ смерти, главнѣйшихъ клиническихъ признаковъ у паралитиковъ, перенесшихъ раньше сифилисъ. Все это онъ снабжаетъ тщательно составленными таблицами, и сдѣлавши соотвѣтственные выводы, заключаетъ, что общій параличъ, съ этиологической точки зрѣнія не только представляетъ собою явленіе біологическое, но и соціологическое. А потому борьба съ прогрессивнымъ параличемъ должна быть вынесена изъ тѣсной, исключительно спеціальной сферы совершенно безплоднаго терапевтическаго воздѣйствія на широкую арену общественнаго воздѣйствія. Прежде всего—предупредительныя мѣры.

Г. Сорокиновъ.

Д-ръ П. П. Бруханскій. *Семейное призрѣніе душевно-больныхъ.*— Вопросы перво-психической Медицины. Вып. 4-й, окт., дек. 1900 г.

Авторъ въ довольно обширной статьѣ приводитъ данныя историческаго развитія семейнаго призрѣнія душевно-больныхъ, какъ на западѣ—въ Бельгіи, Франціи, Шотландіи, Германіи и пр., такъ и въ Америкѣ; при этомъ указываетъ на административно-врачебную организацію патронажа, его преимущества, удобство и выгоды, его удачі и неудачи, а также отрицательныя стороны его существованія и затрудненія при проведеніи въ жизнь и дѣйствіе. Указавъ на скромныя размѣры патронажа въ Россіи (д-ръ Баженовъ, Говсѣевъ, Кашенко), авторъ даетъ описаніе психическаго мужского поселка при Московской Алексѣевской психіатрической больницѣ. Семейному призрѣнію подлежали покойныя хроники, не опасныя ни для себя, ни для окружающихъ, чистоплотныя, которые, по тщательномъ наблюденіи въ больницѣ, эвакуировались на сей предметъ врачебной конференціей больницы. Непосредственный надзоръ за больными лежалъ на надзирателѣ изъ бывшихъ дядекъ; врачъ визитировалъ 1 разъ въ недѣлю. Плата за каждаго больного 7 руб. 50 коп. ежемѣсячно; постельныя принадлежности, платье, обувь, бѣлье, стирка его и баня—отъ больницы. Въ теченіе 8 лѣтъ существованія патронажа больныхъ перебывало 348 человекъ (по табл.); изъ «нежелательныхъ случаевъ» лишь одинъ ипохондрикъ-паралитикъ нанесъ себѣ рану, скоро зажившюю безъ всякихъ послѣдствій. Патронажъ былъ закрытъ по приговору односельчанъ: ихъ мотивы—опасность, но въ основѣ было недружелюбное отношеніе между самими же односельчанами, не призрѣвавшими больныхъ. Авторъ, указавъ на нѣкоторыя данныя литературныхъ соображеній и практической дѣятельности патронажа въ Россіи и за границей, высказывается за стремленіе къ пропагандированію патронажа, но съ непремѣннымъ требованіемъ индивидуализаціи въ выбранныхъ условіяхъ. Въ настоящее время Алексѣевская психіатр. больница открыла свой патронажъ въ другой деревнѣ (Дальнее Бѣляево), но уже заручившись на это согласіемъ односельчанъ (приговоръ), отдавая въ общественную кассу по 2 руб. съ больного. Кромѣ того, по мысли директора Алексѣевской больницы, д-ра К. Р. Бушке, администраціей больницы создается «городской» патронажъ въ г. Москвѣ, по примѣру Берлина, съ привлеченіемъ къ участию въ этой дѣятельности городскихъ попечительствъ о бѣдныхъ.

В. Левчаткинъ.

Д-ръ В. В. Вейденгаммеръ и д-ръ П. П. Бруханскій. *Къ вопросу объ остромъ бреде.* Неврологическій Вѣстникъ т. VIII, вып 4, 1900 г.

Авторы приводятъ довольно обширныя литературныя справки по данному предмету.—Мнѣнія ученыхъ, занимавшихся вопросомъ объ остромъ бреде, составляютъ два главныхъ основныхъ взгляда: одни изслѣдователи отводятъ оstromу бреду обособленное мѣсто въ классификаціи душ. болѣзней, другіе—то отождествляютъ его съ другими псих. болѣзнями, то принимаютъ его только за симптомокомплексъ. Давъ описаніе клиническаго теченія оstromо бреда и указавъ на дифференціальную діагностику между нимъ и такими душевными заболѣваніями, какъ *amentia*, *манія*, *délire aigue paralytique*, бредъ при коллапсѣ и лихорадочныхъ состояніяхъ, авторы В. и Б. разбираютъ также и данныя наблюдений, которыя для многихъ ученыхъ послужили основаніемъ отрицательнаго отношенія къ оstromу бреду, какъ самостоятельной болѣзни. Последнія наблюденія, по авторамъ, представляютъ лишь сходство, а не типичную картину. Въ смыслѣ этиологіи, по новѣйшимъ наблюденіямъ, острый бредъ—болѣзнь инфекціонная. Случаи оstromо бреда авторы различаютъ: чистые—идіопатическіе, и развивающіеся въ теченіи другой какой либо инфекціонной болѣзни (*psittacosis*, тифъ)—дейтеропатическіе. Изъ собственныхъ наблюдений они приводятъ два случая, кончившіеся летально, съ подробными клиническими, патолого-анатомическими и особенно микроскопическими изслѣдованіями (окраска по методу Nissl'я, по Van Gieson'у, по Weigert'у и Pal'ю, и по Marchi). Клинически авторы въ обоихъ случаяхъ устанавливаютъ діагностику идиопатическаго оstromо бреда; микроскопически—острый геморрагическій энцефалитъ: въ нервныхъ клѣткахъ отмѣчается такъ наз. «острое заболѣваніе» Nissl'я, острая атрофія и жирнопигментное перерожденіе, въ клѣткахъ гліи—значительная пролиферація. Въ основѣ оstromо бреда лежитъ острый воспалительный процессъ въ корѣ и мозговыхъ оболочкахъ, чего не встрѣчается въ случаяхъ другихъ острыхъ психозовъ; слѣдовательно, острый бредъ—самостоятельная болѣзнь. Предрасполагающими моментами могутъ быть—наслѣдственная или приобретенная, въ той или другой формѣ, инвалидность мозга.

В. Левчаткинъ.

Д-ръ В. В. Вейденгаммеръ и д-ръ В. И. Семидаловъ. *Къ вопросу объ остромъ бреде.*—Вопросы нервно-псих. Медицины. Вып. 4-й, октябрь, декабрь, 1900 г.

Въ литературѣ за послѣдніе три года въ вопросѣ объ остромъ бреде, какъ самостоятельномъ психонервномъ заболѣваніи, не насту-

пило полного согласія; однако взглядъ на самостоятельность острого бреда и его инфекционное происхожденіе становится преобладающимъ. Съ своей стороны авторы В. и С. приводятъ два случая острого бреда: одинъ съ субъакутнымъ теченіемъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ головного и спинного мозга, другой—лишь съ патолого-анатомическими данными. Микроскопически устанавливается полная картина острого воспаления коры и мягкой оболочки головного мозга, воспаления—несомнѣнно геморрагическаго; какъ одинаково за патолого-анатомическими данными второго случая можетъ быть признано также воспалительное происхожденіе. Кромѣ указанныхъ двухъ случаевъ чистаго острого бреда авторы В. и С. приводятъ третій случай, гдѣ явленія острого бреда были заключительнымъ стадіемъ въ теченіи несомнѣннаго прогрессивнаго паралича. Здѣсь патолого-анатомическая и особенно микроскопическая картина головного мозга представляетъ явленія, какъ хроническія,—обычныя для хроническаго *periencephalitis* паралитиковъ, такъ и острые,—носящія характеръ острого геморрагическаго энцефалита. Такимъ образомъ, въ основѣ острого бреда отмѣчается опредѣленный анатомическій субстратъ—острый корковый менинго-энцефалитъ; литературныя наблюденія съ отрицательными данными не доказательны, такъ какъ, съ одной стороны, не опираются на микроскопическія изслѣдованія, съ другой—въ иныхъ случаяхъ—вслѣдствіе чрезвычайно быстраго наступленія *exitus letalis* характерныя анатомической измѣненія могли и не успѣть еще развиться. Постоянство опредѣленной анатомической картины при остромъ бредѣ даетъ право разсматривать его, какъ самостоятельную болѣзнь. Острый бредъ по своей анатомической картинѣ отнесенъ къ обширной группѣ геморрагическихъ энцефалитовъ *Strümpel's* и *Wernicke*, но со специальной, почти исключительно корковой локализацией процесса. Въ этиологическомъ отношеніи въ основѣ заболѣванія можетъ лежать и инфекция, и интоксикація. Съ патолого-анатомической стороны острый бредъ есть (*meningo*) *poliencephalitis corticalis acuta haemorrhagica*. Въ работѣ авторовъ В. и С. приводятся довольно подробно соотвѣтственные исторіи болѣзни и микроскопическія изслѣдованія.

В. Левчаткинъ.

Д-ръ И. Германъ. *О кратковременномъ послѣприводочномъ автоматизмѣ, замѣняющемъ собою послѣэпилептическій сонъ*—Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и эксп. псих., 1900, Ноябрь.

Въ своей статьѣ авторъ сообщаетъ, что нѣкоторые больные—эпилептики, послѣ окончанія конвульсивнаго періода, не засыпаютъ,

а впадають въ автоматическое состояніе, продолжающееся отъ 10 до 15 минутъ: они не узнають окружающихъ, совершаютъ не мотивированные поступки и пр.

Клиническая картина этого страданія у однихъ и тѣхъ же больныхъ обыкновенно типична и кончается полной амнезіей. У однихъ больныхъ послѣприпадошный автоматизмъ является послѣ каждаго инсульта, у другихъ—чередуется со сномъ. Въ статьѣ д-ра Германа приводится 5-ть случаевъ эпилепсiи съ кратковременнымъ послѣприпадошнымъ автоматизмомъ, замѣняющимъ собою сонъ, при чемъ указывается на нѣкоторыя общія черты, характерныя для этого страданія, состоящія въ слѣдующемъ: 1) непродолжительность автоматического состоянія (отъ 10 до 15 минутъ), 2) наступленіе его сейчасъ же послѣ конвульсивнаго періода взамѣнъ сна, 3) стереотипность психическаго разстройства (однообразіе обмановъ органовъ чувствъ, поступковъ и вообще всего поведенія больныхъ), 4) внезапный переходъ отъ безсознательнаго состоянія къ сознательному и полная амнезія, 5) сильная спутанность, 6) частое повтореніе болѣзненнаго состоянія у нѣкоторыхъ эпилептиковъ. Заканчивая свою статью, авторъ добавляетъ, что послѣприпадошный автоматизмъ имѣетъ кромѣ научнаго, еще серьезное судебно-медицинское значеніе въ виду того, что эпилептики въ этомъ состояніи могутъ совершать всевозможныя преступленія, и самое состояніе послѣ-эпилептического автоматизма, въ силу своей кратковременности можетъ пройти не замѣченнымъ, а отсюда всякаго рода судебныя ошибки. «Поэтому, говоритъ авторъ, при преступленіяхъ у эпилептиковъ, всегда нужно помнить о психическомъ эквивалентѣ послѣ-пароксизмального сна: цѣлесообразность поступковъ при автоматизмѣ не должна служить признакомъ сознательности ихъ».

А. Зайцевъ.

Ф. Х. Гадзяцкій. *Изъ судебно-психіатрическихъ наблюденій.* Вопросы Нервно-психической Медицины. 1900 г. Вып. 4.

Авторъ въ описываемыхъ 5 случаяхъ по судебной психопатологіи, интересныхъ въ практическомъ отношеніи, прежде всего указываетъ, что болѣзненные явленія психической сферы встрѣчаются въ военномъ быту далеко нерѣдко и потому на нихъ слѣдуетъ обратить серьезное вниманіе. Онъ высказывается, что часто психіатрическія освидѣтельствованія производятся слишкомъ поздно, когда больной

будетъ принять на службу, хотя этого и не должно бы и быть, или отбудеть нѣсколько наказаній за совершенные проступки. Указываетъ также на важность осмотра испытуемыхъ вскорѣ послѣ совершенія ими преступленія (случай 5), равно какъ и на недостаточность во многихъ случаяхъ принятаго въ военныхъ госпиталяхъ и лазаретахъ максимальнаго срока для наблюдений—въ теченіе трехъ мѣсяцевъ—особенно при психозахъ эпилептическихъ. Авторъ высказываетъ далѣе пожеланіе, чтобъ въ интересахъ сокращенія времени испытанія и расходовъ казны, госпитальнымъ комиссіямъ разрѣшено было придавать рѣшающее значеніе тѣмъ наблюденіямъ, которыя сдѣланы и убѣдительно описаны врачами частей и гражданскихъ больницъ, такъ какъ всѣмъ извѣстно, что эпилептическіе припадки иногда повторяются крайне рѣдко и продолжаются очень короткое время (*petit mal*), такъ что дежурный врачъ можетъ не застать ихъ. Кромѣ того правильная и спокойная жизнь въ госпиталѣ менѣе предрасполагаетъ къ проявленію припадковъ, чѣмъ пребываніе на волѣ, гдѣ гораздо легче возможны всякаго рода инсульты и злоупотребленія.

Обращая вниманіе на тяжелое состояніе эпилептиковъ вообще, онъ высказываетъ въ концѣ статьи пожеланіе скорѣйшему осуществленію пріютовъ, соответственныхъ для нихъ, какъ предлагаетъ П. И. Ковалевскій, гдѣ бы они могли жить не только безъ вреда для себя и окружающихъ, но и приносить посильную пользу.

Вполнѣ присоединяясь къ высказываемымъ воззрѣніямъ автора, мы считаемъ не лишнимъ тутъ же высказаться, что при помѣщеніи испытуемыхъ въ психіатрическія заведенія желательно получать о нихъ какъ можно болѣе подробныхъ предварительныхъ свѣдѣній.

Л. А. Сертеевъ.

Проф. П. И. Ковалевскій. *Причины преступности.*—Р. Мед. Вѣстникъ. №№ 23 и 24 за 1900 г.

Сначала авторъ даетъ понятіе, что такое преступленіе и преступникъ. Далѣе онъ подраздѣляетъ преступниковъ на преступниковъ отъ рожденія, у которыхъ есть уклоненія въ проявленіи чувствъ, чувствованій, мышленія и воли отъ рожденія; преступниковъ привычныхъ, благодаря неправильному извращенному воспитанію, и преступниковъ душевно больныхъ. Авторъ, останавливаясь исключительно на ученіи о прирожденномъ преступникѣ, говоритъ, что

между прирожденнымъ преступникомъ и душевно-больнымъ весьма незначительная разница, особенно, если брать исходнымъ пунктомъ нравственное помѣшательство.

Авторъ говоритъ, что прирожденный преступникъ является на свѣтъ съ готовымъ измѣненіемъ въ строеніи и отравленіи центральной нервной системы, обусловливающимъ его дѣянія и поступки. Затѣмъ авторъ переходитъ къ разсмотрѣнію условій жизни, дѣйствующихъ на организмъ родителей преступника, и, раздѣляя ихъ на общія и спеціальныя, послѣдовательно разбираетъ вліяніе на происхожденіе преступности климата, расы, цивилизаціи, пьянства, различныхъ профессій и т. д. Зимой и осенью преступления совершаются чаще противъ собственности, такъ какъ холодъ лишаетъ многихъ удобствъ, весной и лѣтомъ—противъ личности; передъ грозой и въ первую четверть луны преступники дѣлаются болѣе возбудимыми и болѣе склонными къ разнымъ ссорамъ. Различнымъ народамъ свойственны различныя преступления. По даннымъ Максимова изъ инородцевъ Россійской Имперіи: на татаръ палаютъ преступления противъ личности, на свресвъ—преступленія противъ собственности; калмыки, киргизы, черкесы, чеченцы совершаютъ чаще преступления противъ установленныхъ закономъ порядковъ и часто попадаютъ въ сопотривленія власямъ, грузины часто судятся за убійство, башкиры—за убійства и грабежи, чуваши, черемисы, мордва—за развратное поведеніе. Цивилизація, тюрьмы, пьянство также влекутъ за собой не мало отрицательныхъ послѣдствій въ смыслѣ развитія преступности. Бѣдность, холодъ, голодъ заставляютъ человѣка забыть о любви къ ближнему и т. п. Кромѣ того къ бѣдности часто присоединяются развратъ и сифилисъ. Ближайшая причина прирожденной преступности авторъ считаетъ наследственность.

Въ заключеніе авторъ говоритъ, что прирожденный преступникъ аномаленъ съ колыбели и потому примыкаетъ къ категоріи душевно-больныхъ. Далѣе авторъ говоритъ, что душевно-больной имѣетъ много общаго съ привычнымъ преступникомъ; затѣмъ авторъ совѣтуетъ юристамъ познать, что такое человѣкъ, душевно-больной, вѣкъ и преступный человѣкъ, чтобы юриспруденція не носила на себѣ характеръ схоластики и теоретичности.

А. Сколзубовъ.

Проф. П. И. Ковалевскій. *Причины прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ.*—Р. Мед. Вѣстникъ. Ноябрь. 1900 г.

Собравъ подробныя литературныя данныя по спорному до сихъ поръ вопросу объ этиологіи прогрессивнаго паралича, авторъ изла-

гаетъ слѣдующіе взгляды на этотъ вопросъ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ прогрессивный параличъ является у сифилитиковъ. Съ прогрессивнымъ параличемъ сочетается не только приобретенный сифилисъ, но и наследственный. Но, какъ ни часто встрѣчается это сочетаніе, сифилисъ—не единственная и не исключительная причина послѣдняго. Кромѣ сифилитическаго яда существуютъ другіе,—алкоголь, свинецъ и пр., которые подобнымъ же образомъ дѣйствуютъ на вещество центральной нервной системы и даютъ клиническую картину прогрессивнаго паралича. Самъ по себѣ сифилисъ является въ то-же время причиной недостаточной для происхожденія прогрессивнаго паралича; кромѣ сифилиса необходимо еще особое предрасположеніе со стороны нервной системы или же особая предрасполагающія жизненные условія; въ виду этого прогр. параличъ развивается далеко не у всѣхъ сифилитиковъ. Въ заключеніе авторъ приводитъ таблицу, указывающую, сколько $\%$ сифилиса у прогр. паралитиковъ принимаютъ различные авторы. Таблица эта хорошо иллюстрируетъ ту разногласицу, которая паритъ въ вопросѣ объ этиологій прогр. паралича. Достаточно указать на начало и конецъ этой таблицы: проф. Чижъ принимаетъ 100 проц. сифилиса при прогр. параличѣ, а Voisin признаетъ ихъ только 1,6 $\%$.

Н. Топорковъ.

Д-ръ М. Ф. Колесниковъ. *Къ учению о гебефрениі (изъ Кіевского Военнаго Госпиталѣ)*—Русскій Медицинскій Вѣстникъ. Т. II, № 22.

Авторъ, указывая на то, что гебефренія до сихъ поръ не имѣетъ еще опредѣленнаго мѣста въ классификаціи душевныхъ болѣзней и по поводу природы и сущности этого душевнаго расстройства все еще существуютъ рѣзкія противорѣчія между авторитетными наблюдателями, находитъ, что гебефренія представляетъ высокій интересъ, какъ съ научной точки зрѣнія, такъ и съ практической, особенно при рѣшеніи судебно-психіатрическихъ вопросовъ. Послѣ краткаго обзора литературы о гебефрениі авторъ приводитъ описаніе случая гебефрениі изъ своей практики въ Кіевскомъ Военномъ Госпиталѣ.

Больной К., 26-ти лѣтъ, вольноопредѣляющійся 44 артиллерійской бригады, уже съ ранняго дѣтства обращалъ на себя вни-

маніе окружающихъ различными странностями и недостатками. К. происходитъ изъ семьи съ тяжелой наслѣдственностью, что сказывается у него рѣзкими признаками вырожденія—какъ анатомическими, такъ особенно-фізіологическими и психическими (разстройства вазомоторной нервной системы, сомнамбулизмъ, различные странности въ характерѣ и т. п.). Въ дѣтствѣ К. отличался хорошими способностями, но съ 16-ти лѣтъ у него замѣчается «умственная усталость» и рѣзкіе пробѣлы и недочеты со стороны нравственной сферы. Къ 20-ти годамъ, т. е. въ періодъ полового развитія и возмужалости, уже рельефно выступаютъ и прогрессируютъ признаки душевнаго разстройства, проявляющіеся значительнымъ ослабленіемъ умственныхъ способностей, характерной шутливостью и ребяческими выходками, напыщенными или же банальными оборотами рѣчи. По временамъ появляются нестойкія галлюцинаціи и иллюзіи, проблески бредовыхъ идей, но онѣ не оказываютъ замѣтнаго вліянія на поведеніе больного. Сообщая анамнестическія данныя, авторъ между прочимъ отмѣчаетъ, что К. лѣтъ за 6 до поступленія въ Госпиталь заболѣлъ сифилисомъ, лѣченіе сифилиса велось правильно и энергично, и во время наблюденія въ госпиталѣ никакихъ проявленій сифилиса не наблюдалось, за исключеніемъ небольшого экзостоза на правой голени.

Послѣ подробнаго изложенія исторіи болѣзни К., авторъ, проводя дифференціальную діагностику между гебефреніей, паранойей, аменціей, періодическимъ психозомъ и врожденнымъ слабоуміемъ, опредѣляетъ въ данномъ случаѣ гебефренію и отмѣчаетъ двойкій интересъ этого случая:—во 1-хъ съ клинической стороны—при своевременномъ принятіи мѣръ, оберегающихъ заболѣвший мозгъ, удалось задержать упадокъ душевныхъ силъ и сохранить оставшіеся налицо умственные и моральныя силы больного; а во 2-хъ—въ судебно-психіатрическомъ отношеніи данный случай имѣетъ особенную важность, такъ какъ больной легко могъ быть принятъ за симулянта, желающаго отдѣлаться отъ военной службы.

П. Скуридинъ.

Д-ръ мед. А. Коносовичъ.—*Случай нравственнаго слабоумія (Insanitas moralis)*.—Вопросы нервно-психич. медицины, выпускъ 4, окт.—дек. 1900 г.

Авторъ предлагаетъ вниманію читателей случай *insanitas moralis*, наблюдаемый имъ въ больницѣ Св. Николая Чудотворца въ С.-П. и Б. съ судебно-медицинской цѣлью.

Въ описаніи этого случая д-ръ Коносевицъ указываетъ, какъ постепенно, съ возрастомъ развивались у испытуемаго больного сначала простая подвижность, затѣмъ стремленіе къ воровству, дракамъ, неуваженіе къ старшимъ и пр. безнравственные поступки. Съ теченіемъ времени больной начинаетъ предаваться разврату, пьянству, совершаетъ серьезную кражу, за что и попадаетъ сначала на скамью подсудимыхъ, а потомъ въ больницу въ качествѣ испытуемаго.

Со стороны интеллекта у больного дефектовъ не замѣчалось. На основаніи этого случая авторъ высказывается въ томъ смыслѣ, что нравственное сумасшествіе (*insanitas moralis*) существуетъ, какъ отдѣльная болѣзненная форма, что въ послѣднее время очень многими отрицается.

А. Зайцевъ.

Пр.—доц. В. А. Муратовъ. *Къ ученію о кататоническомъ слабоуміи.*
Медицинское Обозрѣніе, Январь, 1901 г.

Авторъ приводитъ три собственныхъ наблюденія. Первый случай представляетъ типъ непрерывнаго, прогрессивнаго теченія кататоніи. Второй—типъ ремиттирующаго теченія ея. Въ третьемъ случаѣ авторъ по краткости наблюденія не берется установить рѣшительную діагностику; онъ относитъ его къ раннему слабоумію, осложненному кататоническими явленіями; но считаетъ вѣроятнымъ, что и въ этомъ случаѣ дѣло идетъ о тихичной кататоніи.

Авторъ ставитъ вопросъ о самостоятельности кататоніи, какъ клинической формы. Этиологія ея положительно не установлена. Попытка проф. Чижа свести дѣло къ самоотравленію организма половыми продуктами при условіи полового воздержанія какъ дѣвушекъ, такъ и мужчинъ, должна быть признана неудачной.

Патолого-анатомическія данныя также слишкомъ неполны и неопредѣленны. Поэтому, при выдѣленіи кататоніи въ самостоятельную форму приходится руководствоваться лишь клиническими данными. Наиболѣе важнымъ возраженіемъ, выставляемымъ противниками самостоятельности кататоніи, служитъ то, что по ихъ мнѣнію кататоническій симптомокомплексъ представляетъ только случайное совпаденіе. Авторъ съ точки зрѣнія современныхъ фізіологическихъ свѣдѣній пытается установить внутреннее родство различныхъ кататоническихъ яв-

лений. Онъ ставитъ вопросъ, поскольку и какимъ именно образомъ заинтересована двигательная сфера мозговой корки въ патогенезѣ различн. кататоническихъ симптомовъ. Анализируя въ этомъ направленіи двигательную скованность и стереотипныя позы кататониковъ, онъ приходитъ къ заключенію, что это—симптомы ослабленія корковой функціи, ослабленія того задерживающаго вліянія коры на подкорковые узлы, которое сообщаетъ плавность и равномерность движеніямъ. Также объясняетъ авторъ безпричинный смѣхъ кататониковъ и негативизмъ. Даже импульсивныя дѣйствія кататониковъ и вербигерацию, въ которыхъ, казалось бы, естественно видѣть акты раздраженія корки, авторъ рассматриваетъ, какъ симптомы неполной корковой иннервации: это локомоторныя, а не психомоторныя акты. Катаlepsія въ смыслѣ патогенеза также не противорѣчитъ другимъ кататоническимъ явленіямъ, представляя скорѣе симптомъ задержки, чѣмъ возбужденія. Такимъ образомъ весь кататоническій синдромъ сполна объясняется симптомами недостаточной иннервации корковыхъ центровъ психомоторной области; и взглядъ Kahlbaum'a о генетическомъ единствѣ описанной имъ клинической картины только подтверждается и строже обосновывается съ точки зрѣнія современныхъ анатомо-физиологическихъ знаній.

Что касается второго клиническаго признака самостоятельности кататоніи—постоянства теченія ея, то его можно признать лишь въ извѣстныхъ границахъ: опѣнивая общій выводъ, который получается изъ описаній различныхъ авторовъ и собственныхъ наблюденій, авторъ склоненъ думать, что въ теченіи кататоніи существуетъ извѣстная, опредѣленная смѣна симптомовъ, при постоянствѣ главнаго основнаго симптома и постоянствѣ исхода.

И потому, поскольку другія формы душевнаго расстройства на основаніи опредѣленнаго клиническаго симптомо-комплекса и опредѣленнаго теченія, признаются самостоятельными, должна быть признана самостоятельной и кататонія.

Кататонія, зачатокъ носологическаго опредѣленія которой данъ уже Kahlbaum'омъ, сближавшимъ ея съ гебефренией, вѣроятно входитъ, по мнѣнію автора, въ большую группу психическихъ вырожденій.

Н. Топорковъ.

Д-ръ Н. И. Новомирьевскій. *Случай амнезической афазии.*—Еженедѣльникъ Практической Медицины, № 49, 1900 г.

Въ Дербентскій желѣзнодорожный лазаретъ былъ доставленъ въ безсознательномъ состояніи больной, судя по одеждѣ—горецъ.

Больной представлялъ явленіе сотрясенія мозга и кровоизліянія въ существо его. Въ этомъ смыслѣ было предпринято леченіе и лишь черезъ 7 дней больной сталъ говорить, но рѣчь его не понималъ пріѣхавшій навѣстить его родной братъ, такъ что пришлось пригласить переводчика, чтобы братья поняли другъ друга. Оказалось, что больной совершенно забылъ свое родное нарѣчіе и въ то же время свободно разговаривалъ на другомъ Азербейджанскомъ нарѣчій. По словамъ брата, больной раньше былъ въ Баку, гдѣ и научился этому нарѣчію, но, живя въ родномъ аулѣ, совершенно забылъ его. Авторъ предполагаетъ, что сотрясеніе мозга произвело такое измѣненіе въ мозгу, что явилась полная потеря памяти къ родному языку. Надо предполагать, что больной упалъ правой половиной головы, ушибъ ее, но мозговое вещество поражено болѣе на лѣвой, произошелъ такъ называемый contre-coup; измѣненія моллекулярныя произошли въ 3-ей лобной лѣвой извилинѣ. Авторъ объясняетъ, что здѣсь эти измѣненія вызваны закупоркой мозговой артерій или небольшою корковой геморрагіей, подъ вліяніемъ которой и произошла амнезическая афазія по отношенію къ цѣлому нарѣчію, а въ виду сильнаго желанія обмѣняться мыслями вспомнилось давно забытое нарѣчіе.

А. Сколозубовъ.

Д-ръ Н. Я. Смѣловъ. *Больницы для душевно-больныхъ въ Сѣверо-Американскихъ Штатахъ и Гамбургѣ.*—Неврологическій Вѣстникъ. Т. VIII. Б. 4.

Авторъ описываетъ свои наблюденія и впечатлѣнія, вынесенныя имъ изъ осмотра больницъ для душевно-больныхъ въ нѣкоторыхъ изъ Штатовъ Сѣверной Америки и въ Гамбургѣ.

Въ штатѣ Нью-Йоркѣ имъ осмотрѣны 3 больницы. Въ одной изъ этихъ больницъ на мужской половинѣ допускаются мѣры стѣсненія, для чего пользуются одѣялами съ отверстіями для головы; одѣяло привязывается къ кровати. Широко развитъ трудъ больныхъ. Обращаетъ на себя особенное вниманіе высокая плата прислугѣ—до 60 руб. въ мѣсяцъ, вслѣдствіе чего прислуга довольно устойчива и выдержана. Содержаніе больного въ больницахъ, содержимыхъ на средства штата, обходится въ 350—380 р. въ годъ. На

У автора содержаніе больныхъ и служащихъ болѣею частью показано въ долларахъ и маркахъ; обозначеніе же рублями сдѣлано мною для большей наглядности.

почти 6-ти миллионное населеніе штата призрѣвается 22 тысячи душевно-больныхъ.

Въ штатѣ Массачузетс въ обѣихъ больницахъ, осматрѣнныхъ авторомъ, допускаются мѣры стѣсненія—рукавицы и костюмы, ограничивающіе движенія рукъ. Мастерскія не развиты. Въ больницахъ, содержащей штатомъ, недостаточно свѣтло и замѣтна скученность больныхъ. Вознагражденіе прислуги высокое—до 56 р. въ мѣсяцъ. Содержаніе больного около 375 р. въ годъ.

Въ штатѣ Пенсильванія авторомъ осматрѣны 2 больницы; въ одной изъ нихъ для беспокойныхъ больныхъ примѣняются костюмы съ рукавами, пришитыми къ штанамъ. Содержаніе больного отъ 380 р. въ годъ. Прислуга вознаграждается хорошо (до 60 р. въ мѣсяцъ). При одной изъ больницъ имѣется школа для ухаживающаго персонала съ 2-хъ годичнымъ курсомъ; преподаютъ врачи больницы (по 3 ч. въ недѣлю).

Всѣ врачи, съ которыми пришлось бесѣдовать автору, высказываются противъ семейнаго призрѣнія душевно-больныхъ и считаютъ наиболѣе цѣлесообразной формой призрѣнія—лѣчебницы в колоніи.

Въ осматрѣнныхъ авторомъ лѣчебницахъ призрѣвается больше женщинъ, чѣмъ мужчинъ. Объясненія этому факту авторъ не могъ получить. На врача приходится отъ 100 до 200 больныхъ, въ большинствѣ больницъ врачъ дѣлаетъ ежедневно 3 визитаціи; матеріально врачи стоятъ въ хорошихъ условіяхъ.

Въ Гамбургѣ авторъ посѣтилъ больницу «Friedrichsberg». Больница переполнена, вслѣдствіе чего нѣкоторыя дневныя помѣщенія заняты спальнями. Изоляторы съ двойными дверями, запираются на задвижки и замокъ. Подсудимые помѣщаются въ особомъ отдѣленіи. У слабыхъ больныхъ перѣдко пролежни. Для беспокойныхъ иногда употребляютъ рукавицы и крайне рѣдко «рубашка». Стоимость содержанія больного около 350 р. въ годъ. Прислуга получаетъ до 36 р. въ мѣсяцъ. На врача приходится около 150 больныхъ. Визитація 2 раза въ день.

Изъ статьи Н. Я. Смѣлова можно заключить, что наши заатлантическіе товарищи болышею частью работаютъ въ тѣхъ же условіяхъ, какъ и мы—имъ также приходится считаться со скученностью больныхъ, съ большимъ числомъ пациентовъ на одного врача и т. п. Въ большинствѣ больницъ допускаются, хотя и рѣдко, мѣры стѣсненія; въ русскихъ психіатрическихъ лѣчебницахъ къ мѣрамъ стѣсненія прибѣгаютъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Одно изъ отрадныхъ явленій, съ которымъ у насъ въ настоящее время едвали можно встрѣтиться, это—хорошія матеріальныя условія, въ которыя поставлена прислуга, ухаживающая за душевно-больными; благодаря этимъ условіямъ прислуга дорожитъ своимъ мѣстомъ и въ значительной степени болѣе устойчива и опытна, чѣмъ у насъ.

П. Скуридинъ.

ОБЗОРЫ.

РУССКІЯ РАБОТЫ ПО АЛКОГОЛИЗМУ.

В. П. Первушина,

Ассистента Казанской Нервной Клиники.

За послѣднее десятилѣтіе въ русскомъ обществѣ все съ большей и большей силой сказывается противуалкогольное движеніе: открываются общества и кружки трезвости, издается и размножается специальная литература по данному вопросу, какъ популярная, такъ и научная, призывъ къ трезвости и воздержанію раздается въ разныхъ мѣстахъ со стороны лицъ, занимающихъ самое разнообразное общественное положеніе, наконецъ, этотъ сложный вопросъ съ разныхъ сторонъ изучается и людьми науки, ему посвящаются заведенія ученыхъ обществъ, онъ затрагивается на ученыхъ сѣздахъ (напр., Пироговскихъ), онъ дебатруется на страницахъ специальной и общей печати. Съ проведеніемъ въ жизнь казенной винной монополіи этотъ вопросъ еще болѣе осложняется: необходимо выяснитъ взаимодѣйствіе этихъ двухъ факторовъ, значеніе новаго законодательнаго акта для страны, по достоинству взвѣсить положительныя и отрицательныя стороны новаго дѣла и т. д. Понятно, что литература объ алкоголизмѣ и связанныхъ съ нимъ вопросахъ разрастается еще больше, а потому вполне естественнымъ является желаніе, ради удобства всѣхъ лицъ, такъ или иначе интересующихся этимъ дѣломъ, и ради болѣе легкаго и быстраго сопоставленія фактическаго матеріала, — излагать эти данныя вкратцѣ въ какомъ-либо одномъ изданіи въ видѣ хотя бы «обзоровъ текущей литературы по вопросу объ алкоголизмѣ и съ нимъ соприкасающихся». Тутъ же попутно могутъ приводиться тѣ или иные правительственныя распоряженія, разъясненія, законодательныя акты, всевозможнаго рода факты, касающіеся проведенія въ жизнь выработанныхъ мѣропріятій, отчеты о заведеніяхъ ученыхъ обществъ, посвященные данному вопросу и т. д.; словомъ, важно было бы имѣть такого рода изданіе, гдѣ данный вопросъ находилъ бы себѣ полное отраженіе въ смыслѣ академическомъ и житейскомъ.

Глубоко интересуясь положеніемъ вопроса объ алкоголизмѣ вообще и о борьбѣ съ нимъ въ родной странѣ въ частности, я съ признательностью принимаю предложеніе редакціи «Казанскаго Медицинскаго Журнала»—взять на себя веденіе обзора текущей (гл. обр. русской) литературы по вопросу объ алкоголизмѣ и постараюсь по мѣрѣ силъ своихъ выполнить столь интересную задачу.—Не имѣя, по исполнѣ понятной причинѣ, возможности услѣдить за всѣмъ тѣмъ, что появляется въ нашихъ повременныхъ изданіяхъ относительно алкоголизма (причины его, размѣры, вліяніе его на экономическую, бытовую, моральную сторону населенія, связь съ преступностью, съ заболеваемостью, смертностью, рождаемостью населенія, такъ наз. наследственностью и т. д.), я былъ бы очень благодаренъ всѣмъ лицамъ, которыя найдутъ возможнымъ присылать мнѣ свои работы, посвященные данному вопросу, или по крайней мѣрѣ—справки, указанія на мѣсто ихъ помѣщенія. Только при подобныхъ условіяхъ, когда то или иное общественное явленіе освѣщается съ разныхъ сторонъ, возможно надѣяться на обстоятельное и правильное разрѣшеніе его какъ въ цѣломъ, такъ и въ частностяхъ.

„Труды Комиссіи по вопросу объ алкоголизмѣ, мѣрахъ борьбы съ нимъ и для выработки нормальнаго устава заведеній для алкоголиковъ“, изд. Русскаго Общества охраненія народнаго здоровья, подъ редакціей д-ра М. Н. Нижегородцева. С.-Пб.. I—V выпуски, 1898—1900 и. Цѣна выпусковъ по порядку: 75 к., 35 к., 1 р. 25 к., 1 р., 1 р. 25 к.—4 р. 60 к.

Указанное обширное изданіе (гдѣ 392 стр. занимають журналы засѣданій Комиссіи и субкомиссій, а 620 стр.—доклады по разнымъ частнымъ вопросамъ) представляетъ собою полное отраженіе двухгодичной дѣятельности названной Комиссіи, состоящей при 1-й (біологической) секціи Общ. охр. нар. здр. и открывшей свои занятія 7 января 1898 г. подъ предсѣдательствомъ д-ра М. Н. Нижегородцева. Въ ея составъ вошли выдающіеся представители медицинской науки въ столичныхъ и провинціальныхъ университетскихъ городахъ; въ ея трудахъ приняли участіе нѣкоторые ученые столичные и провинціальныя общества и общественные дѣятели, занимающіе самое разнообразное положеніе (свыше 170 членовъ). Вопросы въ строгой послѣдовательности, сообразно выработанной предварительно программѣ, разрѣшались въ засѣданіяхъ Комиссіи путемъ обсужденія специальныхъ докладовъ, представленныхъ ея членами; для болѣе детальнаго обсужденія частныхъ, специальныхъ вопросовъ, доклады передавались въ ту или иную субкомиссію, которая представляла затѣмъ Комиссіи свои готовыя, мотивированныя выводы, проекты тѣхъ или

иныхъ мѣропріятій, ходатайствъ, а также и цѣлый рядъ попутно затрогивавшихся и такъ или иначе разрѣшенныхъ положеній. Изъ субкомиссій здѣсь можно упомянуть о медицинской, школьной, юридическо-психіатрической, военной, духовной, статистической, по винной монополіи, физиологической. Съ марта мѣсяца 1900 г. былъ образованъ особый Ученый Комитетъ для детального разслѣдованія вопроса о физиологическомъ дѣйствіи алкоголя, на каковыя работы было Высочайше отпущено 15.000 руб. 7 янв. 1900 г.

Разсмотрѣнію Комиссіи, согласно ея программѣ, подлежали слѣдующіе основныя вопросы съ болѣе мелкими подраздѣленіями.

I. Выясненіе физиологическаго дѣйствія алкоголя на человека и его нервную систему, что должно было служить базой для дальнѣйшихъ работъ. Этотъ интересный, но въ тоже время въ высшей степени сложный вопросъ, не былъ окончательно, во всѣхъ деталяхъ, разъясненъ въ засѣданіяхъ субкомиссіи и Комиссіи и былъ переданъ для разносторонней разработки спеціально организованному Ученому Комитету, но тѣмъ не менѣе Комиссіей былъ принятъ рядъ положеній, обрисовывающихъ съ различныхъ точекъ зрѣнія отношеніе алкоголя и вообще спиртныхъ напитковъ къ организму. Приведемъ наиболѣе важныя изъ нихъ:

1. Алкоголь производитъ двоякое дѣйствіе: въ первомъ періодѣ и очень малыхъ количествахъ онъ повышаетъ дѣятельность большинства органовъ, во второмъ понижаетъ ее. 2. Невозможно указать количество, при которомъ алкоголь могъ бы всегда считаться дѣйствующимъ въ первомъ или второмъ смыслѣ (индивидуальность играетъ громадную роль); нельзя указать даже съ приблизительной точностью въ настоящее время то наименьшее количество алкоголя, съ котораго уже начинается его вредное дѣйствіе на организмъ. 3. Алкоголь, быть можетъ, за исключеніемъ самыхъ малыхъ примесей его, понижаетъ работоспособность организма въ механической и психической сферахъ.

4. Алкоголь по существу его отношенія къ организму, есть, подобно нѣкоторымъ другимъ вкусовымъ веществамъ, вещество ядовитое, враждебное протоплазмѣ. Для ежедневнаго употребленія водки и вина здоровыми людьми нѣтъ никакихъ физиологическихъ основъ въ матеріальномъ устройствѣ и отправленіяхъ нашего тѣла. Алкоголь нельзя поставить въ число пищевыхъ веществъ, а прибавка его къ пищѣ не сокращаетъ и не удешевляетъ ея.

5. Вредное вліяніе спиртныхъ напитковъ усиливается отъ содержанія въ нихъ сивушнаго масла, отъ ихъ болѣе крѣпости (крѣпость 40° водки—съ физиологической точки зрѣнія слишкомъ высока), отъ условій, понижающихъ окислительную способность организма (дурное питаніе, дурной воздухъ, порча нормальныхъ свойствъ крови и тканей и т. д.), отъ болѣзненности и слабости организма (на людей съ ослабленной нервной системой, а особенно дегенеративной, на лицъ слабыхъ, особенно женщинъ и дѣтей, алкоголь производитъ чрезвычайно вредное вліяніе).

6. Злоупотребленіе алкоголемъ понижаетъ сопротивляемость организма по отношенію къ различнымъ заболѣваніямъ. Оно вызываетъ измѣненія во всѣхъ органахъ человѣческаго тѣла, ведетъ къ сильному упадку нравственнаго чувства, ослабляетъ умственныя способности, вызываетъ многочисленныя душевныя и нервныя болѣзни и способствуетъ возникновенію самоубійствъ и преступленій. Потомство привычныхъ пьяницъ вырождается.

II. Выясненіе размѣровъ потребленія спиртныхъ напитковъ у насъ и за границей. По душевому потребленію водки въ 40° Россія (съ 1881—1891—1892 г.г.) занимаетъ среди 14-ти Европейскихъ и Сѣверо-Американскихъ государствъ 9-е мѣсто (0,61 ведра), винограднаго вина въ 10°—8-е мѣсто (0,16 ведра), пива въ 4°—13-е мѣсто (0,29 ведра), и, наконецъ, вообще, спирта въ 40°—13-е мѣсто (0,68 ведра). (см. докладъ И. Р. Минцлова).—Общій расходъ на водку въ 1893 г. составлялъ 562 милл. рублей для населенія Европ. Россіи. Далѣе, нѣкоторыми докладчиками было выяснено душевое потребленіе спирта по губерніямъ, акцизные поступленія, размѣры всего производства въ Россіи спиртныхъ напитковъ и т. д.—Въ общемъ, практически важный вопросъ о размѣрахъ потребленія спирта у насъ и за границей не получилъ достаточно полного освѣщенія въ трудахъ Комиссіи, доклады затрагивали вопросъ не цѣликомъ а останавливались на тѣхъ или иныхъ частностяхъ. Вполнѣ понятно, что для полного его изученія требуется много и времени, и работы, соотвѣтствующіе источники и т. д.

III. Выясненію причинъ алкоголизма въ Россіи Комиссіей было уделено не мало вниманія, что и понятно въ виду ея главнымъ образомъ практическихъ цѣлей.—Довольно обстоятельно былъ обрисованъ вопросъ о пьянствѣ мастеровыхъ ремесленниковъ, фабричныхъ, и возбуждено ходатайство передъ Министерствами Финансовъ и Внутреннихъ Дѣлъ объ улучшеніи быта и условій дѣятельности рабочихъ, объ установленіи особаго правительственнаго надзора за выполненіемъ соотвѣтствующихъ законоположеній, учрежденіи ремесленныхъ школъ, врачебно-санитарномъ надзорѣ и т. д.—Далѣе, подробно былъ выясненъ вопросъ о причинахъ алкоголизма въ войскахъ (сухопутныхъ и морскихъ) и о мѣрахъ борьбы съ нимъ (что очень важно, такъ какъ такимъ путемъ, при всеобщей воинской повинности, будетъ оказано воздѣйствіе и на все населеніе); передъ Военнымъ Министерствомъ были возбуждены соотвѣтствующія ходатайства, а именно: 1) о безусловной отмѣнѣ въ русской арміи казенной винной порціи, какъ въ мирное, такъ и въ военное время, и о введеніи во всѣхъ войсковыхъ частяхъ ежедневнаго чайнаго довольствія (какъ это практикуется въ частяхъ войскъ Петербургскаго гарнизона), а также 2) объ учрежденіи въ казармахъ или въ районѣ расположенія нижнихъ чиновъ дешевыхъ столовыхъ, чайныхъ, читальня; 3) объ устройствѣ чтеній, бесѣдъ, игръ, спектаклей для сол-

дать; 4) о запрещеніи выдавать нижнимъ чинамъ спиртные напитки по усмотрѣнію начальствующихъ, продавать спиртные напитки въ полковыхъ лавочкахъ и проносить ихъ въ казармы. 5) объ исключеніи изъ программы преподаванія гигіены въ учебныхъ командахъ пункта о пользѣ умѣреннаго употребленія водки и, напротивъ, о распространеніи среди нижнихъ чиновъ свѣдѣній о вредѣ употребленія спиртныхъ напитковъ.

IV. Вопросъ о «предупредительныхъ государственныхъ и общественныхъ мѣрахъ борьбы съ алкоголизмомъ» (пунктъ V программы), практически чрезвычайно важный, вызвалъ и многочисленные доклады, и оживленные, продолжительныя пренія по нимъ. Докладомъ В. Д. Шидловскаго: «Обзоръ дѣятельности, направленной на борьбу съ пьянствомъ въ Сѣверной Америкѣ и Западной Европѣ» Комиссія обстоятельно знакомится съ современнымъ положеніемъ даннаго дѣла заграницей и со всѣми его перипетіями втеченіе истекшаго столѣтія. Такъ, обрисовывается частная дѣятельность отдѣльныхъ лицъ и общества по началу полного воздержанія (титотализмъ—*teetotalism*) и умѣренности, и дѣятельность государствъ. Въ то время какъ «титоталисты» стремятся оказать вліяніе на индивидуальное пьянство, стараясь получить отъ каждаго отдѣльнаго лица обѣтъ полного воздержанія, а отъ правительства—введенія системы полного воспрещенія производства и продажи спиртныхъ напитковъ (ихъ успѣхъ незначителенъ), поборники «умѣренности» имѣютъ въ виду главнымъ образомъ внѣшнюю обстановку потребленія и общія условія, порождающія пьянство (благопріятныя результаты особенно въ Швеціи и Норвегіи, отчасти въ Германіи).—Правительства различныхъ странъ не одинаково относятся къ борьбѣ съ алкоголизмомъ и въ общемъ ихъ отношеніе сказывается главнымъ образомъ въ двухъ направленіяхъ: мѣропріятія непосредственно противъ пьяницъ (вначалѣ карательныя, а затѣмъ съ распространеніемъ взглядовъ д-ра Рюша (Rusch) въ 1785 г. на пьянство, какъ на общественное бѣдствіе, а на пьяницу, какъ на больного,—исправительно—лечебныя) и противъ общихъ внѣшнихъ условій, порождающихъ пьянство. Такъ въ 7-и штатахъ Сѣв. Америки введена «запретительная система», въ 16-и штатахъ законъ «Local Option»—право общинъ давать разрѣшеніе на открытіе питейныхъ заведеній; въ Швейцаріи—правительственная монополія оптовой продажи спирта (неудачная мѣра, такъ какъ розничная торговля осталась свободной и не стѣснено ничѣмъ садовладѣльческое куреніе спирта изъ винограднаго вина, ягодъ и плодовъ, а, кромѣ того, публика стала потреблять и такъ наз. денатурализованный спиртъ, идущій обыкновенно на техническія надобности); въ Швеціи и Норвегіи—Готенбургская система, наиболѣе дѣйствительная система, судя по достигнутымъ результатамъ; при ней устранивается элементъ личной выгоды отъ розничной продажи водки и спирта, которая монополизирована особыми акціонерными обществами, довольствующимися лишь 5—6% прибыли на общій капиталъ, причемъ остальная прибыль отъ продажи спиртныхъ напитковъ идетъ въ пен-

сионный капиталъ для рабочихъ (65%), въ кассы общинъ городскихъ и сельскихъ, въ которыхъ питейной торговли не производится (15%), и т. п. пользу городовъ, изъ которыхъ эта прибыль поступила (20%); употреблена самая продажа крепкихъ напитковъ, отдача правъ на торговлю ими въ зависимости отъ разрѣшенія общинъ, горожанъ и т. д. (Однако, эта система не доведена до конца, касаясь лишь продажи водки и спирта, что вызвало увеличеніе потребления пива).

Далѣе, докладъ И. Р. Минилова: «Монополія торговли спиртными напитками въ некоторыхъ иностранныхъ государствахъ и въ Россіи» знакомить насъ съ стремленіемъ правительствъ монополизировать виноторговлю съ цѣлями фискальными и нравственными въ смыслѣ уменьшенія алкоголизма; обрисовывается глав. образомъ положеніе вещей въ Швейцаріи, Скандинавскихъ государствахъ, Россіи и отчасти въ Сѣверной Америкѣ, причемъ авторъ видитъ большія преимущества введеніемъ у насъ винной казенной монополіи сравнительно съ прежней системой и утверждаетъ, что «такая новая система, при современной степени нашего развитія и образованія, лучше другихъ системъ, примѣняемыхъ въ иностранныхъ государствахъ».

Проф. Л. К. Дымша, А. А. Шумахеръ, Н. О. Осиповъ и др. своими докладами также старались доказать благотворное вліяніе нашей казенной монополіи, тогда какъ Д. Н. Бородинъ, А. А. Лозинскій, Р. К. Коппе и др. въ своихъ докладахъ выставили ея отрицательныя стороны.—Для болѣе детальнаго разрѣшенія вопроса была организована особая субкомиссія, которая путемъ сопоставленія накопившагося матеріала относительно значенія казенной монополіи въ Россіи и рассмотрѣнія относящихся сюда статей закона, пришла къ извѣстнымъ выводамъ, на основаніи которыхъ Комиссія нашла возможнымъ возбудить въ соответствующихъ сферахъ ходатайство о томъ, чтобы:

1) Отмѣнить ограниченія, указанія въ ст. 520 уст. акц. сбор. изд. 1893 г. (по которой сельскія общества, не желавшія допустить на своей землѣ раздробительную продажу питей, обращались съ заявленіемъ въ уѣздныя по питейнымъ дѣламъ присутствія, для которыхъ такія заявленія имѣли обязательное значеніе за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда говорится о питейной продажѣ въ селеніяхъ, имѣющихъ не менѣе 5000 душъ обоюто пола, въ селахъ базарныхъ, торговыхъ, фабричныхъ, при станціяхъ желѣзныхъ дорогъ и т. п.), и предоставить сходомъ всѣхъ остальныхъ сельскихъ обществъ право составлять обязательныя по ихъ силѣ приговоры о недопущеніи торговли крепкими напитками на принадлежащихъ имъ земельныхъ угодьяхъ, если только эти приговоры не будутъ опровергнуты со стороны способовъ или побудительныхъ причинъ (потворство тайной торговлѣ кр. нап.) ихъ составленія. Подобныя запретительныя приговоры составляются на срокъ до 10 лѣтъ или безсрочно, при чемъ

ихъ дѣйствіе должно продолжаться впредь до ихъ отмѣны приговорами тѣхъ же сходовъ.

2) Проверку такихъ приговоровъ предоставить уѣзднымъ комитетамъ попечительства о народной трезвости, а окончательное ихъ утверждение—губернскимъ.

3) Обнаруженіе тайной продажи крѣпкихъ напитковъ въ селеніяхъ, постановившихъ подобные приговоры, не можетъ служить основаніемъ къ отмѣнѣ запретительныхъ приговоровъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда обнаруженная тайная торговля является злоупотребленіемъ частныхъ лицъ и потворство означеннымъ лицамъ со стороны обществъ, составившихъ приговоры, ничѣмъ недоказано¹⁾.

Во всякомъ случаѣ Комиссія, отмѣтивъ какъ положительныя, такъ и отрицательныя стороны новой питейной системы, не находитъ пока возможнымъ категорически высказаться относительно ея примѣнимости у насъ, ея значенія и т. д.—за отсутствіемъ строго проверенныхъ наблюденій, фактовъ, выводовъ. Она лишь считаетъ нужнымъ напомнить, что для успѣшности борьбы съ общественнымъ зломъ народного алкоголизма, конечно, недостаточно одного упорядоченія продажи крѣпкихъ напитковъ, нужны и другія болѣе близкія къ цѣли мѣры. Комиссія считаетъ весьма важнымъ факторомъ этой борьбы—широкую частную и общественную инициативу, съ чѣмъ законодательной власти неизбежно приходится считаться (финансовое вѣдомство не разъ уже и шло на встрѣчу общественнымъ начинаніямъ въ борьбѣ съ народнымъ пьянствомъ).

Одновременно съ вопросомъ о винной монополіи былъ затронутъ вопросъ о попечительствахъ о народной трезвости. Докладчики (Д. Н. Бородинъ, А. А. Шумахеръ, Л. К. Дымша), пользуясь имѣвшимся въ ихъ распоряженіи матеріаломъ, охарактеризовали дѣятельность этихъ учреждений, подвергая критикѣ самый ихъ строй (бюрократическій составъ; недостатокъ общественнаго элемента и т. д.) и достигаемые ими результаты. Такъ отмѣчена была односторонность ихъ дѣятельности въ цѣляхъ лишь образовательныхъ—(читальни, бібліотеки, воскресныя школы, чтенія), въ цѣляхъ отвлеченія народа отъ пьянства путемъ устройства чайныхъ, столовыхъ, народныхъ хоровъ, гуляній, театровъ и т. д. Зато не замѣтно систематическаго надзора за общимъ ходомъ питейной торговли, серьезнаго изученія народного алкоголизма, распространенія среди населенія понятій о вредѣ пьянства; вопросъ о леченіи алкоголиковъ также ими не разработанъ и т. д.

¹⁾ Въ 5-мъ выпускѣхъ «Трудовъ Комиссіи» этихъ ходатайствъ не изложено, такъ какъ они выработаны поздно, но мы, ради цѣльности изложенія, приводимъ ихъ здѣсь, цитируя ихъ отчасти по протоколамъ засѣданій Комиссіи, отчасти по статьѣ д-ра Г. И. Дембо «Алкоголизмъ и борьба съ нимъ» (Вопросы нервно-псих. медиц. 1900 г. Вып. 3).

Въ виду недостаточности вѣскихъ данныхъ для характеристики дѣятельности попечительствъ, Комиссія не нашла возможнымъ придти къ какимъ-либо окончательнымъ выводамъ, избравъ для того особую субкомиссію и поручивъ ей ознакомиться и съ дѣятельностью русскихъ обществъ трезвости, особенно въ смыслѣ совмѣстной ихъ работы съ попечительствами. Попутно были заслушаны доклады д-ра Н. И. Григорьева, д-ра А. М. Коровина, А. И. Ярышкина о дѣятельности и задачахъ русскихъ обществъ трезвости въ связи съ исторіей ихъ возникновенія.

Вопросъ о борьбѣ съ алкоголизмомъ (V, 5) путемъ школы былъ разработанъ въ обстоятельныхъ докладахъ А. С. Виреніуса, Л. Б. Скаржинскаго, Н. Н. Невзорова. Здѣсь была выяснена громадная роль школы и ея представителей въ дѣлѣ образованія прочныхъ и сознательныхъ идей трезвости уже съ дѣтскаго и юношескаго возраста и пониманія трактруемаго вопроса (за мѣсто традиціоннаго отношенія къ вину, получаемого вездѣ отъ старшихъ), что уже давно дѣлается заграницей (преподаваніе въ школахъ антиалкогольныхъ наукъ, общества трезвости среди дѣтей и юношей, спеціальная литература, особые лекторы по антиалкогольнымъ вопросамъ и т. д.) и что необходимо прививать и на родной почвѣ, причемъ надлежитъ обратить особенное вниманіе на самую школу, на педагоговъ, сначала здѣсь привить идеи трезвости и уже затѣмъ приняться за учащихся.

Затронутое далѣе въ программѣ Комиссіи участіе женщинъ духовенства, врачей и значеніе общей воинской повинности въ борьбѣ съ пьянствомъ—отчасти было отмѣчено въ общихъ докладахъ (при выясненіи причинъ и мѣръ борьбы съ пьянствомъ: В. Д. Шидловскій, А. М. Коровинъ и др.) и въ преніяхъ, но крото, ему были посвящены отдѣльные сообщенія, напр., относительно роли духовенства: «Роль православнаго духовенства въ борьбѣ съ народнымъ пьянствомъ» сваш. Д. Г. Булгаковскаго (не встрѣтило сочувствія и одобренія среди присутствовавшихъ при обсужденіи этого доклада представителей духовенства), «Православное духовенство въ борьбѣ съ народнымъ пьянствомъ» П. И. Поликова и «Что сдѣлало православное духовенство для борьбы съ народнымъ пьянствомъ?» сваш. А. В. Рождественскаго. Первый докладъ обрисовываетъ на основаніи историческихъ документовъ и данныхъ литературы то незавидное положеніе, которое выпало на долю нашего духовенства, особенно сельскаго, благодаря цѣлому ряду неблагоприятныхъ условій, создававшихся вѣками и лишь за послѣдніе 2—3 десятка лѣтъ улучшившихся (уровень образованія, матеріальное положеніе, зависимость отъ прихода, сборъ съ прихожанъ, гнетъ вачальства и т. д., и, наконецъ, нерѣдкая приверженность къ спиртнымъ напиткамъ, особенно въ прежнія времена). Въ виду этого, духовенство не могло оказать, особенно въ прошломъ, за нѣкоторыми исключеніями, сколько-нибудь замѣтнаго и стойкаго воздѣйствія на народное пьянство, не имѣя къ тому достаточно моральныхъ силъ, будучи принуждено зачастую работать не хуже того же мужика, мало пользуясь его

уваженіемъ и въ тоѣе время находясь въ сторонѣ отъ другихъ сословій, нерѣдко само погрязая въ пороки пьянства.

Въ противоположность подобному скептическому, почти отрицательному отношенію къ роли духовенства въ борьбѣ съ пьянствомъ, два другіе докладчика и на основаніи личныхъ наблюденій, и на основаніи документальныхъ данныхъ стараются выяснитъ положительныя стороны вопроса: здѣсь обрисовывается то влияніе, которое можетъ имѣть священникъ въ своемъ приходѣ, если онъ того захочетъ и, разумѣется, обладаетъ соответствующими достоинствами; выясняется и работа духовенства какъ проповѣдью, печатнымъ словомъ, такъ и многочисленными другими доступными приемами (исповѣдь, эпитимія, увѣщаніе, школа, церковно-приходское попечительство, обществое трезвости и т. д.) въ дѣлѣ борьбы съ пьянствомъ, выясняются и достигнутые благіе результаты, а главное, указывается весь тотъ рядъ трудностей, непріятностей (часто весьма тяжело отзывавшихся въ моральномъ и матеріальномъ смыслѣ на священникѣ), которыя выпадали въ удѣлъ лишь отваживавшихся выступать борцами за народную трезвость. со стороны кабатчиковъ, чиновъ полиціи и акцизнаго надзора, видѣвшихъ въ ихъ дѣятельности прямой ущербъ интересамъ казны и собственности. Достаточно вспомнить, что передъ паденіемъ откупа (1859 г.) духовенство оказало не малое влияніе на вспыхнувшія въ средѣ народа идеи трезвости и опугнулось, такъ сказать, между двухъ огней: съ одной стороны Св. Синодъ близъ словизалъ пастырей въ ихъ трудномъ дѣлѣ проповѣди трезвости, съ другой Министерства Финансовъ и Внутреннихъ Дѣлъ, подъ влияніемъ жалобъ откупщиковъ, пытались парализовать ихъ дѣятельность.

Все три докладчика, однако, признаютъ, какъ того и слѣдовало ожидать, что въ дѣлѣ народного отрезвленія духовенство можетъ и должно играть выдающуюся роль, причемъ предложили рядъ мѣръ ради лучшаго достиженія еѣ. Доклады не обширны, не глубоки, но достаточно наглядно знакомятъ съ затрагиваемымъ вопросомъ, не исчерпывая, разумѣется, его цѣликомъ.

V. Намѣченный въ пунктѣ VI программы вопросъ о «мѣрахъ борьбы съ алкоголизмомъ отдѣльныхъ лицъ» чрезвычайно важенъ, такъ какъ онъ на каждомъ шагѣ выдвигается самой жизнью, требуя не только отъ врачей, но и отъ юристовъ своего скорѣйшаго детальнаго разрѣшенія, подробной регламентации и санкции закона. — Насколько серьезенъ данный вопросъ, легко усмотрѣть изъ краткаго перечня относящихся сюда болѣе мелкихъ подраздѣленій, какъ то: А) основныя начала устройства специальныхъ заведеній для леченія (и прирѣнія) алкоголиковъ; В) основы леченія алкоголизма; С, выработка проекта нормальнаго устава а) лечебницъ для алкоголиковъ и б) пріютовъ — колоній для прирѣнія хроническихъ неизлечимыхъ алкоголиковъ. — Чтобы имѣть руководящую нить, Комиссія знакомится въ общихъ чертахъ съ развитіемъ и современнымъ состояніемъ затронутого вопроса за грани цей — по докладу В. Д. Шидловскаго: «Обзоръ дѣятельности, направленной на борьбу съ пьянствомъ въ Сѣверной Америкѣ

и Западной Европѣ» (цитированъ выше).—Изъ него видно, что колеблѣю лечебныхъ заведеній для алкоголиковъ является основанная въ 50-ныхъ годахъ XIX-го вѣка лечебница въ штатѣ Нью-Йоркѣ, въ Бингамптонѣ, Сѣв. Америки; вскорѣ идеи о необходимости подобныхъ учрежденій изъ Новой Сѣвѣ проникли и въ Старый и теперь въ Сѣв. Америкѣ насчитывается уже до 50 такихъ специальныхъ лечебницъ, въ Англіи 24 (для женщинъ 18), въ Швейцаріи 6, нѣсколько—въ Германіи, начинаютъ возникать въ Норвегіи (и Россіи, добавимъ мы). Новыя учрежденія требовали къ себѣ спеціальнаго отношенія законодательной власти, что вызвало въ этихъ государствахъ рядъ соответствующихъ законоположеній; послѣднія имѣли въ виду во 1-хъ помѣщеніе (добровольное или по приговору администраціи) алкоголиковъ въ лечебницы и колоніи, а во 2-хъ извѣстныя ограниченія свободы личности и правоспособности нѣкоторыхъ категорій алкоголиковъ (опасныхъ для семьи, общества, расточительныхъ и т. д.). Таковъ законъ 31 мая 1865 г. въ штатѣ Нью-Йоркѣ (о принудительномъ помѣщеніи), а затѣмъ и въ другихъ штатахъ С. Америки; таковы 3 билля въ Англіи: въ 1878 г.—билль о привычномъ пьянствѣ (данъ на 10 лѣтъ), въ 1888 г. онъ видоизмѣненъ (актъ о пьяницахъ): послѣ добровольнаго согласія пьяница слѣдуетъ принудительное помѣщеніе его на извѣстный срокъ. Въ 1895 г. внесенъ въ Парламентъ новый законопроектъ о принудительности помѣщенія пьяницъ, помимо добровольнаго (который и вступилъ въ силу съ января 1899 г.).

Въ Швейцаріи, въ кантонѣ С.-Галленъ, по закону 21 мая 1891 г. предающійся пьянству лица помѣщаются въ лечебницу на время отъ 9—18 мѣсяцевъ—добровольно или принудительно.

Въ Сѣв. Амер. Соед. Штатахъ законами 1867 и 1868 гг., основанная немного ранѣе въ Бруклинѣ лечебница («домъ пьяницъ») получаетъ значеніе государственнаго учрежденія для помѣщенія, по усмотрѣнію общественной и судебной власти, въ нее алкоголиковъ, приговоренныхъ по суду къ лишенію свободы: здѣсь они, вмѣсто тюрьмы, отбываютъ наказаніе и лечатся.

Также и въ Англіи, биллемъ 1898 г. устанавливается «замѣна заключенія въ тюрьмѣ содержаніемъ въ спеціальной для пьяницъ лечебницѣ для лицъ, приговоренныхъ къ тюрьмѣ за преступленіе, совершенное въ состояніи алкоголизма».

Помимо ограниченія свободы личности алкоголиковъ проводится и мѣстами уже осуществилась тенденція ограничить и ихъ гражданскую правоспособность, какъ то принято въ Швейцаріи (Сентъ-Галленъ), новымъ гражданскимъ Германскимъ уложеніемъ (и предполагается въ Россіи).

Въ виду отсутствія у насъ, въ Россіи, подобныхъ законоположеній, весьма важныхъ въ смыслѣ леченія, изоляціи и опеки надъ алкоголиками, Комиссія выдѣлила изъ своей среды особую субкомиссію въ составѣ выдающихся представителей психіатріи и юриспруденціи Петербурга. Труды послѣдней были въ общихъ чертахъ установленъ взглядъ на терминъ: «привычный пьяница», «хроническій алкоголизмъ» (между прочимъ, д-ръ М. Н. Пижегородцевъ предложилъ называть

«привычнымъ пьянствомъ» случаи злоупотребленія спиртными напитками при отсутствіи явныхъ физическихъ и психическихъ измѣненій, а «затяжнымъ пьянствомъ» — случаи съ наличностью послѣднихъ явленій, что извѣстно въ психіатріи подъ именемъ «хроническаго алкоголизма»), и выработаны проектъ закона въ слѣдующемъ видѣ:

1) «Привычные пьяницы, т. е. лица, доведшія себя злоупотребленіемъ спиртными напитками или другими опьяняющими веществами до такого болѣзненнаго состоянія, что поступки ихъ оказываются вредными или опасными для нихъ самихъ, для окружающихъ или для общества, могутъ подлежать принудительному помѣщенію на срокъ отъ 6 мѣсяцевъ до 2-хъ лѣтъ въ назначенныя для сего лечебныя учрежденія и ограниченію правоспособности, съ учрежденіемъ надъ ними опеки.

2) Принятіе противъ привычныхъ пьяницъ указанныхъ выше мѣръ въ совокупности или какой-либо изъ нихъ въ отдѣльности можетъ состояться не иначе, какъ на основаніи постановленія судебнаго присутствія, по признаніи послѣднимъ необходимости ихъ, въ порядкѣ, опредѣленномъ статьями 171—197 проекта опекунскаго устава». (Труды Комиссіи, вып. V, 1900, стр. 392).

Намѣченные даѣе въ программѣ Комиссіи вопросы (типы лечебницъ для алкоголиковъ, отношеніе ихъ къ психіатрическимъ заведеніямъ, ихъ характеръ — правительственный, общественный, частный; ограниченіе права хроническихъ неисправимыхъ пьяницъ вступать въ бракъ; пріюты — колоніи для нихъ и т. д. п VI, А, 1—3; 6—8) не получили своего полнаго разрѣшенія и разсматривались лишь попутно при чтеніи краткаго доклада д-ра В. В. фонъ—Ольдерогге: «Проектъ устройства колоніи для алкоголиковъ въ финляндскихъ инхерахъ», а также при обсужденіи другихъ докладовъ, не касавшихся, однако, этихъ вопросовъ по существу.

Вопросъ о леченіи алкоголиковъ получилъ нѣкоторое (очень узкое) освѣщеніе, благодаря краткимъ сообщеніямъ д-ровъ А. А. Горькаго, Л. Г. Карчагина и Б. Н. Синани (и происходившимъ по нимъ дебатамъ) относительно леченія алкоголиковъ внушеніемъ (въ гипнотическомъ снѣ, и въ бодрственномъ состояніи — Б. Н. Синани). Докладчики высказываются, на основаніи собственныхъ наблюденій, въ пользу примѣненія гипноза, выставяя показанія и противопоказанія къ тому.

IV. Наконецъ, VII пунктъ программы Комиссіи: «Общій планъ систематической государственной и общественной борьбы съ алкоголизмомъ и его послѣдствіями для личности, семьи, общества и государства» — въ 5-и выпускахъ Трудовъ Комиссіи еще не затронутъ.

Бросая бѣглый взглядъ на только что представленную здѣсь краткую дѣятельность Петербургской противуалкогольной Комиссіи,

невольно удивляешься тому единодушію, съ которымъ велись ся работы, тому горячему участию, съ которымъ къ ней отнеслись сочувствующія ей цѣли и учрежденія, а въ этомъ—залогъ ея успѣховъ и значенія. Комиссія сконцентрировала вокругъ себя многое, что такъ или иначе относилось къ ея задачѣ, разобралась, насколько могла, въ представленномъ матеріалѣ, сдѣлала выводы по нѣкоторымъ пунктамъ своей обширной программы и возбудила рядъ ходатайствъ въ подлежащихъ правительственныхъ сферахъ о желательности нѣкоторыхъ нововведеній. Выработанная ею программа исчерпана еще далеко не вся, но, вѣдь, и работы Комиссии еще продолжаются и слишкомъ рано сдѣлать окончательное сужденіе о ихъ результатности. Несомнѣнно лишь, что въ исторіи русскаго противуалкогольнаго движенія дѣятельности этой Комиссии будетъ отведено одно изъ почетныхъ мѣстъ.

Д-ръ Г. И. Дембо. Алкоголизмъ и борьба съ нимъ (по Трудамъ Комиссии при Обществѣ охраненія народнаго здравія). Вопросы нерв. психич. медицины, 1900, Вып. 3, стр. 439—514.

Данная работа представляетъ собой довольно полное изложеніе, въ систематическомъ порядкѣ выработанной программы, дѣятельности Петербургской «Комиссии по вопросу объ алкоголизмѣ», въ числѣ участниковъ которой находился и авторъ разбираемой статьи, чѣмъ отчасти объясняется его горячее отношеніе къ дѣятельности Комиссии. —Авторъ излагаетъ вкратцѣ историческій очеркъ возникновенія Комиссии и ходъ ея занятій. Сопоставляя между собой различные доклады и пренія по нимъ, онъ освѣщаетъ тѣ или иные вопросы, комментируя лишь постольку приводимыя данныя, поскольку того требуетъ связность изложенія и цѣльность впечатлѣнія; мѣстами дѣлаются добавленія (очевидно, изъ протоколовъ позднѣйшихъ засѣданій Комиссии, изъ прессы) относительно судьбы ходатайствъ Комиссии или нѣкоторыхъ затрагивавшихся въ ней практическихъ вопросовъ и т. д. —Вообще всякому, кто не имѣлъ возможности прослѣдить за дѣятельностью Петербургской Комиссии по ея, такъ сказать, подлиннымъ документамъ (протоколы, «Труды»), можно порекомендовать статью д-ра Дембо, написанную живо и вполне оправдывающую свое назначеніе.

Работа автора переведена на французскій языкъ: G. Dembo. Esquisse sur l'activité de la commission pour l'étude d'alcoolisme.—St. Petersb. 1900.

РЕЦЕНЗИИ.

Н. Tarreiner. *Руководство фармакологіи и прописыванія лекарств.*
Переводъ д-ра Шура, подъ редакціею и съ дополненіями приватъ-
доцента Воен.-Медиц. Акад. Е. Котляра.

Это руководство должно отнести къ такого рода сочиненіямъ, которыя имѣютъ болѣе характеръ краткаго компендіума, изложеннаго сжато, но достаточно ясно, неимѣющаго однако особо научнаго значенія. Какого собственно держится авторъ въ своемъ руководствѣ направленія, трудно сказать. Нелегко тоже понять, почему авторъ называетъ рвень, сабуръ и пр. специфически дѣйствующими органическими веществами.

Если авторъ въ особой главѣ XXIV находитъ нужнымъ говорить о органолеченіи и о сывороточномъ леченіи, то его руководство теряетъ даже характеръ компендіума.

Иванъ Догель.

Н. Коротневъ. *Основы электродіагностики и электротерапіи.* Съ
77 рисунками въ текстѣ. Москва. 1901. Стр. III и 234. Цѣна
1 р. 50 коп.

Цѣль настоящаго изданія ясно опредѣляется самимъ авторомъ въ предисловіи къ книгѣ. «..... Мой трудъ, говоритъ онъ, имѣетъ

болѣе скромную задачу: я хотѣлъ только дать возможность врачамъ—практикамъ... сознательно и научно примѣнять электротерапію и—діагностику... Въ отдѣлѣ частной электротерапіи я не описывалъ всѣхъ способовъ, какими пользовались многочисленные авторы при леченіи каждой болѣзненной формы, а указывалъ лишь на тѣ изъ нихъ, которые мнѣ самому давали наилучшіе результаты... Я не упоминалъ повсемѣстно о тѣхъ болѣзняхъ, въ которыхъ электротерапія хотя и рекомендовалась нѣкоторыми авторами, но въ которыхъ значеніе ее не установлено и требуетъ еще дальнѣйшихъ пробъ и наблюдений. Изъ этихъ словъ видно, что книга предназначается главнымъ образомъ для практиковъ, что она имѣетъ въ виду сообщать свѣдѣнія о наиболѣе употребительныхъ инструментахъ и главнѣйшихъ лечебныхъ процедурахъ и составлена по преимуществу на основаніи личнаго опыта автора.

То, что читатель получаетъ отъ книги, вполне отвѣчаетъ тому, что обѣщаетъ въ ней дать ему авторъ. Сжато и кратко, но въ книгѣ затрогиваются всѣ вопросы, какъ теоретическаго, такъ и практическаго свойства, какіе только могутъ интересовать практика электротерапевта. Авторъ въ первой части своего труда даетъ необходимыя физическія свѣдѣнія (элементъ, единицы мѣры, тепловыя и свѣтovyя дѣйствія тока, химическія дѣйствія тока, поляризація, индуктивныя токи, статическое электричество); вторая часть—инструментальная—посвящена описанію устройства гальваническаго и фарадическаго аппарата, элементовъ и батарей, счетчика, реостатовъ, гальванометровъ и пр.; третья часть—электрофизиологія—обнимаетъ собой разборъ дѣйствія гальваническаго и фарадическаго токовъ и описаніе вліянія токовъ на органы чувствъ; четвертая часть заключаетъ изложеніе основъ электропатологіи и электродіагностики; пятая часть, наконецъ, посвящена электротерапіи, заключаая въ себѣ описаніе способовъ примѣненія электричества при различнаго рода страданіяхъ, какъ то: невритахъ отдѣльныхъ нервовъ, множественномъ невритѣ, воспаленіи оболочекъ и вещества спинного мозга, міопатіяхъ и пр. Въ особомъ приложеніи даются краткія описанія токовъ высокаго напряженія и большой частоты, синусоидальныхъ токовъ, говорится о пользованіи токами центральныхъ станцій, описываются вольторегуляторъ, приборы для измѣренія переменныхъ токовъ и статическихъ разрядовъ и пр.

Матеріалъ обрабатывается авторомъ не столько на основаніи разбора литературныхъ данныхъ, сколько на основаніи личнаго опыта.

Поэтому всѣ совѣты, которые дастъ авторъ, практичны и исполнимы при самой скромной обстановкѣ.

Тому, кто съ книжкой въ рукахъ самъ хотѣлъ бы овладѣть основами электротерапіи и кто затруднился бы разобраться въ обширномъ матеріалѣ, даваемомъ большими руководствами, книжка, разбираемая нами здѣсь, можетъ быть рекомендована совершенно смѣло.

М. Даркшевичъ.

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

Уральское Медицинское Общество въ г. Екатеринбургѣ.

(Засѣданіе 18 сѣнтября 1900 года).

І. Д-ръ Е. А. Винокуровъ сдѣлалъ сообщеніе: *Краткій отчетъ о дѣятельности Екатеринбургскаго родильнаго дома за 1899 г.*

Въ акушерскомъ отдѣленіи Екатеринбургскаго родильнаго дома, состоящаго въ вѣдѣніи В. М. Онуфриева, имѣется 25 штатныхъ кроватей и кромѣ того запасная комната съ 4 койками. Для состоятельныхъ отведены двѣ отдѣльныя комнаты. При родильномъ домѣ существуетъ школа повивальныхъ бабокъ и сельскихъ повитухъ. Каждая роженица изслѣдуется при поступленіи акушеркой и ученицей въ отдѣльной комнатѣ и послѣ этого только переходитъ въ родильную комнату, а оттуда по окончаніи родовъ въ палату родильницъ. Для беременныхъ, представляющихъ какія либо уклоненія, назначено отдѣльное помѣщеніе.

Докладчикъ указываетъ на то, что для стерилизаціи и обеззараживанія употребляется только паръ, алкоголь и ксероформъ, обычныя же средства какъ сулема, іодоформъ и другія пахучія или сильнодѣйствующія вещества совершенно изгнаны изъ обихода родильнаго дома, даже при большихъ гинекологическихъ операціяхъ. Преимущества этого способа обеззараживанія подробно изложены въ брошюрѣ В. М. Онуфриева: «О методѣ ухода за раной».

Въ отчетномъ году было 994 родовъ, изъ нихъ умерло 4 отъ послѣродовыхъ заболѣваній и 4 отъ другихъ болѣзней, перворождающихъ было 284, двойни были 14 разъ. Акушерскихъ операцій произведено—151.

П р и л о ж е н і е:

В. М. Онуфриевъ снова подчеркиваетъ сравнительно хорошіе результаты и низкій процентъ смертности, не смотря на то, что изъ обихода родильнаго дома

исключены такіа средства, какъ сулем. Онъ считается алкоголь могучимъ дезинфицирующимъ средствомъ.

С. Л. Тыминскій присоединяется къ мнѣнію о пользѣ спирта, отъ котораго будто видѣль хорошее дѣйствіе и при лимфангитѣ; дѣйствіе это онъ склоненъ приписать дезинфицирующему дѣйствію алкоголя.

На вопросъ Дюгалова, какъ часто производится изслѣдованія, докладчикъ отвѣчаетъ, что такихъ изслѣдованій обыкновенно бываетъ три: при поступленіи, послѣ отхода водъ и для выясненія причины, если роды затягиваются, и что каждое изслѣдованіе производится не только врачомъ, но и акушеркой и ученицемъ. Сократить же число внутреннихъ изслѣдованій нельзя, такъ какъ матеріалъ родильнаго дома долженъ служить для обученія акушеровъ.

В. А. Доброхотовъ спрашиваетъ, въ который день родильница встаетъ съ кровати?

В. М. Онуфріевъ приводитъ мнѣніе ч. пр. Соловьева, что для рабочаго класса вставаніе во второй день не отзывается вредно; въ своей же практикѣ онъ не держится опредѣленнаго срока, но при правильномъ теченіи родильница встаетъ на пятый день.

Н. А. Русскихъ спрашиваетъ, примѣнялась ли въ родильномъ домѣ серотерапія, напр. при септикеміи.

В. М. Онуфріевъ въ нѣсколькихъ случаяхъ примѣнял противостафилококковую сыворотку, но только въ малыхъ количествахъ и хотя не видѣлъ пользы, однако не хочетъ высказаться окончательно. Въ одномъ же случаѣ изъ его частной практики даже большое количество сыворотки не дало хорошаго результата.

Н. Д-ръ В. М. Онуфріевъ сдѣлалъ сообщеніе: *Объ оперированіи безъ предварительной перевязки сосудовъ.*

Способы остановки кровотеченія изъ перерѣзанныхъ сосудовъ, которыми до послѣдняго времени пользовались въ оперативной гинекологіи, замѣтно отличаются отъ пріемовъ, принятыхъ въ общей хирургіи. Между тѣмъ какъ хирурги сначала перерѣзываютъ сосуды, а потомъ только захватываютъ конецъ сосуда тѣмъ или другимъ инструментомъ и перевязываютъ, гинекологи наоборотъ сначала заботятся объ остановкѣ кровотеченія изъ сосудовъ, перевязывая ихъ *en masse* и потомъ только перерѣзываютъ ихъ. И докладчикъ много лѣтъ оперировалъ такимъ способомъ, пока не ознакомился съ пріемами *Doyle'a* два года тому назадъ и съ тѣхъ поръ постоянно производитъ перевязку *in loco*, при чемъ результаты получаются гораздо болѣе вѣрными, какъ въ смыслѣ остановки кровотеченія, такъ и въ смыслѣ чистоты работы. Способъ, примѣняемый докладчикомъ, таковъ: намѣченное для разрѣза мѣсто захватывается помощникомъ пальцами и вытягивается немного впередъ, чѣмъ оно фиксируется. Послѣ этого проводится разрѣзъ, кровоточащій сосудъ захватывается *Reap'овскимъ* пинцетомъ, изолируется отъ окружающей ткани

и накладываеся лигатура à demeure (обыкновенно). Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ предвидится возможность ускользанія сосуда, мѣсто разрѣза вмѣсто пальцевъ, удерживается Реан'овскимъ пинцетомъ до окончательнаго паложенія лигатуръ.

Докладчикъ привелъ статистику большого числа, какъ брюшинныхъ, такъ и влагалишныхъ перевязокъ, произведенныхъ описаннымъ способомъ, въ доказательство пригодности послѣдняго. Преимущества перевязки сосудовъ in loco докладчикъ видитъ уже въ томъ, что невыносимыя боли, бывавшія раньше обычнымъ явленіемъ послѣ операций, исчезали совершенно въ его практикѣ и объясняетъ это тѣмъ, что при перевязкѣ en masse, захватывались и стигивались также чувствительные нервы.

П р е н и я.

Хитрово спрашиваетъ, не испробовалъ ли докладчикъ нитки изъ сухожилия, предложенныя въ новѣйшее время?

В. М. Онуфриевъ говоритъ, что не пробовалъ, такъ какъ сомнѣвается можно ли стерилизовать ихъ вполне достаточно.

Е. Левенсонъ.

Общество невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ.

(Засѣданіе 17 декабря 1900 года).

Г. Д-ръ В. П. Малѣевъ сдѣлалъ сообщеніе: *къ вопросу о значеніи статистики въ психіатріи*.—Въ настоящее время статистическій методъ изслѣдованія примѣняется почти во всѣхъ областяхъ знанія; изъ медицинскихъ наукъ психіатрія пользуется статистикой особенно часто; многіе спорные вопросы, касающіеся этиологіи душевныхъ заболѣваній, рѣшаются почти исключительно съ помощью статистическихъ данныхъ. Къ сожалѣнію, при такихъ статистическихъ выкладкахъ психіатры часто допускаютъ грубыя ошибки и большія неправильности въ обращеніи съ самымъ методомъ, вслѣдствіе чего подрывается довѣріе къ такимъ работамъ и къ дѣлаемымъ изъ нихъ выводамъ. Докладчикъ просмотрѣлъ отчеты русскихъ психіатрическихъ заведеній за 1891 годъ и нацѣлъ, что статистическія данныя въ этихъ отчетахъ въ большинствѣ случаевъ представлены безъ опредѣленнаго плана безъ системы, а потому пользоваться этими данными, съ цѣлью сдѣлать какіе либо общіе выводы, представляется крайне затруднительнымъ. Благодаря этому, очень часто весьма богатый матеріалъ психіатрическихъ больницъ теряетъ всякое научное значеніе. Въ виду этого весьма желательно, чтобы отчеты психіатрическихъ боль-

пиць составлялись по возможности тщательно и, что особенно важно,—по одному плану. При этомъ докладчикъ, основываясь на требованіяхъ и законахъ точной статистики, рассмотрѣлъ съ этой точки зрѣнія двѣ статистическія работы, занимающіяся вопросами объ этиологіи прогрессивнаго паралича помѣшанныхъ. Путемъ цифровыхъ сопоставленій докладчикъ доказалъ, къ какимъ ошибочнымъ выводамъ можно придти, если неправильно пользоваться статистическимъ методомъ.

По поводу доклада было слѣдено нѣсколько замѣчаній М. Я. Капустинъ и Н. М. Поповъ.

Проф. М. Я. Капустинъ, соглашаясь съ основными положеніями докладчика, указалъ на то, что въ статистикѣ имѣетъ громадное значеніе правильное собраніе свѣдѣній и единство въ способѣ регистраціи и разработки собраннаго матеріала. Къ сожалѣнію, докладчикъ мало остановился на разборѣ общихъ приѣмовъ статистической разработки матеріала и на способахъ его группировки. Было бы желательно, чтобы общество невропатологовъ и психіатровъ взяло на себя починъ выработки общаго плана для отчетовъ психіатрическихъ заведеній.

Проф. Н. М. Поповъ замѣтилъ, что сообщеніе автора интересно и поучительно въ томъ отношеніи, что оно выясняетъ значеніе статистики въ психіатріи и указываетъ на тѣ крупныя ошибки, которыя допускаются многими авторами благодаря неправильному примѣненію статистическаго метода изслѣдованія.

II. Гость А. В. Бирилевъ (присяжный повѣренный, слѣпой съ б-лѣтняго, возраста) слѣлалъ докладъ: «о чувствѣ осязанія у слѣпыхъ».—Докладчикъ предложилъ вниманію общества результаты своихъ самонаблюденій. Главнѣйшіе выводы своего сообщенія докладчикъ формулировалъ въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1) По тонкости доступныхъ ощущеній осязаніе слѣпыхъ и осязаніе владѣющихъ зрѣніемъ людей если и различаются, то весьма незначительно. 2) Различіе по тонкости ощущеній, если бы оно было даже весьма значительнымъ, совершенно не можетъ объяснить замѣчаемой на практикѣ разницы между осязаніемъ слѣпыхъ и зрячихъ. 3) Разница между осязаніемъ слѣпыхъ и зрячаго чловѣка лежитъ совсѣмъ не въ качествѣ осязанія, а въ его практическомъ приложеніи, въ пользованіи имъ. 4) Специальная задача осязанія слѣпыхъ—получать быстро и точно подробное понятіе о формѣ и пространственномъ положеніи предметовъ посредствомъ осязыванія ихъ; между тѣмъ для владѣющихъ зрѣніемъ существенно болѣе общія осязательныя впечатлѣнія; имъ важнѣе почувствовать прикосновеніе къ предмету, чѣмъ различать его форму и прочія подробности. 5) Осязаніе слѣпыхъ успѣшно справляется съ своей задачей благодаря специально направленному вниманію, опыту въ ощущеніяхъ этого рода и нѣкоторымъ особымъ пріемамъ при пользованіи имъ.

Въ преніяхъ приняли участіе Е. В. Адамюкъ, Н. А. Миславскій, И. М. Догель и Н. М. Поповъ.

Проф. Е. В. Адамюкъ на основаніи своихъ наблюденій подтвердилъ тотъ фактъ, что слѣпые дѣйствительно не обладаютъ какими либо особенными осяза-

тельными способностями; это доказано и некоторыми экспериментальными данными. Но слѣпые лучше умѣютъ пользоваться своимъ осязаніемъ и лучше запоминаютъ получаемыя такимъ путемъ впечатлѣнія; это объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что слѣпые не отвлекаются другими впечатлѣніями (особенно зрительными) и такимъ образомъ имѣютъ возможность сосредоточить все вниманіе на осязательныхъ ощущеніяхъ.

Проф. Н. А. Миславскій. При полученіи осязательныхъ ощущеній у слѣпыхъ несомнѣнно играетъ роль и мышечное чувство; быть можетъ и тепловое чувство также имѣетъ при этомъ извѣстное значеніе. Заняться изученіемъ этихъ вопросовъ крайне желательно; въ этомъ отношеніи докладчикъ своими самонаблюденіями можетъ оказать большую услугу.

Проф. И. М. Догель указалъ на то, что сдѣланное сообщеніе вызываетъ цѣлый рядъ вопросовъ, изученіе которыхъ, при любезномъ содѣйствіи докладчика, могло бы привести къ очень интереснымъ выводамъ.

Проф. Н. М. Поповъ. Докладъ А. В. Бирилева содержитъ въ себѣ богатый фактическій матеріалъ по затронутому вопросу. Весьма желательно, чтобы докладчикъ и впредь дѣлился съ обществомъ своими самонаблюденіями. Какъ председатель, я считаю долгомъ благодарить докладчика отъ лица общества за его интересное сообщеніе.

Многочисленная присутствовавшая публика и члены общества наградили докладчика рукоплесканіями.

Б. Вортынский.

Научныя собранія врачей Казанской Окружной Лечебницы.

(Годичное засѣданіе 21 декабря 1900 года).

Предсѣдательствовалъ директоръ лечебницы В. И. Левчаткинъ, при секретарѣ д-рѣ Н. Н. Топорковѣ. Присутствовали ординаторы лечебницы: П. С. Скуридинъ, В. С. Болдыревъ, Л. А. Сергѣевъ, Г. В. Сороковиковъ; А. М. Зайцевъ, гости: проф. Н. М. Любимовъ, проф. Л. О. Даркшевичъ, д-ра В. П. Малѣевъ, В. П. Первушинъ, М. М. Меривгъ, А. В. Оаворскій, М. П. Романовъ, Ф. Н. Чарушинъ, Н. Г. Пономаревъ, В. К. Стасенко.

Открывши засѣданіе, директоръ лечебницы предлагалъ д-ру Н. Н. Топоркову прочитать отчетъ о дѣятельности научныхъ собраній за минувшій 1899—1900 годъ.

Д-ръ Н. Н. Топорковъ: *Отчетъ о дѣятельности научныхъ собраній врачей Казанской окружной лечебницы за 1899—1900 г.*

Сегодня, на годи́чномъ собраніи нашего скромнаго кружка, будетъ у́мѣстно напоминать исторію возникновенія нашихъ собраній и основныя задачи, составляющія ихъ цѣль. Сре́дина 80-хъ годовъ отмѣчается въ жизни Казанской окружной лечебницы капитальнымъ переустройствомъ и расширеніемъ самыхъ ея зданій съ одной стороны, а съ другой—существенными реформами во внутреннемъ бытѣ ея согласно современнымъ требованіямъ науки и практики. Въ это то время глубокоуважаемымъ Львомъ Федоровичемъ Рагозинымъ, бывшимъ тогда директоромъ лечебницы, были введены коллективные клиническіе разборы больныхъ заведенія. Было-бы излишне говорить о томъ значеніи, которое имѣли такіе разборы для врачей лечебницы вообще и для начинающихъ психіатровъ въ особенности. Необходимость такихъ научныхъ собраній будетъ понятна, если принять во вниманіе особенное положеніе врачей психіатровъ въ ряду представителей другихъ специальностей. Известная, часто географическая обособленность психіатрическихъ заведеній, масса экстренныхъ практическихъ вопросовъ, часто требующихъ коллегиальнаго обсужденія, невольно приучаютъ врачей—психіатровъ въ частности врачей окружной лечебницы жить тѣснымъ, семейнымъ кружкомъ. А обильный клиническій матеріалъ, которымъ располагаетъ послѣдняя, и значительное количество врачебнаго персонала позволяютъ ставить на болѣе широкую ногу наши будничныя товарищескія собранія, приглашая къ участію въ нихъ просвѣщенныхъ представителей нашего университета и мѣстныхъ больничныхъ учрежденій.

Предметомъ нашихъ засѣданій могутъ служить не только болѣе или менѣе обработанныя научныя сообщенія, но и, такъ сказать, сырой матеріалъ, который часто также представляетъ существенный научный интересъ. Основной принципъ нашихъ собраній—уваженіе къ мнѣнію товарища, хотя бы и молодого. Научная дѣятельность нашихъ собраній за минувшій 1899 годъ выразилась въ 4-хъ оригинальныхъ сообщеніяхъ и довольно многочисленныхъ разборахъ реферированныхъ работъ.

20-го декабря 1899 г., открывая собраніе, г. директоръ лечебницы обратился къ присутствующимъ съ рѣчью, краткое резюме которой только что изложено. Въ этомъ, первомъ собраніи, было слышано два оригинальныхъ сообщенія: д-ромъ М. М. Маевскимъ—«Случай choreae parietisplegicae» съ демонстраціей патологическихъ препаратовъ мозга и д-ромъ П. С. Скуринымъ.—«Случай благотворнаго вліянія повторнаго рожепастого процесса на исходъ душ. разстройства, признаннаго неизлѣчимымъ».

На второмъ засѣданіи, состоявшемся 1 марта 1900 г. были заслушаны два доклада: д-ра Г. В. Сороковикова.—«Къ вопросу о малярийной инфекции при душевныхъ разстройствахъ» и д-ра В. С. Болдырева «Случай симуляціи душевнаго разстройства».

Кромѣ этихъ собраній съ оригинальными сообщеніями было нѣсколько за-

сѣданій, на которыхъ читались и обсуждались рефераты наиболее интересныхъ работъ специальной неврологической и психіатрической литературы.

Какъ тѣ, такъ и другія собранія, проходившія довольно оживленно, въ значительной мѣрѣ обязаны этимъ тому живому участию, которое принимали въ нихъ уважаемый проф. Л. О. Даркиевичъ и доктора его клиникъ и нѣкоторые ординаторы Военнаго Госпиталя вмѣстѣ съ бывшимъ главнымъ врачомъ его В. С. Бронниковымъ и другіе уважаемые гости нашихъ скромныхъ собраній.

Послѣ чтенія отчета д-ръ А. В. Фаворскій произнесъ рѣчь на тему: «Прогрессъ въ ученіи объ анапозии и патологій нервной натики».

Рѣчь была покрыта рукоплесканіями.

Н. Топорковъ.

Научныя собранія врачей казанской клиники нервныхъ болѣзней.

Засѣданіе 9 января 1901 г.

1. Д-ръ М. М. М е р и н гъ: *Случай табической атрофiи.*

Больной В. В., 32 л., безъ тяжелой наследственности; въ дѣтствѣ перенесъ корь. Съ 17 лѣтъ началъ мастурбировать и пить водку. Съ 18 лѣтъ имѣетъ нормальный coitus и заражается гонореей, влекущей за собою правосторонній орхитъ. На 19 году заражается сифилисомъ. По наступленіи розеолъ выдерживаетъ курсъ леченія hydrargyro (до infect.); спустя 4 мѣсяца снова дѣлаетъ 28 inject. вслѣдствіе папулъ во рту и in ano. На слѣдующій годъ послѣ незначительной простуды наступаетъ полная афонія; дѣлается 36 фрикцій ung. neuroitani. Черезъ 4 года послѣ зараженія сифилисомъ больной женится, въ первые два года супружеской жизни abusus in Venere: ежедневно по три раза въ теченіи ночи. Первый ребенокъ черезъ 4 года рождается въ срокъ, но на 4 мѣсяцѣ умираетъ отъ наследственнаго сифилиса. Черезъ годъ ужены на 2-мъ мѣсяцѣ беременности абортъ, еще черезъ годъ послѣдній ребенокъ, рожденный въ срокъ, который живъ и теперь.

Начало настоящаго заболѣванія больной относитъ къ 1895 г.: жестокія боли ноющего характера съ разнообразной локализацией. Въ слѣдующемъ 1896 г. констатируется у больного обшая мышечная слабость, преимущественно-же въ ногахъ, особенно при спусканіи съ лѣстницы и при подниманіи съ колѣнъ. Въ 1898 г. къ указаннымъ симптомамъ, усилившимся качественно и количественно, присоединяется retentio urinae и чувство онѣмѣнія въ кисти и предплечіи лѣвой

руки, мелкія движенія пальцевъ, особенно письмо, становятся невозможными. Весной 99 г. больной уже не можетъ ни ходить, ни стоять. Лѣтомъ того-же года больной получаетъ снова бо фрикцій пуг. парол. и въ это-же время отмѣчаетъ у себя ослабленіе *potentionis* и зрѣнія въ лѣвомъ глазу. Въ 1900 г. всѣ перечисленные симптомы продолжали усиливаться и достигли своего апогея.

Объективное изслѣдованіе больного въ казанской первой клиникѣ, куда онъ поступилъ для лѣченія 4-го сент. 1900 г., дало слѣдующіе результаты.

Незначительное отклоненіе лѣваго глазнаго яблока кверху и кнаружи; сильный, равномерно на обѣихъ сторонахъ выраженный миозъ; горизонтальный нистагмъ, при вращеніи глазъ въ стороны. Легкое утолщеніе правой носогубной складки. Нѣсколько сильный оттънокъ голоса, въ зависимости отъ пареза правой голосовой связки, доказаннаго ларингоскопически. Отставаніе праваго плеча отъ лѣваго при поднятіи ихъ кверху. Легкое отклоненіе языка вправо. Периферическій типъ ослабленія силъ сокращенія мышцъ на обѣихъ верхнихъ конечностяхъ. Рѣзкая атаксія во всѣхъ конечностяхъ. Отсутствіе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ за исключеніемъ рефлексовъ съ *extens. et flexor. рукъ; retentio et incontinentia urinae*, иногда *incontinentia alvi* и *impotentia coeundi*. Симптомъ *Argyll-Robertson's*. Легкій tremorъ въ пальцахъ рукъ. Hypotonia. Пониженіе остроты зрѣнія въ лѣвомъ глазу до $\frac{1}{10}$ нормъ и сѣрая атрофія п. optici; въ правомъ глазу начальная стадія тѣхъ же измѣненій (по изслѣдованію А. Г. Агабазова). Отчасти периферическій, отчасти корешковый (*th₁₂, L₃, S₃*), характеръ анальгезіи и тактильной анестезіи, слабо выраженный; еще менѣе рѣзкая термоанестезія; значительное разстройство мышечнаго чувства и чувства давленія. Парестезіи (чувство пояса на груди, войлока подъ подошвами, ползанія мурашекъ и замедленіе проводимости въ ногахъ). Гиперестезіи на ладоняхъ. Боли ноющего характера. Рубецъ послѣ пролежня въ области крестца. Ломкость и схождение ногтей и окраска ихъ въ грязно-желтый цвѣтъ. Явленія гриффа и обезьянны лапы въ мышцахъ верхнихъ конечностей и общія явленія ихъ похуданія на всемъ протяженіи. Полная реакція перерожденія въ *m. digiti minimi dext. opponeus* и частичная въ остальныхъ мышцахъ *hypothenaris*, въ мышцахъ *thenaris, interossei et lumbricales manus utriusque*; въ *m. palmaris brevis sin.* полное отсутствіе реакція на гальваническій токъ и значительное пониженіе ея на фарадическій; количественное пониженіе электровозбудимости въ мелкихъ мышцахъ стопъ.

Демонстрируемый больной принадлежитъ къ числу особенно рѣдкихъ случаевъ амиотрофіи при *tabes dors.* во 1) благодаря локализациі пораженія на верхнихъ, а не на нижнихъ конечностяхъ и во 2) благодаря замѣчательно быстрому развитію процесса.

Въ настоящее время существуетъ двѣ теоріи, объясняющія появленія такихъ амиотрофій: одна центральная, высказанная впервые Charcot и поддерживаемая те-

перь Schaffer'омъ и Raymond'омъ: теорія эта объясняетъ амиотрофію дегенеративными измѣненіями въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга; другая—периферическая, высказанная Déjérine'омъ, по которой сущность заболѣванія сводится къ полиневрическому процессу. Возвратъ Déjérine'a представляютъ особенную цѣнность благодаря детальному патолого-гистологическому изслѣдованію, какъ периферической, такъ и центральной нервной системы, причемъ послѣдняя въ смыслѣ полученія измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ постоянно давала отрицательный результатъ, между тѣмъ какъ периферическая представляла рѣзкія измѣненія, постепенно убывающія по направленію къ центру. Взглядъ Déjérine'a несомнѣнно нуждается въ исправленіи, согласно съ новѣйшими указаніями Schaffer'a и др., доказавшихъ помощью изслѣдованія по Nissl'ю существованіе измѣненій (хроматализъ) и въ центральныхъ клѣткахъ. При всемъ томъ минимальный характеръ этихъ измѣненій, по сравненію съ измѣненіями периферической нервной системы не допускаетъ возможности связывать съ ними столь рѣзкаго похуданія мышцъ, какое мы наблюдаемъ въ клиникѣ и подтверждаемъ подъ микроскопомъ. Измѣненія въ клѣткахъ переднихъ роговъ должны считаться за явленія вторичныя, вызванныя полиневрическимъ процессомъ.

Демонстрируемый больной тоже долженъ считаться полиневритикомъ.

Начало измѣненій съ мелкихъ мышцъ кистей, постепенно распространившихся по верхнимъ конечностямъ въ центральномъ направленіи, исключаетъ мысль о *roliomyelitis anterior*; симметричность этихъ измѣненій тоже скорѣе говоритъ за периферическую ихъ натуру, а быстрое развитіе болѣзни не даетъ права предположить существованіе прогрессирующей мышечной атрофіи *Arag-Duchenne*'овскаго типа съ центральной локализацией. Такое быстрое развитіе амиотрофіи не совѣстно обычно и для полиневрита, но при простомъ порженіи клѣтокъ переднихъ роговъ оно не наблюдается никогда. Быстрота развитія амиотрофіи въ данномъ случаѣ легче всего объясняется общей слабостью больного, недостаточной его сопротивляемостью къ болѣзнетворному агенту.

Въ преніяхъ принимали участіе: д-ра Г. А. Клячкинъ, В. И. Левчаткинъ, А. В. Оаворскій, Л. А. Сергѣевъ и проф. Л. О. Даркшевичъ.

Г. А. Клячкинъ. Какъ Вы объясняете своеобразную электровозбудимость пораженныхъ мышцъ?

М. М. Мeringъ. Въ первый разъ такое явленіе мнѣ пришлось видѣть у больного, страдавшаго полиневритомъ и Кожевниковской формой эпилепсіи — именно на *mus. gluteus dext.* фарадическая возбудимость была при 40 мм.; а гальванической не было совсѣмъ. Отчего зависитъ такой фактъ, сказать затрудняюсь.

Г. А. Клячкинъ. Подобная электровозбудимость наблюдается такъ-же и при *pseudohyperthrophia musc.* Можетъ быть она зависитъ отъ того, что фарадическій

токъ въ мѣстахъ съ развитой жировой тканью проникаетъ глубже, чѣмъ токъ гальваническій.

А. В. Саворскій, соглашаясь съ докладчикомъ во взглядѣ на причину амиотрофій при *tuberc dorsalis*, какъ результатъ заболѣванія периферической нервной системы, пожелалъ узнать, какъ часто наблюдаются эти атрофіи.

М. М. Мерингъ. По статистикѣ Déjerine'a эти атрофіи встрѣчаются въ 20% всѣхъ случаевъ спинной сухотки.

Л. А. Сергѣевъ спросилъ докладчика, часто-ли встрѣчаются такія измѣненія ногтей у сухоточныхъ больныхъ, какъ въ данномъ случаѣ.

М. М. Мерингъ. Я нашелъ ихъ только въ одномъ случаѣ Leyden'a, но у него измѣненія эти касались только ногтей рукъ.

Л. О. Даркшевичъ. Амиотрофіи при *tuberc dors.* попадаютъ не часто; я лично видѣлъ 3—4 случая. По моему, ученіе о происхожденіи табическихъ амиотрофій должно покоиться на изслѣдованіяхъ Déjerine'a; попытка Schaffer'a вернуться къ ученію Charcot'а несправедлива. При тѣхъ измѣненіяхъ въ мышцахъ и периферической нервной системы, которыя были констатированы Déjerine'омъ, нѣтъ ничего удивительнаго, если кѣтъки спинного мозга были измѣнены, но измѣненія эти вторичныя.

И. Д-ръ М. П. Романовъ: *Случай эмалесіи съ своеобразной висцеральной ауры* (*La faim velle Féré*).

Больной—мальчикъ 10 лѣтъ, съ наследственнымъ сифилисомъ въ анамнезѣ, никакими инфекціонными болѣзнями, кромѣ легкой кори, въ дѣтствѣ не страдалъ, травмы головы не было.

Настоящее заболѣваніе началось съ 4-хъ лѣтняго возраста и стало проявляться усиленнымъ аппетитомъ, приступы котораго съ каждымъ годомъ становились все чаще и чаще. Это чувство голода должно было быть всякій разъ непременно удовлетворяемо, въ противномъ же случаѣ у мальчика наступалъ эпилептический припадокъ. Такіе приступы аппетита за послѣднее время бывають ежедневно черезъ 1—2 часа и проходятъ отъ самаго незначительнаго количества чего-либо съѣдобнаго, напр. маленькаго кусочка французской булки, и не стоятъ ни въ какой зависимости съ общими пріемами пищи.

Объективное изслѣдованіе больного, кромѣ нѣкоторыхъ явленій наследственнаго сифилиса, никакихъ уклоненій отъ нормы не обнаружило.

Остановившись подробно на описаніи самыхъ припадковъ больного, докладчикъ перешелъ далѣе къ дифференціальному діагнозу страданія и, исключивъ *diabetes mellitus et insipidus*, *helmenthiasis*, *hyperorexiā* и истерію, пришелъ къ заключенію, что онъ имѣлъ дѣло съ эпилепсіей, гдѣ ощущеніе голода, наступающее передъ припадкомъ, нужно считать за своеобразную висцеральную эпилеп-

тическую ауру. Затѣмъ, сдѣлавъ обзоръ литературы вопроса, докладчикъ перешелъ къ объясненію нѣкоторыхъ симптомовъ даннаго случая. Такъ, аура есть ничто иное, какъ центральная парестезія, — проэкція раздраженія нервнаго центра на периферію. Это раздраженіе должно, повидимому, помѣщаться въ области блуждающаго нерва.

Заболѣваніе центра, выразившееся сначала въ видѣ мѣстнаго раздраженія, обнаружившагося только усиленнымъ аппетитомъ, затѣмъ постепенно шло впередъ, пока, наконецъ, путемъ рефлекса не вовлекло въ страданіе и двигательные центры, благодаря чему и появились эпилептические припадки. Предупрежденіе припадка съѣданіемъ небольшихъ кусочковъ хлѣба есть слѣдствіе противопоставленія одного, болѣе сильнаго, раздраженія другому, менѣе сильному. Причина болѣзни — сифилисъ.

Курсъ специфическаго лѣченія оказалъ благотворное дѣйствіе — мальчикъ въ настоящее время совершенно здоровъ.

Въ преніяхъ принимали участіе: д-ра В. И. Левчаткинъ, В. П. Первушинъ, Н. Н. Тонорковъ, проф. Л. О. Даркшвичъ, д-ра Г. А. Клячкинъ и А. В. Оаворскій.

В. И. Левчаткинъ. Этотъ случай, повидимому, нужно причислить скорѣе къ *petit mal*, чѣмъ къ *grand mal*.

Что касается отсутствія глистовъ въ экскрементахъ, то по этому нельзя еще судить о настоящемъ ихъ отсутствіи.

Мнѣ припоминается случай съ рахитической дѣвочкой, гдѣ были эпилептическіе припадки, сопровождавшіеся ощущеніемъ тошноты и голода; изслѣдованіе экскрементовъ на глисты дало отрицательные результаты; однако глистогонное лѣченіе обнаружило у дѣвочки присутствіе глистовъ, съ уничтоженіемъ которыхъ прошли и припадки.

М. П. Романовъ. Въ данномъ случаѣ результатъ ртутнаго лѣченія, при отсутствіи противоглистной терапіи, говоритъ противъ предположенія, что припадки здѣсь вызывались глистами.

В. П. Первушинъ и Г. А. Клячкинъ думаютъ, что нѣкоторое пониженіе удѣльнаго вѣса мочи у больного нисколько не противорѣчатъ чистотѣ случая, такъ какъ такое измѣненіе мочи нерѣдко встрѣчается и при эпилепсіи.

Н. Н. Тонорковъ. При аурахъ въ другихъ случаяхъ эпилепсіи не всегда удастся купировать припадокъ, между тѣмъ въ Вашемъ случаѣ удавалось это каждый разъ. Какъ Вы объясняете этотъ фактъ?

М. П. Романовъ. По моему мнѣнію возможность или невозможность купировать припадокъ зависитъ отъ интенсивности раздраженія, вызывающаго эпилептическій припадокъ. Если бы и мой больной не лѣчился, болѣзненный процессъ усилился-бы въ концѣ концовъ и у него также нельзя-бы было купировать припадокъ периферическимъ противорадраженіемъ.

А. В. Оаворскій высказавъ предположеніе, что патолого-анатомическимъ субстратомъ въ данномъ случаѣ не является-ли разроженіе кѣтокъ неврогліи, стѣсняющее правильную функцію нервныхъ кѣтокъ.

Л. О. Даркшевичъ. Такой случай эпилепсіи, какъ случай доклядчика, я встрѣчаю въ первый разъ. Не подлежитъ, на мой взглядъ, сомнѣнію, что у больного были эпилептические припадки съ очень рѣдкой формой ауры, которую нужно признать за ауру центрального происхожденія. Что касается анатомическаго субстрата, то я бы думалъ, что здѣсь измѣненія въ корѣ были не грубо-анатомическія. Успѣхъ лѣченія въ данномъ случаѣ долженъ разсматриваться не какъ результатъ внушенія или клиническаго пребыванія, а исключительно какъ результатъ специфическаго дѣйствія ртути.

М. Романовъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

— Намъ пишутъ изъ Одессы:

По ходатайству г. старшаго врача Одесской Психіатрической больницы Проф. И. Г. Оршанскаго городская управа увеличила съ января 1901 года жалованье ординаторамъ психіатрической больницы (О. Ф. Бирскому, А. М. Королько и В. И. Рудневу) на 300 рублей каждому, т. е. съ 1200 руб. на 1500 руб. Кромѣ того учреждены еще двѣ должности младшихъ ординаторовъ съ жалованьемъ 1200 руб. безъ квартиры. На одну изъ нихъ будетъ представленъ д-ръ Л. И. Айхенвальдъ, исполнившій обязанности палатнаго врача. Вторая вакансія еще неизвестно кѣмъ будетъ замѣщена.

Увеличеніе жалованья ординаторамъ—фактъ въ высшей степени отрадный, такъ какъ въ всякому хорошо извѣстно, насколько трудно въ матеріальномъ отношеніи жить семейному психіатру, не имѣющему никакой практики.

— К. М. Целерицкій сообщаетъ намъ изъ Симбирска:

1 Декабря 1900 года состоялось экстренное засѣданіе Общества Врачей для выбора членовъ правленія, при чемъ оказались избранными слѣдующія лица: Предсѣдателемъ Общества—Врачебный инспекторъ А. П. Антаевъ, Товарищемъ Предсѣдателя—Помощникъ Врачебнаго инспектора И. А. Благовидовъ, Секретаремъ—Н. П. Андреевъ и Казначеемъ—библиотекаремъ—И. М. Гальперинъ.

Въ очередномъ засѣданіи, состоявшемся 22 января 1901 года, было 1. заслушано предложеніе П. Ф. Кудрявцева и постановлено записаться въ число постоянныхъ членовъ Общества въ память Н. И. Пирогова съ уплатой ежегоднаго взноса. 2. За тѣмъ постановлено созвать экстренное засѣданіе Общества на 31 января для чествованія 30-ти лѣтней врачебной дѣятельности члена Общества И. М. Гальперна. 3. Далѣе прочтено отношеніе Симбирской городской управы съ выраженіемъ признательности за предложенное Обществомъ чтеніе лекцій учителямъ и учительницамъ городскихъ школъ о дифтеріи, а равно и лекцій по другимъ отдѣламъ школьной гігіены. По поводу послѣдняго своего проекта и практическаго его осуществленія Общество постановило составить ко-

миссію, въ составъ которой тутъ же было выбрано 7 членовъ (А. Н. Антаевъ, И. А. Благовидовъ, В. А. Комаровъ, К. М. Целерицкій, П. Ф. Кудрявцевъ, П. С. Петровъ и С. Н. Яковлевъ), при чемъ задача коммисіи должна состоять изъ выработки программы лекцій, организаціи ихъ съ выборомъ лекторовъ для означеннаго курса. 4. Заслушавъ докладъ Н. П. Андреева о метеорологическихъ наблюденіяхъ за $5\frac{1}{2}$ лѣтъ, начиная съ 1884 года. Наблюденія эти, осуществленныя при содѣйствіи Петербургской Академіи наукъ, мѣстныхъ губернскаго и уѣзднаго земствъ, производились на 7 главныхъ и 14 второстепенныхъ метеорологическихъ станціяхъ, устроенныхъ въ различныхъ пунктахъ Симбирской губерніи при ближайшемъ участіи участковыхъ земскихъ врачей, не считая главной станціи, устроенной при домѣ Д-ра Андреева въ Симбирскѣ. Не распространяясь много о несомнѣнной связи, помимо экономическихъ условій, съ состояніемъ здоровья и жизнью человека космическихъ условій, докладчикъ привелъ интересныя данныя о рождаемости, смертности, заключеніи числа браковъ и пр. Оказывается, что максимумъ смертности дѣтей падаетъ на лѣтніе мѣсяцы, минимумъ—на сентябрь; максимумъ рожденій бываетъ въ февралѣ и мартѣ мѣсяцахъ, а минимумъ—въ іюнѣ и іюлѣ; максимумъ заключеній браковъ (брачности)—въ февралѣ, минимумъ—лѣтомъ. Перейдя къ сообщенію своихъ, изображенныхъ графически, въ видѣ диаграммы, метеорологическихъ наблюденій, авторъ доклада привелъ слѣдующія цифровыя данныя, касающіяся Г. Симбирска и его окрестностей. Среднее барометрическое давленіе—741 (колеблется отъ 739 до 744), при чемъ Симбирскъ и его уѣздъ, вслѣдствіе облачности, почти $\frac{2}{3}$ года лишены солнечнаго свѣта; при этомъ наблюдаются довольно часто сильныя вѣтра то въ большомъ количествѣ сѣверные, то юго-западные; эти послѣдніе, господствуя надъ остальными, приносятъ громадное количество влаги съ выпадешемъ довольно частыхъ дождей и вообще большимъ количествомъ разныхъ водяныхъ осадковъ, такъ что средняя цифра влажности воздуха оказывается въ Симбирской губерніи одинаковой съ Петербургской, а именно—0,4. Температура, представляя довольно рѣзкій переходъ отъ лѣта къ зимѣ и значительныя колебанія, даетъ слѣдующія среднія цифры по годамъ: 1894—3,5; 1895—3,4; 1896—2,0; 1897—3,3; 1898—3,7.

БИБЛІОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

I. Книги и монографіи.

А. Оригинальныя.

*Бехтеревъ В. М. Лѣчебное значеніе гипноза. Спб. 1900 г. ц. 30 к.

**Бубисъ Г. М. Къ юбилею 50-лѣтней дѣятельности лабораторіи проф. А. В. Целя. Спб. 1900 г.

*Высоковичъ В. К. Патологическая анатомія. Лекціи, читанныя въ Универс. Св. Владиміра. Выпускъ 1-й. Изд. 2-е Кіевъ 1901 г. ц. 1 р.

*Догель И. М. Основы фармакологіи и рецептуры. Съ 72 рисунк. въ текстѣ. Спб. 1900 г. ц. 3 р.

*Ладыгинъ М. И. Къ вопросу о лѣченіи гипнозомъ.

*Муратовъ В. А. Клиническія лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. Выпускъ III-й. Падучая болѣзнь и эпилептическое помѣшательство у взрослыхъ и дѣтей. Москва 1900 г. ц. 2 р.

*Петерсонъ О. В. Сборникъ работъ по кожнымъ болѣзнямъ, сифилису, венерическимъ и другимъ болѣзнямъ за 1874—1899 гг. Спб. 1900 г. ц. 6 р.

*Поповъ Н. М. Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. Выпускъ I. Казань 1900 г. ц. 1 р. 50 к.

**Предтеченскій Д. Е. Руководство къ клинической микроскопіи для врачей и студентовъ. Москва. 1901 г. ц. 2 р. 25 к.

*Пресображенскій С. С. Ушныя болѣзни. Руков. для практ. врачей и студентовъ. Изд. 2-е. Москва 1901 г. ц. 2 р.

(Книги, отмѣченные знакомъ **, имѣются въ бібліотекѣ Общества Врачей при Казанскомъ Университетѣ; книги, отмѣченные знакомъ *, продаются въ книжныхъ магазинахъ Вр. Башмаковыхъ въ Казани).

*Сентъ-Илеръ К. Десять практич. занятій по гистології для начинающихъ. Спб. 1900 г. ц. 50 к.

*Сербскій В. П. Судебная психопатологія. Лекціи, читанныя въ Моск. Унив. Клиническая психіатрія. Москва 1900 г. ц. 2 р. 50 к.

*Степановъ Н. Д. Молоко казанскаго рынка. Экспериментальное бактериологическое изслѣдованіе. Казань. 1900 г. ц. 75 к.

*Фрейбергъ Н. Г. Врачебно-санитарное законодательство въ Россіи. Узакопенія и распоряженія Правительства по гражданской медицинской части. Международныя санитарныя конвенціи. Спб. 1901 г. ц. 1 р. 25 к.

В. П е р е в о д н ы я.

*Гофманъ. Учебникъ судебной медицины. Перев. съ 8-го нѣм. изд. подъ редакц. проф. Косоротова. 4-е русск. изд. Спб. 1901 г. ц. 4 р.

*Geddeist. Микробиологія. Ч. I. перев. съ франц. подъ редакц. Табаченскаго. Москва 1901 г. ц. 1 р. 25 к.

*Eilenburg. Общая терапія болѣзней нервной системы. Перев. съ нѣм. Блюменау. Спб. 1901 г. ц. 50 к.

*Lesser. Руководство къ венерическимъ болѣзнямъ. Перев. съ 7 нѣм. изд. Орѣшкина. 3-е русск. изд. Спб. 1901 г. ц. 2 в.

*Leuden. Физиологія, общая патологія и терапія питанія. Перев. съ нѣм. д. Слоцова подъ ред. А. Я. Данилевскаго. Спб. 1901 г. ц. 2 р. 50 к.

*Liebmann. Патологія и терапія заиканія и косноязычія. Перев. съ нѣм. д-ра Блюменау. Спб. 1901 г. ц. 50 к.

*Mottis. Болѣзни и поврежденія половыхъ и мочевыхъ органовъ. Перев. подъ ред. проф. Введенскаго. Спб. 1901 г. ц. 3 р. 50 к.

*Hagerl. Гинекологія для врачей студ. Перев. съ нѣм. д-ра Мокржецкаго подъ ред. и съ дополненіями проф. Груздева. Спб. 1901 г. ц. 2 р.

*Neumann. О лѣченіи дѣтскихъ болѣзней. Письма къ молодому врачу. Перев. съ нѣм. д-ра Шабла. Спб. 1901 г. ц. 1 р. 50 к.

*Oppenheim. Химическая техника для врачей. Vademecum клинической химіи для практика. Перев. съ нѣм. д-ра Блюменау. Спб. 1901 г. ц. 50 к.

*Schvalbe. Учебникъ частной патологіи и терапіи, съ обращеніемъ особеннаго вниманія на діагностику для студ. и врачей. Перев. д-ра Серебренникова, подъ редакц. проф. Левина. Спб. 1901 г. ц. 3 р. 50 к.

*Tarrîenег. Рук. фармакологіи и прописыванія лѣкарствъ. Съ обращеніемъ особаго вниманія на русскую, германскую и австрійскую фармакопею. Перев. съ 3 нѣм. изд. д-ра Шура, подъ редакц. прив. доц. Котляра. Спб. 1901 г. ц. 2 р.

*Tigerstedt. Учебникъ физиологіи чело­вѣка. Т. I-й. Перев. съ нѣмец. к-ра Коплянского, подъ редакц. проф. Павлова. Спб. 1901 г. ц. 3 р.

II. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

Врачъ 1901 г. № 1. Герценъ Аб. Участіе селезенки въ образованіи бѣлковаго бродила поджелудочной железы.—Заблудовскій И. В. О писчей судорогъ.—Домбровский О. А. Распознавательное и предохранительное значеніе Кош'овскаго туберкулина.—Слетовъ Н. В. и Постниковъ П. И. Электролизъ при рубцевомъ суженіи пищевода.

№ 2. Левшинъ Л. Л. О собираніи всестороннихъ свѣдѣній о раковыхъ больныхъ по вопроснымъ листамъ.—Лоценковъ П. Н. Отравленія кремнями тортами въ Харьковѣ.—Држевенскій А. Ф. Къ вопросу объ опредѣленіи общей окисляемости воды хамелеономъ.—Заблудовскій И. В. О писчей судорогъ.

№ 3. Жбанковъ Д. П. Тѣлесныя наказанія въ Россіи въ XX в.—Петерсенъ О. В. Общественное значеніе кожныхъ болѣзаней.—Финкельштейнъ Л. А. О впрывиваніи коричневислаго патра у бугорковыхъ больныхъ.—Држевенскій А. Ф. Къ вопросу объ опредѣленіи общей окисляемости воды хамелеономъ.

№ 4. Габриловичъ И. Г. Къ вопросу о значеніи т. наз. паралитической груди.—Продолженіе ст. Жбанкова Д. П. и Финкельштейнъ Л. А.

№ 5. Эккертъ А. Ф. Истеченіе водянистой жидкости изъ носа.—Попельскій Л. Б. Селезенка и бѣлковое бродила поджелуд. ж.—Вольфсонъ Е. М. Затрудненія, встрѣчаемыя въ борьбѣ съ дифтеріей.—Продолженіе ст. Жбанкова и Финкельштейнъ.

Вѣстникъ Офтальмологіи 1901 Янв.—фев. Пезнамовъ Е. О вліяніи химическихъ лучей солнца на тепленіе гнойныхъ заболѣзаній глазъ.—Шимоновскій А. Еще къ вопросу о *microphthalmus congenitus* съ кистой нижняго вѣка.—Мироновъ И. Опыты прерываемаго свѣтового раздраженія сѣтчатки.—Розенбергъ. Къ пат. ан. кисты железы Краузе.—Робинзонъ Г. Случай цистиперка надъ соседн. оболочкой глазного яблока.—Гинзбургъ И. Трахома въ Воронеж. губ. и мѣры борьбы съ нею.

Еженедѣльникъ 901 г. № 1.—Геперопитомисвъ. Проявленія наследственнаго сифилитическаго вліянія во второмъ поколѣніи по даннымъ посемейной записи.—Аврамовъ П. И. Случай общей водянки безъ бѣдка въ мочѣ послѣ перемежной лихорадки.

№ 2. Ефимовъ А. И. Къ вопросу объ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ легкихъ. Атласъ В.—Случай допущенной первичной брюшной беременности.

№ 3. Брейтманъ М. Я. О сифилитической тахикардіи и аритміи.—Домбровский П. Случай врожденнаго влагалищно-заднепроходнаго свища у дѣвочки 5 лѣтъ.—Гречинскій В. П. Источникъ воды, изливающейся болотную лихорадку.

№ 4. Мергель В. К. Поврежденіи глазъ въ мастерскихъ Владикавказской желѣз. дороги. — Либовъ Б. А. Образование лѣчебной грязи.

№ 5. Науманъ А. Г. О гипертерміи и жаропонижающемъ лѣченіи. — Блюменшанъ С. Б. Случай водяного рака въ теченіи брюшного тифа.

№ 6. Чижъ В. Ф. О раннемъ распознаваніи сифилиса головного мозга. — Семеновскій И. К. Ущемленная паховая грыжа, вправленіе, прободной перитонитъ, выздоровленіе.

Журналъ Медицинской Химіи и Органотерапіи. 1901. Выз. № 23—24. Федоровъ И. И. Къ вопросу о происхожденіи климактерическаго симптомокомплекса. — Пель А. В. Аутоинтоксикація въ слѣдствіе переутомленія нервной и мышечной ткани и органотерапія. — Воксъ П. Б. Сперминъ, какъ орудіе самозащиты организма и Spermium Roehl, какъ лѣчебное средство. — Пель А. В. Кріоскопическій методъ изслѣдованія фармацевтическихъ и химическихъ препаратовъ какъ вспомогательное средство для опредѣленія доброкачественности ихъ. — Панченко В. К. О вліяніи спермина на сахарное мочеизнуреніе.

Клиническій Журналъ 1901. Январь. Rosner С — Катетеризаціонныя лихорадки. — Брануштейнъ А. И. Къ вопросу о вліяніи коричневаго натра на туберкулезъ. — Михайловъ Н. Н. Случай печеночной исхриалгіи, симулировавшей cholelithiasis.

Медицинская Бесѣда 1901. № 1. Шингаревъ А. И. Случай бронзовой болѣзни. — Лохтинъ М. Историческій очеркъ развитія ухода за больными и увѣчными.

№ 2. Продолженіе статьи М. Лохтина.

№ 3. Великовичъ В. Ф. О біологическихъ основаніяхъ лѣченія аневризмъ по способу Лансереаха. Окончаніе статьи М. Лохтина.

Медицинское Обозрѣніе 1901. Январь. — Хмѣлевскій. Объ одеревнѣлости позвоночника съ пораженіемъ большихъ суставовъ. — Муратовъ. Къ ученію о кататоническомъ слабоуміи. — Зеренинъ. О множественныхъ симметричныхъ липомахъ. — Борманъ. Къ казуистикѣ бронхіопневмоническихъ кистъ шеи. — Каземъ-Бекъ. Случай брюшной водянки и длительной лихорадки на почвѣ сифилиса. — Мионовичъ. Случай злокачественнаго сифилиса. — Иордишъ. Статистическія данныя къ вопросу о частотѣ венерическихъ бубонныхъ. — Филатовъ. О затяжныхъ лихорадочныхъ процессахъ въ дѣтскомъ возрастѣ. — Жуковский. Врожденная опухоль gl. pinealis. — Петровский. Обзоръ дѣятельности Московскаго город. общ. управленія по врачебно-санитарной части за 1900 г.

Февраль. Варнекъ. Одновременная внутри- и внѣматочная беременность. Каблуковъ. Семимѣсячная внѣматочная беременность, оперированная черезъ влагалище. — Гершукъ. Къ казуистикѣ поперечныхъ положеній. — Брославскій. Объ остеартропатіи. — Преображенскій. Случай параитической пядучей. — Мещерскій. Объ идиопотической прогрессирующей приобрѣтенной атрофіи кожи. — Итальянскій.

Случай идиопатической приобретенной атрофии кожи.—Владимировъ. Содовые компрессы при пагнотеліяхъ.—Кипшенскій. Сморщенная почка и атрофія артерій и вены почки и мочеточника.

Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. 1901. Январь. Ehrenwall V. Современные взгляды на лѣченіе душевно-больныхъ.—Бехтеревъ В. М. Обь устройствѣ соединенныхъ открытыхъ и закрытыхъ заведеній для душевно и нервно больныхъ.—Лохтаниъ М. Ю. Историческій очеркъ ученія обь одержимости.—Бехтеревъ В. М. Обь объективныхъ признакахъ расстройства чувствительности при такъ называемыхъ травматическихъ неврозахъ.—Эрикссонъ Э. В. О вліяніи мозговой коры и подкорковыхъ узловъ на сокращеніе селезенки.—Горшковъ Я. П. О локализациі центровъ обонянія въ мозговой корѣ.—Нарбутъ В. М. Обь измѣненіяхъ мозговой коры во время естественнаго сна.—Щацкій С. М. Основы терапевтическаго дѣйствія постоянного тока.

Отчетъ Московской Голицынской больницы за 1899 г. Москва 1900 г.

Отчетъ о дѣятельности дѣтской больницы Св. Ольги въ Москвѣ за 1899 г. Москва 1900 г.

Отчетъ о дѣятельности Харьковскаго Общества за 1899 г. Харьковъ 1900 г.

Отчетъ Родильнаго пріюта при Московской Голицынской Больницѣ за 1899 г. С. Э. Зимица. Москва. 1900 г.

Практическая Медицина 1901. Январь. Schwalbe J. Основы частной патологіи и терапіи, съ обращеніемъ особеннаго вниманія на діагностику Eppinger C. Руководство къ судебной медицинѣ.—Nobiling A. и Jonkal. Руководство къ профилактикѣ.—Gumprecht. Техника чистой терапіи.

Русскій Архивъ патологіи, клинической медицины и бактериологіи. 1901. Томъ XI, Вып. I. Костинъ С. М. Поглощеніе кровью минимальныхъ количествъ окиси углерода и новый способъ примѣненія ихъ въ воздухѣ.—Михайловъ Н. Н. Миліарный туберкулезъ грудной железы.—Степановъ А. О разложеніи йодистаго калия въ пищеварительныхъ путяхъ.—Мильфитано Ж. Б. Къ теріололизъ бактеріи сибирской язвы.—Слѣсаревъ П. Къ ученію о hyperkeratosis diffusa congenita.

Русскій Медицинскій Вѣстникъ. 1901. Томъ III. № 1. Зарубинъ В. И. Матеріалы къ патологіи lichen atrophicus s. scleroticus.—Граціановъ П. А. Результатъ надзора за проституціей въ г. Минскѣ за 1899 г.—Клевцовъ И. Нагли заразныхъ хроникъ.—Сѣльминскій П. И. Нѣсколько новыхъ данныхъ для характеристики Кисловодска въ санитарномъ отношеніи.

Томъ III № 2. Ющенко А. И. Обь излѣчимости періодическихъ психозовъ. Пацтюховъ И. И. Вліяніе племенныхъ особенностей на заболѣваніе корью.

Томъ III № 3. Елизарянцъ И. Н. Къ лѣченію слоновости каломелемъ.—Ко-

валевскій П. И. Общая симптоматологія преступности. Петровъ А. П. Посмертное пребываніе мумифицированнаго плода въ маткѣ въ теченіе $3\frac{1}{2}$ и $2\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ.

Университетскія извѣстія Кіевскаго Университета. 1901 г. Январь. По медицинѣ: Маньковскій А. О. Къ микрофизиологіи поджелудочной железы. Значеніе острововъ Langerhans'a.

Ученныя записки Казанскаго Университета. 1901 г. Янв. Сочиненій по медицинѣ не содержатъ.

М. Романовъ.



НЕКРОЛОГЪ.

Николай Александровичъ Толмачевъ.

20 января въ 9 ч. вечера скончался въ хирургической факультетской клиникѣ Экстраординарный Профессоръ Н. А. Толмачевъ, 77 лѣтъ отъ роду.

Покойный происходилъ изъ купеческаго званія; окончилъ курсъ медицинскихъ наукъ, со степенью лѣкаря 1-го отдѣленія, въ 1845 г. въ Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ; 30 мая 1846 года утвержденъ Советомъ того же Университета въ званіи уѣзднаго врача.

Первое время покойный состоялъ на должности уѣзднаго врача въ гг. Козмодемьянскѣ (съ 4 іюля 1846 по 23 ноября 1848 г.), въ Мамадышѣ (съ 23 ноября 1848 по 17 мая 1849) Казанской губерніи и только затѣмъ уже перемѣшенъ городовымъ врачомъ въ г. Казань (съ 17 мая 1849). Будучи Козмодемьянскимъ Уѣзднымъ врачомъ во время свирѣпствовавшей холерной эпидеміи въ Казанской губерніи въ 1847 и 1848 годахъ, находился по распоряженію Врачебной Управы, съ 1 декабря 1847—по 4 сент. 1848 г., постоянно для подачіи пособія холернымъ больнымъ въ Спаскомъ, Чистопольскомъ, Мамадынскомъ, Лаишевскомъ и Царевкококшайскомъ уѣздахъ. Перейдя въ г. Казань, покойный не довольствовался исполненіемъ прямыхъ служебныхъ обязанностей, а стремился ближе стать къ болѣзненнымъ учрежденіямъ, гдѣ для молодого пытливаго ума такъ много хотя и тяжелой, но поучительной работы. 31 августа 1849 г., состоя въ должности городского врача, онъ былъ допущенъ къ леченію больныхъ въ больницѣ Казанскаго Приказа Общественнаго Призрѣнія, а 28 августа 1850 г. Медицинскимъ Департаментомъ перемѣшенъ на должность младшаго врача заведеній Казанскаго Приказа Общ. призрѣнія и преподавателемъ медицины въ фельдшерской школѣ, состоявшей при Казанскомъ приказѣ.

Въ періодъ времени служенія младшимъ врачомъ больницы покойный исполнялъ различныя порученія. Такъ Губернскимъ Оспеннымъ Комитетомъ три года подрядъ: въ 1850 г.—въ сентябрѣ и октябрѣ, въ 1851 г.—съ 15 іюня по 1 сент. и въ 1852 г.—въ іулѣ и августѣ мѣсяцахъ—былъ командированъ на ревизію оспопрививанія въ разныя мѣстности Казанской губерніи, а также и для оспопривива-

нія. По распоряженію Казанскаго Губернатора и врачебной Управы въ іюль 1853 г. и іюль 1854 г. временно заведывалъ холерною больницей въ г. Казани, бывшею на стеклянномъ заводѣ, 2 іюня 1856 г. онъ былъ удостоенъ Совѣтомъ Императорскаго Казанскаго Университета званія оператора.

Въ это время на западѣ въ медицинѣ подготавливалась реформа; создавалась новая школа, ученіе которой впоследствии совершенно перемѣнило какъ терапію, такъ и хирургию того времени.

Занятія на западѣ стали желаніемъ всѣхъ искахившихъ свѣта истинной науки. Прослуживъ еще четыре года въ Приказѣ Общественнаго призрѣнія покойный отправился заграницу для усовершенствованія въ терапевтической и хирургической практикахъ, гдѣ и находился съ 30 іюня 1860 года по 27 іюля 1861 года.

При изданіи новыхъ штатовъ для больницы приказа Общ. Призрѣнія съ сентября 1861 г. изъ младшихъ врачей переименованъ ординаторомъ больницы.

Ознакомившись на западѣ съ ностранскою медициною, покойный проявилъ себя весьма серьезнымъ врачомъ. Покойный настолько обратилъ вниманіе на себя своими выдающимися способностями и своимъ серьезнымъ отношеніемъ къ наукѣ, что г. Министръ Народнаго Просвѣщенія предложилъ ему отправиться за границу для подготовленія къ преподаванію, черезъ 2 года, частной патологій и терапіи. Заграницей покойный пребылъ съ 19 октября 1865 по 30 ноября 1868 года.

Болезненное состояніе покойнаго помѣшало ему открыть курсъ по внутреннимъ болѣзнямъ. 6 марта 1870 г. Н. А. былъ назначенъ ординаторомъ акушерской клиники Императорскаго Казанскаго университета по гинекологическому отдѣленію, каковымъ и состоялъ по 22 октября 1872 года. 26 апрѣля 1875 года, по зашитѣ диссертации «о врожденныхъ заслонкахъ уретры какъ одной изъ причинъ разстройства мочеиспусканія у дѣтей», утвержденъ въ степени доктора медицины. —Согласно избранію медицинскаго факультета и Совѣта университета 7 сентября 1875 г. утвержденъ доцентомъ дѣтскихъ болѣзней; 14 іюня 1881 г. утвержденъ экстраординарнымъ профессоромъ по кафедрѣ дѣтскихъ болѣзней съ добавленіемъ 800 руб. изъ спеціальныхъ средствъ университета къ получаемому имъ окладу.

Покойный преподавалъ дѣтскія болѣзни до 1890 г.

При жизни покойный Н. А. славъ за прекраснаго знатока медицинскаго литературы. Въ клинической дѣятельности покойный отличался чрезвычайно строгимъ вниманіемъ къ больнымъ и неангажированностью при ихъ изслѣдованіи. Посѣщая заграничныя сѣзды, покойный всегда былъ въ курсѣ современной медицины и чужды былъ рутинѣ. Последнее время, будучи стѣсненъ матеріально и болѣзнь, Н. А. не покидалъ надежды приступить вновь къ работѣ и довести до конца свои изслѣдованія.

Левъ Борисовичъ Мандельштамъ.

21 февраля с. г. скончался 64-хъ лѣтъ казанскій врачбный инспекторъ, приватъ доцентъ Университета Левъ Борисовичъ М а н д е л ь ш т а м ъ. Покойный принадлежалъ къ числу старѣйшихъ мѣстныхъ врачей и за время своей продолжительной врачбной дѣятельности въ Казани (съ 1873 г.) снискалъ широкую популярность въ населеніи, какъ очень опытный врачъ и общественный дѣятель. Какъ врачъ, покойный отличался рѣдкой простотой и доступностью. Не смотря на служебныя занятія и на тяжкій недугъ, овладѣвшій имъ послѣдніе годы жизни, Л. Б. до конца дней своихъ продолжалъ неустомимо служить долгу врача. Это былъ истинный другъ бѣдныхъ и несчастныхъ, всегда готовый словомъ и дѣломъ помочь, ободрить, утѣшить. Уже больной, онъ нерѣдко среди ночи и въ непогоду спѣшилъ на зовъ оказать помощь опасно заболѣвшему ребенку, при этомъ не отличалъ бѣдняка отъ богача.—Покойный состоялъ членомъ О-ва врачей, въ которомъ принималъ дѣятельное участіе въ комиссіяхъ по вопросамъ санитарнымъ и общественной гигиены; кромѣ того, дѣлалъ научныя сообщенія по судебно-медицинской казуистикѣ и по своей специальности—педиатріи. Какъ преподаватель по дѣтскимъ болѣзнямъ, своимъ частнымъ курсомъ онъ привлекалъ много слушателей, благодаря умѣлому преподаванію.

Покойный былъ также широкимъ общественнымъ дѣятелемъ: гласный губернскаго земства, гласный городской думы, почетный членъ попечительства дѣтскихъ пріютовъ, членъ попечительнаго о бѣдныхъ комитета, почетный членъ и инициаторъ о-ва помощниковъ врачей. Мѣстное населеніе устроило своему любимому врачу торжественныя похороны. Покойся мирно, добрый товарищъ!

Г. Клячкинъ.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

— Г. Попечитель Казанскаго учебнаго округа разрѣшилъ временно, впродъ до утвержденья устава Бактеріологическаго Института при Казанскомъ Университетѣ, поручить завѣдываніе хозяйственно-административной частью въ Институтѣ Проф. П. Ф. Высоцкому, научно-педагогическимъ отдѣленіемъ—Проф. Г. И. Савченко, отдѣленіемъ Пастеровскихъ прививокъ противъ бѣшенства—Проф. Н. Ф. Высоцкому, отдѣленіемъ приготовленія лечебныхъ сыворотокъ—Проф. Н. М. Любимову, С. Б. Левашеву и прив.-доц. А. И. Подбѣльскому.

— Въ день открытія свѣтолечебной станицы при Казанской дерматологической клиникѣ, на устройство которой были дарованы средства Ея Императорскимъ Величествомъ Государыней Императрицей Маріей Осодоровной, директоръ названной клиники, заслуженный профессоръ А. Г. Ге, въ отвѣтъ на свое всеподданнѣйшее допосеніе имѣлъ счастье получить отъ Ея Императорскаго Величества изъ Фреденсборга (Даніи) Всемилостивую телеграмму въ нижеслѣдующихъ выраженіяхъ:

Professeur Gay, chef de la clinique Kazan.

C'est avec une vraie joie de coeur que J'ai reçu votre télégramme M'annonçant à Kazan le premier traitement avec la lumière électrique d'après l'admirable système Finsen, qui a déjà sauvé tant de pauvres malades. J'envoie Mes remerciements les plus sincères à vous, à votre assistant le d-r Burgsdorf et à toute la clinique dermatologique pour vos sentiments exprimés et fais les meilleurs vœux pour la prospérité de cette belle oeuvre pour le bien de l'humanité.

«MARIE».

Переводъ.

Профессору Ге, директору клиники. Казань.

Съ искреннюю сердечную радостью получила Я вашу телеграмму, извѣщающую Меня о первомъ леченіи въ Казани электрическимъ свѣтомъ по знаменитому способу Финсена, который уже спасъ значительное количество несчастныхъ больныхъ. Посылаю Мою искреннѣйшую благодарность вамъ, вашему ассистенту д-ру Бургсдорфу и всей дерматологической клиникѣ за выраженныя вами чувства, а также лучшія пожеланія процвѣтанія этого добраго дѣла на благо человѣчества.

«МАРІЯ»,

(Казанскій Телеграфъ, № 2427).

— Въ конкурсѣ на замѣщеніе кафедры главныхъ болѣзней въ Казанскомъ Университетѣ заявили желаніе участвовать: прив.-доц. А. Г. Агабабовъ (Казань), экст. орд. проф. П. Н. Бзрабашевъ (Харьковъ), прив. - доц. Е. П. Браунштейнъ

(Харьковъ), прив.-доц. С. С. Головинъ (Москва), прив.-доц. И. Е. Егоровъ (Казань) и прив.-доц. А. Ф. Шимановскій (Кіевъ).

— 10 Декабря истекшаго года проф. Н. М. Любимову было принесено поздравленіе по случаю исполнившагося 25-лѣтія его преподавательской дѣятельности. Отъ Медицинскаго факультета привѣтствіе было сказано Проф. П. Ф. Высоцкимъ, который передалъ Н. М. альбомъ съ фотографіями членовъ факультета; отъ имени учениковъ Н. М. говорилъ А. И. Подбѣльскій, поднесшій юбиляру адресъ, покрытый многочисленными подписями, отъ Общества Врачей привѣтствовалъ Н. М. Проф. Л. О. Даркшевичъ, вручившій ему дипломъ на званіе почетнаго члена общества; кромѣ того горячо благодарилъ Н. М. проф. И. А. Праксинъ за ту поддержку, которую оказывалъ Н. М., какъ деканъ, дѣлу устройства госпитальной хирургической клиники.

— Проф. Н. И. Котовщиковъ утвержденъ въ званіи заслуженнаго профессора.

— Д-ръ С. В. Васнецовъ и д-ръ А. М. Зайцевъ назначены сверхштатными ординаторами Казанской Окружной Психіатрической Лечебницы.

СЪ 1901 ГОДА ВЫХОДИТЬ ВЪ СВѢТЪ

„Казанскій Медицинскій Журналъ“

органъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ,

издаваемый подъ редакціей предсѣдателя Общества
Проф. Л. О. Дарышевича.

Журналъ посвящается русскимъ работамъ по всеѣмъ отраслямъ теоретической и практической медицины.

Программа журнала: I. оригинальныя статьи, II. рефераты текущей литературы, III. годовые обзоры литературы по специальностямъ, IV. отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ, съѣздовъ и докторскихъ диспутахъ въ Казанскомъ Университетѣ, V. отчеты больничныхъ учреждений, VI. корреспонденціи, VII. рецензіи, VIII. библіографія, IX. письма въ редакцію, X. некрологъ, XI. хроника и мелкія извѣстія.

Срокъ выхода: ежемѣсячно, исключая Іюня и Іюля (двойныя книжки въ Маѣ и Августѣ).

Подписная цѣна для не членовъ Общества **5 руб. въ годъ.**

Подписка принимается въ бібліотекѣ Общества (Казань. Университетъ) и въ Книжномъ Магазиנѣ Бр. Башмаковыхъ (Казань. Пассажъ).

Объявленія принимаются въ Книжномъ Магазиנѣ Братьевъ Башмаковыхъ.

Рукописи для помѣщенія въ Журналѣ направляются по адресу: Казань. Университетъ. Общество врачей, въ редакцію „Казанскаго Медицинскаго Журнала“.

