

КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЮ
ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА
Проф. Л. О. ДАРШЕВИЧА.

ТОМЪ II.
МАЙ-ІЮНЬ.
1902 Г.

КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1902.

Дозволено цензурою. Г. Казань, 20 іюля 1902 года.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Изъ патолого-анатомическаго Института Казанскаго Университета.

Къ вопросу объ измѣненіи эластической ткани въ аортѣ при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ.

П. Я. Овчинникова.

(Окончаніе).

Прежде чѣмъ сообщить полученныя мною микроскопическія данныя, я долженъ сказать нѣсколько словъ о нормальномъ строеніи аортальной стѣнки и о тѣхъ техническихъ приемахъ, какими я пользовался при изученіи своихъ объектовъ.

Структура аортальной стѣнки, по описанію авторовъ, занимавшихся этимъ вопросомъ, представляется въ слѣдующемъ видѣ. Grünstein ¹⁾, придерживаясь номенклатуры проф. Schifferdecker'a, отличаетъ въ аортальной стѣнкѣ слѣд. составныя части: 1. Слой эндотеліальныхъ клетокъ. 2. Tunica intima 3. Tunica media и 4. Tunica adventitia ²⁾. Толщина этихъ слоевъ неодинакова въ различныхъ возрастахъ,—intima и media съ возрастомъ нарастаютъ въ толщину. Наростаніе наиболѣе рѣзко выражено въ зрѣломъ возрастѣ, при чемъ въ intima оно значительнѣе, нежели въ media ³⁾. Подобное наблюденіе имѣется еще у Langhans'a,

¹⁾ Ueber den Bau der grösseren menschlichen Arterien in verschiedenen Altersstufen. Separatabdruck aus dem Archiv für mikroskop. Anat. Bd. XXXIVII. Bonn. 1896 г. Объектами изслѣдованія автора служили сосуды 1) одного новорожденнаго, 2) 16-лѣтн. мальчика, 3) 30-лѣтн. мужчины, 4) 50-лѣтняго мужчины и 5) 70-лѣтн. женщины. Всѣ сосуды «waren keine pathologischen Veränderungen zu finden».

²⁾ Стр. 585. Различные авторы насчитываютъ въ сосудистой стѣнкѣ различное число слоевъ. Heule, напр., насчитываетъ въ крупныхъ артеріяхъ 6 слоевъ (Allgemeine Anatomie. Leipzig. 1671. стр. 494—503), а Bonnet ограничиваетъ число слоевъ сосудистой стѣнки всего двумя (ueber den Bau der Arterienwand. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1896 г. № 1, стр. 3).

³⁾ Стр. 602. 613. Grünstein представляетъ слѣдующую таблицу сравнительной толщины слоевъ:

который измѣрялъ сравнительную толщину intimaе и mediae у субъектовъ отъ 4 дней до 79 лѣтъ ¹⁾. Детальное строение intimaе описано Grünstein'омъ такъ образомъ, что непосредственно подъ слоемъ эндотелія лежитъ stratum subendotheliale, а далѣе elastica interna, которая можетъ состоять изъ двухъ пластинъ (lamella interna et externa), ограничивающихъ stratum interlamellare и соединяющихся между собою болѣе или менѣе тонкими волокнами, (преимущественно поперечныя). Такія же волокна и волокна имѣются и въ stratum subendotheliale (главн. обр., продольнаго направленія). Соединительная ткань имѣется во всей стѣнкѣ даже въ аортѣ новорожденнаго, а слѣд. и въ intima ²⁾. Присутствіе незначительнаго слоя соединительной ткани въ нормальной intima въ промежуткѣ между эндотелиемъ и elastica interna указаво для аорты еще Thomа ³⁾, а ранѣе Langhans'омъ ⁴⁾. Расщепленіе elasticae internaе на двѣ ламеллы подмѣчено, какъ нормальное явленіе, Hilbert'омъ ⁵⁾. Слоистое строеніе intimaе отмѣчается и другими авторами, какъ Kölliker'омъ ⁶⁾, Toldt'омъ ⁷⁾, Ranvier ⁸⁾, Szimono-wicz'емъ ⁹⁾, Marchand'омъ ¹⁰⁾ и др.—Средняя оболочка состоитъ изъ цѣлаго ряда эластическихъ пластинъ, концентрически расположенныхъ (concentrische elastische Lamellen), количество которыхъ различно въ аортѣ различныхъ возрастовъ ¹¹⁾. Эти пла-

	int.	med.	adv.
Новорожд.	— 6 μ.	650 μ.	1485 μ.
16-лѣт.	— 54 »	856 »	688 »
30 »	— 124 »	996 »	—
50 »	— 181 »	1075 »	—
70 »	— 190 »	1111 »	—

¹⁾ Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Arterien. Arch. f. path. Anat. u. Phys. Bd. 36. стр. 197.

²⁾ Grünstein. Op. cit. стр. 585. 612.; рис. 5 на XXXI taf.

³⁾ Ueber die Abhängigkeit der Bindegewebesneubildung in der Arterienintima von den mechanischen Bedingungen des Blutlaufes. Arch. f. path. Anat. u. Phys. Bd. 93. стр. 501.

⁴⁾ Op. cit. стр. 196.

⁵⁾ Op. cit. стр. 222.

⁶⁾ Op. cit. стр. 588.

⁷⁾ Op. cit. стр. 246—247.

⁸⁾ Op. cit. стр. 431.

⁹⁾ Lehrbuch der Histologie u. d. mikros. Anat. Würzburg. 1901. стр. 45. 55—56.

¹⁰⁾ Реальная энциклопедія медиц. наукъ. СПб. 1894. т. I стр. 430.

¹¹⁾ Grünstein (Op. cit. 605 стр.) представляетъ двѣ таблицы (свою и Ebner'a):

стины связаны другъ съ другомъ сѣтями „связующихъ волоконъ“ (Verbindungsfasern), которыя идутъ либо въ продольномъ, либо въ поперечномъ направленіи. Между эластическими пластинами расположена циркулярная мускулатура ¹⁾ и соединительная ткань. Отношеніе трехъ составныхъ элементовъ mediae таково, что эластическая лямелла лежитъ въ срединѣ соединительно-тканнаго дуга, по обѣимъ сторонамъ котораго тянутся мускульные слои. Средняя оболочка переходитъ непосредственно въ наружную—adventitia. Здѣсь нѣтъ рѣзкой границы, какъ это можно видѣть въ нѣкоторыхъ крупныхъ артеріяхъ, гдѣ имѣется такъ называемая elastica externa. Въ аортѣ нѣтъ этой отдѣльной, болѣе толстой пластинки, и наружная граница mediae, какъ говоритъ Hilbert, „durch Aufhören der elastischen Lamellen markirt“ ²⁾. Что касается строенія adventitiae, то она въ большей части случаевъ представляетъ болѣе или менѣе толстый слой соединительной ткани, въ которомъ имѣются и эластическіе элементы въ видѣ сѣтей и волоконъ, а также и vasa vasorum.

Техническіе приемы изслѣдованія, примѣненные мною одинаково во всѣхъ случаяхъ, состояли въ слѣдующемъ. Всѣ кусочки фиксировались въ 5% растворѣ сулемы въ физиологическомъ NaCl и, послѣ отмыванія сулемы іодомъ (растворъ іода въ 70° спиртѣ цвѣта портвейна), постепенно переносились въ спиртъ возрастающей концентраціи до 95° включительно ³⁾. Кусочки, предназначенные для заливки, клались на сутки въ абсолютный спиртъ, отсюда въ смѣсь абсолютнаго алкоголя, ээпра и хлороформа. Черезъ сутки перевосились въ параффинъ съ t° плавленія въ 48°, а потомъ въ смѣсь двухъ сортовъ параффина—съ t° плавленія въ 48 и 52° ⁴⁾. Микротомомъ Reichert'a или Schanze дѣлались продоль-

Grünstein:		Ebner:			
Новорожд.	— 38—44 лѣт.	jahre.	min.	max.	Mittelzahl.
16 лѣт.	— 64—68 »	0	— 36	— 44	— 40,3
30 »	— 56—60 »	4	— 39	— 56	— 48,6
50 »	— 60—78 »	23	— 38	— 54	— 48,3
70 »	— 68—72 »	30	— 36	— 45	— 39,5.

¹⁾ Grünstein утверждаетъ, что продольной мускулатуры нѣтъ ни въ одномъ слои, а существуютъ лишь связующіе лучки или дуги, идущіе подъ тѣмъ или инымъ угломъ къ циркулярнымъ пластамъ. Это утверженіе Gr. должно быть, по моимъ наблюденіямъ, въ значительной степени ограничено.

²⁾ Op. cit. 223 стр.; ср. Szimonowicz. Op. cit. стр. 127.

³⁾ Фиксажъ Мюллеровской или Ценкеровской жидкостью, въ нѣкоторыхъ случаяхъ параллельно испробованный мною, не даетъ при орсеиновой окраскѣ чистыхъ препаратовъ.

⁴⁾ Для заливки я употреблялъ исключительно параффинъ въ виду того что заключеніе въ целлодинѣ непременно требуетъ удаленія послѣдняго при

ные и поперечные срѣзы (отъ 6 до 9 *м.* толщины и послѣ наклеиванія ¹⁾) на предметное стекло и удаленія параффина подвергались окраскѣ и консервированію.—Способовъ окраски эластической ткани имѣется весьма много ²⁾. Наиболье употребительны въ настоящее время два способа. Очень часто изслѣдователи употребляли орсеинъ, впервые предложенный Упп'юу въ 1890 г., при чемъ почти каждый, работающій съ этой окраской, такъ или иначе измѣняетъ концентрацію раствора и камбируетъ орсеинъ съ какою либо другой окраской для дифференцировки элементовъ. Общимъ для всѣхъ остается только то, что растворъ употребляется спиртно-водный и кислый, потому что лишь въ кисломъ растворѣ орсеинъ изолированно краситъ эластические элементы. Конкурирующимъ съ этимъ методомъ является съ 1898 года способъ Weigert'a ³⁾, который для окраски эластическихъ элементовъ употребляетъ Magentaroth (Fuchsin, Rubin). Послѣдній способъ окраски вызываетъ одобреніе со стороны, напр., Малкова, Мельникова-Разведелкова; орсеиномъ же пользовались Grünstein, Loisel, Давыдовъ, Покровский, Дмитриевъ и др. Отдѣльные лица съ успѣхомъ примѣняли и другіе методы ⁴⁾. Основываясь на наибольшей употребительности орсеиновой окраски и окраски по способу Weigert'a, я употреблялъ только эти два метода, проводя ихъ за то параллельно во всѣхъ случаяхъ. Изъ различныхъ видоизмѣненій орсеиновой окраски я воспользовался видоизмѣненіемъ доктора Тимофеева, о которомъ онъ сообщалъ на VII Пироговскомъ съѣздѣ ⁵⁾. Свой выборъ я основалъ на томъ, что этотъ способъ, благодаря удачной комбинаціи орсеиновой окраски съ окраской смѣсью Каял'я, даетъ прекрасную дифференціальную окраску

употребленіи орсеиновой окраски (а отчасти и при другихъ способахъ), и ст. б. не упрощаетъ манипуляцій. Употребленіе же параффина всегда гарантировало мнѣ тонкіе срѣзы и удобство полученія ихъ.

¹⁾ На ряду съ обработкой предварительно наклеенныхъ срѣзовъ, я во многихъ случаяхъ обрабатывалъ ихъ и безъ наклеиванія, подвергая, т. е. значительнымъ механическимъ насиліямъ и при разсматриваніи не находилъ никакихъ лишнихъ данныхъ въ сравненіи съ обработанными *lege artis*.

²⁾ Подробное изложеніе методовъ, существовавшихъ до 1897 года, сдѣлано въ дисс. М. Покровскаго. стр. 73—169.

³⁾ Weigert. Ueber eine Methode zur Färbung elastischer Fasern. Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathol. Anatomie. 1898 г. № 819.

⁴⁾ Напр., Гарднеръ—методъ Taenzler'a съ везувиномъ и фуксиномъ; Чугаевъ—методъ Кульчицкаго; Рѣдьянинъ—методъ Manchot и т. д.

⁵⁾ Дневникъ VII съѣзда общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. стр. 89—90.

составныхъ элементовъ стѣнки, въ чемъ я и лично могъ убѣдиться, просматривая демонстрированные докладчикомъ препараты. Способъ состоитъ въ слѣдующемъ. Срѣзы, предварительно окрашенные ядерною краскою (гематоксиленъ, карминъ) какъ можно сильнѣе и промытые въ водѣ, опускаются на сутки въ кислый растворъ орсеина слѣдующаго состава:

Orceini 0,5 ¹⁾
 Alkohol abs. 40,0
 Aq. destill. 20,0
 Ac. muriat. concentr. gutt. XX.

По истеченіи сутокъ, срѣзы промываются въ подкисленномъ спиртѣ ²⁾ для окончательной дифференцировки. На окрашенныхъ однимъ орсеиномъ срѣзахъ эластическія волокна принимаютъ коричневый или вишневокоричневый цвѣтъ, а остальные ткани или остаются совершенно свѣтлыми или иногда слабо-розовато окрашенными. Срѣзы для удаленія кислоты переносятся въ воду, гдѣ могутъ подолгу оставаться, не теряя окраски. Часть срѣзовъ я оставлялъ окрашенными однимъ орсеиномъ, часть окрашивалъ далѣе, пользуясь указаніями д-ра Тимофеева. Срѣзы опускаются на 5—10 минутъ въ жидкость Каяля (0,25 индигокармина на 100,0 насыщеннаго воднаго раствора acid picronitrici). Быстро прополосканные въ водѣ послѣ пребыванія въ смѣси Каяля, срѣзы готовы для дальнѣйшихъ обычныхъ манипуляцій консервированія. послѣ окраски пикроиндигокарминовой смѣсью, срѣзы имѣютъ слѣдующій видъ: эластическіе элементы окрашены въ темнокоричневый цвѣтъ, соединительная ткань въ чистый зеленый, мышцы въ желтый, а ядра въ буровато-синеватый.

Краска Weigert'a приготовлялась мною по рецепту автора съ точнымъ соблюденіемъ всѣхъ его предписаній. Растворяя въ 200 с. ctm. воды 2,0 Magentaroth и 4,0 resorcini, я подвергалъ эту смѣсь въ фарфоровой чашкѣ нагреванію до кипѣнія, вливая сюда 25 с. ctm. liquoris ferri sesquichlorati (официальный препаратъ) во время кипѣнія. Охлажденный растворъ фильтровался. Въ той же не обмытой чашкѣ слегка кипятилось 200 с. ctm. 94° спирта, куда складывался также и фильтръ съ остатками краски. Этотъ второй растворъ также фильтровался, въ фильтрѣ добавлялось спирта до 200 с. ctm., и обѣ смѣси сливались вмѣстѣ, куда прибавлялась 4 с. ctm. соляной кислоты. Въ приготовленной

¹⁾ Я употреблялъ всегда Grüber'овскій препаратъ.

²⁾ Я пользовался слѣд. смѣсью: alkohol abs. 20,0, Aq. destill. 50; ac. muriat. conc. gut. 1.

такимъ образомъ краскѣ я держалъ срѣзы отъ 10—12 минутъ до $\frac{3}{4}$ часа. Болѣе держать нѣтъ надобности. Срѣзы послѣ окраски промывались абсолютнымъ алкоголемъ и обычно консервировались. Эластическая ткань принимаетъ при этой окраскѣ темносиній цвѣтъ.—Изъ этихъ двухъ способовъ окраски трудно отдать преимущество которой нибудь въ смыслѣ интензивности окрашивания собственно эластическихъ элементовъ, которые въ большинствѣ случаевъ хорошо воспринимаютъ и орсеинъ и Weigert'овскую краску и, сколько мнѣ пришлось наблюдать, въ случаѣ слабой воспримчивости къ орсеину обнаруживаютъ тоже и по отношенію къ Weigert'овской краскѣ. Однако нельзя сказать этого наоборотъ; встрѣчаются случаи, гдѣ эластическіе элементы орсеиномъ еще красятся хорошо, по Weigert'овская краска уже не даетъ интензивнаго окрашивания. И тогда, что бы добиться рѣзкаго окрашивания эластической ткани, необходимо допустить перекрашивание фона. А это обстоятельство затрудняетъ разсматриваніе срѣзовъ. Впрочемъ, это явленіе сравнительно рѣдкое, мнѣ оно встрѣтилось дважды и, можетъ быть относится на счетъ нѣкоторыхъ измѣненій эластическихъ элементовъ. Въ общемъ же въ цѣляхъ окрашивания одной эластической ткани можно одинаково примѣнять и орсеинъ и Weigert'овскую краску. Но разъ желательно видѣть отношеніе между отдѣльными составными частями (тканями $\frac{1}{10}$ стѣпки, то въ этомъ отношеніи окраска по способу д-ра Тимофеева оказываетъ незамѣнимые услуги.

Помимо этихъ двухъ способовъ, я неизмѣнно примѣнялъ еще методъ окраски полихромовой сивькой по рецепту Unna. Последній подмѣтилъ для эластической ткани кожи, что при извѣстномъ химическомъ измѣненіи ея, которое Unna назвалъ превращеніемъ эластина въ элацинъ ¹⁾, эластическіе элементы въ измѣненныхъ участкахъ воспринимаютъ окраску Polychrom. Methylenblau. Такіе участки окрашиваются въ рѣзкій синій цвѣтъ, тогда какъ остальные ткани, не исключая и эластической нормальной, этой окраски не воспринимаютъ. Методъ состоитъ въ слѣдующихъ манипуляціяхъ:

- 1) 10-минутное пребываніе препарата въ Pol—Meth.
- 2) Тщательное промываніе въ водѣ.
- 3) Промываніе 33%-ымъ воднымъ растворомъ тапнина (приготовленнымъ при нагреваніи) отъ 15 до 25 минутъ.
- 4) Промываніе въ водѣ.

¹⁾ Unna. Elastin und Elacin.

Другой способъ, предложенный Упп'юю—окраска метиленовой синью и сафраниномъ (1%) мѣ не удавался. Точно также неудовлетворительныя картины даетъ окраска эластина и элацина смѣшаннымъ окрашиваніемъ орсеиномъ и полихромовой синью. Можетъ быть, это зависитъ отъ свойствъ окрашиваемаго органа.

До примѣненія специфической окраски для эластическихъ элементовъ я обыкновенно окрашивалъ сѣтвы той или иной ядерной краской—гематоксилинъ или карминъ. Вместе съ тѣмъ иногда препараты окрашивались одною смѣсью Кажаля съ предварительной ядерной окраской, что даетъ очень красивыя картины, или безъ нея.

Перехожу теперь къ описанію микроскопическихъ картинъ.

Мѣ нечего много говорить относительно перваго случая, который не представляетъ особенныхъ уклопеній и можетъ быть разсматриваемъ, какъ сравнительно нормальный. Здѣсь мы имѣемъ утолщенную интиму, сравнительно правильное распредѣленіе пластинъ ея и средней оболочки; близко подходящій къ нормѣ характеръ извилистости ихъ; ясно выраженные промежуточные сѣти и т. дал. Только въ нѣкоторыхъ участкахъ можно подмѣтить со стороны наружной части *mediae* довольно значительное выпрямленіе ламелль. Это уже относится къ патологическимъ даннымъ, но этимъ и ограничивается патологія стѣнки даннаго случая.

Что касается первой группы (острая гнойная инфекція), то ядерная окраска даетъ слѣдующую картину: внутренняя оболочка не утолщена, въ *media* со стороны мышечныхъ элементовъ нѣтъ никакихъ измѣненій; по мѣстамъ наблюдается слабая круглоклѣточковая инфильтрація и незначительное востаніе сосудовъ со стороны *adventitiae*. Эндотелій слущенъ, и на этихъ участкахъ замѣтно наслоеніе фибрина. Почти по всей *intima* видны приставшія въ 2—3 слоя красныя кровяныя тѣльца.—Специфическая окраска эластическихъ элементовъ обнаруживаетъ довольно значительныя измѣненія. Разсматривая препараты при слабомъ увеличеніи (микроскопъ Zeitz'a syst. 3, ocul. 4), мы видимъ что эластическія пластины внутренней оболочки въ нѣкоторыхъ участкахъ сохранены еще на извѣстномъ протяженіи обѣ, но интерламеллярное пространство чаще всего представляется занятымъ почти сплошь отслоеніями эластическихъ элементовъ со стороны смотрящихъ другъ къ другу поверхностей ламелль. По мѣстамъ интерламеллярное пространство расширено, такъ какъ *lamella externa* выпячивается въ *media*. Но рѣдко на болѣе значительномъ разстояніи можно прослѣдить ходъ обѣихъ ламелль чаще видна лишь одна изъ нихъ. Такъ мы видимъ напр. что *lamellae internae* вовсе почти не сохранена, а наружная пластинка проходитъ непрерывно, но по мѣстамъ какъ бы изъѣдена и представляетъ неправиль-

ность контуровъ. Косондунціи разрывъ проходитъ черезъ *lamella interna* и *stratum interlamellare* до наружной пластинки. Последняя подъ разрывомъ представляется утолщенной; она какъ бы набухла. Эластические элементы средней оболочки представляютъ измѣненія наиболее выраженныя непосредственно подъ *intima*, гдѣ въ области приблизительно 3—5 пластинокъ совершенно не находимъ никакого ихъ слѣда. Больше или меньше мелкіе обломки—все, что можно отыскать здѣсь. Кое гдѣ пробѣгаетъ сравнительно длинный участокъ ламелли, но быстро теряется распадаясь. Такое измѣненіе обуславливается, повидимому, разрастаніемъ здѣсь соединительной ткани, потому что на окрашенныхъ по Тимофееву препаратахъ здѣсь рѣзко выступаетъ почти сплошной зеленый фонъ. Рѣзкая деструкція отдѣльныхъ ламеллъ не выступаетъ на первомъ планѣ въ остальной части стѣнки; тутъ прежде всего бросается въ глаза общая неправильность распредѣленія. Въмѣсто правильныхъ рядовъ эластическихъ пластинокъ, красиво волнующихся, больше или меньше равномерно чередующихся съ остальными составными элементами стѣнки, мы находимъ вытянутыя и сбитыя въ кучи ламелли.

Подъ сильнымъ увеличеніемъ (*syst.* 6; *ocul.* 4) та же *lamella externa* не представляетъ такой непрерывности; мало того, по мѣстамъ наружную пластинку совершенно не возможно отграничить ни въ сторону интерламеллярнаго пространства, ни въ сторону *mediae*; она совершенно не выражена и вся расщеплена, благодаря чему въ этихъ мѣстахъ трудно намѣтить границу между *intima* и *media*. Обломки и куски *lamellae* заворачиваются то въ сторону средней оболочки, то въ интерламеллярное пространство. *Stratum interlamellare*, сохраняющее свое приблизительно нормальное строеніе тамъ гдѣ обѣ пластинки сохранены, здѣсь все занято мелкими разнообразнаго вида и формы обломками эластическихъ элементовъ. Что касается *lamellae internae*, то она не вездѣ представляется равномерною въ толщину; тамъ, гдѣ она истончается, она одновременно совершенно выпрямлена. Иногда же она неправильно извивается и отслаивается. По мѣстамъ же внутренняя пластинка разволокнена на нѣсколько отдѣльныхъ листочковъ, изъ которыхъ иные въ свою очередь также расщеплены на оборванныхъ колпакахъ. *Stratum subendotheliale* не существуетъ. Иногда можно видѣть начало разрыва *lam. internae*. Она вдавлена въ интерламеллярное пространство; ея листочки надломлены съ внутренней стороны; въ образовавшейся нишѣ лежатъ красныя кровяныя тѣльца. Такое вдавленіе можно иногда видѣть на довольно значительномъ разстояніи.—Эластические элементы *mediae* непосредственно подъ *intima* представляютъ ясно выступающую деструкцію. Мы видимъ здѣсь клочки и обрывки эластическихъ элементовъ различныхъ формъ и видовъ отъ болѣе крупныхъ до мелкой зерни-

стости. Здѣсь мы найдемъ веретенообразныя, крючковидныя, шаровидныя обломки, зыбкообразныя, изломано согнутыя и варикозныя нити и шкурки, ряды многоугольныхъ и многогранныхъ кусковъ, совершенно прямыя и вытянутыя палочки съ ровпо обломанными и зубчатыми или щетковидными концами и т. под. Что касается среднихъ участковъ *mediae*, тамъ эластическія пластины, кромѣ спутанности, представляютъ частые перерывы. Последнее явленіе въ извѣстной степени можетъ быть вполне физиологическимъ нормальнымъ и происходитъ вслѣдствіе прохожденія разрыва черезъ окваламелль. А такъ какъ окна встрѣчаются на прострѣствѣ *membranae fenestratae* не очень часто, то и перерывовъ такихъ не будетъ много. Съ другой стороны, нѣкоторыя изъ нихъ не настолько велики, что бы перерывы обусловливаемые ими, были замѣтны. Наконецъ, окна пластинъ не представляютъ собою совершенно открытыхъ отверстій, — они слегка затянуты или переплетены волокнами (эластическими или соединительнотканными). На протяженіи *mediae* въ нѣкоторыхъ случаяхъ встрѣчаются участки, наиболѣе измѣненныя. Эти участки довольно обширны, рѣзко ограничены, идутъ отъ *adventitia* чрезъ всю *media*, но не доходятъ до *intima*; иногда они даже для невооруженнаго глаза представляются свѣтлыми пятнами на препаратѣ. Участки эти подъ микроскопомъ обнаруживаютъ слабость окраски ламелль, которая кромѣ того, очень раздвинута и совершенно почти лишена, „связующихъ волокопъ“. Если подъ сильнымъ увеличеніемъ взмѣяемъ на этотъ участокъ, то картина будетъ представлять широко раздвинутыя, перекрещенныя разорванныя ламелли; промежутки совершенно свѣтлы, и въ нихъ кое гдѣ видны тонкія эластическія волоконца да клячья разбитыхъ ламелль. Пластины въ этомъ участкѣ истончены, контуры ихъ извѣдены, неровны; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ можно подмѣтить какъ бы вокуолизацию. Отдѣльныя обломки ламелль прихотливо расположены и изгибаются во всѣхъ направленіяхъ, часть изъ нихъ варикозны, четкообразны. Иногда представляются такого рода картины, что на слабо окрашенный шнуръ насажены интенсивно воспринявшіе окраску глыбки. Фонъ такого участка при индигово-орсеиновой окраскѣ красится въ зеленый цвѣтъ. Для одного изъ случаевъ, принадлежащихъ къ этой группѣ, пужно отмѣтить разницу въ окраскѣ по Weigert'у и орсеиномъ. При Weigert'овскомъ способѣ фонъ окрашивается въ тотъ же огтѣнокъ, хотя и гораздо менѣе интенсивно. Вслѣдствіе этого не легко указать границу элементовъ эластической ткани, особенно тамъ гдѣ они сами не достаточно интенсивно восприняли окраску. Если и можно достигнуть полнаго обезцвѣчиванія фона, то лишь за счетъ полной потери эластическими элементами своей окраски. При орсеиновой

же окраскѣ фонъ лучше обезцвѣчивается. А при дополнительной окраскѣ Кажа'евской смѣсью онъ теряетъ и послѣдніе слѣды розоваго оттѣнка, принимая соответственный цвѣтъ. Поэтому даже мелкіе обломки ясно выступаютъ на фонѣ зеленого цвѣта.—Въ наружныхъ слояхъ *mediae* имѣется иногда болѣе ограниченное вроспаніе волокнистой соединительной ткани иногда вмѣстѣ съ сосудами, которые можно видѣть въ *media* въ томъ или иномъ разрѣзѣ. Вростающая ткань прерывается сначала рядъ пластинъ, а далѣе разрастается между ламеллами и разъединяетъ ряды ихъ. Съ той и другой стороны соединительно-тканнаго участка ламеллы смяты другъ къ другу, а края прободаемыхъ пластинъ еще на значительномъ разстояніи отъ соединительно-тканнаго пучка разбиты на мелкія зерна, такъ что участки соединительной ткани обрамлены поясомъ эластическихъ обломковъ. Если въ самомъ участкѣ среди соединительной ткани еще остаются эластическіе элементы, то они представляютъ различныя степени распада.

Кромѣ описанныхъ измѣненій структуры аортальной стѣнки, я наблюдалъ въ этой группѣ случаи и то химическое измѣненіе эластина, которое Unna назвалъ превращеніемъ въ элацинъ. Окраска *Polychrom-Methylenblau* дала мнѣ въ одномъ случаѣ рѣзкое окрашиваніе эластическихъ пластинъ *intimae* въ синій цвѣтъ, такъ какъ въ *media* онѣ совершенно свободны отъ этого

Разсматривая препараты относящіеся ко второй группѣ (эндокардиты), я отмѣтилъ, какъ общее для нихъ—это равномерное утолщеніе внутренней оболочки съ постоянной почти инфильтраціей ткани ея круглыми клѣтками. При этомъ клѣточные элементы располагаются иногда такимъ образомъ, что находятся изобильно во внутреннемъ и наружномъ слояхъ ея, а средняя часть или содержитъ ограниченное число клѣточныхъ элементовъ или они вовсе отсутствуютъ. Равномерное утолщеніе *intimae* можно ставить въ параллель съ эндокардитическимъ процессомъ и вмѣстѣ съ тѣмъ оно можетъ считаться начальной стадіей артерioskлероза; но я выдѣляю такіе случаи потому, что въ нихъ еще нѣтъ макроскопически замѣтнаго измѣненія стѣнки, т. наз. артерioskлеротическихъ бляшекъ. Средняя оболочка характеризуется во 1-хъ, вроспаніемъ сосудовъ, подмѣчаемымъ или въ наружной ея трети или доходящимъ до половины толщины *mediae*; во 2-хъ, круглоклѣточной инфильтраціей по мѣстамъ; и въ 3-хъ, значительнымъ развитіемъ соединительной ткани. *Adventitia* содержитъ много расширенныхъ сосудовъ. Вообще, аортальная стѣнка изобилуетъ соединительной тканью, которая хорошо обнаруживается при окраскѣ одной Кажа'евской смѣсью.

Въ зависимости отъ значительнаго содержанія соединительной ткани стоятъ и тѣ измѣненія эластическихъ элементовъ стѣнки,

какія обнаруживаетъ специфическое ихъ окрашиваніе. Интима имѣетъ совершенно разрушенною ту или другую изъ своихъ пластинъ,—въ ней то отсутствуетъ lamella externa, будучи разрушена соединительной тканью, разросшейся непосредственно подъ вею во внутреннемъ слоѣ mediae; то она не имѣетъ внутренней пластины, которая распадается вслѣдствіе разростанія соединительной ткани и клеточковой инфильтраціи въ stratum subendotheliale или interlamellare. Послѣднее по большей части отсутствуетъ, такъ какъ оно заполнено распадаемъ той или иной lamellae. Но тамъ гдѣ соединительная ткань обильно разрослась въ stratum interlamellare, оно расширено, а обѣ пластины соответственно этому участку представляютъ рѣзкія деструктивные измѣненія. На протяженіи mediae эластическіе элементы не одинаково подвергаются измѣненіямъ. Больше измѣненій представляетъ внутренняя часть mediae. Въ ламелляхъ, лежащихъ непосредственно подъ intima, можно видѣть такой же распадъ, какой обнаруживается въ самой внутренней оболочкѣ.—Разсматривая препараты подъ сильнымъ увеличеніемъ, находимъ въ intima набуханіе lamellae externaе которая по ходу продольно расщепляется на двѣ пластинки. Послѣднія однако имѣютъ почти такую же толщину, какъ и первая, и во всякомъ случаѣ толщина ихъ превышаетъ толщину расщепившейся пластинки. Онѣ скоро распадаются и пропадаютъ. Если сохранились еще обѣ ламелли, и stratum interlamellare выполнено соединительною тканью, то стороны пластинъ, обращенныя другъ къ другу, представляются рѣзко извѣденными съ отщепленными кусками и листочками, которые или сохраняютъ еще связь съ пластинкою или уже совершенно отдѣлены отъ нея. Въ большинствѣ случаевъ та или другая ламелля уже настолько разрушена, что на мѣстѣ интерламеллярнаго пространства имѣется сплошная безструктурная масса сгруженныхъ эластическихъ элементовъ. Media непосредственно подъ внутренней оболочкой представляетъ рѣзкую деструкцію пластинъ, по далѣе уже не замѣтно распада, лишь всѣ пластины то сближены, то перепутаны. Связующія сѣти представляютъ въ большинствѣ случаевъ какія то кучи; по мѣстамъ вмѣсто ихъ имѣется мелкозернистый распадъ. Центральныя пластины mediae отчасти истончены, нѣкоторыя сближены и какъ бы сливаются вмѣстѣ, образуя звѣздчатая фигуры. Косые срѣзы пластинокъ представляютъ палисадообразно разволокевныя листочки, иногда же беспорядочно скученныя ключья. По отдѣльнымъ участкамъ эластическіе элементы слабо окрашиваются по Weigert'у. На ряду съ этимъ въ media имѣются дов. значительныя по размѣрамъ участки, которые видны уже простымъ глазомъ, какъ болѣе свѣтлыя при той и другой окраскѣ. Микроскопъ обнаруживаетъ здѣсь

значительное разрастаніе соединительной ткани, среди которой эластические элементы лежатъ разрозненно, безъ связующихъ сѣтей и волоконъ. Наружные слои средней оболочки представляютъ большую поврежденность эластическихъ пластинокъ. Здѣсь можно замѣтить вростаніе сосудовъ со стороны *adventitia*, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ ограниченную гиперплазію мышечной ткани. Проростаніе пучка мышечной ткани совершается вдоль сосуда и мало идетъ вглубь стѣнки; оно обуславливаетъ раздвиганіе эластическихъ пластинокъ. Между мышечными пучками можно подмѣтить въ безпорядкѣ проникающія среди нихъ тонкія эластическія волокна.

Описанныя измѣненія аортальной стѣнки, особенно утолщеніе *intima*, мнѣ кажется, находятъ свое рѣзкое выраженіе въ такъ называемыхъ артеріосклеротическихъ бляшкахъ. Мною обследовано нѣсколько случаевъ этого рода, и я позволю себѣ подробно описать одинъ изъ нихъ, въ которомъ, помимо макроскопически констатированныхъ бляшекъ въ аортѣ, имѣется и рѣзкій эндокардитическій процессъ и которымъ, такимъ образомъ сближаются эти двѣ группы.

Ядерная окраска обнаруживаетъ очагообразное, островчатое утолщеніе *intima*. По границѣ бляшки и въ началѣ ея клеточныхъ элементовъ достаточно, въ центрѣ бляшки ихъ менѣе; по мѣстамъ здѣсь диффузная окраска некротической ткани. По поверхности бляшки элементы сохранены. Специфическая окраска представляетъ рядъ слѣдующихъ картинъ. Неутолщенная внутренняя оболочка сохраняетъ свою структуру, — двѣ ламеллы и между ними нормальной ширины интерламеллярное пространство. Но тамъ, гдѣ *intima* начинаетъ утолщаться, *lamella interna* пропадаетъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ интерламеллярное пространство оказывается выполненнымъ толстыми волокнами, какъ бы остатками внутренней ламеллы. Чѣмъ ближе мы подходимъ къ бляшкѣ, тѣмъ рѣзче становится измѣненіе *intima*. Замѣчательно, что *lamella interna* въ этомъ случаѣ явственно сохраняется на всемъ протяженіи бляшки, лишь кое гдѣ чуть прерываясь. Наоборотъ, *lamella interna*, потерявшись на границѣ бляшки, рѣдко выступаетъ на протяженіи послѣдней, какъ пластинка. Чаще всего на уровнѣ подъема бляшки можно встрѣтить недлинный участокъ толстой пластинки, иногда расщепленной на двѣ. На ряду съ этими несомнѣнными остатками внутренней пластинки на протяженіи бляшки имѣется много эластической ткани, которая въ болѣе отчетливой формѣ выступаетъ въ поверхностныхъ частяхъ бляшки и отчасти въ глубокихъ слояхъ ея надъ *lamella externa*; а менѣе отчетливо, въ видѣ слабо окрашенныхъ полосъ, лентъ въ центрѣ бляшки, иногда же въ верхнихъ слояхъ ея. По мѣстамъ эти полосы доста-

точно длинны и могутъ напомнить разволновившуюся внутреннюю пластину. Мы видѣли, что Дмитріевъ обиліе эластической ткани въ бляшкѣ относитъ на счетъ новообразованія ея.

Средняя оболочка обнаруживаетъ такую спутанность расположенія эластическихъ элементовъ, что совершенно нельзя узнать строенія органа. Нѣкоторыя сохранившіяся еще пластины вытянуты, безъ малѣйшаго слѣда волнистости. Остальныя разбиты на кусочки до очень малой величины. Это замѣтно не только на уровнѣ бляшки, но и на всемъ протяженіи стѣнки въ промежуткахъ между утолщеніями. Нужно отмѣтить, что здѣсь нѣтъ ни рѣзкаго вросанія сосудовъ, ни разростанія соединительной ткани, которая встрѣчается въ стѣнкѣ лишь въ нормальномъ количествѣ.

Таковы данныя при разсматриваніи со слабымъ увеличеніемъ. Разсматривая внутреннюю оболочку подъ сильнымъ увеличеніемъ, находимъ, что еще тамъ, гдѣ обѣ lamellae ея сохранены, онѣ до извѣстной степени несутъ въ себѣ признаки болѣзненнаго состоянія. Болѣе уклоненій представляетъ lamella interna, которая часто теряетъ непрерывность и по мѣстамъ разволокняется, при чѣмъ часть отдѣлившихся отъ нея листковъ заполняетъ интерламеллярное пространство. Нѣсколько страдаетъ и наружная пластинка. Правда, она сохраняетъ свою непрерывность, но, съ одной стороны, имѣетъ не ровнѣ оливачевый діаметръ, а съ другой—на косвенныхъ срѣзкахъ представляетъ палисадообразное строеніе. Начало бляшки обнаруживаетъ утолщеніе lamellae externae и непосредственно надъ нею соединительную ткань, не густо инфильтрованную круглыми клѣтками. Среди этой ткани мы находимъ значительное количество эластическихъ элементовъ. Послѣдніе расположены то довольно густо, то оставляютъ свободные промежутки, въ которыхъ одни окрашиваются яркимъ зеленымъ цвѣтомъ (соединительная ткань), другіе—слабымъ коричневымъ (распадъ?). Выше лежатъ правильно расположенные ряды эластическихъ элементовъ, представляющіе два или три, отграниченные другъ отъ друга соединительной тканью слоя по нѣсколько цуговъ въ каждомъ. Цуги, окрашенные, какъ эластическіе элементы, представляются рядами точекъ, болѣе или менѣе сближенныхъ между собою. Внутренній слой intimaе содержитъ ядра и мельчайшую, слабо окрашенную въ коричневый цвѣтъ зернистость. Центръ или аспе бляшки въ поверхностныхъ слояхъ обрашивается въ зеленый цвѣтъ (соедин. ткань), въ которомъ пробѣгаютъ мутныя, безструктурныя коричневыя прослойки. Глубже соединительная ткань неправильно перемѣшана съ эластическими элементами, среди которыхъ часть составляютъ результатъ распада внутренней пластины, а часть, вѣроятно тѣ, которые при разсматриваніи съ масляной

системой (Zeiss. $\frac{1}{12}$), представляются въ видѣ пунктирныхъ волоконцевъ, являются повообразованными. Въ общемъ однако картина смутна.

Пластини mediae представляютъ полный распадъ на обломки до очень малой величины. Если попадаются иногда участки довольно значительной длины, то они вытянуты, какъ струпа, совершенно лишены волнистости. Нѣкоторые изъ нихъ имѣютъ зубчатые контуры, что рѣзче выступаетъ при сильныхъ увеличеніяхъ, на концахъ утолщены, какъ бы вздуты. Часто кучи обломковъ сливаются въ одну общую темную массу.

Совершенно подобныя измѣненія имѣются и въ другихъ случаяхъ атероме аортæ. Но слѣдуетъ отмѣтить, что тамъ гдѣ утолщеніе внутренней оболочки нѣсколько меньше описаннаго случая, и не настолько значительна деструкція эластическихъ элементовъ mediae. И вмѣстѣ съ тѣмъ въ этихъ случаяхъ яснѣе выражено вращаніе сосудовъ со стороны наружной оболочки сосуда. Съ другой стороны, здѣсь можно замѣтить, какъ и въ двухъ первыхъ группахъ, разрастаніе соединительной ткани довольно обширными участками, обнаруживающимися при окраскѣ даже для неворуженнаго глаза. Подобные участки можно пайти въ промежуткахъ между бляшками, при неутолщенной intima

Случаи хроническаго нефрита интересны въ силу вызываемаго нефритическимъ процессомъ повышенія кровяного давленія—механической моментъ, данный въ организмѣ при жизни, вліяющей на стѣнку сосуда. Ядерная окраска, кромѣ участковой инфильтраціи adventitiae и легкаго утолщенія intimae по мѣстамъ, но не въ видѣ бляшекъ, ничего особеннаго не обнаруживаетъ. По окраскѣ Кажа'евской смѣсью обнаруживается въ стѣнкѣ большее сравнительно съ нормою количество соединительной ткани. Специфическое окрашиваніе эластическихъ элементовъ даетъ слѣдующаго рода картины. Уже при слабомъ увеличеніи бросается въ глаза вытянутость пластинъ средней оболочки. Intima не представляетъ обычной структуры, она кажется толстой и диффузно окрашенной. Сильное увеличеніе также не даетъ возможности разграничить lamellae intimae. При разсматриваніи получается такое впечатлѣніе, будто обѣ пластинки, разволокнившись, заняли своими остатками все интерламеллярное пространство. Эластическіе элементы, полученные отъ разволокненія то вилообразно расщепляются, то неправильно изгибаются, то угловато сморщиваются, разрываются, представляя обрывки или съ прямыми ровными краями или зубчатыми или веретенообразно заостренными. По мѣстамъ можно видѣть однако тонкія извивающіяся волокна, принадлежащія, несомнѣнно, stratum interlamellare. Что касается эластичес-

кихъ элементовъ *mediae*, то сглаживаніе волнистости ламелль еще болѣе отчетливо и прежде всего обращаетъ на себя вниманіе. Но вмѣстѣ съ тѣмъ явственно выступаетъ неровность контуровъ большинства пластинъ. Изъѣденность ламелль ведетъ нѣкоторыя изъ нихъ къ распаду на кусочки, сохраняющіе въ большей части ходъ пластины. Наряду съ потерей волнистости, ламелли сближены, особенно въ центральныхъ частяхъ *mediae*, иногда почти прикасаются одна къ другой. Благодаря этому, межпластинчатая связующія сѣти и волокна сдавлены, сбиты въ неправильныя кучи. По мѣстамъ пластины расщеплены по длинѣ на два листка, идущіе параллельно другъ другу. Толщина ламелль неодинакова, часто диаметръ одной и той же измѣняется на протяженіи ея въ полѣ зрѣнія нѣсколько разъ. Наружная треть средней оболочки обнаруживаетъ востаніе сосудов.—Въ одномъ случаѣ удалась окраска полихромовой синькой внутреннихъ пластинъ *mediae* и отчасти эласт. элементовъ витимы. Въ этомъ случаѣ окрашиваніе представило нѣкоторую особенность, во 1-хъ, потому, что въ *intima* окрасилась только наибольшіе обрывки, тогда какъ пластинки *mediae* восприняли окраску на довольно значительномъ протяженіи, но не чисто сиваго цвѣта, а розовато-синеваго или свѣтло фіолетоваго.

Въ препаратахъ, относящихся къ пятой группѣ (туберкулезъ), обращаетъ на себя вниманіе значительное истонченіе стѣнки, подмѣчаемое уже макроскопически. Внутренняя оболочка не утолщена. Мышечные элементы средней оболочки представляютъ явленія атрофіи; рѣзко замѣтно востаніе сосудовъ, которые нѣрѣдко можно видѣть даже во внутреннихъ слояхъ *mediae*. Окраска индигопикриновой смѣсью обнаруживаетъ увеличеніе соединительной ткани на всемъ протяженіи стѣнки. Эластическая ткань претерпѣваетъ значительныя измѣненія въ смыслѣ разрушенія ея элементовъ и потери нормальнаго распредѣленія. *Lamella interna* внутренней оболочки часто отслоена, *lamella externa* крайне тонка и часто разорвана *stratum Subendotheliale* отсутствуетъ. *Stratum interlamellare* нѣрѣдко сохранено. Эластическія пластинки *mediae* лишены волнистости, вытянуты, истончены, разорваны, сбиты. Видъ препарата измѣненъ по мѣстамъ до неузнаваемости. Эластическіе элементы иногда слабо окрашиваются. Наряду съ нарушеніемъ структуры замѣчаются и химическія измѣненія въ эластической ткани—превращеніе ея въ эладинъ, что въ одномъ случаѣ подмѣчено на протяженіи почти всей стѣнки.

Что бы яснѣе и короче представить наблюдавшіяся мною измѣненія эластической ткани аортальной стѣнки, я сгруппирую ихъ по слоямъ стѣнки.

Intima. Въ субъэндотеліальномъ слоѣ, при утолщеніи внутренней оболочки можно видѣть новообразованныя (?) эластическія волокна. Этотъ слой въ большей части случаевъ отсутствуетъ въ патологически измѣненной аортѣ. *Lamina interna* исчезаетъ какъ при утолщеніи *intimae*, такъ и въ этогo процесса; она иногда утолщается въ началѣ артеріосклеротической бляшки, а на протяженіи послѣдней видны бываютъ лишь обрывки ея, болѣе или менѣе интенсивно окрашенные; нерѣдко она расщеплена по длинѣ или распадается поперечно или на болѣе крупныя куски съ сохраненіемъ направленія и безъ сохраненія хода ламелли или на болѣе мелкіе обрывки разнаго вида и контуровъ до мельчайшей зернистости; она можетъ отслаиваться, неправильно взвиваться, истончаться, какъ бы истончаться; нерѣдко она совершенно выпрямляется, иногда впячивается либо въ полость сосуда, либо въ интерламеллярное пространство; иногда она представляетъ микроскопическія трещины или разрывы, слабость или отсутствіе окраски, надломы, набуханіе, видообразное расщепленіе.—*Stratum interlamellare*, если сохранено, обнаруживаетъ ясно присутствіе мельчайшихъ волокоцевъ. Когда оно расширено (при утолщеніи *intimae*), то наряду съ ними и съ распадомъ отъ ламелль содержитъ и новообразованныя (?) пунктирные эластическія волокна. Межпластинчатое пространство иногда сужено вслѣдствіе сближенія пластинъ или даже вовсе уничтожено при соприкосновеніи послѣднихъ. Весьма нерѣдко оно сплошь заполнено распадомъ обращенныхъ другъ къ другу листовъ ламелль.—*Lamina externa* гораздо рѣже представляется измѣненной, нежели внутренняя пластинка. Наиболѣе частыми измѣненіями ея являются: вздутіе, расщепленіе по длинѣ, извѣданіе контуровъ, поперечныя разрывы; рѣже истонченіе, распадъ на обломки и зерна.

Media. Во внутренней трети часто представляетъ совершенно аналогичныя *intimae* измѣненія, такъ что иногда трудно намѣтить границу между этими слоями, между тѣмъ какъ остальная часть стѣнки менѣе разрушена со стороны эластическихъ элементовъ. Въ общемъ измѣненія эластическихъ элементовъ *mediae* сводятся къ слѣдующимъ рубрикамъ: 1) сглаживаніе волнистости эластическихъ пластинъ до полного выпрямленія; 2) смѣщеніе, спутанность, сближеніе и сліянiе ламелль (звѣздчатыя фигуры); 3) раздвиганіе ихъ; 4) выгибаніе отдѣльныхъ пластинъ или цѣлаго пучка ихъ въ ту или иную сторону; 5) слабость окраски; 6) какъ бы вакуолизациа; 7) различіе въ толщинѣ ламелль (истонченіе однихъ, набуханіе другихъ); 8) продольное расщепленіе; 9) поперечныя трещины; 10) разнообразныя нарушенія цѣлости и

различныя степени распада до пылеобразной зернистости; 11) распадъ связующихъ волоконъ, сбиваніе ихъ въ кучи, крайняя спутанность. Въ наружныхъ частяхъ *mediae* нерѣдко происходитъ востаніе соединительной ткани изъ паружной оболочки; это востаніе можетъ быть болѣе или менѣе глубокимъ. Иногда подмѣчается гиперплазія мышечной ткани.

Adventitia чаще всего представляетъ обильное развитіе сосудовъ, а со стороны эластическихъ элементовъ трудно указать чтонибудь характерное, броское.

Ограниченность обследованнаго матеріала не позволяетъ мнѣ сдѣлать какихъ либо широкихъ обобщеній. Однако я долженъ высказать въкоторыя соображенія, которыя, мнѣ кажется, допустимы на основаніи использованнаго матеріала.

1. Измѣненія аортальной стѣнки при хроническомъ эндокардитѣ весьма сходны съ измѣненіями при артеріосклерозѣ какъ для клеточныхъ элементовъ, такъ и для эластической ткани.

2. Утолщеніе внутренней оболочки не идетъ параллельно съ востаніемъ сосудовъ отъ адвентиціи и можетъ быть очень сильнымъ безъ этого явленія. Наоборотъ, значительное востаніе сосудовъ *adventitiae* наблюдается при незначительномъ утолщеніи внутренней оболочки и даже при отсутствіи утолщенія.

3. Деструкція эластическихъ элементовъ значительнѣе всего при рѣзкомъ утолщеніи *intimae*, съ одной стороны при обильномъ разрастаніи соединительной ткани во всей стѣнкѣ, съ другой. Въ первомъ случаѣ соединительная ткань замѣчается какъ въ *stratum subendotheliale*, такъ особенно въ *stratum interlamellare*, иногда изолировано, а чаще въ томъ и другомъ вмѣстѣ, но болѣе въ послѣднемъ (артеріосклерозъ, отчасти эндокардитъ). Въ другомъ случаѣ накопленіе соединительной ткани обнаруживается преимущественно въ *media* аорты, минуя *intimam* (туберкулезъ), либо равномерно въ той и другой (пиемические процессы, нефритъ). Такъ обр., развитіе соединительной ткани въ стѣнкѣ аорты не всегда является въ формѣ артеріосклеротическаго процесса, какъ онъ обыкновенно описывается (въ видѣ утолщенія *intimae*), а происходитъ диффузно во всей стѣнкѣ, при чемъ иногда болѣе въ *media*, нежели въ *intima*. Это явленія наблюдается и у молодыхъ людей; а какъ извѣстно, молодой возрастъ представляетъ значительную гарантію противъ развитія артеріосклероза ¹⁾. Поэтому гибель эла-

¹⁾ Правда послѣдній наблюдается у очень молодыхъ субъектовъ, даже на первомъ году жизни (Lobstein, Traité d'anatomie pathologique, 1833 г. Paris. т. 2 стр. 85), но какъ исключеніе. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ артеріосклерозъ наблюдается въ старческомъ возрастѣ. Лукьяновъ. *Op. cit.* 86 стр.

эластическихъ элементовъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ (гнойныя инфекціи, туберкулезъ, отчасти нефритъ) можетъ быть объяснена первично вслѣдствіе циркуляціи яда въ крови и пропитыванія имъ эластическихъ элементовъ (припомнимъ наблюденіе Галипа); и тогда развитіе соединительной ткани должно разсматривать, какъ вторичное явленіе, обыкновенно служащее цѣлямъ замѣщенія гибнущихъ элементовъ.

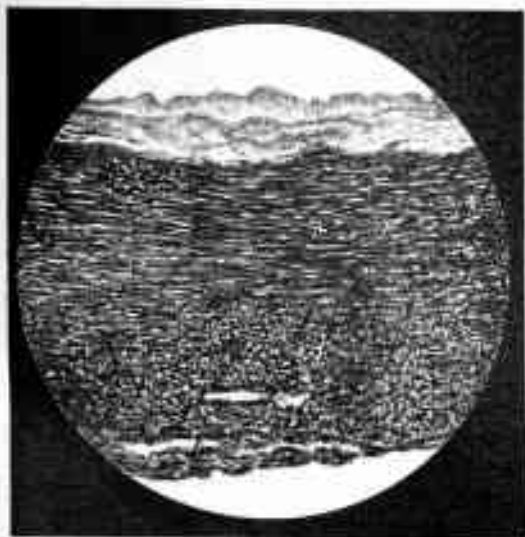
4. Превращеніе эластина въ элацинъ прежде всего подмѣчается только во внутренней оболочкѣ, потомъ распространяется на внутренній слой *mediae*, а позднѣе можетъ охватить всю стѣнку. Это химическое превращеніе, подмѣчаемое лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется циркуляція яда въ крови (пиемические процессы, туберкулезъ, нефритъ), и представляющее нѣкоторую послѣдовательность въ пораженіи поверхностныхъ и глубокихъ слоевъ, говорить, какъ кажется, за первичную гибель эластическихъ элементовъ.

5. Относительно новообразованія эластической ткани ничего опредѣленнаго нельзя сказать на основаніи видѣнныхъ мною картинъ. Кромѣ одного случая пунктирныхъ волоконецъ въ склеротической бляшкѣ, я нигдѣ не видѣлъ картинъ, напоминающихъ возрожденіе эластическихъ элементовъ. Вездѣ единственною картиною выступаетъ разрушеніе эластической ткани.

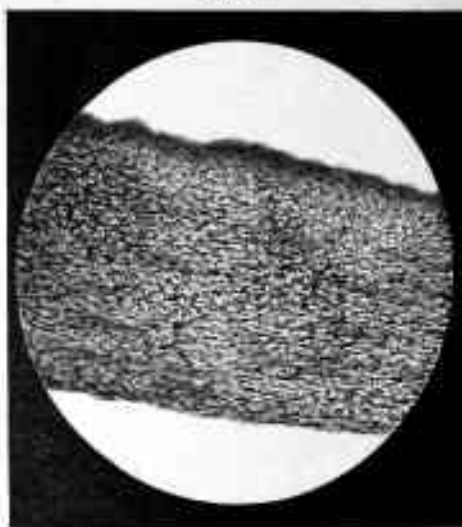
6. Явленій Цигмановской псевдосегментации я не находилъ ни при какихъ условіяхъ и не представляю себѣ возможности объясненія ихъ.

7. Подмѣченныя явленія деструкціи—расщепленіе ламель по длинѣ ихъ и поперечный распадъ, при чемъ на косвенныхъ срѣзахъ получается картина палисадообразнаго строенія, можетъ быть, указываетъ на строеніе эластическихъ пластинъ изъ отдѣльныхъ волоконъ или пучковъ, спаивающихся другъ съ другомъ, и наложенія образовавшихся такимъ путемъ листовъ одинъ на другой.

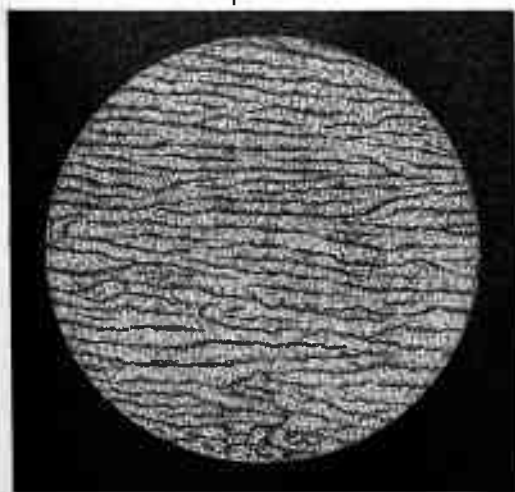
Фиг. 1.



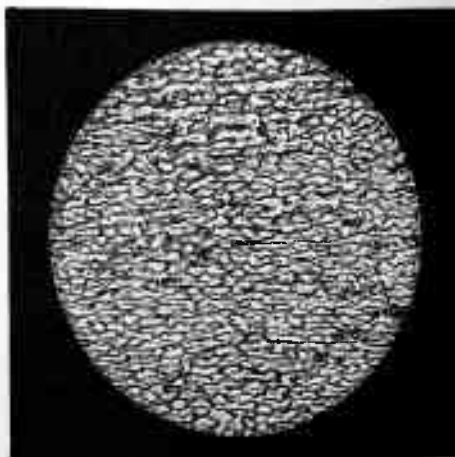
Фиг. 2.



Фиг. 3.

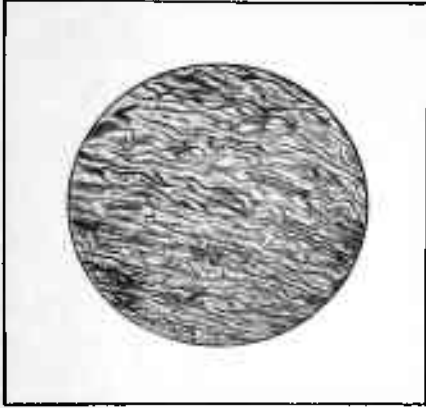


Фиг. 4.

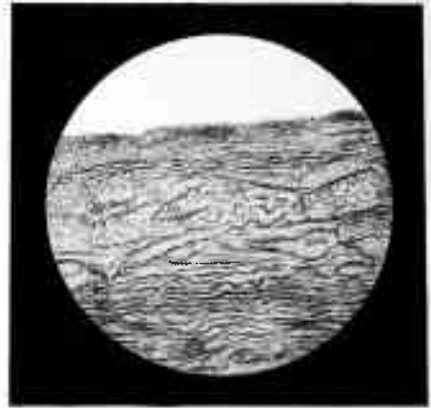




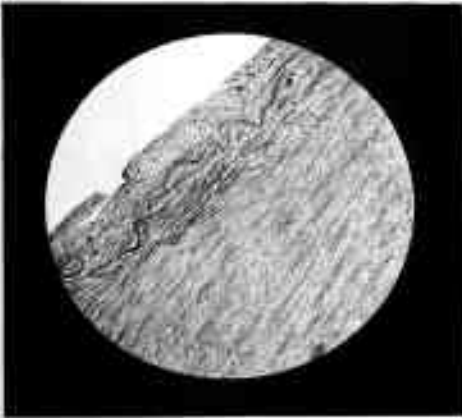
Фиг. 1.



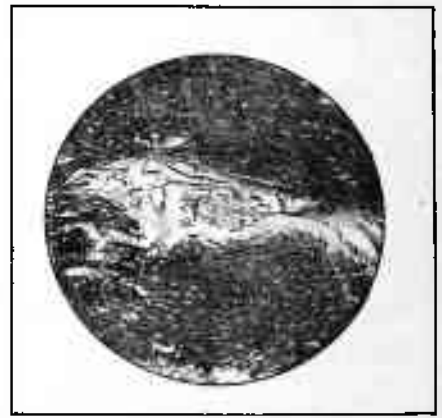
Фиг. 2.



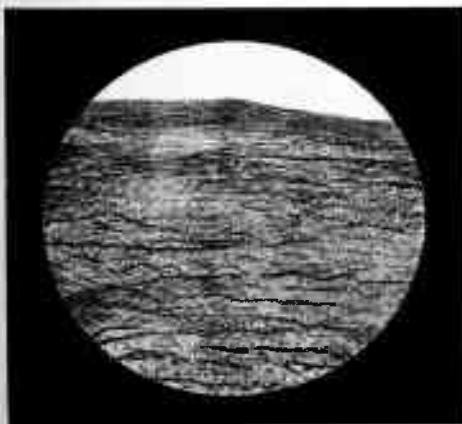
Фиг. 3.



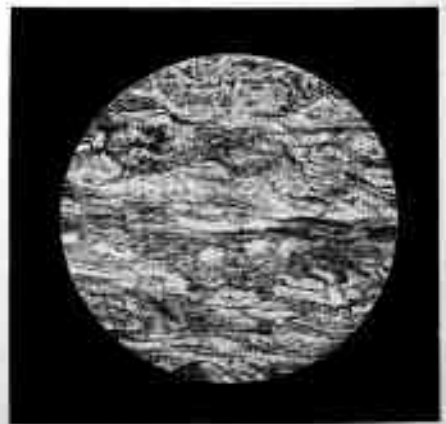
Фиг. 4.



Фиг. 5.



Фиг. 6.





Объясненіе къ фотограммамъ:

Таблица I.

Фиг. 1. Стѣнка аорты при эндокардитѣ. Общес диффузное утолщеніе *intimae*. Отсутствіе пластинъ ея, разрушаемыхъ соединительной тканью. *Lamellae mediae* вытянуты и сближены. Слабое увелич. Zeiss. syst. 3. Ос. 4.

Фиг. 2. Стѣнка аорты при туберкулезѣ. Деструкція эластическихъ пластинъ и увеличеніе соединительной ткани. *Media* и *intima* не ограничиваются другъ отъ друга вслѣдствіе деструктивнаго измѣненія пластинъ послѣдней. Слабое увелич. Zeiss. syst. 3. Ос. 4.

Фиг. 3. Стѣнка аорты при *ruaemia*. *Media*. Разрушеніе ея пластинъ и межлямеллярныхъ связующихъ сѣтей. Сильное увеличеніе. Syst. 6, Ос. 4.

Фиг. 4. Стѣнка аорты при артеріосклерозѣ и эндокардитѣ. *Media*. сильное увеличеніе. Syst. 6, Ос. 4.

Таблица II.

Фиг. 1. Аорта 6 лѣтнаго ребенка (смерть послѣ операціи). Сравнительно нормальное строеніе пластинъ *mediae*. Сильное увеличеніе Syst. 6. Ос. 4.

Фиг. 2. Аорта при гнойной инфекціи (*otitis media purulenta*). Расщепленіе пластинъ *intimae*. Рѣзкое разрушеніе ламелль *mediae*, лежащихъ непосредственно подъ *intima*. Сильное увеличеніе. Syst. 6 Ос. 4.

Фиг. 3. Окраска элацина. Пластины *intimae* и ядра окрашены. Фонъ свѣтлый, піэмическій процессъ. Сил. ув. S. 6. Ос. 4.

Фиг. 4. Вростаніе соединительной ткани между пластинами *mediae*. Сосудъ въ поперечномъ разрѣзѣ. Ядра вѣткокъ. Сильное увеличеніе. Syst. 6. Ос. 4.

Фиг. 5. Стѣнка аорты нефритика. Выпрямленіе и разрушеніе пластинъ въ *intima* и *media*. Сильное увеличеніе Syst. 6. Ос. 4.

Фиг. 6. *Mediae aortae* при туберкулезѣ. Сильное увеличеніе. Syst. 6. Ос. 4.

Случай церебрального гуммозного менингита съ благопріятнымъ исходомъ.

В. П. Первушина.

(Окончаніе) ¹⁾.

Признавая сифилитическую основу заболѣванія, я предложилъ больному, по совѣщаніи съ профессоромъ А. Г. Ге, специфическое леченіе. Въ виду интереса, представляемаго теченіемъ болѣзни подъ вліяніемъ терапіи, роль которой обрисовывалась въ данномъ случаѣ особенно эффектно, я приведу почти цѣликомъ свою ежедневную записку за состояніемъ больного.

28/VI. Больной 2 предыдущихъ дня не выходилъ изъ дому, благодаря сильному приступу головной боли со рвотой, головокруженію, общей слабости. Сегодня лучше, почему больной побывалъ у профессоровъ Е. В. Адамюка и А. Г. Ге и у меня. Имѣется общая тяжесть головы, легкое головокруженіе, самочувствіе плохое; пульсъ 75; незначительная одышка.—Сдѣлана 1 injectio sol. Hydragyri salicylicae neutralis 1^o/₁₀ въ количествѣ 1,0 с.с.

29/VI. Съ утра—обычный тяжелый приступъ головной боли со рвотой, общей слабостью; лежить въ постели, почему я долженъ былъ пріѣхать на домъ. При малѣйшихъ движеніяхъ—головокруженіе, тошнота; пульсъ 68, средняго наполненія, безъ аритміи. Кашля нѣтъ. Всѣ движенія сильно отзываются на головѣ, вызывая острую боль; часто позоываетъ на рвоту.—2 inj. Hg.—1,5 с.с.; ледъ на голову, глотаніе льда; aspirin + phenacetin. Spiritus aethereus при тошнотѣ.—Clysm. Мушка на затылокъ.

30 VI. Вчера день и сегодня ночь провелъ плохо; общее состояніе ухудшилось, ослабѣлъ значительно, аппетита отсутствуетъ, нѣсколько разъ рвота, не ѣсть ничего, сильная головная боль, жажда; t° 37,4, P. 62. Испражненія мучительны (усиливается головная боль).—Clysm. Idem. 3 inj. Hg. 1,7 с.с. Sol. Kal. jodati ex 8,0:200,0 (cum aq. Menth.)—по 3 ст. л. въ день.—Моча безъ бѣлка, выдѣляется свободно.

¹⁾ См. «Каз. Мед. Журналъ», Апрель 1902 г.

1/VI. Ночь не спать; забывается на нѣсколько минутъ днемъ и ночью, первого бредитъ; все время весьма сильная головная боль, временами обостряющаяся до самозабвенія. Часто тошнить; ѣсть мало; по словамъ родныхъ, іодъ не переноситъ (рвота). Р. 60. Общее состояніе хуже, но еще можетъ немного „шутить“ съ врачомъ, умоляетъ о томъ, чтобы его вылечили.—4 inj. Hg. 2,0. T. valer. aether. K. jodat. 2,0 pro die.

2/VI. Ночью и сегодня весь день очень плохъ: сильнѣйшіе приступы головной боли, рвота, головокруженіе, слабость общаѣ, частая икота; сильно похудѣлъ, осупулся, черты лица заострились, легкій цианозъ губъ, кончика носа, пальцевъ, груди; ознобъ. Р. 44, слабовать.—Вѣрно давать бульонъ, яйцо, молоко и обязательно K. jodat. (въ молокѣ). Пузырь съ горячей водой на область сердца, бутылки къ ногамъ. T. valer. aeth. 5 inj. Hg. 2,0. K. jod. 3,0 pro die

3/VI. Нѣсколько лучше, меньше головная боль и икота; немного поспалъ ночью; днемъ—временемъ забывается; тошнить иногда, раза 2 „срыгиваль“; небольшой аппетитъ; значительная слабость. Р. 58.—6 inj. Hg. 2,3 сс. K. jod. 3,5 gm. pro die. Моча безъ бѣлка.

4/VI. Состояніе почти какъ и вчера; аппетита, сонъ и настроеніе подлише; головная боль утромъ и днемъ; 3 раза вырвало; стулъ нормальный. Р. 60.—7 inj. Hg. 2,4 с.с. K. jod. 4,0 pro die, переносится хорошо.

5/VI. Аппетитъ хорошъ, но ѣсть боится; рвота 1 разъ; головная боль стала острая, рѣзкая (прежде тупая), головокруженіе, усиливающимся при движеніяхъ; лежитъ. Днемъ былъ тяжелый приступъ общей слабости, задыхался, по словамъ родныхъ, при цианозѣ лица, груди. Р. 60.—8 inj. Hg. 3,0 с.с. K. jod. 4,0 pro die

6/VI. Сильная головная боль и головокруженіе, большой упадокъ силъ; не спать почти вовсе, забывается временемъ, но находится въ сознаніи; съ ранняго утра приступы одышки, временами сильный цианозъ лица, груди. Р. 56—60, безъ аритміи, но слабого наполненія. Рвота раза 2.—9 inj. Hg. 3,0 с.с.; K. jod. 5,0 pro die; мушка на запястьи (2-я). Въ виду тяжелаго состоянія присоединены еще фрикціи: Ung. mercuriale gris. fort. 3,0—1.

7/VI. Состояніе нѣсколько лучше, головная боль слабѣе, есть аппетитъ; немного спалъ ночью. Р. 72. Слабило 1 разъ.—10 inj. Hg. 3,0 с.с. K. jod. 7,0 pro die. Кромѣ того, Natrii bromati 2,0 и 2 frict. Ung. Hg. 3,0,

8/VI. Спаль довольно хорошо и много (съ 10 ч. в. до 8 ч. у.); тошнота, рвоты нѣтъ; голова немного тяжелая, изрѣдка острая боль. Утромъ нѣсколько разъ прослабило съ болью въ животѣ. Самочувствіе хорошее, хочется встать съ постели, но при этомъ сейчасъ же появляется головокруженіе. P. 75.—11 inj. Hg. 3,0. 3 frict. unq. Hg. 3,0. K. jod. 8,0 pro die. T. opii simpl. gutt. vi—2 раза. Смазываніе десенъ, энергичныя полосканія рта S. Kali chlorici 2‰.

9/VI. Желудокъ исправился; тошноты нѣтъ; временами сильная головная боль; сонъ крѣпкій днемъ и ночью. Нервозенъ, капризенъ, раздражителенъ. Dyspnoe hysterica. Аппетитъ есть. P. 72. Легкій gingivitis.—12 inj. Hg. 3,0. 4 frict. unq. Hg. 3,0. K. jodat 10,0 pro die.

10/VI. Сонъ хорошъ, утромъ голова свѣжа, съ 11 час. немного болитъ. Желудокъ въ порядкѣ; тошноты и рвоты нѣтъ; временами головокруженіе. P. 85.—13 inj. Hg. 2,0; 5 fr. unq. Hg. 3,0. K. jod. 10,0 pro die.

11/VI. Спаль похуже; аппетитъ есть; прослабило 1 разъ; незначительная головная боль; тошнота и головокруженіе при вставаніи, при движеніяхъ. Сонъ покрѣпче, общій видъ значительно лучше. Полость рта въ порядкѣ. P. 75.—14 inj. Hg. 2,0; 6 fr. unq. Hg. 3,0; K. jod. 10,0 pro die.

12/VI. Аппетитъ, сонъ вполне удовлетворительны; было дѣйствіе желудка. Голова не болитъ, кружится лишь при вставаніи. Не тошнитъ. P. 80.—15. inj. Hg. 2,0 с.с.; 7 fr. Unq. Hg. 3,0; Na. jod. 8,0 pro die.

13/VI. Чувствуетъ себя хорошо, сидитъ; въ глазахъ легкая муть. Сильное потоотдѣленіе. Голова не болитъ, не кружится. P. 90.—16 inj. Hg. 1,5 с.с. 8 fr. unq. Hg. 3,0. Na. jod. 8,0 pro die.

14/VI. Сердцебиеніе сильное вчера вечеромъ, а сегодня утромъ болѣе слабое; аппетитъ есть; голова болитъ мѣстами вверху, не кружится; не тошнитъ. Sudoritas. Прослабило 3 раза. P. 90.—17 inj. Hg. 1,5. Na. jod. 4,0 pro die. T. opii; фрикции оставлены.

15/VI. Голова немного тяжеловата, не кружится; тошноты нѣтъ. Желудокъ исправенъ; ночью чувствовалъ „боль въ сердцѣ“. P. 90.—18 inj. Hg. 1,5 с.с. Na. jod. 5,0 pro die. T. valer. aether.

16/VI. Боль въ области сердца не особенно значительная; самочувствіе прекрасное, радостное настроеніе, аппетитъ есть; сталь поправляться силами; желудокъ, полость рта въ порядкѣ. Встаетъ на ноги, можетъ не долго стоять. P. 90.—19 inj. Hg. 1,5 с.с. Na. jod. 4,0. pro die.

17/VI. Состояніе вполне удовлетворительно. Р. 90. Началь немного ходитъ по комнатѣ.—20 inj. 1,5 cc. Hg. Na. jod. 4,0 pro die.

18/VI. Въ области сердца (?) втеченіе минутъ 10 сильная боль; голова немного тяжела, не кружится, не болитъ. Р. 90, тоны сердца чисты, громки.—21 inj. Hg. 1,5 cc. Na. jod. 4,0 pro die.

19/VI. Небольшая боль въ „сердцѣ“; самочувствіе хорошее; ходить дома много. Р. 90.—22 inj. Hg. 1,5 cc. K. iod. 4,0 pro die.

20/VI. Небольшая головная боль съ утра (вчера волновался, былъ раздраженъ); чувствуетъ себя хорошо. Р. 90.—23 inj. Hg. 1,5 cc. K. jod. 4,0 pro die.

21/VI. Много ходитъ, по дому, по саду. Р. 90. 24 inj. Hg. 1,5 cc. K. jod. 4,0 pro die.

22/VI. Сонъ, аппетитъ, дѣйствіе желудка—правильны; голова не болитъ, съ утра немного тяжеловата, хорошее самочувствіе. Видно поправлѣніе, цвѣтъ лица вмѣсто прежняго блѣднаго, землистаго становится нормальнымъ Р. 90. Выходитъ изъ дома на улицу.—25 inj. Hg. 1,5 cc. K. jod. 4,0 pro die.

Въ дальнѣйшемъ идетъ постепенное возстановленіе силъ и здоровья; большой много времени началъ проводить на открытомъ воздухѣ, усиленно питаться и соблюдаетъ предписанный ему гигиенически-діетическій режимъ.

16/VI закончено ртутное леченіе: сдѣлано было 50 inj. Hydragr. Salicyl. neutr. sol. 1^o/₁₀, причѣмъ послѣднія 10 inj. ввовъ по 2,0; керевосилое леченіе хорошо, безъ какихъ бы то ни было неблагоприятныхъ послѣдствій.

20/VI бывшій паціентъ по моей просьбѣ побывалъ вторично у проф. Е. В. Адамюка, который нашелъ, что „теперь дно глаза можно считать нормальнымъ, такъ какъ остается лишь небольшая гиперемія папиллы, по тѣхъ воспалительныхъ измѣненій и кровоизліяній въ папиллахъ, что были раньше, теперь не имѣется вовсе, что пріятно констатировать“.—Самъ онъ чувствуетъ себя бодрымъ, крѣпкимъ—совершенно здоровымъ. Р. 90.

1/XI. Сонъ, аппетитъ, отправленія желудка, мочеиспусканіе совершенно правильны; голова не кружится, не болитъ; за эти 2 мѣсяца была лишь разъ небольшая и непродолжительная ломота въ головѣ; тошноты нѣтъ. Иногда чувство усталости послѣ запятій, вполне понятное и законное, такъ какъ субъектъ дѣлаетъ въ день по 8—10 верстъ пѣшкомъ, принялся за свою обычную дѣятельность и съ моего разрѣшенія ввовъ даетъ уроки, не позволяя, однако, себѣ переутомляться. Иногда испытываетъ покалываніе въ области сердца;

одышки нѣтъ.—Сухожильные рефлексы нормальны, атаксіи нѣтъ, правый зрачекъ все еще нѣсколько шире лѣваго, реакція ихъ гораздо лучше, живѣе. Р. 81. Легкій tremor digitorum. Болей нѣтъ нигдѣ. Лѣвый глазъ немного косить кнаружи; глазныя яблоки попережнему нѣсколько выпуклы, особенно лѣвое. Самочувствіе осличное. Чувствительность не разстроена.

Итакъ, въ общихъ чертахъ теченіе болѣзни сводится къ тому, что въ первые дни курірованія, начиная съ 29/VI, состояніе паціента рѣзко ухудшалось: усилилась головная боль ad maximum въ связи съ головокруженіемъ, рвотой, появилась свѣлая общая слабость; при нормальной t^0 пульсъ началъ замедляться, дойдя 2/VII до 44 ударовъ въ 1'; временемъ наступало легкое коматозное состояніе, непродолжительный бредъ; судорогъ не было; временами силы падали, наступала одышка, цианозъ груди, конечностей, нкота и т. д.; аппетитъ плохъ. 3/VII и 4/VII—состояніе нѣсколько лучше, 5/VII и особенно 6/VII состояніе очень тяжелое; съ 7/VII—быстрый поворотъ къ выздоровленію: ослабѣваетъ головная боль, исчезаетъ рвота, появляется аппетитъ, живительный сонъ, хорошее самочувствіе; остается тупая, временами обостряющаяся головная боль, тошнота, головокруженіе, общая слабость; пульсъ становится чаще и полнѣе. Съ 8/VII улучшеніе замѣтно прогрессируетъ, допуская незначительное усиленіе или возвращеніе прежнихъ симптомовъ въ слабой степени и на короткое время: рвота прекратилась 8/VII, тошнота—9/VII, головная боль 12/VII, головокруженіе 13/VII; съ 13/VII больной началъ сидѣть въ постели, съ 16/VII—вставать на ноги, съ 17/VII—ходить по комнатѣ, съ 20/VII—выходить въ садъ, съ 22/VII—выходить на улицу. Временами (съ 8/VII) бывала легкая головная боль; общее состояніе видимо улучшалось: больной ползѣлъ, крѣпкъ, здоровѣлъ, приобрѣтала и жировую подкладку, и здоровый цвѣтъ покрововъ и къ концу леченія (16/VIII) чувствовалъ себя бодрѣе и достаточно здоровымъ, такимъ, какимъ не былъ уже больше года.

Нѣкоторыя детали теченія болѣзни представляютъ для насъ интересъ; такъ, замедленіе пульса совпадало съ усиленіемъ другихъ симптомовъ и, свидѣтельствуя о повышеніи внутречерепного давленія, говорило за продолжавшійся ростъ гумознаго новообразованія; съ ослабленіемъ прочихъ припадковъ пульсъ начинаетъ возвращаться къ нормѣ,—слѣд., давленіе внутри черепа уменьшалось, опухоль стала подвергаться обратному развитію, рассасываться. Тоже самое относится и къ головной боли, головокруженію, рвотѣ.—Представляетъ извѣстный интересъ и самый порядокъ исчезновенія отдѣльныхъ симптомовъ.—Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни иногда обнаруживались такіе симптомы, какъ усиленное потоотдѣленіе, сердцебіеніе, боли въ области сердца; ихъ возможно отнести за счетъ вліянія

препаратовъ ртути и іода, вводимыхъ въ довольно большихъ количествахъ, хотя и подъ строгимъ контролемъ. Примѣшались сюда и чисто истерическія явленія: одышка временами, при хорошемъ самочувствіи и пульсѣ, сердцебіеніи и т. д.

Далѣе, паводить на рядъ размышленій самая терапия и достигнутые ею у больного результаты. Лечение, предпринятое въ данномъ случаѣ, можно назвать энергичнымъ (этого требовало положеніе больного); такъ съ 28/VI по 14/VII было сдѣлано 50 подкожныхъ вприскиваній *Sol. Hydrargyri salicylici neutralis* 1%_v въ количествѣ по 1.5 cc. въ первые 3 дня, затѣмъ 3 дня по 2.0 cc., 6 дней по 3.0 cc., 3 дня по 2.0 cc., 25 дней по 1.5 cc. и 10 дней по 2.0 cc., итого 92 cc. 1%_v раствора ртути, т. е. за все время введено 0.92 gm. салициловой ртути. Помимо того, съ 6/VI по 13/VII сдѣлано 8 втираній *Ung. Hydrargyri cinerei fort.* по 3.0 gm., т. е. всего употреблено 24 gm. сѣрой мази. Далѣе, больной получалъ препараты іода въ постепенно возрастающихъ дозахъ, отъ 2 до 10 gm. *Kalii* (или *Natrii iodati*) въ день, употребивъ такимъ образомъ до 219 gm. іодистой соли втеченіе этихъ 50 дней. И, не взирая на подобное почти героическое лечение, состояніе больного не только не ухудшалось, но, напротивъ, съ уменьшеніемъ болѣзненныхъ признаковъ съ каждымъ днемъ улучшалось, силы крѣпли—фактъ достойный того, чтобы на него обратить вниманіе; съ нимъ мы сталкиваемся перѣдко у постели больныхъ—сифилитиковъ: надо думать, что применяемая лекарственная вещества, вводимая въ организмъ въ столь большихъ количествахъ, нейтрализуютъ циркулирующія въ жидкостяхъ и тканяхъ организма ядовитые специфическіе продукты и побуждаютъ тканевые элементы къ болѣе энергичной борьбѣ за свое существованіе: устраняя же пораженіе какого-либо важнаго органа, терапия содѣйствуетъ восстановленію его правильныхъ функций и нормальнаго вліянія на общую жизнь организма. За все время леченія больного лишь 8/VI и 14/VII прослабило по нѣскольку разъ, да 9/VI—10/VI былъ легкій *gingivitis*, что устранялось легко соответствующими мѣрами; лечение такимъ образомъ переносилось хорошо. Отсюда, на мой взглядъ, можно сдѣлать тотъ выводъ, что при соответствующихъ показаніяхъ (угрожающіе жизни или благополучію субъекта симптомы) можно и должно раздвигать рамки нашей обычной дозировки употребляемыхъ при леченіи сифлиса фармацевтическихъ препаратовъ (ртути и іода), тщательно, разумѣется, слѣдя за состояніемъ больного (полость рта, отравленія желудочно-кишечнаго канала, моча, глазное дво-итаніе зрительныхъ нервовъ, общее питаніе субъекта) и должнымъ образомъ оцѣнивая терапевтической эффектъ. Точно также не слѣдуетъ шаблонно придерживаться всегда и всюду такъ называемыхъ „курсовъ“: и продолжитель-

ность леченія должна строго индивидуализироваться, предоставляя врачу широкій просторъ въ выборѣ и характерѣ нужныхъ мѣропріятій.

Въ данномъ случаѣ имѣлся несомнѣнный терапевтический эффектъ отъ примененія специфической терапіи: цѣлыхъ 2½ мѣсяца симптомы нарастали, дойдя до крайне тягостной степеня, вызвавъ neuritis optica и т. п., а по истеченіи 10 дней проведенія специфической терапіи, примененной настойчиво въ самый разгаръ болѣзни, когда невольно приходила въ голову мысль о безуспѣшности врачебнаго вмѣшательства (а родственники больного спрашивали врача: „не лучше ли бросить леченіе, предоставивъ все на волю Божию?“).—въ состояніи больного происходитъ быстрый поворотъ къ лучшему, а далѣе идетъ уже явное и прочное восстановление здоровья. Другое объясненіе фактовъ привести трудно—о случайномъ совпаденіи, конечно, не могло быть рѣчи—такъ разительно было вліяніе терапіи. Этотъ успѣхъ зависѣлъ, очевидно, отъ того, что патологическій процессъ въ оболочкахъ головного мозга не успѣлъ еще вызвать рѣзкихъ деструктивныхъ измѣненій въ мозговой и нервной субстанціи и окружающіихъ тканяхъ, почему и подвергся подъ вліяніемъ терапіи довольно быстрому обратному метаморфозу. Терапія, слѣд., была своевременна, откуда вытекаетъ, какъ неизбѣжный выводъ, —необходимость возможно ранняго и настойчиваго примененія нашихъ лечебныхъ мѣропріятій при сифилисѣ нервной системы (принимая, конечно, во вниманіе показанія и противопоказанія). Отсюда, съ другой стороны, выясняется вся важность возможно ранняго распознаванія этого рода заболѣваній, вся важность дифференціальнаго діагноза. А между тѣмъ послѣднее на практикѣ не всегда удается въ виду бывающей нерѣдко недостаточной ясности клиническихъ и анамнестическихъ данныхъ. По отношенію къ мозговому сифилису приходится иногда исключать такіа даже заболѣванія, какъ истерія, неврастенія, „cephalea“, hemisrania и т. д.; громадную услугу въ данномъ отношеніи оказываетъ изслѣдованіе глазъ (visus, поле зрѣнія и глазное дно), къ которому слѣдуетъ прибѣгать во всѣхъ сколько-нибудь подозрительныхъ случаяхъ, причемъ даже и отрицательный результатъ этихъ изслѣдованій не говоритъ еще здѣсь за отсутствіе органическаго церебральнаго пораженія. Во всѣхъ случаяхъ, подающихъ поводъ подозрѣвать наличность мозгового сифилиса—даже при отсутствіи строгой фактической къ тому основы, необходимо провести специфическую терапію хотя бы изъ принципа „ex juvantibus“, при соблюденіи вышеупомянутыхъ предосторожностей. По поводу только что высказаннаго можно бы привести не мало наблюденій изъ литературы и изъ практики, между прочимъ,

и пашей Казанской первой клиники; ради иллюстраціи позволю себѣ сослаться на только что оставившую нашу клинику больную Е. и двухъ другихъ больныхъ, К. и Г.

Е., 36 л., замужемъ 18 л., имѣла 7 дѣтей, изъ которыхъ 2 умерло; мужъ ея съ 1893 г. боленъ сифилисомъ, сама же сифилитическихъ явленій, какъ говорить, не имѣла, всегда пользуясь хорошимъ здоровьемемъ.—Съ марта 1901 г. сильные головныя боли, съ апрѣля приступы рвоты, головокруженіе, пошатываніе при ходьбѣ; немного позднѣе—парестезіи въ правой половинѣ лица, ослабленіе зрѣнія и слуха преимущественно справа же и слюнотеченіе. Такъ длилось мѣсяца 3, больная сильно ослабѣла, зрѣніе упало значительно; леченіе, направленное противъ желудочныхъ явленій, не приносило, разумѣется, пользы; лишь съ іюля подъ вліяніемъ незаконченнаго ртутнаго леченія наступило нѣкоторое облегченіе симптомовъ.—7 іх 1901 года въ клиникѣ нервныхъ болѣзней было обнаружены несомнѣнныя явленія церебральнаго гуммознаго менингита на основаніи слѣдующихъ данныхъ: головная боль, головокруженіе, временами рвота съ характеромъ мозговой, шаткая походка, легкой парезъ nn. *trigemini et facialis dex*; усиленіе колебательныхъ рефлексовъ; свѣтовая реакція праваго зрачка немного ослаблена; пониженіе слуха, вкуса и обонянія справа; зрѣніе сильно поижено при явленіяхъ *neuritis et perineuritis nn. opticozum* (д-ръ А. Г. Агабабовъ); анестезія въ области n. *trigemini dex.*, гл. обр. 2 и 3 вѣтви.—Подъ вліяніемъ іодистаго леченія и примѣненія *natrii nitrosi* состояніе больной значительно улучшилось, питаніе nn. *opticozum* подвиглось, въ силу чего было рекомендовано ртутное леченіе.—Въ данномъ случаѣ діагнозъ сифилитическаго мозгового пораженія былъ поставленъ довольно поздно, что дало возможность развиться деструктивнымъ измѣненіямъ нервной системы и чуть не вызвало гибели зрительныхъ нервовъ и амавроза. Ergo—діагнозъ должно ставить какъ можно раньше и немедленно проводить специфическое леченіе.

Другая больная К. (№ 403, Амб. Ж. 1901 г.), 22 л., зам., заболѣла въ концѣ октября 1901 г. судорожными эпилептическими припадками, головной болью, рвотой, головокруженіемъ; стала понижаться интеллектъ; со стороны глазъ *neuritis optica* (любезное изслѣдованіе д-ра А. Г. Агабабова).—Подъ вліяніемъ ртутно-іодистаго леченія совершенно оправилась (въ клинику обратилась 11/хі 1901 г., слѣд., лишь спустя недѣли 3 отъ начала заболѣванія, чѣмъ и объясняется быстрый эффектъ).

Значительный интересъ представляетъ и больная А. Г., лечившаяся въ клиникѣ стационарно съ 11/1 1900—29/1 1900, а затѣмъ амбулаторно (№ 13 Амб. Ж. 1900 г.).—А. Г., 35 лѣтъ, замужемъ 17 лѣтъ, въ общемъ пользовалась хорошимъ здоровьемемъ. Въ мартѣ

1899 г. ее мужъ заразился сифилисомъ; въ июлѣ 1899 г. больной произведена *extirpatio uteri* по поводу карциномы (доказано микроскопически), въ августѣ у нея появляется сыпь по тѣлу въ связи съ общимъ недомоганіемъ, головной болью, лихорадкой, что длится недѣли 3; тоже повторилось въ сентябрѣ. Съ пачама декабря—головныя боли, постепенно усиливашіяся, съ половины декабря—рвота въ видѣ приступовъ, головокруженіе; въ концѣ декабря—разстройство рѣчи, парестезіи и судорги, а затѣмъ и парезъ лѣвой руки; дня 2 спустя, явленія афазіи и пареза руки исчезли, а 6/1 1900 тоже самое повторилось вновь втеченіе 2 дней; головная боль, головокруженіе, рвота достигли значительной степени, развилась общая слабость, упадокъ интеллекта и слабость психики, бредь.—Въ клиникѣ было обнаружено 11/1: легкій парезъ п. *facialis dex.* сильнѣйшая общая слабость, шаткая походка, нормальные рефлексы и чувствительность; рѣзкое паденіе зрѣнія при существованіи отечнаго неврита зрительныхъ нервовъ. (Исслѣдованіе проф. Е. В. Адамюка 12/1 1900).

Въ виду бывшей у больной *carcinoma uteri*, приходила мысль о возможности аналогичнаго процесса и въ полости черепа; съ другой стороны быстро развитія клявической картины (втеченіе 4—5 недѣль) исключала здѣсь пролифераціонное новообразование и говорила въ пользу процесса иного характера въ полости черепа—новообразования перфекціоннаго, съ быстрымъ ростомъ; въ виду отсутствія указаній на туберкулезъ или какой-либо гнойный процессъ и въ виду существованія недавно полученнаго сифилиса мужемъ (за 8—9 мѣсяцевъ до развитія у жены мозговыхъ припадковъ), —здѣсь мною было распознано сифилитическое новообразование головного мозга. вѣроятно, при участіи его оболочекъ и, повидимому, въ правомъ полушаріи (*meningitis gummosa cerebri*).

Подъ вліяніемъ ртутно-іодистаго леченія (*injectiones Hg. salicyl.*) въ состояніи больной наступило улучшеніе уже въ первые дни, но съ большими колебаніями, явное же улучшеніе—съ 23/1—послѣ 11 inj. Hg., когда было отмѣчено ясное, хорошее зрѣніе, а съ 24/1 ослабленіе и другихъ припадковъ.

Громалпый интересъ представляетъ состояніе глазъ у этой больной, констатированное любезно проф. Е. В. Адамюкомъ 29/1, т. е. послѣ 17 inj Hg.: „состояніе зрѣнія и глазного дна улучшилось, зрѣніе нормально, отекъ исчезъ, осталось лишь простое воспаленіе нервовъ и то справа довольно слабое“. Дальнѣйшее леченіе закончено амбулаторно и повторено еще разъ мною въ іюлѣ 1900 г., послѣ чего больная прекратила леченіе, чувствуя себя здоровой.—Случай интересенъ какъ по проявленіямъ заботѣванія, по удачному исходу подъ вліяніемъ своевременнаго проведеннаго леченія, такъ и по равному появленію мозговыхъ припадковъ, спустя мѣсяцевъ 8 послѣ

зараженія сифилисомъ мужа большою и спустя мѣсяца 4 по появленіи вторичныхъ сифилитическихъ припадковъ у нея самой.—Къ этому добавлю, что первоначальное проявленіе мозговыхъ припадковъ въ декабрь 1899 г. приписывалось „лихорадкѣ“, въ силу чего больная пользовалась противулихорадочными средствами вплоть до 9/1 1900.

Повидимому, при своевременно проведенной терапіи въ случаяхъ мозгового сифилиса, не зашедшихъ далеко впередъ, не вызвавшихъ деструктивныхъ измѣненій въ нервной ткани и при томъ не затронувшихъ сильно сосудистой системы, прогностика является благоприятной, позволяя надѣяться даже на полное восстановление нарушенныхъ функций. Слѣдуетъ добавить, что, какъ показываетъ повседневный клиническій опытъ, терапевтической эффектъ сказывается дней черезъ 10—15 послѣ пачала леченія: въ нашемъ случаѣ видимъ полное тому подтвержденіе (стойкое улучшеніе началось на 10—11-й день леченія).

Пользуясь случаемъ, я позволю себѣ сказать вѣсколко словъ вообще о современной терапіи сифилиса и сифилиса первнои системы въ частности.

Сущестующая обычная терапія сифилиса (ртуть, іодъ), принимаемая даже „специфической“, конечно, далека отъ этой послѣдней, ибо основана лишь на эмпиризмѣ и не всегда выполняетъ свое назначеніе. При томъ, возможно ли говорить о специфической, т. е. рациональной терапіи, разъ не извѣстна основа болѣзни, ея организованное начало? А въ такомъ именно положеніи мы и находимся по отношенію къ сифилису. Неудовлетворительность современной противусифилитической терапіи достаточно извѣстна врачамъ, соприкасающимся съ данной спеціальностью, причемъ сказанное касается и общаго сифилиса, и сифилиса внутреннихъ органовъ, и въ особенности сифилиса первнои системы. Послѣднее обстоятельство достаточно хорошо знакомо невропатологамъ: нерѣдки случаи, гдѣ послѣ только что законченнаго „курса“ леченія у больного вдругъ развивается черепно—или спинно-мозговое кровоизліяніе, закупорка сосуда, или—гдѣ явное сифилитическое пораженіе нервной системы не уступаетъ предпринимаемому леченію. Подобныхъ примѣровъ можно привести немало, но они здѣсь излишни, ибо нашъ паціентъ какъ разъ относится къ подобной категоріи: получивъ lues въ 1897 г., онъ подвергался съ тѣхъ поръ ртутному леченію почти непрерывно и довольно правильно—у спеціалистовъ—втеченіе пѣлаго ряда лѣтъ (2 раза въ 1897 г., 2 раза въ 1898 г., 1 разъ въ 1900 г.), и, не взирая на это, лѣтомъ 1901 г. у него развивается несомнѣнный Lues cerebri въ формѣ гуммознаго менингита; слѣдовательно, предпринимавшееся леченіе не могло гарантировать субъекту его дальнѣйшаго благополучія; также и теперь, подъ вліяніемъ прове-

деннаго леченія мозговые симптомы исчезли, ихъ мы не можемъ констатировать, но значить ли это, что ихъ нѣтъ совсѣмъ? Могутъ ли я ручаться, что lues здѣсь не проявится, спустя нѣкоторое время, вновь въ какомъ—либо другомъ видѣ, который, быть можетъ, уже не въ такой мѣрѣ будетъ поддаваться леченію?

Разумѣется, не слѣдуетъ изъ-за этихъ фактовъ, къ счастью, сравнительно немногочисленныхъ, опускать руки и разочаровываться въ существующей терапіи сифилиса; она сильна при своевременномъ и надлежащемъ систематическомъ ея примѣненіи и при отсутствіи тѣхъ или другихъ неблагоприятныхъ условій, часть которыхъ намъ совершенно неизвѣстна, но она все-таки—нераціональна, она не удовлетворяетъ предъявляемыхъ къ ней требованій, не вылечиваетъ по б. ч. болѣзнь, а лишь устраняетъ симптомы ея, дѣлая ея проявленія легкими, рѣдкими—въ большинствѣ случаевъ, а потому на очереди стоитъ давно уже назрѣвшій вопросъ о рациональномъ леченіи сифилиса и вызываемыхъ имъ или при его участіи разстройствъ въ организмѣ. Въ настоящую эпоху леченія инфекціонныхъ заболѣваній по типу серотерапіи проводился этотъ принципъ и по отношенію къ сифилису, но до сихъ поръ не удачно; во всякомъ случаѣ важно уже то, что намѣченъ правильный путь, который, несомнѣнно, и приведетъ къ искомому результату.

Пока же въ случаяхъ мозгового сифилиса (и сифилиса нервной системы вообще) мы примѣняемъ ртуть въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній ея растворимыхъ соединеній въ дневной 0,01 дозѣ (у взрослыхъ), напр., для *Hydragyrum salicylicum* (или *bicyanatium*) по 0,015—0,02 grm.; въ случаѣ необходимости ввести большее количество ртути втеченіи короткаго промежутка времени эта доза повышается до 0,025—0,03. Наша клиника обыкновенно примѣняетъ sol. *Hg. salicyl. neutr.* 1% (aquos), введенный клиникой проф. А. Г. Ге, и вполне доволенъ какъ свойствами этого препарата (растворимость, всасываемость, малая болѣзненность, долгая неразлагаемость—при надлежащемъ приготовленіи), такъ и его терапевтическимъ дѣйствіемъ. На каждое впрыскиваніе берется въ среднемъ 1,5 cc. 1% раствора этой соли (для взрослого), т. е. 0,015 grm. *Hg. salicyl.*, и такихъ впрыскиваній производится въ среднемъ до 40 (ежедневно или съ малыми перерывами въ зависимости отъ состоянія больного). При невозможности примѣнять впрыскиванія, прибѣгаютъ къ втираніямъ *Ung. Hydrag. cinerei. fort.* отъ 2,0—4,0 и болѣе граммъ въ сутки, въ среднемъ количествахъ до 60 втираній, производимыхъ также ежедневно; тотъ и другой способъ иногда приходится комбинировать. При уходѣ за полостью рта (чистка зубовъ, полосканье *K. chloricum*, иногда вяжущія), за вѣшечникомъ, не приходится въ большинствѣ случаевъ встрѣчать какія-либо осложненія отъ примѣненія ртути; въ случаѣ же появле-

нія ихъ принимаются соответствующія мѣры, а ртуть на 1—2 дня оставляется.

Помимо ртути, примѣняемъ втеченіе мозгового сифилиса и препараты іода, давая по 3,0—6,0 grm. pro die іодистой соли и даже больше (8,0—10,0); иногда сюда приходится присоединять и бромъ—при явленіяхъ повышенной возбудимости нервной системы, *sulfo pal*, *trigonal* и т. п.—при бессонницѣ до морфія включительно; въ качествѣ болеутоляющихъ—*rhenacetin*, *salorphen*, *aspirin* по 0,5—1,0 раза 2—3 въ день. Далѣе, въ началѣ же заболѣванія важно энергично опорожнить кишечникъ (напр., при помощи *inf. laxativ. Viennensis* 60,0—100,0—180,0 до дѣйствія, карлсбадская соль, минеральныя воды) и поддерживать правильную его дѣятельность: это содѣйствуетъ отвлеченію крови къ брюшной полости и облегчаетъ существенно головную боль; точно также полезно время отъ времени примѣнять отвлекающія на затылокъ въ видѣ мушекъ. Систематическое примѣненіе теплыхъ ваннъ въ подобныхъ случаяхъ представляется рискованнымъ въ виду возможности вызвать инсультъ, или, увеличивъ притокъ крови къ мозговымъ оболочкамъ, тѣмъ самымъ усилить интензивность воспалительнаго процесса.

Печальные примѣры подобнаго рода, къ сожалѣнію приходится встрѣчать; какъ на одну категорію этого рода явленій, укажу на случаи внезапнаго или медленнаго усиленія болѣзненныхъ симптомовъ до рѣзкой степени подъ вліяніемъ теплыхъ сѣрныхъ ваннъ; мнѣ пришлось видѣть человѣкъ 4—5 въ стадіи уже рѣзкой сифилитической параплегии, развившейся внезапно или втеченіе нѣсколькихъ часовъ во время приѣма ванны или тотчасъ по окончаніи одного изъ сеансовъ: человѣкъ ѣхалъ на сѣрныя воды въ спосномъ состояніи, съ явленіями сифилитическаго менингита или гуммы, вызывавшихъ сравнительно небольшія отклоненія отъ нормы, и тамъ уже доходилъ до весьма плачевнаго положенія (*paraplegia inf.* и т. д.) послѣ одной изъ ваннъ; въ одномъ случаѣ подобная параплегія развилась послѣ бани.—Не отрицая значенія сѣрныхъ водъ въ терапіи сифилиса, я хотѣлъ лишь указать здѣсь и на mogućия возникать ихъ побочныя дѣйствія; въ данномъ отношеніи, разумѣется, важна строгая индивидуализація при назначеніи терапевтической процедуры и внимательное наблюденіе за ея вліяніемъ на больного. Вѣдь, при сифилитическомъ пораженіи центральной нервной системы нерѣдко весьма сильно страдаютъ сосуды, какъ артеріи, такъ и вены, и на ихъ состояніе тѣ или иные факторы, сильно мѣняющіе кровообращеніе, дѣятельность сердца и кровяное давленіе, оказываютъ большое вліяніе; сказанное какъ разъ касается дѣйствія теплыхъ ваннъ (сѣрныхъ, грязевыхъ и т. д.) и аналогичныхъ процедуръ.

Подъ вліаніемъ указанной выше терапіи, проводимой настойчиво, состояніе больныхъ въ большинствѣ случаевъ улучшается, а иногда доходитъ до полной *restitutio ad integrum*, что во всякомъ случаѣ говоритъ въ пользу дѣйствительности нашихъ мѣропріятій если не для всѣхъ, то для многихъ случаевъ мозгового сифилиса, конечно, не замученныхъ и не осложненныхъ выраженными заболѣваніями сосудистой системы головного мозга. Подъ вліаніемъ терапіи поврежденіе зрительныхъ нервовъ, какъ видно изъ нашихъ примѣровъ, обнаруживаетъ большую склонность къ разрѣшенію воспалительнаго процесса; слѣдовательно, пока дѣло не дошло до деструктивныхъ—атрофическихъ измѣненій въ нервѣ, можно надѣяться на уменьшеніе амблиопіи или даже на полное восстановленіе зрѣнія. О значеніи подобнаго обстоятельства распространяться, разумѣется, нечего и надо лишь пожелать, чтобы *neuritis optica* констатировалась и на нее обращали вниманіе въ самомъ началѣ и соответствующимъ образомъ лечили (подъ контролемъ офтальмоскопа).

Само собой понятно, что за оправившимися больными нужно наблюдать, рекомендовать имъ соответствующій режимъ (хорошее питаніе, посильный, необременительный трудъ, чередующійся съ достаточнымъ отдыхомъ, правильный образъ жизни, отсутствіе эксцессовъ *in Vencho et in Venere* и т. д.), строго воздерживать тѣ или иныя колебанія въ состояніи здоровья и при возобновеніи симптомовъ, указывающихъ на пробужденіе стараго процесса, вновь назначать специфическую терапію. Но даже и безъ повторенія позозрительныхъ припадковъ необходимо на первыхъ порахъ время отъ времени давать іодъ (напр., черезъ мѣсячные промежутки втеченіе мѣсяца же по 1,5—3,0 grm. въ день іодистой соли), а по истеченіи 6—12 мѣсяцевъ, или и ранѣе, повторить и ртутное леченіе въ видѣ 30—40 впрыскиваній ртути (или 40—60 втираній *Ung. Hg.*). Такое леченіе приходится продѣлать 1—2—3 года подъ рядъ. Это дѣлается въ виду возможности рецидивовъ и ради ихъ предотвращенія, въ особенности, если остались неустранимыми вѣкоторые симптомы (напр., парезы черепныхъ нервовъ, паретическое состояніе конечностей и т. д.); это дѣлается въ виду самаго характера современной терапіи сифилиса, повидимому, пока лишь симптоматической для большинства случаевъ (при существованіи, однако, случаевъ и полного излеченія), но зато это—прекрасное *symptomaticum* при умѣломъ и своевременномъ его примѣненіи. Какъ бы то ни было, въ громадномъ большинствѣ случаевъ правильно проведенная терапія сифилиса, дѣлаетъ дальнѣйшее теченіе его сравнительно легкимъ, гарантируя до извѣстной степени пациента отъ тяжелыхъ проявленій болѣзни. Сказанное прекрасно иллюстрируется словами А. Fournier: „леченіе

ослабляетъ, смягчаетъ и даже подавляетъ сифилисъ; очень продолжительное леченіе, какъ уже теперь дознаю, необходимо, если не для излеченія сифилиса (да и излечивается ли онъ когда-нибудь?), то, по крайней мѣрѣ, для окончательнаго устраненія его проявленій въ будущемъ¹⁾.

Данный случай представляетъ интересъ еще въ отношеніи первоначальнаго проявленія сифилиса у нашего больного: незначительной ссадинаѣ на члѣпѣ въ началѣ не было придаво мѣстнымъ врачамъ надлежащаго значенія, она была принята за простую язву, и лишь спустя 2 мѣсяца, съ развитіемъ припадковъ вторичнаго сифилиса, явилась возможность специалисту діагностировать уже явный сифилисъ, каковая діагностика была неоспорнымъ образомъ подтверждена впоследствии еще не одинъ разъ. Представимъ себѣ, однако, что эти вторичныя припадкя были бы выражены слабо, неясно, что узловатаго сифилида на бедрѣ (свидѣтельствующаго намъ о прошломъ больного) не было бы, а съ теченіемъ времени развились бы лишь явные церебральные симптомы; имѣя отрицательныя данныя въ анамнезѣ, пришлось бы идти ощупью, діагностку ставить путемъ исключенія *de ex jvantibus*. Такимъ образомъ, къ датамъ относительно первичнаго проявленія сифилиса приходится предъявлять серьезную критическую оцѣнку и, принимая во вниманіе дальнѣйшую жизнь субъекта и его *status praesens*, видѣть начало сифилиса въ томъ, что другимъ трактовалось, какъ *ulcus molle*. Раздѣляя дуалистическую теорію по отношенію къ мягкому шанкру и сифилису, приходится лишь признать, что не всегда мы имѣемъ въ рукахъ вѣрный способъ выйти изъ діагностическихъ затрудненій въ неясныхъ случаяхъ всперической (а, быть можетъ, и иной) язвы; поэтому и тутъ вырисовывается, какъ постулатъ, необходимость имѣть въ рукахъ вполне точный, объективный діагностическій критерій, каковымъ былъ бы, напри- мѣръ, бактеріоскопическій анализъ.

Все важное значеніе только что сказаннаго съ особенной силой выступать по отношенію къ тѣмъ заболѣваніямъ нервной системы, въ основѣ которыхъ большая часть авторовъ принимаетъ сифилисъ въ качествѣ наиглавнѣйшаго этиологическаго момента, напр., *tabes dorsalis*: въ анамнезѣ большинства таблицъ имѣются явныя указанія въ пользу перенесеннаго сифилиса, у иныхъ—отрицательныя данныя, у нѣкоторыхъ же встрѣчаются указанія лишь на какую-то неопредѣленную венерическую язву, которая врачами даже и третировалась не какъ сифилитическая; подобныя даты могутъ вносить лишь путаницу въ самыя

¹⁾ Prof. A. Fournier. Руководство къ патологіи и терапіи сифилиса, выш. 3, 1899 г., стр. 329.

выводы по отношенію къ этиологіи *tabes'a*. Если сторонники сифилитическаго происхожденія *tabes'a* восторжествуютъ, къ чему, на нашъ взглядъ, и клонится дѣло, то придется считаться съ этими неясными венерическими извами въ анамнезѣ табиковъ и признавать ихъ за нераспознаваемые за недостаточностью точныхъ діагностическихъ данныхъ склерозы (*ulcera dura*), т. е. за первичное проявленіе сифилитической инфекціи. Отсутствіе опредѣленныхъ указаній въ пользу сифилиса въ анамнезѣ табиковъ тогда пришлось бы истолковывать или какъ слѣдствіе вѣбнополового, напр., зараженія сифилисомъ, или какъ явленіе наследственнаго сифилиса или, наконецъ, какъ примѣръ слабого проявленія общаго сифилиса. Помимо того, нѣкоторые авторы склонны считать *ulcus molle* такимъ же этиологическимъ моментомъ въ развитіи *tabes'a*, какъ и сифилисъ, не придерживаясь, слѣдовательно, дуалистической теоріи.

Бросая общій взглядъ на заинтересовавшій насъ случай, невольно задаешься вопросомъ, почему сифилисъ проявился здѣсь въ формѣ мозговой? Нѣтъ ли въ прошломъ нашего больного какихъ-либо такихъ условій, которые уясняли бы намъ это избирательное отношеніе сифилитическаго яда? Прежде всего припомнимъ, что больной происходитъ изъ невропатической семьи; это клало уже извѣстный отпечатокъ на его нервную систему, дѣлая ее менѣе устойчивой по отношенію къ различнымъ неблагоприятнымъ условіямъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ повижало сопротивляемость и головного мозга. Далѣе припомнимъ, что въ возрастѣ отъ 11 до 13 лѣтъ больной страдалъ приступами мигрени, иногда рвотами по утрамъ; это опять таки указывало на особую чувствительность головного мозга; позднѣе бывали головокруженія, изрѣдка истеріи, а съ осени 1900 г.—тяжелая форма неврастеніи. Не лишентъ интереса и фактъ развитія сильнѣйшей головной боли въ началѣ кондилломатознаго періода сифилиса у больного, причемъ послѣ 3 выпрыскиваній ртути эта боль прекратилась: она какъ будто была прообразомъ явленій, происшедшихъ съ пациентомъ лѣтомъ 1901 г. Все вмѣстѣ взятое позволяетъ думать, что головной мозгъ въ данномъ случаѣ являлся сравнительно легко ранимымъ, былъ до нѣкоторой степени дефективнымъ, уже въ силу наследственныхъ особенностей; неблагоприятныя жизненные условія и усиленная мозговая работа втеченіе зимы 1900—1901 г. послужили отличными моментомъ для развитія тяжелой неврастеніи, при чемъ опять таки центр тяжести ложился на головной мозгъ. Такимъ образомъ этотъ органъ у нашего больного представлялся тѣмъ, что принято называть *locus minoris resistentiae*, и на немъ-то исключительно и отразилось вліяніе хронической инфекціи—сифилиса въ видѣ послѣдовательнаго ряда тѣхъ градацій, о которыхъ

было упомянуто выше. Надо полагать, что при сифилисѣ, какъ и при другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, предшествовавшее состояніе тканей и органовъ въ связи съ случайными моментами существенно вліяетъ на развитіе какъ отдѣльныхъ симптомовъ, такъ и цѣлаго симптомокомплекса, опредѣляя такимъ образомъ и всю клиническую картину.

Самое теченіе и исходъ нашего случая подъ вліяніемъ терапіи вполнѣ подтвердили высказанныя вначалѣ діагностическія предположенія. Однако, нашъ очеркъ будетъ не полнымъ, если не коснуться хотя въ общихъ чертахъ вопроса о состояніяхъ, способныхъ симулировать истинный церебральный менингитъ; такъ, невольно возникаетъ мысль, не было ли передъ нами одного изъ тѣхъ случаевъ, которые именуются ложными менингитами (*pseudomeningitis*), а по новѣйшему обозначенію относятся въ разрядъ менингизма (*meningismus*) Dupré? Припомнимъ, что этимъ именемъ стали за послѣдніе года обозначать всѣ тѣ болѣзненные состоянія, которыя представляютъ полную клиническую картину туберкулезнаго менингита, но не обладаютъ его патолого-анатомической основой и заканчиваются полнымъ излеченіемъ. Такимъ образомъ въ эту группу можно, по Dupré, отнести всѣ тѣ легкія формы менингита и простого раздраженія мозговыхъ оболочекъ, которыя развиваются подъ вліяніемъ различныхъ инфекцій, интоксикацій, но не достигаютъ значительной степени, не влекутъ за собой деструкціи въ сосѣднихъ тканяхъ, почему могутъ пройти для организма безслѣдно. Придерживаясь такого дѣленія, не трудно убѣдиться, что между состояніями менингизма и истиннаго менингита, разница будетъ не качественная, не по существу, а лишь количественная—сообразно характеру патолого-анатомическихъ измѣненій и степени вызванныхъ ими расстройствъ, а потому между этими двумя категоріями трудно провести границу, ибо переходъ болѣе легкой въ болѣе тяжелую такъ возможенъ и такъ легокъ въ зависимости отъ болѣе интенсивности основного заболѣванія и его воздѣйствія на мозговія оболочки. Слѣдовательно, отъ введенія въ обиходъ новаго термина „*meningismus*“ наша номенклатура выигрываетъ мало, если его разсматривать лишь въ упомянутомъ смыслѣ; въ этомъ случаѣ имъ лишь отгѣняется самый характеръ менингита (легкая, излечимая форма). Поэтому, по мнѣнію Pouchon'a гораздо правильнѣе удержать это обозначеніе лишь за тѣми чисто функциональными расстройствами въ видѣ астеріи, которыя, нося на себѣ полную картину менингита по внѣшнему проявленію, отличаются, однако, отъ него полнымъ отсутствіемъ органическаго субстрата и исходомъ въ выздоровленіе¹⁾.

¹⁾ См. Левковскій, 1. с.

Что касается до нашего случая, то онъ, безъ сомнѣнія, не можетъ быть разсматриваемъ съ точки зрѣнія meningism'a въ опредѣленіи Rochon'a, т. е. истеріи: отъ послѣдней его отличаетъ какъ самое теченіе болѣзни, такъ и такой несомнѣнный признакъ, какъ neuritis optica, при полномъ къ тому же отсутствіи истерическихъ стигматъ.

Еще скорѣе можно было бы думать здѣсь о meningism'ѣ, какъ его понималъ Dupré, т. е. о легкой формѣ менингита, закончившейся выздоровленіемъ, тѣмъ болѣе, что въ соответствующемъ мѣстѣ я говорилъ о сравнительно незначительныхъ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ мозговыхъ оболочекъ въ данномъ случаѣ. Однако, тяжесть проявленія заболѣванія съ характеромъ мозговой оухолы, а главное опять тотъ же неоспоримый признакъ (neuritis optica) съ несомнѣнностью говорили за существованіе болѣе тяжкаго органическаго пораженія мозговыхъ оболочекъ, за явный воспалительный процессъ специфическаго происхожденія на основаніи черепа, уступившій мѣсто лишь терапіи.

Въ заключеніе позволю себѣ упомянуть о новомъ діагностическомъ, а отчасти и терапевтическомъ методѣ по отношенію къ различнымъ заболѣваніямъ центральной нервной системы, въ томъ числѣ и сифилитическимъ, о методѣ, которымъ занялись преимущественно французскіе невропатологи и который состоитъ въ извлеченіи и изслѣдованіи спинномозговой жидкости.

Какъ на приемъ, облегчающій діагностику сифилитическихъ менингитовъ головного и спинного мозга, можно указать на микроскопическое изслѣдованіе полученной путемъ поясничнаго прокола цереброспинальной жидкости на содержаніе въ ней лимфоцитовъ (цитодіагностика). По сообщенію Widal'я (въ Société médicale des Hôpitaux), и по наблюденіямъ другихъ авторовъ (Sicard, Ravaut, Dufour), сдѣланнымъ въ самое послѣднее время, появленіе въ цереброспинальной жидкости лимфоцитовъ, отсутствующихъ (почти) въ ней при нормальныхъ условіяхъ, говоритъ за существованіе воспалительныхъ измѣненій въ мозговыхъ оболочкахъ того или иного происхожденія (бугорковаго, сифилитическаго, алкогольнаго и т. д.); т. о., въ сомнительныхъ случаяхъ, подающихъ поводъ подозрѣвать сифилитическое пораженіе мозговыхъ оболочекъ, можно примѣнять этотъ способъ, помня, что какъ въ свѣжихъ, такъ и въ давнихъ случаяхъ сифилиса даже слабыя, мало удивительныя менингеальныя явленія обнаруживаются менингеальнымъ лимфоцитозомъ или повышеннымъ давленіемъ въ субарахноидальномъ пространствѣ цереброспинальной жидкости, или, наконецъ, совмѣстно тѣмъ и другимъ.—Данный діагностическій приемъ, при всемъ своемъ теоретическомъ интересѣ, врядъ ли, однако, будетъ имѣть широкое практическое примѣненіе въ виду своей сложности и нѣ-

которой небезопасности для интересовъ пациентовъ; надо заботиться о развитіи вполне индифферентныхъ для благополучія больного методовъ изслѣдованія—объ усовершенствованіи существующихъ, о введеніи новыхъ; желательно по малѣйшимъ измѣненіямъ въ сферахъ двигательной, чувствительной, рефлекторной, трофической, секреторной и т. д. и по комбинаціи этихъ разстройствъ умѣть составлять ясное представленіе о состояніи нервной системы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

А для этого необходимо тщательное клиническое изслѣдованіе и наблюденіе за больнымъ, строгая оцѣнка малѣйшихъ отклоненій отъ нормальныхъ функцій, критическое сопоставленіе клиническихъ фактовъ съ патолого-анатомическими находками, при освѣщеніи того или другого вопроса путемъ эксперимента. Для осуществленія сказаннаго представляется въ высокой степени важнымъ развитіе въ изслѣдователяхъ умѣнья наблюдать, собирать и безпристрастно оцѣнивать сырой фактическій матеріалъ, создавая затѣмъ уже изъ него стройныя гипотезы и теоріи; въ выводахъ и заключеніяхъ не должно быть торопливости и поспѣшности, дабы научныя идеи выкристаллизовывались путемъ строгаго анализа. Современная діагностическая методика, довольно уже точная въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ, постепенно совершенствуется, а вмѣстѣ съ тѣмъ облегчается и разрѣшеніе діагностической проблемы у постели больного, обеспечивающее правильное, то—есть согласное съ научной логикой, примѣненіе нашихъ лечебныхъ мѣропріятій.

РЕФЕРАТЫ.

Глазныя болѣзни.

Д-ръ мед. С. Лобановъ.—*Къ ученію о зрѣніи въ кругахъ свѣторазсѣянія и объ афакической аккомодациі.* „Вѣстникъ Офтальмологіи“, 1901 г., июль—октябрь.

Теорія учитъ, что афакики съ извѣстнымъ стекломъ способны видѣть ясно только на одномъ опредѣленномъ разстояніи, ближе и дальше котораго они уже не могутъ видѣть ясно. Однако, изъ практики извѣстно, что часто афакики, бѣдные люди, ради экономіи имѣя одни стекла для зрѣнія вдаль, удовлетворительно обходятся съ ними и при работѣ вблизи съ мелкими предметами, и даже читаютъ мелкій шрифтъ. Въ такой способности афакическаго глаза какъ бы аккомодировать едва-ли можно сомнѣваться, «весь вопросъ заключается въ томъ, есть-ли это дѣйствительная аккомодация или только кажущаяся, симулируемая дѣйствіемъ какихъ-либо иныхъ агентовъ глаза. Существующія для объясненія этого явленія теоріи (напр., увеличеніе кривизны роговицы при сокращеніи цилиарной мышцы, вліяніе внѣшней мускулатуры или такъ наз. «внѣшняя аккомодация», участіе стекловиднаго тѣла измѣненіемъ его передней поверхности и выступаніемъ въ переднюю камеру etc.) имѣютъ и недостаточно точныя теоретическія основанія и мало вѣдутся съ соотвѣствующими клиническими наблюденіями. Кромѣ этихъ теорій существуетъ мнѣніе Donders'a, что афакики видятъ вблизи мелкіе предметы, не благодаря аккомодации или какому-либо другому приспособленію ихъ глаза, могущему замѣнить ее, а что они только способны различать эти предметы въ кругахъ свѣторазсѣянія. Исслѣдованія, предпріятыя въ этомъ направленіи Coeгг'омъ и самимъ Donders'омъ, показали, что величина круговъ свѣторазсѣянія, при которыхъ афакическій глазъ способенъ видѣть вблизи шрифтъ, не обяываетъ принимать въ немъ

дѣйствительную аккомодацию, такъ какъ и нормальный глазъ безъ аккомодации, при тѣхъ-же условіяхъ можетъ разбирать такой-же шрифтъ; кажущаяся-же ширина аккомодации у афакиковъ, констатированная, напр., Förster'омъ, имѣется также и въ нормальномъ глазу послѣ абсолютной потери аккомодации, вследствие атропіа, и даже не меньше, а иногда больше афакической. На этомъ основаніи возникло ученіе Donders'a, что афакическіе субъекты съ однимъ и тѣмъ-же стекломъ могутъ видѣть на различномъ разстояніи мелкіе шрифты исключительно лишь въ кругахъ свѣторазсѣянія. Такъ-какъ эти наблюденія Donders'a до сихъ поръ стоятъ совершенно особнякомъ и до сихъ поръ еще никѣмъ не повторены, то авторъ реферированной статьи, согласно предложенію проф. С. Hess'a, произвелъ рядъ изслѣдованій надъ зрѣніемъ въ кругахъ свѣторазсѣянія своихъ собственныхъ глазъ и полученныя цифры попытался сравнить съ таковыми-же найденными у афакиковъ. Изъ многочисленныхъ измѣреній автора обнаружилось, что съ извѣстной оптической ошибкой или разницей въ установкѣ глаза возможно совершенно ясно видѣть и читать шрифты, не смотря на круги свѣторазсѣянія, причѣмъ эта ошибка для шрифтовъ разной величины неодинакова и колеблется отъ 0.20 до 1.80 D. Если сравнить эти цифры съ цифрами ширины кажущейся аккомодации афакиковъ, найденными различными авторами, то оказывается, что послѣднія цифры гораздо больше полученныхъ д-ромъ Лобановымъ для его зрѣнія въ кругахъ свѣторазсѣянія, достигая въ большинствѣ случаевъ до 2.0, 3.0 и 4.0 D, каковыхъ цифръ при работѣ съ тѣми-же самыми шрифтами, на которыхъ изслѣдовались афакики, автору ни разу не удалось констатировать. Такимъ образомъ, если афакики видятъ шрифтъ совершенно ясно на всемъ томъ протяженіи, которое указывается въ литературѣ, найденныя д-ромъ Лобановымъ цифры для зрѣнія въ кругахъ свѣторазсѣянія не могутъ объяснить этой способности афакического глаза читать съ однимъ и тѣмъ-же стекломъ на различныхъ разстояніяхъ, и эти случаи остаются по-прежнему темными, ожидающими своего разрѣшенія въ будущемъ. Если-же они видятъ ясно не на всемъ этомъ протяженіи, а лишь на нѣкоторой части его, дальше которой шрифтъ дѣлается уже замѣтно неяснымъ, они читаютъ съ трудомъ, видятъ лишь отдѣльныя слова или скорѣе догадываются о нихъ, то цифры автора очень близко къ полученнымъ у многихъ изъ афакиковъ, и, слѣдовательно, эта способность ихъ глаза есть не аккомодация, а не что иное какъ только зрѣніе въ кругахъ свѣторазсѣянія.

Б. Алафоновъ.

Д-ръ И. Николаюнинъ. *Случай самопроизвольнаго излеченія эхинококка глазницы послѣ рожии лица.* „Вѣстникъ Офтальмологія“, 1901 г., ноябрь—декабрь.

Больная, крестьянка, явилась къ автору съ жалобой на „выпирание“ лѣваго глаза. При изслѣдованіи оказалось: сильный exophthalmus лѣваго глаза, причемъ глазное яблоко цѣликомъ лежитъ внѣ глазницы и оттъснено кнутри и внизъ; движенія глаза очень ограничены. Conj. вѣкъ утолщена и гиперемирована; conj. sclerae, а также роговица и iris нормальны. Острота зрѣнія значительно понижена, но все-таки лѣвымъ глазомъ больная правильно считаетъ пальцы въ 5 метрахъ. Растянутое нижнее вѣко выворочено и складка утолщенной конъюнктивы его выступаетъ наружу; верхнее вѣко растянуто еще сильнѣе. Кнаружи и вверху отъ глазного яблока, подъ натянутыми мягкими покровами, прощупывалась напряженная, зыблющаяся, безболѣзненная опухоль, значительно выступающая за орбитальный край, а другимъ концомъ исчезающая въ глубинѣ глазницы. На основаніи этихъ данныхъ можно было діагносцировать эхинококкъ глазницы, каковое распознаваніе было подтверждено пробнымъ проколомъ. Операция по просьбѣ больной была отложена на мѣсяць. Въ день операции, однако, у больной обнаружился признаки начинающейся рожии лица на носу и верхней губѣ, почему операция была отменена. Въ дѣльнѣйшемъ рожистый процессъ распространился на лѣвую щеку, вѣки лѣваго глаза, лобъ, лѣвое ухо, наконецъ, на волосистую часть головы и затѣмъ стала стихать. Черезъ 3 недѣли больная была отпущена домой для окончательнаго выздоровленія отъ рожии. Когда больная еще черезъ 3 недѣли снова явилась къ врачу, то лѣвый глазъ оказался почти въ нормальномъ положеніи (относительно мѣста), остался лишь незначительный exophthalmus, да кожа вѣкъ была слегка утолщена; никакой опухоли на прежнемъ мѣстѣ не прощупывалось. Къ сожалѣнію пропало и зрѣніе въ лѣвомъ глазѣ, вслѣдствіе отслойки сѣтчатки, какъ показала офтальмоскопъ. Больная рассказываетъ, что когда слѣды рожии на вѣкахъ и на лицѣ исчезли, изъ подъ лѣваго верхняго вѣка вдругъ начала вытекать вода, а на слѣдующій день оттуда-же показалась бѣлая, толстая пленка, очень плотная, величиною съ куриное яйцо, каковая и была извлечена больною пальцами. Послѣ этого глазъ началъ быстро приходитъ въ нормальное положеніе

Б. Атавоновъ.

Д-ръ И. И. Гинзбургъ. *Еще къ вопросу о регистраціи трахомы.* Прилож. къ „Вѣстнику Офтальмол.“ Т. XVIII, кн. 6.

Въ виду существованія двухъ взглядовъ на трахомитозное и фолликулярное пораженія соединительной оболочки глаза, а именно:

«унитарного», когда два эти заболѣванія признаются за различные степени одного и того-же страданія, и болѣе правильного «дуалистическаго», когда трахома и фолликуляръ разсматриваются какъ два совершенно самостоятельныхъ заболѣванія,—авторъ для правильности и однообразія въ регистраціи трахомы рекомендуетъ руководствоваться слѣдующими соображеніями. Основнымъ и главнѣйшимъ признакомъ, характеризующимъ трахому, является трахоматозное зерно, и тамъ, гдѣ нѣтъ трахоматозныхъ зеренъ, нѣтъ и трахомы. Это положеніе имѣетъ абсолютное значеніе для всѣхъ случаевъ трахомы и для всѣхъ періодовъ ея развитія. Трахоматозное зерно представляетъ собою своеобразное образованіе, ни при какой другой болѣзни соединительной оболочки не встрѣчающееся. Типичное трахоматозное зерно отличается отъ типичнаго фолликулеза столькими клиническими признаками, что смѣшать ихъ едва-ли представляется возможнымъ. Признаки эти таковы: 1) величина: типичный фолликулъ значительно меньше трахоматознаго зерна; 2) цвѣтъ: типичный фолликулъ просвѣчиваетъ обыкновенно розоватымъ, типичное трахоматозное зерно желтоватымъ цвѣтомъ черезъ соединительную оболочку; 3) прозрачность: типичные фолликулы представляютъ собою обыкновенно блестящія прозрачныя возвышенія, типичныя трахоматозныя зерна являются мутными, непрозрачными, солидными образованіями (грануляціями) въ толщѣ соединительной оболочки; 4) локализациа: типичные фолликулы располагаются обыкновенно у наружнаго или внутренняго угла глаза трахоматозныя же зерна занимаютъ обыкновенно всю область переходныхъ складокъ, а зигѣмъ и соединительную оболочку хряща верхняго вѣка, гдѣ фолликулы въ нормѣ не встрѣчаются; 5) количество высыпаній: фолликулы являются обыкновенно на типичныхъ мѣстахъ въ видѣ сличныхъ особей, трахоматозныя-же зерна обыкновенно высыпаютъ множественно: въ острыхъ случаяхъ они усѣиваютъ всю соединительную оболочку въ теченіе нѣсколькихъ дней, въ хроническихъ же случаяхъ они захватываютъ сразу цѣлую область, напр., всю переходную складку и чаще всего верхнюю, въ чемъ можно убѣдиться во всѣхъ случаяхъ свѣжей хронической трахомы; 6) отношеніе подлежащей ткани: въ то время, какъ типичные фолликулы обыкновенно сидятъ на нормальной или слегка инъецированной соединительной оболочкѣ, трахоматозныя зерна, представляющія собою болѣе тяжелое заболѣваніе, вызываютъ и болѣе бурную реакцію со стороны пораженной ткани, почему высыпаніе трахоматозныхъ зеренъ всегда сопровождается инъльтраціей какъ самой соединительной оболочки, такъ и находящейся подъ нею подслизистой ткани; 7) клиническое теченіе: фолликулы обыкновенно остаются стационарными, тогда какъ трахоматозныя зерна обнаруживаютъ склонность къ регрессивному метаморфозу.

Б. Алавиновъ.

Д-ръ Р. А. Нацъ. *Эзеринъ при страданіяхъ роговой оболочки.* „Вѣстникъ Офтальмологіи“, 1901 г., ноябрь—декабрь.

Авторъ, не отрицая того, что атропинъ является весьма цѣннымъ средствомъ при леченіи тѣхъ кератитовъ, гдѣ поврежденіе роговой оболочки сопровождается гипереміей или воспаленіемъ и радужной, — считаетъ назначеніе его при несложженныхъ со стороны *iris* воспаленіяхъ роговицы, по меньшей мѣрѣ, малодѣйствительнымъ, а иногда даже прямо вреднымъ, такъ-какъ съ назначеніемъ атропина не рѣдко процессъ въ роговицѣ явно ухудшается: язва увеличивается, являются новые инфильтраты, а боли и раздраженіе нисколько не уменьшаются. Взамѣнъ атропина въ случаяхъ послѣдней категоріи онъ совѣтуется примѣнять эзеринъ, который, понижая внутриглазное давленіе и уменьшая, такимъ образомъ, напряженіе глазныхъ оболочекъ (слѣд. и роговой), препятствуетъ дальнѣйшему пропитыванію и изъязвленію роговицы и способствуетъ заживленію уже образовавшейся язвы. Такимъ образомъ, эзеринъ является полезнымъ при глубокихъ гнойныхъ язвахъ роговицы, при гнойныхъ изъязвленіяхъ роговицы со значительнымъ *hypopyon*омъ, при периферическихъ инфильтратахъ роговой оболочки у взрослыхъ и у дѣтей, а такъ-же, какъ средство, сохраняющее роговую оболочку при первыхъ признакахъ ея гнойнаго поврежденія, въ особенности, при гнойномъ конъюнктивитѣ, гдѣ эзеринъ показанъ даже до появленія какихъ-либо патологическихъ измѣненій въ *cornea* для повышенія степени ея сопротивляемости бленнорройному яду. Въ своихъ случаяхъ, которыми авторъ иллюстрируетъ сказанное, онъ примѣнялъ мазь изъ эзерина съ іодоформомъ по формулѣ: *eserin. sulfur. 0.03, jodoform. 0.12 и vaselin. amer. fl. 6.0.*

Б. Антоновъ.

Д-ръ Ф. Т. Луинъ. *Случай остеомы глазницы.* „Вѣстникъ Офтальмологіи“, 1901 г., іюль—октябрь.

Случай автора, наблюдавшійся имъ въ клиникѣ проф. Fusch'a (въ Вѣнѣ), касается мальчика, 14-ти лѣтъ, у котораго новообразование развилось постепенно въ 7 мѣс. послѣ ушиба правой $\frac{1}{2}$ лба. При изслѣдованіи можно было видѣть, что верхнее вѣко праваго глаза опущено и внутренняя его $\frac{1}{2}$ вмѣстѣ съ бровью значительно выдвигается впередъ. Черезъ вѣко прощупывалась твердая, какъ кость, опухоль, поверхность которой была бугристая; кверху эта опухоль незамѣтно переходила въ лобную кость; внутри граничила полушарообразнымъ, рѣзко выступающимъ краемъ съ костной частью носа; у виска такимъ же образомъ выдавалась передъ *margo supraorbitalis*; нижняя поверх-

ность шарообразна; при ощупываніи середины нижней части опухоли ощущалась боль (n. trigeminus). Кожа надъ опухолью нормальна и подвижна. Глазное яблоко при наружномъ изслѣдованіи найдено нормальнымъ, но нѣсколько выпяченнымъ и сдвинутымъ книзу и наружи, причеиъ подвижность его кнаружи и книзу нормальна, кнутри сильно ограничена, кверху абсолютно невозможна. V. os. d. = $\frac{3}{36}$,

os. sin. = $\frac{3}{60}$. При офтальмоскопированіи въ обоихъ глазахъ найдено retinitis pigmentosa. После операціи, произведенной проф. Fusch'омъ, по отдѣленіи новообразованія долотомъ и вылущеніи его вмѣстѣ со стѣнкой лобной назухи, глазное яблоко мало-по-малу приняло нормальное положеніе и движенія его возстановились полностью. Удаленная опухоль была распилена и на распилѣ было видно ясно выраженное правильное строеніе компактной кости.

Б. Алаоновъ.

ДѢТСКІЯ БОЛѢЗНИ.

Л. Я. Слезингеръ. *Къ вопросу о церебростинальномъ менингитѣ и леченіи его горячими ваннами.* „Дѣт. Медиц.“ 1901 г., № 4.

Приведа краткую историческую справку о распространеніи церебростинальнаго менингита и вкратцѣ изложивъ этиологию, симптоматику и исходы его, авторъ приводитъ исторію болѣзни трехъ больныхъ изъ дѣтскаго отдѣленія Еврейской больницы въ Одессѣ, леченныхъ горячими ваннами (1⁰ ванны въ 30°R постепенно повышалась до 32°R). Всѣ трое больныхъ выздоровѣли, хотя у перваго сильно пострадалъ слухъ, у втораго значительно ослабѣла память. Ванны каждый разъ оказывали благотворное дѣйствіе, которое можно объяснить (Wolisch) отчасти отвлеченіемъ крови отъ головного и спинного мозга, отчасти выдѣленіемъ токсиновъ благодаря потѣнию. Авторъ считаетъ горячія ванны лучшимъ болеутоляющимъ и успокаивающимъ средствомъ.

В. Зуевъ.

Проф. Н. П. Гундобинъ. *Лечение анеміи у дѣтей.* Практич. Врачъ. 1902 г., № 2.

Авторъ разсматриваетъ лечение анеміи, столь часто встрѣчающейся у дѣтей, съ трехъ сторонъ: профилактики, гигиены и терапіи.

Къ мѣрамъ общественнаго характера въ борьбѣ съ самыми анеміями и обуславливающими ихъ или сопровождающими ихъ заболѣваніями (рахитъ, золотуха и т. д.) относятся: лечебныя колоніи, школьныя или каникулярныя колоніи и санаторіи. Въ числѣ общихъ мѣръ для борьбы съ анеміями могутъ быть поставлены: устройство общественныхъ садовъ, ясель, образцовыхъ молочныхъ фермъ, раздача дарового молока неимущимъ матерямъ; для дѣтей школьнаго возраста — достаточное количество воздуха въ школѣ, горячій завтракъ, устройство временныхъ пріютовъ для недостаточныхъ школьниковъ. Къ мѣрамъ частной профилактики относятся: забота о подходящей для каждаго возраста пищѣ, возможности пользоваться чистымъ свѣтлымъ и сухимъ помещеніемъ, забота о прогулкахъ на воздухѣ, внимательное отношеніе къ кишечнымъ заболѣваніямъ, къ питанію послѣ заразныхъ заболѣваній. Собственно лечение анеміи является діетическимъ и терапевтическимъ (наружными и внутренними средствами). Лучшимъ питательнымъ матеріаломъ для грудныхъ дѣтей будетъ грудь матери. Изъ ряда питательныхъ и въ тоже время лечебныхъ средствъ авторъ разсматриваетъ только испытанныя имъ. Соматоза или желѣзистая соматоза съ цѣлью поднять питаніе дается дѣтямъ послѣ 1-го года по $\frac{1}{4}$ чайн. ложечки, а старшимъ по $\frac{1}{2}$ и 1 чайн. лож. 2 раза въ день, грудными дѣтями она также переносится и не должна употребляться при выраженныхъ желудочно-кишечныхъ разстройствѣхъ. Мясной сокъ дается годовалымъ по $\frac{1}{2}$ чайн. лож. 2 раза въ день, въ большихъ количествахъ плохо переносится, равно и мясной порошокъ и жидкая дефибрированная кровь, какъ показали опыты автора надъ маленькими дѣтями. Что же касается до бѣлковой воды, то авторъ совершенно прогнать ея дачи (при ничтожной ея питательности вызываетъ бродильные процессы), изъ яицъ онъ совѣтуетъ давать яичницу, приготовляемую изъ большого числа желтковъ и меньшаго бѣлковъ. Овсянки разныхъ сортовъ имѣютъ большое питательное значеніе. Съ цѣлью поднять питаніе употребляются какао (масляное), сливочное масло, рыбій жиръ, липидинъ. Рыбій жиръ авторъ не даетъ ранѣе третьяго года и при этомъ въ небольшихъ количествахъ — 2 раза въ день по чайной или десертной ложкѣ (большія дозы проходятъ кишечникъ не всасываясь). Кефиръ назначается обыкновенно дѣтямъ старше у дѣтняго возраста по 1 или 2 стакана въ сутки въ теченіе 1—2 мѣсяцевъ; мальтоза тоже даетъ хорошіе результаты особенно у атрепсиковъ, доза по 2 грамма 3 раза въ сутки (дорога). Солодовое пиво, охотно принимаемое дѣтями, дается $\frac{1}{2}$ —1 рюмки 2 раза въ день (6—10 лѣтнимъ). Пепсинное и желѣзистое вино, вполне замѣнимыя порошокомъ пепсина и желѣза, могутъ быть полезны въ подходящихъ случаяхъ. Наружное лечение анеміи: воздухъ, соленыя и

грязныя ванны, обтиранія. Соленыя ванны черезъ день (не чаще), въ 28—29°R. не болѣе 1/2 фунта соли на ведро, съ сильнѣемъ въ ней 8—15 минутъ, числомъ 20—40 ваннъ. Обтиранія смѣсью соли простой водки и воды у маленькихъ дѣтей губкой, у болѣе старшихъ простыней, съ растираніемъ ребенка до легкой красноты. Изъ внутреннихъ средствъ—различныя препараты желѣза, смотря по состоянію больного и по дѣйствию самого препарата: при хроническихъ катарахъ кишекъ fer. carbonic., f. lactic., liq., ferri sesqui chlorat., при отсутствіи аппетита и слабыхъ явленіяхъ диспепсіи chinin.-ferro-citrici, при нервныхъ явленіяхъ на почвѣ анеміи fer. bromat. (быстро портится и не всегда хорошо переносится желудкомъ), при хроническихъ опухоляхъ лимфатич. желѣзъ syr. ferri jodat. (2 или 3 раза въ день столько капель, сколько ребенку лѣтъ постепенно до тройного количества), при рахитѣ съ нервными явленіями рупорosph. ferris, индифферентный препаратъ—ferrocin; изъ желѣзистыхъ минеральныхъ водъ Ореша, Левико (слабый), Спа и искусствен. пиро-фосфорная желѣзъ вода (дѣтямъ 7—12 л. во время завтрака и обѣда 1/4 или 3/4 бутылки въ день), Левико (содерж. мышьякъ) дѣтямъ 2—6 л. отъ 3 чайн. ложекъ до 4 десертн. лож. въ день, Гемоль, гемогаллоль, санвиноль не выше обычныхъ препаративъ желѣза. Мышьякъ полезенъ при анеміи, осложненной функциональными невротами, упорными сныями, аденистами. При употребленіи medullagen'a и ossagen'a автору помогли болѣе гигиеническія мѣры, чѣмъ названныя препараты.

В. Зуевъ.

И. К. Конаржевскій. *Противодифтеритная сыворотка, какъ терапевтическое и профилактическое средство при коклюшѣ.*
Рус. Медицин. Вѣстн. № 4 за 1902 г.

На основаніи 20 случаевъ примѣненія антидифтеритной сыворотки у коклюшныхъ больныхъ авторъ замѣтки «опредѣленно, точно, сознательно, фактически обоснованно» высказываетъ положенія: 1) достаточно двухъ много 3-хъ впрыскиваній (на 1000 един. антитокс.), чтобы время теченія коклюша ограничить лишь двумя недѣлями 2) предупредить стадій судорогъ 3) если же судороги наступаютъ, то послѣ 3-го впрыскиванія, какъ правило, быстро совершенно прекращаются 4) явленія коклюша рѣзко уменьшаются черезъ сутки послѣ впрыскиванія и совершенно исчезали въ началѣ 3-ей недѣли, а не рѣдко и въ концѣ второй 5) никакой особо-рѣзкой реакціи отъ впрыскиванія отмѣтить нельзя 6) впрыскиваніе здоровымъ дѣтямъ предупреждаетъ ихъ отъ заболѣванія. Авторъ употреблялъ сыворотку Инст. Эксперим. Медицины, впрыскивая съ промежутками (обычно) въ 2 или 3 дня.

В. Зуевъ.

В. В. Шенгелидзе. *Пленчатый ларингитъ (первичный) безъ палочекъ Löffler'a.* Клинич. Журналъ № 11 за 1901 г.

Авторъ описываетъ два случая первичнаго пленчатого пораженія гортани безъ палочекъ Löffler'a, провѣренные на секціонномъ столѣ, въ обоихъ случаяхъ были произведены повторныя (при жизни и послѣ смерти) бактериоскопическія и микроскопическія изслѣдованія гортани, мѣстнаго леченія въ обоихъ случаяхъ не производилось. 1-ый случай. Острый случай стеноза гортани у мальчика 3 л. при нормальномъ состояніи зѣва и миндалинъ; смерть черезъ нѣсколько часовъ по поступленіи. На вскрытіи: слизистая оболочка ниже голосовыхъ связокъ до бифуркаціи трахеи сильно гиперемирована, подъ ложными связками пленчатый желто-бѣлаго цвѣта налетъ. Подъ микроскопомъ и на разводкахъ—цѣпе-грозде-диплококки, палочекъ совсѣмъ нѣтъ. 2-ой случай. У туберкулезнаго мальчика 1 г. 3 м. за три дня до смерти стенозъ гортани. На вскрытіи пленчатый ларингитъ голосовыхъ связокъ, безъ язвы. Присутствіе кокковъ и полное отсутствіе палочекъ.

Приводятся краткія литературно-статистическія указанія. Въ заключеніе авторъ ставитъ положенія:

1) пленчатые налеты въ гортани дѣтей съ клиническими явленіями крупа могутъ быть вызваны дипло-стрепто-стафилококками.

2) Первичные пленчатые ларингиты безъ дифтерійныхъ палочекъ встрѣчаются у дѣтей не рѣдко; они могутъ развиваться, какъ путемъ зараженія извнѣ, выражаясь въ острой формѣ, такъ и повидимому путемъ аутоинфекціи (2-ой случай), гдѣ на истощенной почвѣ рѣзко проявляютъ жизнеспособность обычные обитатели полости рта ребенка.

3) При рѣшеніи вопроса объ изоляціи больного и при оцѣнкѣ показаній къ специфическому леченію его (сыворотка) нужно быть чрезвычайно осторожнымъ.

В. Зувевъ.

Л. Б. Биликъ. *Аппаратъ д-ра Гиппиуса для пастеризаціи молока или обезпложивающія свойства.* Русск. Архивъ патологіи, вл. мед. и бактер. Январь, 1902 г.

Авторъ изслѣдовалъ дѣйствіе аппарата д-ра Гиппиуса, предложеннаго для пастеризаціи молока, на тифозную и кишечную палочки и золотистаго стафилококка. Культуры названныхъ микроорганизмовъ, снятыя съ агаре, авторъ смѣшивалъ съ 200 грм. изслѣдуемаго молока въ стеклянкѣ Сокслета, послѣ тщательнаго взбалтыванія, 1 куб. цтм. такого

молока смѣшивался съ 9 куб. цтм. дистилированной воды, а 1 куб. цтм. такой смѣси взбалтывался съ 10 куб. цтм. разжиженной желатины и послѣдняя разливалась въ чашечки Petri. Тоже продѣлывалось и съ пастеризованнымъ въ теченіе 15 минутъ (до 65°) молокомъ. На первыхъ пластинкахъ спустя 24—48 часовъ появлялись многочисленныя колоніи кишечной и тифозной палочки и стафилококка, на вторыхъ же (послѣ пастеризаціи) автору при многократныхъ изслѣдованіяхъ наблюдать не удавалось.

В. Зуевъ.

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

Общество русских врачей въ г. Одессѣ.

(Засѣданіе 27 апр. 1902 г.)

1. Д-ръ Б. Кнотте сдѣлалъ сообщеніе: О леченіи туберкулеза мяснымъ сокомъ и сырымъ мясомъ (сомотерапія). Докладчикъ сказавъ предварительно о соответствующей литературѣ, сообщилъ нѣсколько случаевъ сомотерапіи по Hélicourt'у и Ch. Vichet при туберкулёзѣ легкихъ. Въ одномъ случаѣ изъ частной практики при туберкулёзѣ 1-ой степени съ прирожденной debilitus примѣнялся мясной сокъ (мышечная плазма) въ количествѣ отъ 200,0 до 300,0 чистого сока (полученнаго безъ настаиванія мяса съ водой) и отъ 100,0 до 300,0 мяса. Продолжительность леченія 8 мѣсяцевъ за вычетомъ перерыва въ 1 мѣсяць. Получилось улучшеніе. Остальныхъ 8 случаевъ докладчикъ пользовалъ только сырымъ мясомъ въ Одесской гор. больницѣ съ д-ромъ Л. Горскимъ. У трехъ изъ этихъ больныхъ имѣлся туберкулёзъ 2-ой степени (по Tarbau't'у), у 3-хъ стоящій на границѣ 2 и 3 стадій и у двухъ третья степень болѣзни. Сырое мясо давалось въ небольшихъ дозахъ (300,0—350,0) въ сутки и только въ двухъ случаяхъ по 600,0—650,0. Продолжительность леченія также была не велика; лишь въ 4 случ. около 3-хъ мѣсяцевъ и въ одномъ 4 мѣсяца. въ остальныхъ 2—2½ мѣсяца. Ни въ одномъ случаѣ не получилось излеченія, зато почти во всѣхъ улучшеніе, часто весьма незначительное. Вѣсъ увеличился у 7 больныхъ отъ 4 до 34½ фунтовъ, въ среднемъ на 16½ фунт. и только у одного упалъ на 6 фунт. Температура упала болѣе или менѣе до нормы у 6 больныхъ, у 2 изъ которыхъ она была гектической. Улучшеніе объективныхъ измѣненій въ легкихъ также получилось у 6-ти больныхъ, у нѣкоторыхъ весьма значительно. Субъективное состояніе улучшилось, боли въ груди уменьшились, кашель также часто исчезалъ, ночные поты становились рѣже и нерѣдко прекращались, количество мокроты уменьшилось, на лицѣ у нѣкоторыхъ больныхъ появлялся румянецъ. Однако у двухъ изъ этихъ больныхъ получилось заболѣваніе лев-

точной глистой (*taenia sol.*), у 1-го въ мочѣ обнаруженъ бѣлокъ, у двухъ наблюдались боли въ области почекъ при нормальной мочѣ.

У одного также появились боли въ печени, которая объективно оказалась увеличенной. На этомъ основаніи и ссылаясь также на почти одновременныя наблюденія проф. Patoig'a (Русскій врачъ № 9), который приводитъ 2 случая пораженія почекъ и печени при соматерапіи, окончившейся летально не смотря на улучшеніе легочнаго процесса, докладчикъ вполне присоединяется къ совѣту проф. Patoig'a — быть весьма осторожнымъ въ примѣненіи метода Héricourt'a и Bichet.

2) Проф. И. А. Батуевъ демонстрировалъ двухъ физическихки ненормально развитыхъ дѣтсей — братьевъ Адольфа и Фридриха Шнейдеръ, уроженцевъ Данцига, изслѣдованныхъ Вирховымъ; это дѣти гиганты, очень толсты, родились въ семьѣ, члены которой совершенно нормальные люди; толстѣть начали, когда имъ было около 1 года, процессъ ожирѣнія шелъ очень быстро, такъ что теперь, когда одному изъ нихъ 10 лѣтъ, а другому 9, они представляютъ нѣчто нефронтное. Старшій вѣсилъ около 109 килограмм., ростъ его 150,2 сант., окружность груди 123,5 сант., младшій вѣситъ 89 кіл., ростъ 138 сант., окружность груди 111 сант.

Оба мальчика отличаются большой силой и мышечная система, несмотря на обиліе жира, развита прекрасно (братья поднимаютъ гири въ нѣсколько пудовъ и дѣлаютъ ими гимнастическія упражненія). Внешній видъ у дѣтей цѣлѣуцій: они веселы, жизнерадостны, шаловливы. Умственное развитіе ихъ болѣе, чѣмъ другихъ дѣтсей ихъ возраста. Младшій Фридрихъ имѣетъ большія способности къ математикѣ. Бдять 4 раза въ день и гораздо болѣе, чѣмъ обыкновенные люди. У Адольфа размѣры головы увеличены, небо углублено у обоихъ. Зубы прорѣзались рано и потому заходятъ одинъ за другой. Половыя органы у нихъ совсѣмъ дѣтскіе. Въ общемъ дѣти представляютъ довольно рѣдкое явленіе по своему физическому развитію.

В. Рудневъ.

Общество охраненія народнаго здравія; біологическая секція въ г. Одессѣ.

(Засѣданіе 1 мая 1902 г.)

1. Д-ръ С. М. Штейнгаусъ сдѣлалъ сообщеніе: Алкоголь, его терапевтическое значеніе и отношеніе къ нему врачей.

Терапевтическое значеніе какаго либо цѣлебнаго средства опредѣляется съ одной стороны дѣйствительностью тѣхъ цѣлебныхъ свойствъ, которыя ему при-

писываютъ, съ другой тѣмъ побочнымъ вреднымъ дѣйствіемъ, которое оно проявляетъ; кромѣ того приходится часто считаться какъ съ суммированіемъ вреднаго дѣйствія, такъ и съ пагубною привычкою къ данному веществу. Все эти соображенія неизбежно должны лечь въ основаніе нашихъ сужденій объ алкоголѣ, какъ о терапевтическомъ средствѣ. Не смотря на кажущуюся теперь избвчную истину, что алкоголь есть сильный наркотическій ядъ и что лечебное его свойство проблематично, большинство врачей до сихъ поръ не можетъ отрѣшиться отъ шаблоннаго назначенія часто large manu алкоголя въ той или другой формѣ. Объясняется это обстоятельство тѣмъ, что врачи, какъ и все наше общество заражены глубоко вкоренившимся «алкогольнымъ предрасудкомъ» (alkoholwahn). Въ этомъ мы можемъ убѣдиться изъ повседнежнаго опыта (слѣдуютъ примѣры, указывающіе на далеко не безпристрастное отношеніе врачей къ алкоголю). Въ дальнѣйшемъ изложеніи докладчикъ указывая на тѣ основанія, которыя служили къ тому, чтобы считать алкоголь цѣлебнымъ средствомъ, останавливается подробно на значеніи алкоголя, какъ питательнаго и діететическаго вещества (работы Либиха и его учениковъ Stammreich'a и Miura, Rosenfeld'a и Chotzen'a), подчеркиваетъ полную несостоятельность ученія о питательности алкоголя, затѣмъ разбираетъ свойства алкоголя, какъ stomachicum (работы Глюцинскаго, проф. Павлова, и Rosenfeld'a) указываетъ на несостоятельность ученія объ алкоголѣ, какъ о возбуждающемъ; вліяніе на сердечную дѣятельность (Rosenfeld), на дыханіе, на нервную систему (Kraepelin, Smith, Aschaffenburg), на мышечную дѣятельность (Kraepelin).

Подводя итоги цѣлебнымъ свойствамъ алкоголя, докладчикъ приходитъ къ заключенію, что вредныя свойства алкоголя несоизмѣримо велики съ той небольшою пользою, какую онъ можетъ принести. Разбирая различныя показанія къ назначенію алкоголя, останавливается подробнѣе на назначеніи алкоголя при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, коллапсѣ и нѣкоторыхъ острыхъ психозахъ. Не смотря на такой ограниченный кругъ показаній къ назначенію алкоголя и на явный вредъ систематическаго его употребленія, существуетъ цѣлый рядъ случаевъ медицинскаго злоупотребленія виномъ и проистекающаго изъ него алкоголизма. Д-ръ Ш. приводитъ рядъ собственныхъ наблюденій, а также наблюденія другихъ лицъ (Крепелинъ, Корсаковъ, Kassowitz, Demme, Strümpelle, Behr. и др.).

Резюмируя все сказанное, докладчикъ приходитъ къ заключенію, что алкоголь отнюдь не возбуждающее, а сильный наркотическій ядъ, что кругъ терапевтическихъ показаній къ назначенію его долженъ быть суженъ до минимума и что *primū desiderium* нашимъ должно быть помѣщеніе алкоголя въ аптечномъ шкафу въ числѣ сильно дѣйствующихъ средствъ.

Въ преніяхъ принимали участіе д-ра Гамалея, Пурицъ, Дитерихе, Маргулисъ, Гендлеръ и др. Оппоненты указывали, что во многихъ случа-

яхъ терапевтическое примѣненіе алкоголя является необходимымъ и приноситъ пользу больному, отказаться отъ примѣненія алкоголя, какъ жаропонижающаго, вкусового и возбуждающаго при отсутствіи въ медицинѣ другого средства при своей безвредности дѣйствующаго аналогично алкоголю, въ настоящее время невозможно; антипиринъ и антифебринъ дѣйствуютъ относительно вредно; необходимо конечно примѣнять алкоголь крайне осторожно и тогда можно избѣжать его вреднаго дѣйствія.

В. Рудневъ.

VIII-й Пироговскій съѣздъ въ Москвѣ.

Секція хирургіи.

Засѣданіе 4 января 1902 г.
(соединенное съ секціей дѣтскихъ болѣзней).

Почетными предсѣдателями избраны: проф. Е. В. Павловъ, В. И. Разумовскій и И. А. Праксинъ.

І. К. Х. Хорнъ (С.-Петербургъ) О пересадкѣ сухожилій.

Описавъ ходъ операциі при *pes equino-varus paralyticus*, докладчикъ подробно изложилъ тѣ приемы, которые примѣняются имъ въ теченіе послѣоперационнаго періода. Стопѣ придается тыльно-согнутое и пронированное положеніе и накладывается гипсовая повязка. Повязка эта снимается черезъ 10 дней для удаленія швовъ, и затѣмъ накладывается вторая гипсовая повязка. Съ этой повязкой больному уже позволяется осторожно ходить. Черезъ 2 недѣли повязка мѣняется, при чемъ стопа укрѣпляется въ прямоугольномъ направленіи, что облегчаетъ ходьбу. Эта повязка—последняя, ее удаляютъ черезъ 2 недѣли и ногу массируютъ, постепенно примѣняя произвольныя движенія мышцъ. На ночь, обыкновенно накладываютъ легкій кожаный снарядъ.

Затѣмъ докладчикомъ были демонстрированы трое больныхъ; результатъ операциі у всѣхъ получился весьма хорошій.

Проф. В. И. Разумовскій сообщилъ, что ему пришлось дважды примѣнять операциі пересадки сухожилій, въ случаѣ *pes calcaneus* и въ случаѣ *pes*

equino varus paralyticus, при чемъ въ обоихъ случаяхъ получились очень хорошіе результаты.

II. К. X. Хорнъ. (С.-Петербургъ). О леченіи косолапости.

По мнѣнію докладчика способомъ Lorenz'a излечиваются самые запущенные случаи косолапости, при чемъ скелетъ стопы сохраняется вполне. Способы же Phelps'a и Walf'a обладают многими недостатками.

При исправленіи косолапости по способу Lorenz'a не примѣняются насильственные приемы, а лишь постепенно стараются перевести стопу въ положеніе прямо противоположное существующему.

Это достигается послѣдовательнымъ наложеніемъ гипсовыхъ повязокъ съ постепеннымъ исправленіемъ стопы.

У дѣтей въ возрастѣ до 3-хъ лѣтъ д-ръ Хорнъ производитъ операцію въ 2 приема: въ первый онъ уничтожаетъ приведеніе и наклоненіе и во второй (черезъ мѣсяць) устраняется pes equinus и supinatis.

При наложеніи повязокъ нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы не образовывались пролежни, для чего необходимо разрѣзать повязку, какъ только она сдѣлается тѣсной, вслѣдствіе опуханія послѣ операціи. Вторая гипсовая повязка лежитъ до 4-хъ мѣсяцевъ.

Такимъ образомъ главнымъ преимуществомъ операціи по способу Lorenz'a по мнѣнію докладчика является полное сохраненіе скелета стопы и вѣдѣмъ отсутствіи возвратовъ.

Послѣ этого доклада д-ръ Хорнъ показали троихъ больныхъ, у которыхъ операція исправленія косолапости по способу Lorenz'a произведена съ полнымъ успѣхомъ.

Затѣмъ послѣдовали возраженія со стороны нѣсколькихъ лицъ:

Д-ръ Краснобаевъ заявилъ, что лично онъ отдаетъ предпочтеніе способу Phelps-Kiwaisson'a, такъ какъ при этомъ способѣ не приходится дѣйствовать въ темную, какъ при способѣ Lorenz'a.

Д-ръ Хорнъ. Упражненія на трупахъ даютъ возможность освоиться съ характеромъ измѣненій производимыхъ при способѣ Lorenz'a.

Проф. Праксинъ. Въ запущенныхъ случаяхъ косолапости у взрослыхъ приходится прибѣгать къ кровавой операціи на костяхъ.

Проф. Бобринъ. Нельзя изъ за одного способа отвергать другіе, тѣмъ болѣе, что Lorenz самъ отказывается отъ нѣкоторыхъ приемовъ своего способа.

III. А. А. Кисель (Москва). О леченіи воспаленія червеобразнаго отростка у дѣтей.

Докладчикъ примѣнял при аппендицитахъ у дѣтей леченіе слабительными. Д-ръ Кисель привелъ 33 случая аппендицита у дѣтей въ возрастѣ отъ 2 до 13 лѣтъ. Въ началѣ давалось Oleum Ricini въ большихъ дозахъ, и затѣмъ, въ те-

ченіе 4 дней, то же масло въ видѣ крѣпкой эмульсіи. Противъ боли narcotica не употреблялись, а въ случаѣ необходимости примѣнялись или холодъ, или тепло. Изъ 33 случаевъ д-ра Киселя 31 окончились выздоровленіемъ, 2—смертью отъ разлитого воспаленія брюшины; въ 7 случаяхъ въ области processus-vermicularis образовался нарывъ. Средняя продолжительность пребыванія больныхъ въ клиникѣ 19 дней.

Д-ръ Бенисовичъ полагалъ, что цифры докладчика незначительны для того, чтобы по нимъ можно было дѣлать какіе-либо выводы. Назначеніе же слабительныхъ—опасно въ виду возможности вызвать прободеніе.

Проф. Праксинъ. Слабительное, вызывая перистальтику, ведетъ къ разрыву фибриновыхъ сращеній и затѣмъ къ перитониту. Противъ примѣненія слабительныхъ высказались также проф. Бобровъ, Корсаковъ, фонъ Мантейфель и д-ръ Зеренинъ.

Докладчикъ заявилъ, что къ широкому примѣненію слабительныхъ при аппендицитахъ онъ перешелъ послѣ продолжительнаго осторожнаго примѣненія.

IV. Н. Н. Михайловъ. (Москва) Сосудистыя опухоли у дѣтей и ихъ леченіе.

Положенія доклада таковы: 1) сосудистыя опухоли встрѣчаются въ 47,8% общаго числа опухолей у дѣтей. 2) Сосудистыя опухоли помѣщаются чаще на лицѣ и на головѣ 3) Приступать къ леченію надо возможно раньше, такъ какъ нельзя заранѣе опредѣлить съ какой формой имѣютъ дѣло—съ быстро или медленно растущей. 4) Докладчикъ примѣняетъ электролизъ (гальваническая батарея Гиршмана въ 24 элемента или Шпамера въ 10 элементовъ). Въ опухоль втыкаются 2 платиновыя иглы и держатся 3—5 минутъ. (Колебаніе силы тока отъ 2 до 20 М.А.

Примѣнивъ въ 155 случаяхъ леченіе электролизомъ докладчикъ получилъ лучшіе результаты при сосудистыхъ опухоляхъ носа, вѣкъ и губъ. Осложненія наблюдались лишь въ видѣ незначительныхъ кровотеченій, нагноеній и однажды асфиксія въ теченіе нѣсколькихъ минутъ.

Преимущество этого способа передъ другими, по мнѣнію д-ра Михайлова,—легкость и безопасность примѣненія даже въ самомъ раннемъ возрастѣ.

Д-ръ Козловскій. Я примѣнялъ дважды съ хорошимъ результатомъ леченіе электролизомъ сосудистыхъ опухолей.

Засѣданіе 5 января 1902 г.

Почетными председателями избраны: проф. М. С. Субботинъ, проф. В. Г. Цега-фонъ Мантейфель и прив. доцентъ Н. М. Волковичъ.

I. Прив. доц. С. М. Оедоровъ (Москва). Къ распознаванію и леченію болѣзаней пищевода.

Главный признакъ заболѣваній пищевода въ огромномъ большинствѣ случаевъ—затрудненіе проглатыванія пищи, доходящее иногда до полной непроходимости. Для опредѣленія мѣста и характера суженія пищевода примѣнялось изслѣдованіе зондомъ Troussseau съ оливами и эзофагоскопія. При весьма сильномъ суженіи пищевода, когда не проходилъ самый тонкій бужъ, вводился эзофагоскопъ, отыскивалось отверстіе пищевода и проводился черезъ него, подъ контролемъ глаза, тотъ или иной бужъ. Затѣмъ, убѣдившись въ мѣстѣ суженія, эзофагоскопъ проводился, если было нужно, за мѣсто суженія и путемъ осмотра опредѣлялся характеръ суженія; если же такимъ путемъ опредѣлить не удавалось, черезъ эзофагоскопъ пипчиками отрывался кусочекъ опухоли или грануляцій и изслѣдовался подъ микроскопомъ.

Разстояніе суженія отъ зубного края опредѣлялось съ помощью зонда, устроеннаго докладчикомъ специально для этой цѣли.

Докладчикъ привелъ нѣсколько случаевъ распознаванія заболѣваній пищевода при помощи эзофагоскопіи и выразилъ пожеланіе, чтобы этотъ способъ, въ виду своей доступности и полезности, получилъ широкое примѣненіе.

II. Проф. Праксинъ. Къ леченію проникающихъ ранъ брюшной полости чревосѣченіемъ.

Какъ при колотыхъ, такъ и при огнестрѣльныхъ ранахъ необходимо прибѣгать къ чревосѣченію, такъ какъ распознаваніе поврежденія внутреннихъ органовъ весьма затруднительно, зондированіе же раны примѣнять не слѣдуетъ.

Смертность отъ огнестрѣльныхъ ранъ въ военное время колебалась между 70—88%. Отъ ранъ холоднымъ оружіемъ въ Американскую войну погибло 59%.

Въ мирное время, когда примѣняется выжидательное леченіе, отъ огнестрѣльныхъ ранъ брюшной области погибаетъ 46,5%, а отъ колото-рѣзанныхъ ранъ—37%.

Оперировать необходимо какъ можно ранѣе, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда пораженіе внутреннихъ органовъ не установлено съ несомнѣнностью.

Разрѣзъ черезъ рану производится послѣдно, что даетъ возможность опредѣлить, имѣется ли прониканіе или нѣтъ. Изслѣдованіе кишекъ не надо производить въ брюшной полости, такъ какъ въ такомъ случаѣ легко выжать содержимое изъ пораненной кишки въ брюшную полость. Лучше вынимать кишки изъ раны. Рану можно зашивать наглухо только при пулевыхъ ранахъ, при ранахъ же колотыхъ необходимо тампонировать.

Докладчикъ сообщилъ 4 случая огнестрѣльныхъ ранъ брюшной полости, при которыхъ имъ примѣнено было чревосѣченіе въ первые 5 часовъ послѣ пораненія. Одинъ больной умеръ, остальные выздоровѣли. У погибшаго были раны: проникающая въ грудную полость, рана діафрагмы и 4 раны на селезеночной S-видной кривизнѣ. Затѣмъ было сообщено о 12 случаяхъ колото-рѣзанныхъ ранъ, изъ которыхъ въ 7 случаяхъ наблюдалось выздоровленіе.

Д р ъ З е р е н и н ъ. Я прибѣгаю къ чрезвѣчному въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ указанія на кровотеченіе или начинающійся перитонитъ, въ остальныхъ случаяхъ только очищаю раны.

Проф. Цеге-фонъ Мантейфель. Въ военное время поврежденія брюшной полости лучше оставлять безъ вмѣшательства.

Ш. П. И. Долгополовъ. Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій черепа.

Сообщеніе случая тяжелаго осложненнаго перелома черепа съ благополучнымъ исходомъ.

А. Сурковъ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКІЙ УКАЗАТЕЛЬ.

I. Книги и монографіи.

** Глѣбовскій А. А. Къ вопросу о дѣйстви концентрированнаго (по Finsen'у) свѣта Вольтовой дуги на сосудистыя пятна. Сиб. 1902 г.

**Глѣбовскій А. А. О дѣйстви концентрированнаго (по Finsen'у) свѣта Вольтовой дуги на волчанку. Сиб. 1902 г.

*Гундобинъ. Школьная гигиена. Ц. 60 к.

*Догель. Техника окрашиванія нервной системы. Ц. 50 к.

*Дьяконовъ. Восстановленіе разрушеннаго носа. Ц. 40 к.

*E wal g. Общая и частная рецептура. Ц. 6 р.

**Курдюмовъ Е. Д. Ежегодникъ физико-терапевтической лечебницы. Отчетъ о дѣятельности ея за 1900—1901 годъ. Москва. 1902 г.

*Мартыновъ. Хирургія печени. Ц. 75 к.

**Отчетъ Имп. Русскаго Географическаго Общества за 1901 г. Спб. 1902 г.

**Отчетъ о дѣятельности о-ва, протоколы засѣданій и труды Вологодскаго Медицинскаго О-ва. Вологда. 1901 г.

**Отчетъ уфимскаго мѣстнаго управленія російскаго о-ва Краснаго Креста за 1901 г. Уфа. 1902 г.

**Протоколы засѣданій О-ва морскихъ врачей въ Кронштадтѣ. 1901—1902 г. Кронштадтъ. 1902 г.

**Пятое губернскае совѣщаніе (VIII сѣздъ) врачей и представителей земствъ Тамбовской губ. Вып. II. Делегатскіе доклады. Тамбовъ. 1901 г.

**Разумовскій В. И. Медицина и хирургія въ XIX столѣтіи. Москва. 1902 г.

Книги, отмѣченныя знакомъ **, имѣются въ бібліотекѣ Общества Врачей при Казанскомъ Университетѣ; книги, отмѣченныя знакомъ *, продаются въ книжныхъ магазинахъ Бр. Башмаковыхъ въ Казани.

*Рунге. Учебникъ Гинекологіи. Ц. 2 р. 50 к.

**Сборникъ статистическихъ свѣдѣній по Московской губерніи. Москва. 1902 г.

*Тарновская. Женщины убійцы. Ц. 4 р.

***Труды и протоколы засѣданій Елисаветградскаго Медицинскаго О-ва за 189⁶/₆, 189⁷/₇, 189⁸/₈ и 1898—901 г.г. Елисаветградъ. 1901 г.

**Труды О-ва ветеринарныхъ врачей при Казанскомъ Ветеринарномъ Институтѣ. Казань. 1902 г.

*Труды Русскаго Энтомологическаго О-ва въ С.-Петербургѣ. Спб. 1902 г.

**Труды С.-Петербургскаго О-ва Естествоиспытателей. 1902 г. Янв. и Февр.

*Фрейбергъ. Сборникъ новѣйшихъ рецептовъ. Ц. 2 р. 50 к.

*Цейдлеръ. Поврежденія и заболѣванія железъ. Ц. 1 р. 50 к.

III. Журналы, газеты и другія періодическія изданія.

**Акушерка. 1902 г. Май, Іюнь.

**Архивъ Ветеринарныхъ Наукъ. 1902 г. Кн. 4.—Байеръ В. Муравьиная кислота при леченіи ранъ.—Babes V. Борьба съ сапомъ.—Измествъ В. И. Agroselinum hydrobromicum при коликахъ у лошадей.

**Больничная Газета Боткина. 1902 г. № 17.—Георгіевскій К. Н. О времени появленія специфическаго иммунизирующаго вещества въ крови при брюшномъ тифѣ.—Ивановъ Н. А. Латухинъ А. И. и Рубель А. Н. Проектъ основныхъ положеній больничнаго устава.

№ 18. Савичъ В. В. Отдѣленіе кишечнаго сока.—Воскресенскій А. П. О нормальной сѣти врачебныхъ участковъ.—Соболевъ Л. А. О послѣдствіяхъ экстирпации одной почки для организма. (продолж.)

№ 19.—Финкельштейнъ Б. К. О проникающихъ колото-рѣзанныхъ ранахъ грудной полости.—Соболевъ Л. А. (продолж.)—Успенскій В. П. (продолж.)

№ 20.—Чемолосовъ А. С. Казуистика изъ завѣдыванія глазами отрядомъ 1901 г.—Воскресенскій А. П. (продолж.)—Соболевъ Л. А. (окончаніе).

№ 21.—Ручинскій Б. П. Самопроизвольный разрывъ сердца.—Финкельштейнъ Б. К. (Продолж.)—Успенскій В. П. (Продолж.)

№ 22.—Лангъ Г. Ф. Къ вопросу о причинахъ повышенія осмотической стойкости красныхъ кровяныхъ тѣлецъ при нѣкоторыхъ патологическихъ процессахъ.—Финкельштейнъ Б. К. (Продолж.)—Ручинскій Б. П. (Окончаніе.)—Воскресенскій А. П. (Окончаніе).

**Варшавскія Университетскія Извѣстія. 1902 г. Вып. III.—Николюскій В. Программы и руководства по фармакологіи, рецептурѣ и ученію о

минеральных водах.—Пупко Ш. Сравнительное определение желѣза и гемоглобина въ крови при различныхъ заболѣваніяхъ съ помощью современныхъ клиническихъ методовъ.

*Военно-Медицинскій Журналъ. 1902 г. Январь.—Воскресенскій П. 25 случаевъ радикальной операціи паховой грыжи.—Тауберъ А. С. Обь устраненіи непроходимыхъ суженій пищевода путемъ временной *gastrostomiae*.—Порошинъ Н. Н. Случай высокого стѣченія мочевого пузыря.—Ганфильевъ П. И. Йодовая настойка при рождѣ.—Mansell Moullin С. Когда оперировать при воспаленіи червеобразнаго отростка?—Тимофѣевъ П. В. Острота зрѣнія и рефракція глазъ кадетъ Донского Императора Александра III кадетскаго корпуса.—Поповъ А. Къ леченію трахомы ихтиоломъ—Грековъ А. Д. О коматозной формѣ палюдизма по наблюденіямъ въ Мервскомъ лазаретѣ.—Любомудровъ П. В. Случай тяжелаго малокровія, излеченнаго соевыми вливаніями.—Федорченко М. М. Случай сапа у челоуѣка.—Сажинъ Н. В. Алкогольная наследственность.—Гюбертъ И. И. Александрійская колонія для прокаженныхъ въ Терской области.—Покровский М. М. Экспериментальныя данныя къ вопросу о серотерапіи стафилококковыхъ заболѣваній.—Голубниченко В. Г. Значеніе общей стрептококковой инфекціи въ происхожденіи язвенно-бородавчатого эндокардита.—Любомудровъ П. В. Случай общаго зараженія кишечной палочкой.

**Вопросы философіи и психологіи. 1902 г. Мартъ—Апрѣль.

*Врачебная Газета. 1902 г. № 16.—Рыбаковъ Ѳ. Е. Принципы современнаго леченія алкоголиковъ (оконч.)—Merklen P. О перебояхъ и аритміяхъ пульса.—Коганъ Г. А. Къ вопросу обь упорядоченіи обряда обрѣзанія.

№ 17.—Гурнеръ Г. И. Обь обеззараживаніи рукъ и о мѣрахъ предосторожности противъ зараженія ранъ самимъ хирургомъ.—Поспѣловъ А. Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій черепа.—Лозинскій А. А. Кисловодскъ по наблюденіямъ въ лечебный сезонъ 1901 г.

№ 18.—Гурнеръ Г. И. (оконч.)—Баклановъ П. С. Къ фармакологіи гедонала.—Лозинскій А. А. (оконч.)

№ 19.—Захеръ А. В. Къ казуистикѣ и діагностикѣ herpes гортани.—Оссендовскій В. Къ вопросу обь измѣненіи крови у сифилитиковъ подь вліяніемъ леченія.—Пассовскій Л. П. Случай недоразвитія большой грудной мышцы.

№ 20.—Скворцовъ И. П. О происхожденіи форменныхъ элементовъ жизни.—Захеръ А. В. Къ казуистикѣ и діагностикѣ herpes гортани (оконч.)—Гамбургъ М. Къ казуистикѣ множественной саркомы.

№ 21.—Скворцовъ И. П. (Продолж.)—Цитринъ М. Г. Къ вопросу о нарколепсіи.—Хейфець М. Н. Случай тяжелой непроходимости кишекъ, окончившійся выздоровленіемъ.

**Вѣстникъ Гомеопатической Медицины. 1902 г. Май.

**Вѣстникъ общественной гигиены, судебной и практической медицины. 1902 г. Апрель — Вегеръ И. С. Характеръ смертности дѣтей астраханскихъ рыбаковъ. — Грѣшницевъ Н. Е. О судебно-медицинской экспертизѣ въ дѣлѣ объ убійствѣ Комарова. — Констансовъ С. В. Бактеріологическая лабораторія М. В. Д. въ Астрахани. — Лебедевъ Н. Н. Продовольствіе с.-хоз. рабочихъ въ мѣстѣ посѣва свеклы. — Кальвингъ И. О нерациональности нѣкоторыхъ рецептурныхъ формъ. — Богословскій С. Гребешечный промыселъ въ с. Хотѣичахъ.

Май. — Берестневъ Н. М. Объ изслѣдованіи подоврательныхъ по чумѣ больныхъ и труповъ — Кононовичъ К. Объ общественномъ значеніи кожныхъ болѣзней. — Зубовъ И. О. Самоубійство въ Лифляндской губерніи.

**Вѣстникъ Хирургіи. 1902 г. № 9 — Орловъ А. В. Фаринготомія для удаленія опухолей средняго отдѣла глотки.

№—10. — Орловъ Л. В. (Окончаніе).

№—11. — Оригинальныхъ ст. не имѣеть.

**Дѣятель. 1902 г. № 6, 7.

**Дѣтская Медицина. 1902 г. № 2. — Гиппіусъ А. Э. Нѣсколько вопросовъ изъ области пастеризаціи молока. — Гольдъ В. Я. Случай трехдневной ануріи въ теченіе скарлатины безъ нефрита. — Жуковскій В. П. Случай тяжелаго поврежденія головки ребенка при рожденіи. — Ярхо И. Л. О мочекишломъ діатезѣ у дѣтей. — Берестневъ Н. М. О приготовленіи сильной противодифтерійной сыворотки.

**Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней. 1902. № 3. — Гусаковъ Л. А. О вліяніи перевязки сосудовъ матки на ткань послѣдней. — Кацнельсонъ Л. С. Prolapsus uteri inversi sub partu. — Кацъ А. І. Къ казуистикѣ полныхъ послѣродовыхъ выворотовъ матки — Якобсонъ В. Л. Липофиброміома матки.

**Журналъ Дерматологіи и Сифилидологіи. 1902 г. № 4. — Главче Е. С. Итоги новѣйшихъ ученій объ экземѣ.

**Журналъ О-ва Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова. 1902 г. № 3-й. — Лебедевъ В. С. Объ основаніяхъ для выработки плана организаціи общедоступной врачебной помощи въ уѣздахъ

**Журналъ Русскаго О-ва Охраненія Народнаго Здравія. 1902 г. № 3. — Галацерь М. Н. Современное состояніе Каммернскаго курорта въ связи съ переустройствомъ его грязелеченія. — Тхоржницкій І. А. Дѣтскія игры и развлеченія въ садахъ имени Рау, устраиваемыя Варшавскимъ Гигіеническимъ Обществомъ 1889—1901 г.

№ 4. — Лицскій А. А. Дѣятельность первой комиссіи Р. О-ва охр. нар. здравія по изысканію мѣръ противъ чахотки. — Луньякъ А. И. Кислородная вода Охупен съ гигиенической точки зрѣнія.

**Журналъ Русскаго Физико-Химическаго О-ва. 1902 г. Т. XXXIV. Вып. 4.

**Записки Русскаго Бальнеологическаго О-ва въ Пятигорскѣ. 1902 г. Мартъ.—Борисовскій В. Лѣченіе табической атаксии по способу Френкеля и «Гисхюбль».—Щербакъ А. И. Лысогорскія горько-соленыя озера.

**Земледѣлецъ. 1902 г. № 5, 6.

**Зубоврачебный Вѣстникъ. 1902 г. № 5.

**Извѣстія Императорской Военно-Медицинской Академіи. 1902 г. № 4.—Песковъ В. Н. Къ методикѣ опредѣленія теплообмѣна между человѣческимъ организмомъ и водяной ванной.—Сусловъ К. О третьей головкѣ икроножнаго мускула.

№ 5.—Лангъ Г. Ф. Къ вопросу о повышеніи осмотической стойкости красныхъ кровяныхъ тѣлецъ при нѣкоторыхъ патологическихъ процессахъ.—Гольдбергъ С. И. Жемчужная болѣзнь и бугорчатка.—Игнатовскій А. И. Новѣйшіе успѣхи водолѣченія за послѣдніе годы.—Осиповъ В. Очеркъ психіатрической литературы за 1900 г.

**Извѣстія Императорскаго Томскаго Университета. 1902 г. Кн. 20.—Курловъ М. Современный бичъ человѣчества.—Вершининъ Н. В. О ядовитыхъ составныхъ частяхъ нормальной мочи человѣка, какъ главной причинѣ мочевого интоксикаціи.—Бильфельдъ П. Л. Къ вопросу о содержаніи желѣза въ печеночныхъ клеткахъ человѣка при физиологическихъ и патологическихъ условіяхъ.—Бутягинъ П. В. Объ измѣненіяхъ крови у лошадей, иммунизируемыхъ противъ дифтеріи.

**Извѣстія по литературѣ, наукамъ и библиографіи. 1902 г. № 7.

**Извѣстія Императорскаго Русскаго Географическаго Общества 1902 г. Т. XXXVIII Вып. I.

Медицинская Бесѣда. 1902 г. № 8.—

№ 9.—Вороновъ И. К. Смертность крестьянскаго населенія Воронежской губ.—Холодковскій А. М. Клиника проф. Роухъ въ Лозаннѣ.

№ 10.—Холодковскій А. М. (Продолж.)—Кулешовъ Л. Ф. Земская медицина въ Донской области. — О дезинфекціи помѣщеній формоловымъ растворомъ.—Флѣровъ Я. М. Къ казуистикѣ трахеотоміи при дифтеритическихъ стенозахъ гортани.

**Медицинскій Журналь д-ра Окса. 1902 г. Май.—Поповъ Н. И. Итоги борьбы съ фельдшеризмомъ въ Херсонской губ. Июнь.—Мухаринскій М. А. Краткое руководство къ изученію массажа (окончан.)—Гофмейстеръ Ф. Руководство къ наложенію повязокъ.

**Медицинскія прибавленія къ Морскому Сборнику. 1902 г. Апрель.—Короденко Н. Отчетъ по патологоанатомическому отдѣленію Николаев-

скаго Морского госпиталя за 1900 г.—Матусовскій А. I. Къ вопросу о химической очисткѣ питьевой воды полуторо-хлористымъ желѣзомъ.—Понятовскій А. А. Случай двусторонняго атетоза съ значительнымъ участіемъ мускулатуры туловища.

Май.—Матусовскій А. I. (окончаніе).—Песковъ В. Н. Къ казуистикѣ мозговыхъ абсцессовъ.

**Практическій Врачъ. 1902 г. № 16.—Воскресенскій К. Д. О камняхъ желудочно-кишечнаго канала.—Бентовенъ Б. И. О скрыто-зачатомъ (криптогенномъ) сифилисѣ.

№ 17. Филипповъ П. Н. Случай правосторонняго внутри-брюшиннаго поддиафрагмального нарыва у 7-лѣтней дѣвочки. Операция. Выздоровленіе.—Воскресенскій К. Д. (Продолж.)—Бентовинъ Б. И. (Продолж.)

№ 18.—Senator Н. О видоизмѣненно-систолическихъ шумахъ сердца.—Воскресенскій К. Д. (Продолж.)—Филиповъ Н. Н. (окончаніе).

№ 19.—Чистяковъ М. А. Зараженіе сифилисомъ черезъ прикармливанье родильницами въ родильныхъ домахъ.—Воскресенскій К. Д. (окончаніе).

№ 20.—Богаевскій А. Т. Краткій обзоръ 46 операций на почкахъ, произведенныхъ въ Кременчугской земской больницѣ.—Никольскій А. В. Случай хроническаго туберкулезнаго суженія тонкихъ кишекъ.

№ 21.—Жуковскій В. П. Случай разрыва печени у новорожденнаго ребенка—Никольскій А. В. (окончаніе).

№ 22.—Дзирне И. X. Къ вопросу о соединеніи кишечника по способу Landsteger'a.—Кувичинскій В. Костный секвестръ, какъ инородное тѣло наружнаго слухового прохода.—Цвѣтасъ А. А. Къ вопросу о леченіи рожи прогинодифтерійной сывороткой.

№ 23.—Posner С. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ мужского мочеиспускательнаго канала.—Дзирне И. X. (Продолж.)—Реймеръ Г. Н. Къ леченію выкидыша жидкой вытяжкой *Viburni prunifolii*.

**Русскій Антропологическій Журналъ. 1902 г. № 1.

**Русскій Архивъ патологіи, клинической медицины и бактеріологіи. 1902 г. Вып. 4. Т. XIII.—Вершининъ Н. В. Къ вопросу о леченіи аневризмъ подкожными впрыскиваніями желативы.—Тимофеевъ С. Л. Къ вопросу объ этиологіи и патогенезѣ простыхъ язвъ человѣка, экспериментальному воспроизведеніи ихъ у живогныхъ.—Зильбербергъ Л. А. Специфичны ли бактеріи лиманной грязи?—Буйневичъ К. А. Къ теории мочеобразованія.—Ростовцевъ М. И. Случай лѣвосторонняго положенія толстыхъ кишекъ и правосторонняго—тонкихъ и дивертикула Meskel'я.

**Русскій Врачъ 1902 г. № 17.—Лавдовскій М. Д. О взаимныхъ отношеніяхъ между нервными, не нервными и сосудистыми элементами. — Финкельштейнъ Б. К. О проникающихъ колотортѣзанныхъ ранахъ брюшной полости (продолженіе).—Жбанковъ Д. Н. О помощи голодающимъ отъ Пироговскаго Общества русскихъ врачей.

№ 18.—Араповъ А. Б. Къ вопросу о брюшно-тифозномъ нагноеніи и реакціи Vidal-Gruber'a — Попельскій Л. Б. Причины разнообразія свойствъ поджелудочнаго сока въ отношеніи бѣлковаго бродила.—Финкельштейнъ Б. К. (Продолженіе).—Садковскій Г. С. Къ фармакологіи пирамидона.

№ 19.—Кравковъ Н. П. О студневидной мочѣ.—Вреденъ Р. Р. Образование носа изъ пальца.—Швагеръ-Леттецкій Н. Ф. Къ казуистикѣ долговременнаго пребыванія иороднаго тѣла въ дыхательныхъ путяхъ.—Виндельбандтъ А. В. Объ изоляціи брюшно-тифозной палочки изъ воды.—Шабаль И. А. Дифтерія и дифтерійная палочка при скарлатинѣ. Къ вопросу о сочетаніи скарлатины съ дифтеріей.—Мануйловъ А. С. Смертность отъ рака въ городскихъ Петербургскихъ больницахъ за 1890—1900 гг.—Павловскій Р. А. Очеркъ современнаго положенія дѣла борьбы съ бугорчаткой въ Россіи.

№ 20.—Багудевъ Н. А. Двустороннее врожденное ненормальное полтязычнощитовидное сочлененіе у взрослога мужчины — articulatio hyo-thyroidea anomala congenita—въ связи съ развитіемъ гортани.—Ростовцевъ М. И. Перитифлитъ у женщинъ.—Соловьевъ А. И. Новый признакъ при тетаніи.—Шабаль И. А. (Продолженіе).

№ 21.—Поповъ Д. Д. Происхожденіе сосочковыхъ кистоаденомъ и новыя данныя въ пользу пареофоральнаго ученія.—Коренчевскій В. Г. Сравнительно-фармакологическія изслѣдованія дѣйствія ядовъ на одноклѣточныхъ животныхъ.—Маркъ С. А. Изъ наблюденій надъ маляріей въ Туркестанѣ.—Финкельштейнъ Б. К. (оконч.)

№ 22.—Тиховъ П. О высокомъ камнещченіи въ дѣтскомъ возрастѣ. — Поповъ Д. Д. (Окончаніе).—Ростовцевъ М. И. (Окончаніе).—Коренчевскій В. Г. (окончаніе).—Шабаль И. А. (Продолженіе).

№ 23.—Posner С. Нѣсколько замѣчаній по вопросу о распознаваніи и леченіи хроническаго воспаленія предстательной железы.—Жбанковъ Д. Н. Наказанія отъ тѣлесныхъ наказаній въ Россіи.—Тиховъ П. (окончаніе).—Виршилло В. А. Проказа въ городѣ Красномъ Яру Астраханской губ.

**Русскій Журналъ Кожныхъ и Венерическихъ болѣзней. 1902 г. Апрель.—Сорокинъ В. Н. Эпидемія острой пузырчатой сыпи (scrophigus acutus)—Петерсенъ О. В. О значеніи русской бани въ борьбѣ съ заразными болѣзнями (продолж.)—Москалевъ Н. А. Къ вопросу о вліяніи сифилиса на происхожденіе псевдолокемии.—Черновъ М. Я. Принципы леченія гоноррей.

Май—Гиммель И. М. Плазматическія клітки (окончаніе).—Петерсенъ О. В. (Продолженіе).—Москалевъ Н. А. (окончаніе)—Черновъ. Когда надо считать гоноррею излеченою?

**Русскій Медицинскій Вѣстникъ. 1902 г. № 9.—Прейсъ Н. П. Практическая врачебная замѣтка о терапевтическомъ дѣйствиіи спермина Пеля у сифилитиковъ и несифилитиковъ.—Ларинъ І. А. Народное леченіе накожныхъ и венерическихъ болѣзней въ Астраханской губ.

№ 10.—Ковалевскій П. И. Подягра и нейрозы.

№ 11.—Конаржевскій И. К. Натуральный желудочный сокъ собакъ, какъ терапевтическое средство при леченіи хроническихъ страданій желудка.—Ковалевскій П. И. Дифференціальный діагнозъ эпилепсіи.

**Современная Клиника. 1902. Май.—Leo W. Функциональныя болѣзни желудка.—Стегву Ад. О вскармливаніи дѣтей.

**Современная Медицина и Гигіена. 1902 г. № 5.—Брейтманъ М. Я. Новѣйшія лекарственныя средства въ систематическомъ изложеніи за послѣднія 5 лѣтъ.—Крепелинъ Э. Введеніе въ психіатрическую клинику.—Пуссонъ А. Руководство по болѣзнямъ мочевыхъ путей.—Робэнъ. Частная терапія внутреннихъ болѣзней.—Роелеръ. Лекціи для врачей о половомъ влеченіи и половой жизни человѣка. (Окончаніе).—Фоссіусъ. Учебникъ глазныхъ болѣзней.

**Современная Терапія. 1902 г. № 4.—Галактіоновъ И. М. Къ вопросу о леченіи женскихъ болѣзней ваннами.

№ 5 — Оригинальныхъ ст. не содержитъ.

**Терапевтическій Вѣстникъ. 1902 г. № 9.—Ritter von Weissmaug А. Меликаменозное и симптоматическое леченіе бугорчатки легкихъ.

№ 10.—Ritter von Weissmaug А. (окончаніе).

№ 11.—Лахтинъ М. Къ исторіи тераліи въ XVII столѣтіи.

**Технологъ. 1902 г. № 1, 2, 3.

**Ученыя Записки Императорскаго Казанскаго Университета. 1902 г. Апрель. Сочин. по медицинѣ не содержатъ.

**Ученыя Записки Казанскаго Ветеринарнаго Института. 1902 г. Т. XIX. Вып. 3.

**Университетскія Извѣстія Кіевскаго Университета. 1902 г. № 3.—Бобовичъ С. А. Къ вопросу о патолого-гистологическихъ измѣненіяхъ внутрисердечныхъ ганглій.

№ 4.—Стефанисъ Ф. А. О лимфатическихъ сосудахъ почекъ человѣка.

№ 5.—Нееловъ Н. К. Къ вопросу о проходимости для низшихъ организмовъ и о фагоцитарной способности дѣтскаго мѣста.—Бобовичъ С. А. Къ вопросу о патолого-гистологическихъ измѣненіяхъ внутрисердечныхъ ганглій.

**Ученія Записки Императорскаго Юрьевскаго Университета. 1902 г. № 2 Чижъ В. Ф. Общая психіатрія.

№ 3.—Адольфи Г. А. О будущности грудной кѣтки человѣка. Чижъ В. Ф. (Продолж.)

**Фармацевтъ. 1902 г. № 16, 17, 18, 19, 20, 21.

**Фармацевтическій Вѣстникъ. 1902 г. № 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22.

**Фельдшеръ. 1902 г. № 9, 10, 11.

**Хирургія. 1901 г. Апрель.—Гордонъ—Клячко Б. Л. Статистика ампутацій въ Россіи.—Орловскій А. Къ казуистикѣ желудочно-кишечнаго соустья и пилоропластики по Heineske-Mikulicz'у.—Кудинцевъ И. О наружной и внутренней уретротоміи.—Маргуліевъ М. Двѣсти случаевъ катетеризаціи мочеточниковъ.—Саввинъ В. Н. Кровоснабженіе тазобедреннаго сустава.—Михайловъ Н. Н. Объ удаленіи всей нижней конечности съ безымянной костью.—Игнатовичъ К. И. Къ вопросу о вылушеніи бедра въ тазобедренномъ сочлененіи. Случай саркомы бедра.

Май.—Абражаповъ А. А. Пузырный шовъ по спос. проф. Боригаупта.—Богорадъ А. Б. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ бронхахъ.—Бондаревъ И. А. Резекція сѣмявыносящихъ протоковъ при гипертрофіи предстательной железы.—Быховскій Г. Б. Къ вопросу о резекціи длинныхъ трубчатыхъ костей при остромъ остеомиелитѣ.—Волковичъ Е. П. Хирургическіе приемы въ леченіи зернистой болѣзни—трахомы.—Волковичъ П. М. Данные къ леченію хронич. суженій гортани.—Золковскій М. А. 12 случ. полной резекціи верхней челюсти.—Качковскій П. Э. Случай врожденной опухоли въ крестцовокопчиковой области.—Козловскій Б. С. Непроходимость кишекъ всл. перекручиванія S-образной кишки.—Лапинскій М. Къ вопросу объ этиологіи сосудистыхъ страданій.—Лауденбахъ Ю. П. Возможны ли точныя количественныя опредѣленія гемоглобина въ крови помощью спектрофотометра при желтухѣ.—Несловъ Н. К. Къ вопросу о неоперативномъ леченіи внѣматочной беременности.—Родзевичъ Э. В. По поводу 28 случаевъ рака прямой кишки.—Черняховскій Е. Г. 10 сл. перелома тазовыхъ костей.—Черняховскій М. Г. Введеніе въ курсъ общей хирургіи.—Юкельсонъ М. Б. Объ операціи круговаго вырѣзыванія геморроидальныхъ узловъ.

**Электричество. 1902 г. № 4, 5, 6, 7, 8.

М. Романовъ.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

15 сего іюня истекъ срокъ конкурса на замѣщеніе кафедръ гистологии, кожныхъ и венерическихъ болѣзней, фармакологіи и хирургической патологіи въ Казанскомъ Университетѣ. Изъявили желаніе конкурировать слѣдующія лица. На кафедру гистологии—прив.-доц. В. А. Павловъ (Харьковъ). Док. мед. П. А. Поляковъ (С.-Петербургъ) и прив.-доц. Д. А. Тимофеевъ (Казань); на кафедру кожныхъ и венерическихъ болѣзней.—прив.-доц. В. И. Зарубинъ. (Харьковъ,) прив.-доц. А. А. Линдстремъ (Кіевъ), док. мед. М. П. Манасинъ (С.-Петербургъ) и док. мед. М. А. Членовъ. (Москва); на кафедру фармакологіи—прив.-доц. К. Ѳ. Архангельскій (Томскъ), прив.-доц. Д. М. Лавровъ (С.-Петербургъ), прив.-доц. В. В. Николаевъ. (Казань), док. мед. Л. Б. Попельскій (С.-Петербургъ) и прив. доц. Г. П. Свирскій (Юрьевъ); на кафедру хирургической патологіи—прив. доц. Н. Н. Филипповъ (Харьковъ).

Организаціонный Комитетъ IX-го Съѣзда Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова доводитъ до свѣдѣнія гг. товарищей, что означенный Съѣздъ предполагается созвать въ С.-Петербургѣ, въ началѣ января 1904 г. Занятія Съѣзда распределены по 27 отдѣламъ, для завѣдыванія которыми приглашены нижепоименованныя лица:

Группа первая (біологическая).

- Отдѣлъ I, анатоміи и антропологии; завѣдующій проф. А. И. Таренецкій.
- Отдѣлъ II, гистологии и эмбриологіи; завѣдующій проф. М. Д. Лавловскій.
- Отдѣлъ III, физиологіи; завѣдующій проф. И. П. Павловъ.
- Отдѣлъ IV, физиологической химіи; завѣдующій проф. А. Я. Данилевскій.

Группа вторая (патологическая).

- Отдѣлъ V, общей патологіи; завѣдующій проф. П. М. Альбицкій.
- Отдѣлъ VI, патологической анатоміи; завѣдующій проф. К. Н. Виноградовъ.

Отдѣлъ VII, бактеріологіи; завѣдующій проф. Н. Я. Чистовичъ.

Отдѣлъ VIII, судебной медицины; завѣдующій проф. Д. П. Косоротовъ.

Отдѣлъ IX, фармаціи и фармакогнозіи; завѣдующій проф. С. А. Пржибтекъ.

Отдѣлъ X, фармакологіи и бальнеологіи; завѣдующій проф. Н. П. Кравковъ.

Отдѣлъ XI, общей терапіи; завѣдующій проф. М. В. Яновскій.

Группа четвертая (клиническая).

Отдѣлъ XII, хирургіи; завѣдующій проф. Н. А. Вельяминовъ.

Отдѣлъ XIII, внутреннихъ болѣзней; завѣдующій проф. С. С. Боткинъ.

Отдѣлъ XIV, горловыхъ, ушныхъ и носовыхъ болѣзней; завѣдующій проф. Н. П. Симановскій.

Отдѣлъ XV, акушерства и женскихъ болѣзней; завѣдующій проф. Г. Е. Рейнъ.

Отдѣлъ XVI, глазныхъ болѣзней; завѣдующій Л. Г. Беллярминовъ.

Отдѣлъ XVII, дѣтскихъ болѣзней; завѣдующій проф. Н. П. Гундобинъ.

Отдѣлъ XVIII, кожныхъ и венерическихъ болѣзней; завѣдующій проф. Т. П. Павловъ.

Отдѣлъ XIX, душевныхъ болѣзней; завѣдующій проф. В. М. Бехтеревъ.

Группа пятая (общественной медицины и гигиены).

Отдѣлъ XX, гигиены; завѣдующій В. А. Левашевъ.

Отдѣлъ XXI, общественной (земской и думской) медицины и медицинской статистики; завѣдующіе И. А. Дмитріевъ и А. А. Липскій.

Отдѣлъ XXII, военной медицины.

Отдѣлъ XXIII, морской медицины; завѣдующій В. С. Кудринъ.

Отдѣлъ XXIV, фабричной и горнозаводской медицины; завѣдующіе Л. Б. Бергенсонъ и Д. П. Никольскій.

Отдѣлъ XXV, медицины желѣзнодорожной и водяныхъ путей; завѣдующій Е. А. Головинъ.

Отдѣлъ XXVI, вопросовъ врачебнаго быта; завѣдующій проф. Ф. И. Пастернацкій.

Отдѣлъ XXVII, ветеринаріи и эпизоотологіи; выборъ завѣдующаго отложенъ.

Врачи, желающіе сдѣлать доклады, приглашаются доставить на имя секретаря Комитета (Садовая ул., 5—го, Санитарное отдѣленіе С.-Петербургской губернской земской управы), или на имя завѣдующаго подлежащимъ отдѣломъ не позже октября 1903 г. подлинныя доклады или ауторефераты ихъ съ положеніями.

Доклады на Съѣздѣ представляются лично авторами и, въ случаѣ ихъ отсутствія, къ прочтенію не допускаются; доклады не должны занимать болѣе 20

мин. для прочтенія; доклады принимаются къ разсмотрѣнію лишь такіе, которые ранѣе нигдѣ опубликованы не были; отказъ въ пріемѣ докладовъ дѣлается на основаніи заключенія всѣхъ завѣдующихъ отдѣлами данной группы.

Гг. завѣдующіе отдѣлами въ ближайшемъ времени доведутъ печатно и личными сношеніями до свѣдѣнія гг. товарищей о программныхъ вопросахъ своихъ отдѣловъ, равнымъ образомъ Комитетомъ будетъ своевременно сообщено, какъ о точномъ времени созыва Съѣзда, такъ и о подробной программѣ его занятій.

Организаціонный Комитетъ обращается съ покорнѣйшей просьбой объ оказаніи содѣйствія успѣху IX-го Съѣзда ко всѣмъ медицинскимъ факультетамъ и обществамъ, къ врачебно-санитарнымъ организаціямъ правительственныхъ и общественныхъ (земскихъ и думскихъ) учрежденій и къ отдѣльнымъ врачамъ.



ПРИЛОЖЕНІЕ КЪ «КАЗАНСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ» ЗА 1902 ГОДЪ.

ДНЕВНИКЪ
ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ

ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ

КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТЪ.

1901 Г.

№ 3.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета

1902.

Печатано по опредѣленію Общества Врачей при Императорскомъ
Базанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель *Л. Даркиевичъ.*

ПРОТОКОЛЬ

очереднаго засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ,

состоявшагося 18-го декабря 1900 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ при секретарѣ В. Владиміровѣ.

Присутствовали: почетный членъ Общества Врачей проф. Н. М. Любимовъ; дѣйствительные члены: д-ра Бургсдорфъ, Воротынскій, Дербинъ, Зуевъ, Идельсонъ, Казанскій, Клячкинъ, Купидоновъ, Котельниковъ, Колчинъ, проф. Леонтьевъ, д-ра: Мeringъ, Неболюбовъ, Николаевъ, Первушинъ, Пильновъ, Полѣновъ, Порфирьевъ, Рождественскій, Романовъ, Рымовичъ, Скуридинъ, Соколовъ, Тимофеевъ, Чарушинъ, Фаворскій, а также человекъ 15 членовъ Юридическаго Общества съ предсѣдателемъ проф. Г. Ф. Шершеневичемъ во главѣ, и свыше 100 человекъ постороннихъ посѣтителей.

Читанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія Общества отъ 29-го ноября 1900 г.

Предсѣдатель предпослалъ нѣсколько словъ по поводу слѣдовавшаго доклада д-ра В. П. Первушина, послужившаго поводомъ къ совмѣстному засѣданію двухъ Обществъ. Указавъ на развитіе нашихъ знаній относительно вліянія алкоголя на человѣческой организмъ, его значеніе въ патологіи, въ судебной медицинѣ, въ криминологіи, далѣе—его роли въ жизни народа и государства, предсѣдатель обратилъ вниманіе присутствующихъ на развитіе въ обществѣ антиалкогольнаго движенія, какъ противовѣса все возрастающему алкоголизму, въ жертву которому приносится такъ много жизней, силъ, энергіи, матеріальныхъ благъ и т. д. Это антиалкогольное движеніе, начавшись въ С. Америкѣ и Западной Европѣ, дошло и до насъ; въ Россіи уже кое-что сдѣлано въ данномъ направленіи и настало время сознательно отнестись къ нему и постараться добиться практическихъ результатовъ. Въ Петербургѣ по этому поводу уже работаетъ особая Комиссія при Р. Общ. Охр. Народ. Здравія. Наше Общество рѣшило съ своей

стороны обсудить данный вопрос съ точки зрѣнія выработки практическихъ мѣропріятій противъ пьянства, рѣшило посвятить ему нѣсколько засѣданій, а такъ какъ при этомъ неминуемо встрѣтятся вопросы спеціально-юридическаго характера, то мы и обратились къ любезному содѣйствію гг. членовъ Казанскаго Юридическаго Общества. Д. ч. нашего Общества д-ръ В. П. Пер ву ш и н ъ представилъ докладъ по интересующему насъ вопросу, каковой и имѣю честь просить выслушать.

Д-ръ В. П. Пер ву ш и н ъ прочиталъ докладъ подъ заглавіемъ: «**Мѣры борьбы съ алкоголизмомъ**», съ слѣдующими «положеніями», къ нему: *).

I. Алкоголь во всѣхъ видахъ (водка, вино, пиво) является для организма веществомъ не индифферентнымъ, но вреднымъ даже и въ сравнительно небольшихъ количествахъ, что установлено физиологическими и психо-физиологическими изслѣдованіями, данными клиники и патологической анатоміи и рядомъ экспериментовъ надъ животными (вліяніе на духовную и тѣлесную область).

II. Поэтому употребленіе спиртныхъ напитковъ—явленіе нежелательное и вредное какъ для отдѣльнаго человѣка, такъ и для общества и государства; алкоголизмъ—зло государственное, народное, откуда—неизбѣжность правильной борьбы съ нимъ.

III. Для усиленности борьбы и правильной постановки вопроса объ алкоголизмѣ необходимо выяснитъ:

1) Причины алкоголизма, какъ личнаго, такъ и общественнаго—массоваго въ различныхъ классахъ населенія (крестьяне, ремесленники, фабричные, торговый людъ, духовенство, армія и флотъ, интеллигентныя профессіи, въ частности—учащіе въ низшихъ учебныхъ заведеніяхъ).

2) Роль такихъ факторовъ, какъ примѣръ старшихъ, начальства, интеллигентовъ (въ частности врачей и духовенства); значеніе большихъ праздниковъ, чтимыхъ событій, разнаго рода собраній, условной работы, товарищества (компаній).

3) Наслѣдственность; воспитаніе и образованіе, развитіе идейности въ человѣкѣ и культурности вообще; невро-психопатическая конституція.

4) Самый характеръ пьянства.

5) Размѣры потребленія спирта за-границей и у насъ въ зависимости отъ различныхъ условій (урожай, голодовки, повальные болѣзни; система спиртной торговли, финансовыя мѣропріятія правительства), для выясненія чего служатъ: свѣдѣнія объ акцизномъ сборѣ, свѣдѣнія, получаемыя Министерствомъ Финансовъ о количествѣ выкуриваемаго спирта, отчеты заводовъ, конторъ и т. п.

*) Эти «положенія» были отпечатаны отдѣльной брошюрой и разсланы за нѣсколько дней до засѣданія гг. членамъ Общества врачей и Юридическаго Общества для предварительнаго ознакомленія.

и далѣе—косвеннаго рода указанія—уплата повинностей, количество вкладовъ въ сберегательныя кассы, количество недоимокъ и т. д.

б) Степень алкоголизаціи населенія и мѣсто Россіи въ ряду другихъ государствъ.

IV. Борьба съ алкоголизмомъ должна осуществляться усиліями 1) отдѣльныхъ лицъ, 2) общества, 3) самого государства, причемъ, несомнѣнно, происходитъ взаимодѣйствіе этихъ категорій.

1) Борьба съ алкоголизмомъ усиліями отдѣльныхъ лицъ выражается:

а) въ личномъ примѣрѣ—воздержаніи.

б) въ проповѣди противъ пьянства—устной и путемъ печати при всякомъ удобномъ случаѣ: общеобразовательныя чтенія, бесѣды и публичныя чтенія по вопросу объ алкоголизмѣ и на близкія къ тому темы (особенно въ праздничное и вообще свободное время); совѣты и указанія вездѣ и всюду, гдѣ идетъ рѣчь и является возможность говорить о пьянствѣ и винѣ.

с) въ организациіи особыхъ обществъ (трезвости) ради болѣе успѣшнаго достиженія основной цѣли.

2) Организованная борьба съ пьянствомъ со стороны общества въ лицѣ той его части, которая усматриваетъ въ алкоголизмѣ общественное бѣдствіе и стремится и словомъ, и дѣломъ ему противодействовать, выражается устройствомъ «обществъ трезвости», «обществъ для борьбы съ пьянствомъ», объединенныхъ извѣстной идеей. Ихъ дѣятельность имѣетъ въ виду:

а) достиженіе солидарности между сочленами и другими аналогичными обществами.

б) широкую популяризацію идей трезвости среди народныхъ массъ и особенно—интеллигентной части населенія (слово, печать и т. д.), воздѣйствіе на общество и общественную жизнь, привлеченіе неофитовъ, особенно—интеллигентовъ къ участию въ совмѣстной работѣ.

с) упорядоченіе образа жизни народа (общественной жизни вообще) и отвлеченіе его отъ пьянства путемъ разнообразныхъ мѣропріятій: устройство чайно-столовыхъ, ночлежныхъ пріютовъ, дешевыхъ квартиръ и пріютовъ для бѣднаго люда, присканіе для него занятій, устройство образцовыхъ мастерскихъ, читаленъ, библіотекъ; широкая постановка бесплатной лечебной помощи въ видѣ амбулаторій и больницъ (въ частности—лечебницъ для алкоголиковъ). Далѣе, сюда же относится организациія публичныхъ чтеній (систематическихъ—желательнѣе), бесѣдъ, разумныхъ развлеченій (народный театръ, игры, экскурсіи, развитіе музыкальныхъ способностей и т. д.), и, наконецъ, широкая популяризація самыхъ разнообразныхъ вопросовъ науки и жизни (въ частности объ алкоголизмѣ) путемъ доступной для пониманія народа литературы.

д) разработку проектовъ измѣненій въ соответствующихъ главахъ законодательства и введеніе новыхъ, имѣющихъ въ виду какъ отношенія алкоголика къ семьѣ и обществу и обратно, такъ и цѣлыя институты, непосредственно соприкасающіеся съ алкоголизмомъ (выработка и продажа спиртныхъ напитковъ, права общинъ по отношенію къ торговлѣ виномъ и т. д; положеніе алкоголика передъ закономъ въ самыхъ разнообразныхъ случаяхъ).

е) соответствующія представленія и ходатайства предъ правительствомъ.

3) Правительство въ дѣлѣ борьбы съ алкоголизмомъ можетъ имѣть громадное значеніе,

а) санкционируя благія начинанія отдѣльныхъ лицъ и обществъ по отношенію къ народной трезвости.

б) косвенно воздействуя на алкоголизмъ путемъ распространенія просвѣщенія въ массахъ.

с) непосредственно вліяя на алкоголизацию массъ, исключительно въ интересахъ народной трезвости, взявъ все питейное дѣло (водка, вино, пиво) въ свои руки, строго соразмѣряя количество выпускаемаго въ продажу спирта съ приблизительной потребностью въ немъ, облагородивъ продажу спиртныхъ напитковъ и совершенно устранивъ изъ нея личный интересъ продавцовъ и комиссіонную продажу, не допуская никакихъ отступленій отъ основной идеи и отъ существующихъ законоположеній (казенная винная монополія), или передавъ все питейное дѣло въ руки особыхъ акціонерныхъ компаній, мало заинтересованныхъ въ личной выгодѣ и оперирующихъ подъ постояннымъ и строгимъ контролемъ общественныхъ учреждений (Готенбургская система въ Швеціи, Норвегіи и Финляндіи), или, наконецъ, совершенно запретивъ производство, ввозъ и продажу спиртныхъ напитковъ (запретительная система—въ 7 штатахъ Сѣверной Америки, въ 7 провинціяхъ Канады, въ Южной Африкѣ, въ сферѣ британскаго вліянія—респуб. Трансвааль, Оранжевая, Наталь и др.). Для этого требуется внести соответственныя измѣненія въ весь финансовый строй страны, не дѣлая изъ питейнаго дохода одной изъ видныхъ статей государственнаго бюджета.—Казенная винная монополія въ Россіи въ ея настоящемъ видѣ далеко не вполне отвѣчаетъ идеѣ, вложенной въ ея основу, такъ какъ касается только части зла (водка), оставивъ въ прежнемъ видѣ прочіе спиртные напитки, допустивъ элементъ личнаго интереса (комиссіонная продажа) и вызвавъ косвенно нѣкоторыя другія нежелательныя послѣдствія,—словомъ, удовлетворяя лишь отчасти выставленнымъ въ пунктѣ требованіямъ *).

*) См. докладъ Д. Н. Боролина: «Винная монополія».—Вып. III Трудовъ Комиссіи «по вопросу объ алкоголизмѣ», организованной при Общ. охран. народнаго здравія. 7 января 1898 г.

д) опредѣляя положеніе алкоголика въ семьѣ, обществѣ и государствѣ и устанавливая цѣлмы рядъ мѣропріятій, предпринимаемыхъ ради леченія и изоляціи алкоголиковъ, путемъ введенія соотвѣтствующихъ законоположеній.

V. Кто же и какимъ именно образомъ является объектомъ вышеизложенныхъ (IV) мѣропріятій и попеченій со стороны отдѣльныхъ лицъ, общества и государства?—Несомнѣнно, всякій человѣкъ, но не въ одинаковой степени.

Подобное соотношеніе можетъ выразиться, на нашъ взглядъ, приблизительно слѣдующимъ образомъ:

1) Мѣры профилактическаго характера.

а) самое ядро антиалкоголизма должно быть заложено въ раннемъ дѣтствѣ и школьномъ возрастѣ (гдѣ впечатлѣнія ярче и прочнѣе): родители, воспитатели, близкія лица, школа—нишняя, средняя и высшая—должны воспитывать въ ребенкѣ и юношѣ духъ сознательнаго антиалкоголизма. Молодежь должна знакомиться съ значеніемъ для организма различныхъ пищевыхъ и вкусовыхъ веществъ и въ частности—алкоголя, съ его дѣйствіемъ на психическую и физическую сферу, съ его вліяніемъ на жизнь личную, семейную и общественную. Необходимо развитіе просвѣщенія и «идейности» въ людяхъ, альтруистическихъ чувствъ и сознаніе своего общественнаго долга.

б) по отношенію къ лицамъ, начавшимъ уже употреблять спиртные напитки и даже склоннымъ къ злоупотребленію ими, предупредительныя мѣры сводятся къ нравственному воздѣйствію, поднятію умственныхъ и моральныхъ интересовъ даннаго субъекта, перемѣнѣ рода занятій и даже мѣстожителства, обстановки, круга знакомства и т. п. Далѣе, здѣсь умѣстно и врачебное вмѣшательство, съ согласія пациентовъ, въ видѣ ихъ леченія амбулаторнаго и больничнаго (санаторіи, лечебницы для нервно-больныхъ, спеціальныя лечебницы для алкоголиковъ).—Подобному профилактическому воздѣйствію долженъ подлежать каждый выпивающій, ибо нельзя предвидѣть, до какихъ размѣровъ можетъ дойти выпиваніе: каждый выпивающій можетъ со временемъ превратиться въ настоящаго алкоголика.

2) Мѣропріятія по отношенію къ «привычнымъ алкоголикамъ» видоизмѣняются, смотря по ихъ состоянію.

а) въ отношеніи лицъ, дошедшихъ, благодаря злоупотребленію спиртными напитками, до состоянія невмѣняемости, до явной душевной болѣзни,—принимаются мѣры общія, одинаковыя съ душевно-больными людьми вообще—въ смыслѣ ихъ леченія, изоляціи, помѣщенія въ лечебницы, положенія ихъ передъ закономъ, ихъ правъ и т. д.

б) въ отношеніи алкоголиковъ, не представляющихъ признаковъ формальнаго душевнаго расстройства, но «дошедшихъ до такого состоянія, благодаря злоупотребленію спиртными напитками или дру-

гими опьяняющими веществами, что поступки ихъ могутъ быть опасными и безусловно вредными для нихъ самихъ, для окружающихъ и для общества» *), а сами они оказываются бесполезными членами семьи и общества—въ смыслѣ морально-умственномъ и экономическомъ,—мѣропріятія опредѣляются особенностями каждаго даннаго случая, причѣмъ за основу принимается личное отношеніе алкоголика къ своему положенію и степень его вредности для себя и окружающихъ... Здѣсь дѣло сводится а) къ попеченію объ этихъ лицахъ, ихъ леченію и болѣе нормальныхъ условіяхъ жизни и б) къ обезпеченію общества отъ вліянія этихъ личностей (ихъ изоляція). Поэтому

а) надо дать возможность лечиться, т. е. исправиться, тѣмъ алкоголикамъ, которые того сами искренне желаютъ, сознавая свое положеніе. Для этой цѣли служатъ спеціальныя амбулаторіи и лечебницы для алкоголиковъ съ добровольнымъ характеромъ поступленія (силой—лечить нельзя!), имѣющія обычный типъ лечебнаго заведенія, съ врачбнымъ персоналомъ во главѣ, но соотвѣтственно основной цѣли отличающіяся своей физиономіей и спеціальными особенностями. Физическій и умственный трудъ долженъ быть на 1-мъ планѣ и притомъ обязательнъ, смотря по силамъ и склонности каждаго; чтенія и бесѣды на тему объ алкоголизмѣ; разработка общими силами тѣхъ или иныхъ вопросовъ, соприкасающихся съ основнымъ (напр., разработка статистическихъ данныхъ, преступленій, смертности, результатовъ винной монополіи и т. д.). Необходимо заинтересовать больныхъ въ работѣ и развить вкусъ къ труду. Работы въ мастерскихъ; игры, развлечения.

Больные принимаются въ лечебницу добровольно, въ трезвомъ состояніи и до извѣстной степени сортируются сообразно своему интеллектуальному складу. Срокъ пребыванія опредѣляется врачбнымъ персоналомъ л-цы; выходъ—по окончаніи срока (нѣсколько недѣль—мѣсяцевъ); наступленіе періода алкогольной тоски, запоя—позволяетъ больныхъ удерживать въ заведеніи (изолируя ихъ) При обнаруженіи упорнаго нежеланія лечиться,—удаленіе изъ л-цы или переводъ по приговору Суда въ одно изъ слѣдующихъ заведеній.—Лечебные приемы индивидуализируются (специфическихъ средствъ, конечно, нѣтъ и не можетъ быть).

б) въ случаѣ нежеланія лечиться, алкоголикъ по приговору соотвѣтствующей законной инстанціи помѣщается въ особое исправительное заведеніе для алкоголиковъ на срокъ до 1—2 лѣтъ, по истеченіи какового выписывается, будучи приспособленъ къ какому-либо дѣлу, занятію (что весьма желательно). Въ случаѣ новаго проявленія алкоголизма въ рѣзкой формѣ (какъ и прежде), дѣлающей алкоголика невозможнымъ членомъ общества, онъ помѣщается вновь въ исправительное заведеніе и т. д.

*) См. Вып. V, отд. 1, стр. 392 Трудовъ Комиссіи при Обществѣ охраненія народнаго здравія «по вопросу объ алкоголизмѣ»...

Когда возникает прочное убѣжденіе въ полной невозможности исправить даннаго субъекта, въ томъ, что онъ рѣшительно не въ состояніи пользоваться своей свободой и располагать по произволу своей личностью на благо свое и общества,—онъ помѣщается въ учрежденіе слѣдующаго порядка (у—пріютъ для алкоголиковъ).—Исправительное заведеніе для алкоголиковъ, не желающихъ лечиться, строится на иныхъ началахъ сравнительно съ лечебницами: здѣсь помѣщеніе—принудительное, чѣмъ и опредѣляется характеръ учрежденія. Главная роль принадлежитъ также врачебному персоналу, помощники—не врачи. Здѣсь—принудительный трудъ, строгій режимъ, мѣры взысканія въ дозволенныхъ предѣлахъ; каждый долженъ зарабатывать свой хлѣбъ по мѣрѣ силъ. Полное лишеніе права выхода въ теченіе опредѣленнаго срока.

γ) Пріюты для алкоголиковъ—аналогичны убѣжищамъ для неизлѣчимо-больныхъ людей вообще, для людей, рѣшительно неспособныхъ къ самостоятельной дѣятельности и нуждающихся постоянно въ посторонней помощи и вмѣшательствѣ ради соблюденія интересовъ какъ своихъ собственныхъ, такъ и окружающихъ. Эти пріюты представляютъ собой рабочие дома, дома трудолюбія, колоніи, гдѣ люди честно живутъ и честно зарабатываютъ свой хлѣбъ въ потѣ лица; трудъ здѣсь обязателенъ. Помѣщеніе сюда принудительное, по приговору судебной инстанціи; выходъ отсюда возможенъ лишь въ томъ случаѣ, если надежное лицо беретъ кліента на поруки, на свое попеченіе. Во главѣ учрежденія стоитъ не врачъ, но участіе врача въ этой организаціи обязательно.

Безилатное содержаніе кліентовъ всѣхъ 3-хъ упомянутыхъ типовъ заведеній для алкоголиковъ является настоятельно необходимымъ условіемъ, дабы сдѣлать ихъ популярными и доступными для всѣхъ. Расходы по содержанію насчетъ государства, сословныхъ, земскихъ и городскихъ учреждений. Помимо того, желательно оказаніе матеріальной помощи и семьѣ подобнаго алкоголика...

VI. Что касается до самаго способа помѣщенія алкоголиковъ въ исправительныя заведенія и пріюты, то здѣсь рѣшающее значеніе долженъ имѣть приговоръ судебной инстанціи, напр., особаго присутствія Окружнаго суда, при производствѣ предварительнаго слѣдствія, опросѣ свидѣтелей и «обвиняемаго», преніяхъ сторонъ и обязательной экспертизѣ по возможности врача-спеціалиста. Здѣсь же полутно рѣшается вопросъ о правоспособности даннаго лица и объ учрежденіи надъ нимъ опеки (такой именно порядокъ предложенъ Комиссіей «по вопросу объ алкоголизмѣ» при Обществѣ охраненія народнаго здравія, организованной въ 1898 г.—см. Труды Комиссіи, вып. V, отд. 1, стр. 342,—причемъ имѣются въ виду статьи 171—197 проекта Опекунскаго устава).

Самое возбужденіе вопроса о «привлеченіи алкоголика къ Суду» можетъ возникать или по заявленію родныхъ и близкихъ лицъ, или

по требованію администраціи въ тѣхъ случаяхъ, когда къ нему былъ 4 раза примѣненъ законъ 12 іюня 1900 г., воспрещающій уличное пьянство и нарушеніе общественной тишины и порядка (въ Англіи по закону 1899 г. привычный пьяница можетъ быть принудительно помѣщенъ въ специальное заведеніе въ томъ случаѣ, если былъ 4 раза подвергнутъ мировымъ судьей наложенію штрафа въ 5 шиллинговъ за пьянство).

Важное практическое и моральное значеніе этихъ мѣръ (вмѣшательство Суда въ жизнь и «дѣятельность» алкоголиковъ будетъ до известной степени удерживать ихъ въ границахъ благопристойности, а общество будетъ воспитывать въ новыхъ традиціяхъ).

Необходимость введенія соответствующихъ законоположеній и строгаго соблюденія существующихъ.

VII. Въ виду необходимости имѣть классификацію различныхъ формъ алкоголизма, предлагаемъ здѣсь схему, близкую къ классификаціи д-ра М. Н. Нижегородцева и д-ра О. А. Чечотта (см. стр. 14—17 Вып. I Труд. Комисси «по вопросу объ алкоголизмѣ»).

Пьянство (алкоголизмъ) можетъ проявляться остро и хронически.

I. Пьянство въ острой формѣ—единичное, случайное опьяненіе проявляется неодинаково—

- 1) у лицъ здоровыхъ
- 2) у лицъ съ нервно-психопатической конституціей, у истощенныхъ (патологическое опьяненіе; приступъ буйства, иногда съ судорогами; скоропреходящіе обманы чувствъ у пьяницъ; алкогольный трансъ или сомнамбулизмъ; алкогольная эпилепсія; острый запойный бредъ пьяницъ).

II. Пьянство въ хронической формѣ—въ 2-хъ стадіяхъ:

A) Привычное пьянство—постоянное и длительное злоупотребленіе спиртными напитками, еще не обнаружившееся воплію ясно и рѣзко психическими и физическими явленіями, свойственными хроническому алкоголизму.

B) Затяжное пьянство (хроническій алкоголизмъ) въ видѣ:

- 1) психическое вырожденіе пьяницъ.
- 2) слабоуміе—безуміе пьяницъ.
- 3) паралитическое слабоуміе—безуміе пьяницъ.
- 4) бѣлая горячка.
- 5) запой.
- 6) алкогольное мрачное помѣшательство.
- 7) неистовство пьяницъ тяжелой формы.
- 8) полиневритическій алкогольный психозъ (Корсакова).
- 9) затяжной запойный бредъ.
- 10) чувственный бредъ пьяницъ.

VIII. За последнее десятилетіе вопросъ объ алкоголизмѣ, привлекая къ себѣ вниманіе правительства, общества и выдающихся дѣятелей, породилъ обширную литературу въ спеціально-врачебной и общей прессѣ и вызвалъ замѣтное общественное анти-алкогольное движеніе въ Россіи и заграничѣ (тамъ еще много раньше), въ виду чего позволительно надѣяться на его благоприятное разрѣшеніе въ нѣкоторыхъ, по крайней мѣрѣ, отношеніяхъ.

Пренія.

Предсѣдатель Юридическаго Общества проф. Г. Ф. Шершеневичъ. Главное положеніе докладчика, исходное положеніе его—это первое по порядку, отъ него въ зависимости находится рѣшеніе всѣхъ остальныхъ вопросовъ. Если признать, что потребленіе алкоголя вредно даже вообще въ какомъ-бы то ни было количествѣ, тогда придется говорить о запрѣдительной системѣ; если же умѣренное употребленіе алкоголя не вредно, а опасно только злоупотребленіе имъ, тогда придется говорить лишь о регуляціи производства и потребленія. Вотъ и желательно для юристовъ, чтобы медики, согласные съ основными положеніями доклада, доказали, что даже употребленіе алкоголя въ незначительныхъ количествахъ вредно для организма.

Д. ч. Юрид. О-ва Н. П. Тушиновъ спросилъ, что вообще докладчикъ понимаетъ подъ алкоголизмомъ, употребленіе-ли алкоголя и въ сравнительно небольшихъ дозахъ, или только необузданную страсть къ нему? Приводятъ обыкновенно, какъ безвредное количество алкоголя—7,0—8,0 въ день, что составитъ въ мѣсяцъ 8 ф. чистаго алкоголя, между тѣмъ по статистикѣ въ Россіи на человѣка приходится $3\frac{3}{10}$ литра въ годъ, т. е. очень малое количество. На основаніи присутствія алкоголя въ желудкѣ при пищеварительномъ процессѣ, въ мозгу и нервныхъ клеткахъ, нужно принципиально заключить о безвредности его, какъ нормальной составной части, и тоже слѣдуетъ думать на основаніи инстинктивной, такъ сказать, передачи употребленія алкоголя во все время. Статистика показываетъ, что наивысшей продолжительностью жизни располагаютъ не тѣ, которые вовсе не пьютъ, а тѣ, кои пьютъ умѣренно. Важно опредѣлить безвредную дозу, индивидуально различную. Референтъ обшелъ нѣкоторые вопросы безъ вниманія, напр., причиной пьянства является часто нервное расстройство, горячка жизни и т. д. Что касается мѣрѣ борьбы, то почему референтъ строитъ свои предложенія по субьекту, а не по существу мѣрѣ? По мнѣнію оппонента общества трезвости имѣютъ цѣлью борьбу съ науперизмомъ и съ безсодержательностью жизни, а не съ алкоголизмомъ.

Если алкоголь-зло, то и чрезмѣрная регламентація то-же вредна (Polizei-staat).

Мѣры профилактическія отличаются общностью, да и вообще нельзя имъ придавать того значенія, какъ думаетъ референтъ (напр., мудроно вліять одному взрослому человѣку на другого). Изъ мѣръ борьбы съ алкоголизмомъ слѣдуетъ отдавать предпочтеніе мѣрамъ общегосударственнымъ, такъ акцизы на вино всегда является мѣрой, регулирующей потребление спиртныхъ напитковъ. Можетъ имѣть значеніе запрещеніе алкоголикамъ вступать въ бракъ, наложеніе спеки на расточительныхъ цылищъ и т. д.

Проф. К. М. Леонтьевъ. Съ научной точки зрѣнія смѣю сказать, что положеніе: алкоголь-ядъ—съ научной точки зрѣнія не доказано и не можетъ быть доказано. Кромѣ фактовъ вредности алкоголя, есть факты другого рода: тысячи излечиваются и остаются въ живыхъ только благодаря алкоголю. Желательно только выяснитъ границу, когда можно говорить о злоупотребленіи. Статистикой смертей отъ алкоголизма руководствоваться нельзя, ибо сюда смѣшиваются въ кучу и смерти отъ алкоголя, и смертельныя случайности съ алкоголиками. Точныя статистики, какъ напр., статистика Каз. Суд. Мед. Института за 30 лѣтъ, показываютъ, что въ 60% причиной случайныхъ смертей является алкоголь; съ этой точки зрѣнія алкоголь-зло.

Слѣдуетъ избѣгать односторонняго освѣщенія вопроса и нельзя говорить, что алкоголь во всѣхъ дозахъ-зло.

Еще разъ повторяю: соглашаясь съ вредомъ акоголизма, слѣдуетъ все же признать, что положеніе, что алкоголь-ядъ, безусловно вредный,—не доказано и не доказуемо.

А. Т. Соловьевъ. Какъ представитель О-ва Трезвости, я долженъ высказаться въ томъ смыслѣ, что алкоголь-ядъ; къ этому заключенію я пришелъ съ своими сотоварищами, къ такому же заключенію пришла и Петербургская Комиссія по вопросу объ алкоголизмѣ. Мнѣніе Н. П. Тушинова объ О-вахъ трезвости невѣрно. Трезвенникъ является живымъ примѣромъ для другихъ, этимъ можно многое сдѣлать. О-ва трезвости существуютъ не для благотворительности, а для примѣра того, что воздержаніе даетъ хорошіе результаты: благосостояніе поднимается, здоровье становится выше (доказано научно), примѣръ останавливаетъ другого пьянаго. Чайныя, столовыя и ночлежныя пріюты служатъ намъ для изученія причинъ алкоголизма, это такъ сказать наши клиники, гдѣ намъ дается матеріалъ для сужденія о причинахъ алкоголизма и по моему—и о причинахъ нищеты.

Д. ч. Юрид. Об-ва В. Р. Завадскій. Прочитавши въ общей прессѣ сообщеніе о постановленіи ученой Комиссіи организовать широко изученіе вопроса о вредѣ алкоголя и алкоголизма, я пришелъ къ заключенію, что этотъ вопросъ еще не разработанъ и не установленъ научно, и я лично присоединяюсь къ мнѣнію проф. К. М. Леонтьева. Что касается собственно юридической стороны, я понялъ,

что референтъ желаетъ подвергнуть карѣ закона лицъ, кои уже довели себя до такого состоянія, что могутъ быть опасными для самихъ себя и окружающихъ людей, но сами по себѣ представляютъ людей больныхъ, безвольныхъ.

Уголовная юрисдикція не можетъ карать безвольнаго: мы караемъ только разумно, сознательно нарушающаго законы, но разъ человѣкъ боленъ, то судъ не можетъ его карать.

Между тѣмъ, предлагаемая референтомъ мѣры очень серьезны: однихъ алкоголиковъ предполагаютъ лечить, другихъ же—помѣщать въ исправительныя заведенія и даже пріюты, гдѣ строгій режимъ, трудъ принудительный и даже дозволенные мѣры взысканія — точно это тюрьмы. И это предполагается для лицъ безвольныхъ, для больныхъ, какъ будто для какихъ-то преступниковъ!

Предполагаются учрежденія призрѣнія, въ которыхъ полагается уже административная, а не медицинская власть, при этомъ и помѣщеніе, помимо добровольнаго, предполагается и принудительное.

Какъ можно обвинять безвольнаго? Безъ экспертизы это обойтись не можетъ, будутъ обширныя пренія, гдѣ трудно будетъ доказать фактическую сторону дѣла.

Учрежденія эти будутъ хуже арестанскихъ ротъ, и это для больныхъ!

Далѣе, полное воздержаніе въ общемъ невысказано, и видѣтъ безпривратность въ умѣренномъ потребленіи спиртныхъ напитковъ рискованно, иначе мы захотимъ быть большими моралистами, чѣмъ самъ Великій Учитель (случай въ Канѣ Галилейской). Самая опасность развитія алкоголизма преувеличена. Употребленіе алкоголя не дошло до такой уже степени, чтобы оказывалась нужда въ такихъ карательныхъ учрежденіяхъ. По моему личному наблюденію я вижу, что теперь пьютъ гораздо меньше, чѣмъ прежде, хотя бы просто потому, что человѣку есть куда дѣваться, помимо питейныхъ заведеній. Это справедливо и для народной массы, и для интеллигентной молодежи. Не доказано, что преступность стала сильнѣе, оттого что народъ сталъ больше пить: если преступленій стало больше, то, вѣдь, и населеніе тоже увеличилось.

Вообще все, что предлагается съ юридической стороны, не можетъ выдержать ни малѣйшей критики уголовного права.

Д-ръ В. К. Поляновъ (ауторефератъ). Всецѣло присоединяясь къ положеніямъ докладчика по поводу большинства предложенныхъ имъ мѣръ въ цѣляхъ борьбы съ все болѣе и болѣе распространяющимся алкоголизмомъ, я не могу согласиться съ нимъ, что введеніе казенной винной монополіи, по крайней мѣрѣ въ томъ видѣ, какъ оно проводится теперь, могло-бы способствовать искорененію народнаго пьянства. Проживая много лѣтъ въ одномъ изъ горнозаводскихъ округовъ Перской губ., въ которой казенная продажа вина была введена въ первую очередь, съ населеніемъ въ 130 тысячъ человѣкъ, я и другія лица, съ которыми мнѣ по этому поводу приходилось бесѣдовать, единодушно пришли къ убѣжде-

Если алкоголь-зло, то и чрезмерная регламентация тоже вредна (Polizei-staat).

Мѣры профилактическія отличаются общностью, да и вообще нельзя имъ придавать того значенія, какъ думаетъ референтъ (напр., мудроно вліять одному взрослому человѣку на другого). Изъ мѣръ борьбы съ алкоголизмомъ слѣдуетъ отдавать предпочтеніе мѣрамъ общегосударственнымъ, такъ акцизы на вино всегда является мѣрой, регулирующей потребление спиртныхъ напитковъ. Можетъ имѣть значеніе запрещеніе алкоголикамъ вступать въ бракъ, наложешіе спеки на расточительныхъ пьяницъ и т. д.

Проф. К. М. Леонтьевъ. Съ научной точки зрѣнія смѣю сказать, что положеніе: алкоголь-ядъ—съ научной точки зрѣнія не доказано и не можетъ быть доказано. Кромѣ фактовъ вредности алкоголя, есть факты другого рода: тысячи излечиваются и остаются въ живыхъ только благодаря алкоголю. Желательно только выяснитъ границу, когда можно говорить о злоупотребленіи. Статистикой смертей отъ алкоголизма руководствоваться нельзя, ибо сюда смѣшиваются въ кучу и смерти отъ алкоголя, и смертельныя случайности съ алкоголиками. Точныя статистики, какъ напр., статистика Каз. Суд. Мед. Института за 30 лѣтъ, показываютъ, что въ 60%⁰ причиной случайныхъ смертей является алкоголь; съ этой точки зрѣнія алкоголизмъ-зло.

Слѣдуетъ избѣгать односторонняго освѣщенія вопроса и нельзя говорить, что алкоголь во всѣхъ дозахъ-зло.

Еще разъ повторяю: соглашаясь съ вредомъ акоголизма, слѣдуетъ все же признать, что положеніе, что алкоголь-ядъ, безусловно вредный,—не доказано и не доказуемо.

А. Т. Соловьевъ. Какъ представитель О-ва Трезвости, я долженъ высказаться въ томъ смыслѣ, что алкоголь-ядъ; къ этому заключенію я пришелъ съ своими сотоварищами, къ такому же заключенію пришла и Петербургская Комиссія по вопросу объ алкоголизмѣ. Мнѣніе Н. П. Тушнова объ О-вахъ трезвости не вѣрно. Трезвенникъ является живымъ примѣромъ для другихъ, этимъ можно многое сдѣлать. О-ва трезвости существуютъ не для благотворительности, а для примѣра того, что воздержаніе даетъ хорошіе результаты: благосостояніе поднимается, здоровье становится выше (доказано научно), примѣръ останавливаетъ другого пьянаго. Чайныя, столовыя и ночлежныя пріюты служатъ намъ для изученія причинъ алкоголизма, это такъ сказать наши клиники, гдѣ намъ дается матеріалъ для сужденія о причинахъ алкоголизма и по моему—и о причинахъ нищеты.

Д. ч. Юрид. Об-ва В. Р. Завадскій. Прочитавши въ общей прессѣ сообщеніе о постановленіи ученой Комиссіи организовать широко изученіе вопроса о вредѣ алкоголя и алкоголизма, я пришелъ къ заключенію, что этотъ вопросъ еще не разработанъ и не установленъ научно, и я лично присоединяюсь къ мнѣнію проф. К. М. Леонтьева. Что касается собственно юридической стороны, я понялъ,

что референтъ желаетъ подвергнуть карѣ закона лицъ, кои уже довели себя до такого состоянія, что могутъ быть опасными для самихъ себя и окружающихъ людей, но сами по себѣ представляютъ людей больныхъ, безвольныхъ.

Уголовная юрисдикція не можетъ карать безвольнаго: мы караемъ только разумно, сознательно нарушающаго законы, но разъ человѣкъ боленъ, то судъ не можетъ его карать.

Между тѣмъ, предлагаемыя референтомъ мѣры очень серьезны: однихъ алкоголиковъ предполагаютъ лечить, другихъ же—помѣщать въ исправительныя заведенія и даже пріюты, гдѣ строгій режимъ, трудъ принудительный и даже дозволенные мѣры взысканія — точно это тюрьмы. И это предполагается для лицъ безвольныхъ, для больныхъ, какъ будто для какихъ-то преступниковъ!

Предполагаются учрежденія призрѣнія, въ которыхъ полагается уже административная, а не медицинская власть, при этомъ и помѣщеніе, помимо добровольнаго, предполагается и принудительное.

Какъ можно обвинять безвольнаго? Безъ экспертизы это обойтись не можетъ, будутъ обширныя иренія, гдѣ трудно будетъ доказать фактическую сторону дѣла.

Учрежденія эти будутъ хуже арестанскихъ ротъ, и это для больныхъ!

Далѣе, полное воздержаніе въ общемъ немислимо, и видѣть безнравственность въ умѣренномъ потребленіи спиртныхъ напитковъ рискованно, иначе мы захотимъ быть большими моралистами, чѣмъ самъ Великій Учитель (случай въ Канѣ Галилейской). Самая опасность развитія алкоголизма преувеличена. Употребленіе алкоголя не дошло до такой уже степени, чтобы оказывалась нужда въ такихъ карательныхъ учрежденіяхъ. По моему личному наблюденію я вижу, что теперь пьютъ гораздо меньше, чѣмъ прежде, хотя бы просто потому, что человѣку есть куда дѣваться, помимо питейныхъ заведеній. Это справедливо и для народной массы, и для интеллигентной молодежи. Не доказано, что преступность стала сильнѣе, оттого что народъ сталъ больше пить: если преступленій стало больше, то, вѣдь, и населеніе тоже увеличилось.

Вообще все, что предлагается съ юридической стороны, не можетъ выдержать ни малѣйшей критики уголовного права.

Д-ръ В. К. Полѣновъ (ауторефератъ). Всецѣло присоединяясь къ положеніямъ докладчика по поводу большинства предложенныхъ имъ мѣръ въ цѣляхъ борьбы съ все болѣе и болѣе распространяющимся алкоголизмомъ, я не могу согласиться съ нимъ, что введеніе казенной винной монополіи, по крайней мѣрѣ въ томъ видѣ, какъ оно проводится теперь, могло-бы способствовать искорененію народнаго пьянства. Проживая много лѣтъ въ одномъ изъ горнозаводскихъ округовъ Пермской губ., въ которой казенная продажа вина была введена въ первую очередь, съ населеніемъ въ 150 тысячъ человѣкъ, я и другія лица, съ которыми мнѣ по этому поводу приходилось бесѣдовать, единодушно пришли къ убѣжде-

нiю, что съ введенiемъ монополiи, пьянство, не уменьшившись въ размѣрахъ, приняло весьма нежелательныя формы. Дореформенный кабакъ служилъ для мужика въ нѣкоторомъ родѣ клубомъ, гдѣ онъ могъ посидѣть и не только выпить, но и закутить—соленымъ огурцомъ, печенкой и т. д.; напившись, онъ шелъ домой и спать. Съ введенiемъ монополiи любителю выпивки приходится или пить дома, въ кругу своихъ домашнихъ, причеъ въ пьянствѣ принимаютъ участiе не только женщины, но иногда и дѣти—подростки, или на улицѣ около кабака. Всякому проходящему мимо винной лавки много разъ, конечно, приходилось видѣть передъ ней на улицѣ лицъ, тянущихъ водку прямо изъ горлышка бутылки. Выѣстъ съ тѣмъ широко развилась, какъ особый промыселъ, тайная продажа вина, обусловленная тѣмъ, что винныя лавки запираются въ определенное время вечера, послѣ чего изъ нихъ вина получить уже нельзя. Такимъ образомъ желающiе и теперь могутъ доставать себѣ вино во всякое время дня и ночи, съ той только разницей, что прежде качество водки въ кабакѣ могло быть контролируемо чинами акцизнаго надзора, тогда какъ при тайной продажѣ народъ пьетъ продуктъ, часто очень мало похожiй на водку.

Наконецъ, не малое зло представляетъ собой отнятiе права у сельскихъ обществъ постановлять приговоры о нежеланiи имѣть въ селенiи питейныя заведенiя, что, какъ мнѣ извѣстно, прежде проводилось сходами не рѣдко. Казенныя же винныя лавки открываются вездѣ, монопольное управленiе находитъ это для себя выгоднымъ, не принимая въ расчетъ желанiя общества, а часто и вопреки этому желанiю.

Д-ръ Б. И. Вороты н с к i й. Для мени не ясна общая цѣль, общая мотивировка настоящихъ разсужденiй. Какъ предполагаетъ Общество Врачей: присоединится ли оно къ выводамъ Комиссiи, работающей подъ предсѣдательствомъ М. Н. Ни же г о р о д ц е в а, выводы которой будутъ вообще обязательны для всѣхъ, или же поставить себя особю?

Проф. Л. О. Д а р к ш е в и ч ъ. Смотря по результатамъ обсужденiя, мы или передадимъ свои заключенiя Комиссiи д-ра Ни же г о р о д ц е в а, или представимъ ихъ на программный вопросъ VIII съѣзду О-ва Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова. Пока же цѣль наша выяснитъ вопросъ мѣстными усилiями.

Д. ч. Юрид. О-ва Л. Н. Д р а в е р т ъ. Определенiе референтомъ алкоголизма всенароднымъ зломъ для Россiи я считаю неправильнымъ, ибо вижу въ ней цѣлыя группы населенiя, какъ бы страдающiя иммунитетомъ по отношенiю къ алкоголизму, какъ—раскольниковъ, магометанъ, евреевъ. Что же спасаетъ ихъ? Мнѣ кажется, прежде всего моральное религиозное воздѣйствiе среды, привычки, укorenившiяся традицiи, затѣмъ—личный примѣръ. Мѣрамъ насильственнаго исправленiя я не симпатизирую, ибо онѣ, прежде чѣмъ останавливать извѣстное зло, стѣсняютъ человѣческую личность. Что наживалось тысячелѣтiями, то и исчезнуть

можетъ лишь въ теченіе порядочнаго времени. Миѣ кажется, пониженіе процентнаго содержанія алкоголя въ водкѣ съ 40° до 20° и то уже явилось бы полезнымъ. Лучшимъ противовѣсомъ злу алкоголизма служатъ спеціальныя общества трезвости, пропаганда идей трезвости отъ имени ученыхъ обществъ и т. п.

Д-ръ Г. А. Клячкинъ. Гдѣ доказательства тому, что алкоголь полезенъ? Англійскіе врачи въ госпиталяхъ исключали примѣненіе его и $\frac{1}{4}$ выздоровленія отъ того не уменьшился, а сталъ даже выше. По опытамъ Führer'a и Kräpelin'a алкоголь затрудняетъ воспріятіе представленій и облегчаетъ акты психомоторные, понижая умственную и мышечную работоспособность даже спустя много часовъ послѣ приѣма его. Для юриста интересно указаніе проф. Ковалева на категоріи наследственныхъ алкоголиковъ, у коихъ самая минимальная доза алкоголя вызываетъ острѣйшее отравленіе, достаточное для совершенія самыхъ страшныхъ преступленій. Нѣтъ никакихъ указаній о полезности алкоголя. Статистика ставитъ Россію на XIII мѣсто по потребленію алкоголя, но, вѣдь, это по душевому количеству, а если исключить не пьющія группы населенія, то градация измѣнится.

Д-ръ В. П. Первушинъ (ауторефератъ), отвѣчая своимъ оппонентамъ и прежде всего на замѣчанія г. Завадскаго, какъ содержащія наиболѣе рѣзкую критику его положеній, сказалъ: я въ своемъ докладѣ въ достаточной степени коснулся вопроса о физиологическомъ дѣйствіи спиртныхъ напитковъ, не разъясненнаго и доселѣ должнымъ образомъ въ медицинской наукѣ, гдѣ имѣются порой и рѣзкія противорѣчія даже относительно основныхъ положеній. Но высказать мысль общую о «вредѣ спиртныхъ напитковъ даже и въ сравнительно небольшихъ количествахъ» я считаю себя въ правѣ, опираясь на соответствующія научныя данныя; это, однако, еще не исключаетъ возможности примѣнять съ пользой алкоголь въ строго определенныхъ случаяхъ медицинской практики, что и было указано въ докладѣ (по аналогіи съ ядами).

То обстоятельство, что мы не знаемъ вполне определенно значенія тѣхъ или иныхъ дозъ алкоголя, еще не должно мѣшать намъ бороться съ зломъ очевиднымъ: вѣдь, привычныя алкоголики могутъ быть опасными для общества, особенно тѣ, у которыхъ наблюдается патологическое опьяненіе; психіатрія установила эту форму (Крафтъ-Эбингъ, Ковалевскій и др.), приводитъ массу примѣровъ, гдѣ опьяненіе съ его ужасными послѣдствіями происходило вслѣдъ за небольшимъ количествомъ выпитаго вина, иногда даже спустя нѣкоторое время и т. д. Дозировка алкоголя, будучи установлена по отношенію къ среднимъ здоровымъ лицамъ, въ подобныхъ случаяхъ не можетъ даже имѣть никакого значенія въ виду самыхъ неожиданныхъ послѣдствій, могущихъ возникнуть здѣсь. Приблизительное установленіе дозы алкоголя, не причиняющей вреда, однако, слѣдано Крәреліп'омъ и его школой, на что въ моемъ докладѣ и указано. Также на основаніи изысканій этой школы предлагается и рѣшить вопросъ, кого считать алко-

го ликомъ?—всякаго, кто превышаетъ свою дозу алкоголя, не причиняющую ему вреда.

Опасность отъ алкоголизма мной, конечно, не преувеличена: имѣющіяся статистическія данныя, матеріалъ больницъ, сама жизнь подтверждаютъ это и, быть можетъ, рисуютъ лишь часть зла. Разъ это такъ, борьба съ нимъ и обязательна для всякаго интеллигентнаго человѣка, и неизбѣжна. Но я и не думаю предлагать «карать безвольныхъ алкоголиковъ, помѣшая ихъ чуть не въ арестанскія роты», что совершенно несправедливо приписываетъ мнѣ г. Завадскій; тутъ и не можетъ идти рѣчи о карѣ, наказаніи, а лишь объ улучшеніи положенія какъ самихъ привычныхъ алкоголиковъ, такъ и общества, которое отъ нихъ страдаетъ; алкоголиковъ, опасныхъ для общества, надо удалять и, конечно, не въ арестанскія роты, а въ благоустроенные пріюты съ врачебной администраціей во главѣ. Этотъ взглядъ проведенъ уже и въ иностранныхъ законодательствахъ, онъ же усвоенъ и Петербургской противуалкогольной Комиссіей. Слѣдовательно, то рѣзкое критическое отношеніе г. Завадскаго къ затронутому вопросу съ юридической точки зрѣнія («вопросъ бесполезный, правднй, бессмысленный») безъ сомнѣнія не должно имѣть мѣста, ибо вопросъ этотъ заслуживаетъ только самаго серьезнаго вниманія.

Въ противоположность г. Тушнову, я признаю существенное и наиболѣе важное значеніе за общими и профилактическими мѣрами борьбы съ алкоголизмомъ, о которыхъ оппонентъ высказался вскользь: полснѣе и легче предупредить зло, аномалію, чѣмъ бороться съ уже существующею; поэтому я и настаиваю на серьезности и важности этихъ мѣръ и необходимости скорѣйшаго ихъ осуществленія.

Проф. К. М. Леонтьевъ. Самые извѣстные токсикологи еще не опредѣлили, что такое ядъ.

По моему убѣжденію, пьяный есть субъектъ отравленный и ничего болѣе. Съ этой точки зрѣнія ядомъ алкоголя назвать нельзя. Я не практикъ, но я видѣлъ прекрасные результаты отъ алкоголя, спасающаго больного при острыхъ заболѣваніяхъ. Ядомъ можно его считать лишь для случаевъ паденія дыхательной дѣятельности.

Д. ч. Юр. О-ва М. Л. Мандельштамъ высказался въ томъ смыслѣ, что человечество какъ бы сроднилось съ употребленіемъ крѣпкихъ напитковъ, являющихся въ умѣренномъ количествѣ особаго рода источникомъ наслажденія; лишать его этого источника едва-ли даже и стоитъ въ виду доставляемыхъ имъ минутъ удовольствія, приданія нашимъ силамъ крѣпости и бодрости. Не надо лишь злоупотреблять алкоголемъ и съ этимъ обстоятельствомъ приходится бороться, не преувеличивая, впрочемъ, значенія алкоголизма.

Роль государства въ борьбѣ съ алкоголизмомъ, разумѣется, велика, какъ силы, регулирующей потребленіе и производство спиртныхъ напитковъ, и поэтому

казенная продажа вина должна считаться наилучшимъ способомъ распространения алкоголя въ народѣ, государство можетъ даже отказаться отъ извлеченія извѣстныхъ доходовъ съ продажи спиртныхъ напитковъ, употребляя эти доходы на тѣ или инныя нужды страны, и всегда можетъ нитейный сборъ замѣнить какимъ-либо другимъ источникомъ. Репрессии должны быть направлены не на алкоголиковъ, а на виноторговцевъ. Въ общемъ борьба съ пьянствомъ должна вестись на почвѣ культурныхъ интересовъ.

Проф. Н. М. Любимовъ. Я буду говорить въ качествѣ представителя своей специальности, какъ патолого-анатомъ. Къ тому, что сказано уже о полезномъ дѣйствии алкоголя, я долженъ присоединить значеніе его въ дѣлѣ леченія послѣродовыхъ заболѣваній по т. н. методу спайванія (Kunze), которымъ спасено столько жертвъ послѣродовыхъ заболѣваній. Нельзя думать также, чтобы каждая доза алкоголя была вредна, иначе придется отказываться отъ принятія вина и въ таинствахъ Церкви; употребленіе алкоголя въ терапевтическихъ дозахъ полезно, но нельзя сказать, какія дозы полезны, какія вредны.

Другое дѣло—злоупотребленіе спиртными напитками; здѣсь патологическая анатомія можетъ представить Вашему вниманію яркіе образцы болѣзненныхъ измѣненій, являющихся результатами этого злоупотребленія въ тканяхъ и органахъ тѣла. Помимо признаковъ, констатируемыхъ и клинически, я покажу Вамъ демонстративную печень алкоголика, по которой сразу можно опредѣлить ея обладателя, далѣе—почки, измѣненія мозга, служащія источникомъ различныхъ психозовъ, измѣненія сосудовъ и т. д.

Задачами рациональной борьбы съ алкоголизмомъ является изысканіе средствъ охраненія народнаго здравія и охраненія общества отъ тѣхъ субъектовъ, кои обладаютъ наследственно—измѣненной, благодаря алкоголизму родителей, психофизической организаціей. Самая главная роль въ этой борьбѣ, по мнѣнію моему, принадлежитъ просвѣщенію общества и народа.

Проф. А. А. Пюнтковскій. Какъ показываютъ всевозможнаго рода наблюденія (медиковъ, юристовъ, экономистовъ и т. п.) и статистика всѣхъ странъ и народовъ, злоупотребленіе спиртными напитками представляетъ собой величайшее зло. Алкоголизмъ несомнѣнно стоитъ въ тѣсной связи съ многими отрицательными сторонами нашей жизни, какъ напр., съ пауперизмомъ, съ преступностью, съ проституціей, съ заболѣваемостью и т. п. Поэтому борьба съ нимъ является дѣломъ въ высокой степени важнымъ въ смыслѣ предупрежденія и въ смыслѣ борьбы съ упомянутыми только что явленіями.

Съ алкоголизмомъ необходимо бороться тѣми же путями, какъ съ преступностью; онъ является продуктомъ съ одной стороны условій внѣшней среды, съ другой—результатомъ тѣхъ особенностей психофизической организаціи субъекта, кои передаются наследственно. Слѣдовательно, какъ и по отношенію къ преступности

при борьбѣ съ алкоголизмомъ воздѣйствіе должно быть направлено съ одной стороны на условія внѣшней среды, съ другой—на лицъ, предрасположенныхъ къ алкоголизму, и на лицъ, уже предающихся ему: первыхъ имѣется въ виду удерживать отъ злоупотребленія спиртными напитками, на послѣднихъ же предполагается воздѣйствовать въ цѣляхъ ихъ исправленія и въ цѣляхъ огражденія отъ ихъ вреднаго вліянія общества и окружающихъ. Поэтому употребляемыя по отношенію этихъ лицъ мѣры должны быть различны въ зависимости отъ намѣченной цѣли и характера ея объекта—личности: съ одной стороны это будутъ мѣры профилактическія, съ другой—лечебныя, съ третьей—мѣры стѣсненія нѣкоторыхъ лицъ въ интересахъ всего общества (разъ склонности алкоголиковъ опасны, надо съ ними бороться, а не игнорировать ихъ). И въ этомъ отношеніи я вполне раздѣляю взгляды, высказанные референтомъ.

Чтобы правильно расклассифицировать случай, прежде всего нужно выдѣлить изъ среды алкоголиковъ настоящихъ душевно-больныхъ—для нихъ, конечно, обязательно помѣщеніе въ соответствующее лечебное учрежденіе, т. е. психиатрическія больницы. Затѣмъ остается громадный контингентъ такихъ алкоголиковъ, которыхъ современная психіатрія не признаетъ душевно-больными; если послѣдніе желаютъ сами лечиться, то ихъ можно помѣщать въ соответствующія спеціальныя лечебницы для алкоголиковъ (см. докладъ референта). Но какъ быть съ ними, если они этого не желаютъ и въ тоже время являются вредными членами общества? Владиміръ Роммуловичъ думаетъ, что съ точки зрѣнія уголовного права не можетъ быть рѣчи объ активномъ вмѣшателствѣ судебной власти въ этихъ случаяхъ. Здѣсь я расхожусь съ почтеннымъ В. Р. Завадскимъ. Въ виду вреда отъ такихъ субъектовъ, я не нахожу препятствій съ точки зрѣнія уголовного права—къ примѣненію мѣръ принудительнаго свойства, напр. къ заключенію въ т. наз. *asile*—это не наказаніе, а леченіе. Къ тому же въ этихъ мѣрахъ и итъ уже ничего новаго, ибо онѣ санкціонируются законодательствами, напр., норвежскимъ. Я не нахожу здѣсь никакого противорѣчія съ основными началами уголовного права: во первыхъ, если алкоголикъ чловѣкъ больной, то мы знаемъ, что и больные, вѣдь, не избѣгаютъ суда по общеуголовнымъ и общегражданскимъ проступкамъ; разъ же не всякій больной признается не вмѣняемымъ, то и алкоголикъ не избавляется отъ мѣръ карательныхъ.

Наконецъ, помѣщеніе въ *asile* не есть наказаніе, ибо цѣль его—помочь самому несчастному отъ страсти, которой онъ страдаетъ—это нельзя сравнивать съ неправильнымъ ограниченіемъ свободы личности. На Западѣ, гдѣ такъ заботятся о свободѣ личности, алкоголиковъ этой категоріи уже помѣщаютъ въ *asile* принудительно. Я присоединяюсь къ докладчику по его мнѣнію о необходимости особыхъ мѣръ, но необходимо ихъ урегулировать. Конечно, свобода дорога, мы не должны посягать на нее, но разъ эта свобода проявляется въ опасныхъ для общества формахъ, то помѣщеніе, напр., въ *asile* только желательно; разумѣется, необ-

ходимо устроить дѣло такъ, чтобы въ азіе попадали только дѣйствительно нуждающіеся въ этомъ, а не какія-либо другія лица.

Такимъ образомъ отличіе больницъ и исправительныхъ заведеній для алкоголиковъ является довольно существеннымъ, въ зависимости отъ отношенія алкоголиковъ къ дѣлу своего леченія, своего исправленія. Принятіе мѣръ противъ алкоголиковъ должно осуществляться особой организаціей, напр., какъ и говоритъ референтъ, Судомъ, имѣющимъ соотвѣтствующіе подчиненные органы.

Сходясь во взглядахъ съ референтомъ по существу, я расхожусь съ нимъ въ нѣкоторыхъ деталяхъ:

а) по отношенію къ сроку помѣщенія—заранѣе его опредѣлять мнѣ кажется неудобнымъ и невозможнымъ, лучше послѣдовать проекту норвежскаго закона, который устанавливаетъ шахм'альный срокъ, допуская возможность освобожденія раньше, буде погребется.

б) Предоставленіе права заключенія въ убѣжища Окружнымъ только Судамъ—осуществимо и желательно лишь для городовъ, а въ деревняхъ только затянуть дѣло—тамъ возможно предоставить это право уѣзднымъ сессіямъ Окружныхъ Судовъ.

В. Р. Заваляскій, Сожалѣю, что и профессору уголовного права мнѣ приходится возражать. Я возражалъ только противъ того пункта доклада, гдѣ имѣется указаніе на желательность привлечь Окружные Суды для преслѣдованія алкоголиковъ.

Такимъ образомъ, призываютъ карать не преступленія, а лицъ, которыя по условіямъ своей жизни получили ту или иную болѣзнь. Если разсуждать такъ, то сегодня придется судить алкоголиковъ и сумасшедшихъ, а завтра сифилитиковъ. Еще вопросъ, гдѣ больше прямой опасности—отъ сифилиса или алкоголизма? Я возражалъ не въ томъ смыслѣ, чтобы нельзя было судить пьяницу, когда онъ, владѣя самимъ собой, напьется до безобразія. Я возражалъ противъ того положенія, гдѣ предполагаютъ судить алкоголика, дошедшаго до состоянія безполезности для общества въ моральномъ и умственномъ смыслѣ. Неужели это здоровый человѣкъ? Развѣ это вмѣняемый человѣкъ, когда онъ опасенъ для самого себя?

Я не противъ помѣщенія больныхъ въ лечебницу, а только противъ того, чтобы съ точки зрѣнія уголовного права можно было судить алкоголиковъ за то, что они больны.

Д-ръ В. П. Первушинъ (ауторефератъ). Я позволю себѣ вновь здѣсь напомнить, что настаиваю на нѣкоторомъ ограниченіи правоспособности и личной свободы только извѣстной категоріи лицъ—привычныхъ пьяницъ, опасныхъ и вредныхъ для нихъ самихъ и для общества. Передъ нами дилемма: или мириться съ этими личностями, жить съ ними подъ рискомъ опасности и вреда, или же изолировать ихъ, удалять въ спеціальныя заведенія, преслѣдуя

благо ихъ и общества, съ которымъ ихъ интересы расходятся. Я и не думалъ затрогивать личные интересы всѣхъ лицъ, пьющихъ и выпивающихъ, вредоносность которыхъ относительно невелика, но другихъ игнорировать нельзя! Разъ за подобную постановку дѣла высказываются заграничные и русскіе выдающіеся юристы (Кони и др.), разъ она уже вошла въ нѣкоторыя иностранныя законодательства, то она, конечно, требуетъ къ себѣ самаго серьезнаго отношенія и вниманія и съ нашей стороны, а не игнорированія и пренебрежительнаго отношенія. По мнѣнію В. Р. Завадскаго, я «предлагаю карать не преступленія, а лицъ, получившихъ ту или иную болѣзнь, такъ, что сегодня будутъ судить алкоголиковъ, сумасшедшихъ, а завтра сифилитиковъ». Далѣе В. Р. Завадскій говоритъ, что онъ противъ того, чтобы можно было съ точки зрѣнія уголовного права судить алкоголиковъ за то, что они больны.—Мнѣ совершенно напрасно приписываются подобныя заявленія: начать съ того, что ни одинъ врачъ не будетъ требовать наказанія человѣка, имѣвшаго несчастье заболѣть той или другой болѣзью, взять хоть бы сифилисъ, и я, слѣдовательно, не могъ высказывать даже намека на подобную мысль. Но, вѣдь, дѣло представится иначе, если субъектъ, заболѣвшій самъ, по собственной небрежности (что онъ, пожалуй, могъ сдѣлать, имѣлъ на то личное право), не принимаетъ никакихъ мѣръ предосторожности противъ того, чтобы не подвергнуть опасности зараженія и другихъ лицъ, съ нимъ соприкасающихся. Какъ смотрѣть на интеллигентнаго человѣка, заразившагося триперомъ или сифилисомъ, понимающаго значеніе этихъ процессовъ и тѣмъ не менѣе нерѣдко вносящаго заразу въ свою семью—онъ, не предупреждая невѣсты, женится, заражаетъ жену, калѣчитъ дѣтей? Это—не преступникъ? Вѣдь, онъ сознательно идетъ по дорогѣ, которая причинитъ вредъ, часто непоправимый, близкимъ людямъ, а черезъ то и обществу. Я полагаю, что такой человѣкъ, сознательно производящій рядъ дѣйствій, въ концѣ концовъ вредныхъ для окружающихъ, подлежитъ отвѣтственности передъ обществомъ (т. е. суду) за свои вредныя для окружающихъ поступки, но, конечно, не за свою первоначальную болѣзнь. Это—двѣ вещи разныя: сифилитикъ подлежитъ отвѣтственности не за то, что онъ получилъ въ публичномъ домѣ сифилисъ, а за то, что онъ этотъ сифилисъ передалъ другому, третьему и т. д. лицамъ. Вѣдь, будутъ же судить парикмахера, если онъ передастъ черезъ свои инструменты (бритва) сифилисъ отъ одного лица другому; тоже можно примѣнить и ко всякому другому субъекту, какимъ бы образомъ онъ не передавалъ свою болѣзнь другому, если онъ не принималъ мѣръ предосторожности, требуемыхъ закономъ. Вспомнимъ для примѣра, какія строгія, чрезвычайныя мѣры принимаются, когда обществу угрожаютъ опасности эпидемій и пандемій (холера, чума), и какъ караются отступленія отъ предписанія властей. Жаль лишь «что эти мѣропріятія временныя и по минованію опасности отменяются: зло постоянное, но менѣе бьющее въ глаза (санитарныя отступленія, инфекц. болѣзни) пока привлекаютъ къ себѣ еще мало вниманія законо-

дательства въ смыслѣ выработки мѣръ профилактическихъ (чахотка, сифилисъ, алкоголизмъ и т. п.), а это бичи—посерьезнѣе рѣдкихъ пандемій!

Возвращаясь къ нашему вопросу, я могу провести параллель между алкоголикомъ и сифилитикомъ: алкоголикъ отвѣтственъ передъ обществомъ главнымъ образомъ не за то, что онъ пьянствуетъ, пьетъ вино (хотя по смыслу закона «запрещается всѣмъ и каждому пьянство» ст. 153; XIV т. св. законовъ изд. 1890 г., онъ и за пьянство подлежитъ отвѣтственности, т. е. суду), а за то, что съ этимъ пьянствомъ, личнымъ явленіемъ жизни алкоголика, связаны тѣсно жизнь и благополучіе семьи его и до известной степени и общества; алкоголикъ отвѣтственъ не столько за процессъ выпиванія (предосудительный самъ-по-себѣ) сколько за вредъ, слѣдующій за этимъ процессомъ, для окружающихъ. Если человекъ, выпивающій ежедневно $\frac{1}{2}$ бутылки водки или 3—6 бутылокъ пива, ведетъ исправно свое дѣло, никого не обижаетъ, воспитываетъ дѣтей хорошо и т. д., то кто же будетъ его судить и за что? Но дѣло иное, если человекъ, выпивая, небрежно ведетъ свое дѣло, разоряетъ своего хозяина, зоритъ свою семью, забрасываетъ дѣтей, походя бьетъ и калѣчитъ жену и дѣтей, тащить изъ дома послѣднія деньги или вещи въ кабакъ и т. п. (а, вѣдь, все это, господа факты!...)—какъ же онъ не подлежитъ отвѣтственности за всю ту сумму вредностей, которая по его милости терпятъ его окружающіе? Далѣе, я, вѣдь, и не требую наказанія, кары для подобныхъ лицъ; я говорю лишь, что ихъ нужно удалять, ради блага ихъ самихъ, семьи и общества, изъ ихъ обычной обстановки (которая ихъ еще болѣе затягиваетъ и губитъ) въ иную (лечебница, пріютъ)—путемъ известныхъ процедуръ (судъ)—во избѣжаніе недоразумѣній и злоупотребленій.

Д. ч. Юр. О-ва Н. И. М и р о л ю б о в ъ (ауторесфератъ) возразилъ референту, что его проектъ о порядкѣ возбужденія вопроса о «привлеченіи алкоголика къ Суду», съ ссылкой на законъ 10 іюня 1900 года, не выдерживаетъ самой легкой критики. Дѣло въ томъ, что если вникаться и вдуматься въ смыслъ предложенной редакціи статей этого закона, то не только не приходится этимъ закономъ восхищаться, а скорѣе—изумляться и сожалѣть о его появленіи, въ виду той неопредѣленности его редакціи, которая дастъ полиціи полный просторъ для произвола надъ вѣренными ея попеченію мирными гражданами нашего отечества. Законъ этотъ читается такъ: II. «Въ замѣнѣ статей 153 и 154 устава о предупрежденіи и преступленіи преступленій (свод. зак. т. XIV, изд. 1890 г.), постановить: «Лица, находящіяся въ публичныхъ мѣстахъ въ состояніи явнаго опьянѣнія, угрожающемъ безопасности, спокойствію или благочинію, полиція удаляетъ и можетъ задерживать временно впредь до вытрезвленія». III. «Статью 42 устава о наказаніяхъ, полагаемыхъ мировыми судьями, изложить слѣдующимъ образомъ: «42. За появленіе въ публичномъ мѣстѣ въ состояніи явнаго опьянѣнія, угрожающемъ безопасности, спокойствію или благочинію, виновные подвергаются: въ первый разъ—аресту не свыше трехъ дней или денежному взысканію не свыше 10 рублей; во второй разъ—аресту не свыше 7 дней или денежному взысканію не свыше 20 рублей; въ третій разъ—

аресту не свыше двухъ недѣль или денежному взысканію не свыше 50 рублей» (См. Собр. узак. и распоряж. Правит. за 1900 г. № 89).

Теперь спрашивается, чѣмъ—какимъ критеріемъ будетъ руководствоваться полиція въ опредѣленіи состоянія явнаго опьянѣнія, угрожающаго безопасности, спокойствію или благочинію? Что это за состояніе явнаго опьянѣнія? Какіе его признаки? Чѣмъ будетъ руководствоваться полиція въ опредѣленіи, что данный субъектъ находится въ состояніи явнаго опьянѣнія, а другой—не находится въ такомъ состояніи? Что такое эти самыя понятія «безопасности, спокойствія или благочинія»? Все это здѣсь только одни слова безъ опредѣленнаго, и надлежащаго смысла? А не опредѣляя того, что это за «состояніе» явнаго опьянѣнія, каковы его вибшіе признаки, а равно и того, что разумѣть подъ понятіями «безопасности, спокойствія или благочинія», законъ этотъ тѣмъ самымъ вручаетъ полиціи право комментировать и толковать его по своему личному усмотрѣнію, и такимъ образомъ вся эта неопредѣленность новаго закона должна будетъ выясниться только практикою городовыхъ и гг. околоточныхъ надзирателей. А, вѣдь, при такомъ личномъ усмотрѣніи полиціи ея проникаемость для распознаванія «состоянія явнаго опьянѣнія» можетъ, пожалуй, дойти и до искусства «читать въ сердцахъ» гражданъ и тутъ ужъ явится обширное поле дѣятельности для ея произвола. По прежней редакціи этого закона (ст. 153 и 154 т. XIV), обыватели «забирались и отсылались подъ стражу» не за «состояніе явнаго опьянѣнія», а за извѣстныя «дѣйствія» («кричать и пѣсни поютъ», «ночью въ неуказанные часы въ пьяномъ видѣ шагаются»). Ясно, что по закону прежней редакціи полиція для «забора» кого-либо въ часть необходимо должна была ожидать «поступковъ» и до «оказательства» оныхъ—только наблюдать; теперь же по новому закону, для «удаленія и временнаго впредь до вытрезвленія задержанія» поступковъ больше не требуется, а требуется такое состояніе, при которомъ можно только рассчитывать на совершеніе оныхъ, а потому, по новому закону, полиціей можетъ быть и будетъ задержанъ не только буйствующій пьяный («лраться лезеть», «пѣсни поеть» и т. п.), но и просто пьяный, хотя бы онъ шель по улицѣ, что называется, «чинно, благородно», т. е. шель, ковыляя изъ стороны въ сторону и натываясь только иногда на тумбочки и дома, а не на прохожихъ. Почему въ этомъ послѣднемъ случаѣ нужно его взять въ часть, а не дать ему возможности, пока у него она имѣется, дойти до дому и слать себя на попеченіе близкихъ и родныхъ лицъ?

Такъ, вотъ, такой субъектъ, совсѣмъ не алкоголикъ—хроникъ, а просто по временамъ, можетъ быть, даже очень рѣдко, остро себя алкоголизирующій, можетъ подпасть, по личному усмотрѣнію полиціи, подъ дѣйствіе закона 10 іюня 1900 года и, послѣ четырехкратнаго такимъ образомъ привлеченія къ отвѣтственности, долженъ, по проекту референта, быть принудительно помѣщенъ въ пріютъ для алкоголиковъ. Спрашивается—для чего? Для леченія; но, вѣдь, онъ не алкоголикъ—хроникъ, не больной.—Для исправленія? Но отъ чего его исправлять?

Вѣдь, онъ, выпивая, однимъ этимъ выпиваніемъ не наносилъ вреда обществу, — слѣдовательно, приучать его не вредить обществу не приходится. Да какимъ образомъ при такой неопредѣленной редакціи разбираемаго закона можно равномерно и одинаково примѣнять его ко всемъ выпивающимъ? Въ самомъ дѣлѣ вѣдь, при такомъ законѣ, подпадетъ подъ его дѣйствіе только тотъ, кто, напившись, пойдетъ пѣшкомъ и, ковыляя изъ стороны въ сторону, обнаружитъ тѣмъ свое «состояніе явнаго опьянѣнія», а тотъ, кто поѣдетъ на извозчикѣ, или кто пьетъ дома и не выходитъ на улицу, хотя-бы былъ на самомъ дѣлѣ алкоголикъ-хроникъ, не подпадетъ подъ дѣйствіе этого закона, а далѣе—минуетъ и благотворнаго вліянія благотѣльнаго, по референту, приюта алкоголиковъ.

Итакъ, данный законъ, въ виду своей полной неопредѣленности, узаконяющей только произволъ полиціи, не даетъ и не можетъ дать тѣхъ благотѣльныхъ результатовъ, какихъ отъ него ожидаетъ референтъ. Наоборотъ, ставя гражданъ подъ произволъ полиціи, этотъ законъ принесетъ только зло—не больше; а искоренять зло—аломъ, конечно, не логично и нецѣлесообразно. При такихъ законахъ, какъ законъ 10 іюня 1900 года, мы возвращаемся снова къ временамъ полицейскаго государства, стремившагося взять въ свое «вѣдѣніе и распоряженіе» всю жизнь гражданъ, не исключая и частной. При такихъ законахъ полицейскаго государства происходитъ полное смѣшеніе понятій права и нравственности, и чрезъ то подавляется всякое личное «я», имѣющее, по естественной своей природѣ, право въ своей частной сферѣ развиваться и дѣйствовать только въ силу своихъ естественныхъ склонностей. Только при строгомъ разграниченіи частной сферы отъ публичной не подавится личность человѣка, и явится основаніе для его истинно-культурнаго развитія.

Вотъ почему я думаю, что не только нельзя говорить что-либо въ защиту разбираемаго закона, а тѣмъ болѣе—основывать на немъ разные другіе проекты, — а думаю и утверждаю, что скорѣе нужно стремиться приложить заботу къ его полной отмѣнѣ.

Я ничего не имѣю противъ такихъ или иныхъ государственныхъ, но только не уголовныхъ мѣръ противъ алкоголиковъ-хрониковъ, какъ вредныхъ членовъ общечитія, но только пусть г.г. врачи дадутъ ясный и точный критерій для отличія алкоголиковъ-хрониковъ отъ лицъ, временно и случайно себя въ острой формѣ алкаголизирующихъ. Безъ этого критерія, при неопредѣленности закона, явится только произволъ администрации—не больше. Да, кромѣ всего вышесказаннаго, я вообще думаю, что въ такихъ ненормальныхъ, но не преступныхъ, въ собственномъ смыслѣ, явленіяхъ человѣческой жизни, какъ пьянство, куреніе, объядѣніе и проч., и проч., важно и полезно дѣйствовать только превентивными мѣрами, т. е. мѣрами духовно-культурнаго воздѣйствія въ разныхъ его видахъ (распространеніе просвѣщенія, поднятіе экономическаго благосостоянія и т. д.), а не репрессивными, являющимися оружіемъ обуюдоострымъ.

Д-ръ А. В. Оаворскій. Нѣтъ основанія отрицать, что и минимальныя дозы алкоголя вредны, что онъ является ядовитымъ веществомъ; на это указываютъ намъ и клиническія наблюденія, и эксперименты на животныхъ. Меня удивляетъ лишь, что нѣкоторые изъ говорившихъ здѣсь, въ подтвержденіе своего мнѣнія о недовѣстности и сравнительной безвредности спирта—ссылаются на его полезныя въ терапіи свойства. Въ этомъ, конечно, нѣтъ ничего удивительнаго: вѣдь, пользуемся же мы многими ядами на благо человѣка (напр., морфіи и др.), надо лишь знать, какъ ихъ употреблять, съ ними нужно соблюдать осторожность. То же слѣдуетъ имѣти въ виду и по отношенію къ спиртнымъ напиткамъ, которые часто *larga* стали назначаютъ даже и въ терапіи; публика не знаетъ ихъ свойствъ, всего ихъ значенія и потому это опасный продуктъ въ ея рукахъ.— Положенія доклада я вполне раздѣляю.

Д. ч. Юр. Об-ва М. Л. М а н д е л ь ш т а м м ъ. Смысла на иностранныя законодательства и порядки не можетъ считаться умѣстной—надо знать условія мѣстной жизни, обычаи, вѣками сложившіеся, традиции, унаслѣдованныя отъ предшественниковъ и отразившіяся на законодательствѣ. Вѣдь, наша жизнь такъ во многомъ отличается отъ болѣе культурныхъ странъ, что перенимать цѣликомъ, безъ критическаго отношенія всѣ ихъ порядки и законоположенія, разумѣется, нельзя. Точно также, признавая авторитетъ тѣхъ представителей русской юриспруденціи, которые участвовали въ юридической подкомиссіи Комиссіи по вопросу объ алкоголизмѣ, мнѣніе которыхъ приводитъ въ своемъ докладѣ д-ръ В. П. Первушинъ,—нужно знать мотивы, которые ими руководили въ данномъ отношеніи. Во всякомъ случаѣ прежде, чѣмъ рѣшать въ деталяхъ вопросъ о привлеченіи алкоголиковъ къ ответственности, нужно намъ знать точное отношеніе медицины къ алкоголю и точную классификацію алкоголизма, такую группировку симптомовъ, по которымъ было-бы возможно относить алкоголика къ той или иной категоріи.

Проф. К. М. Леонтьевъ. Еще разъ повторяю: представленіе, что алкоголь вещество не индифферентное, а ядовитое—это еще вопросъ, это еще не доказано. Далѣе, Россія въ сущности по потребленію алкоголя отстала, занимаетъ лишь XIII мѣсто; почему же у насъ такая масса пьяныхъ? отвѣчаю: потому что у насъ пьютъ хотя и меньше, но за то худшую водку; дѣйствіе алкоголя здѣсь затемняется, смѣшивается, мы наблюдаемъ дѣйствіе не его, а примѣсей; нельзя сравнивать, слѣдовательно, дѣйствіе водки и дѣйствіе алкоголя, напр., назначаемого врачами въ чистомъ видѣ. Вѣдь, существуетъ мнѣніе, что и циррозы печени вызываются примѣсями къ алкоголю, а не имъ самимъ.

Проф. А. А. Піонтковскій. Въ виду сдѣланнаго по поводу моихъ словъ замѣчанія В. Р. З а в а д с к и м ъ, я вновь укажу, что о какой-либо карѣ, наказаніи алкоголиковъ я не говорилъ а говорилъ лишь объ ихъ леченіи и временномъ помѣщеніи въ *asile*—для ихъ же пользы и для пользы окружающихъ. Судятъ алкоголиковъ за ихъ поступки, за ихъ образъ жизни, который они ведутъ подъ влияніемъ пьянства. Еще разъ сошлюсь на факты:

Въ статистикѣ Бера имѣется цѣлая серія цифръ детальнаго обзора преступленій, причѣмъ оказывается, что алкоголиками преимущественно совершаются самыя тяжкія преступленія противъ личности, изнасилованіе, преступленія противъ цѣломудрія, убійства и т. и. Тоже подтверждается и другими авторами. Отсюда — вытекаетъ неизбежно требованіе о принятіи въ отношеніи этихъ лицъ ряда мѣръ, удерживающихъ ихъ отъ своего тяжелаго влеченія и обезпечивающихъ спокойствіе и благополучіе ихъ окружающихъ. Ссылаясь на примѣръ Западной Европы, я вовсе не хотѣлъ итти на встрѣчу стремленію пересадить все скверное, мѣропріятіямъ борьбы съ алкоголизмомъ отвѣчаютъ стремленія перенести полезное для Россіи, а такія стремленія заслуживаютъ только подражанія.

Д-ръ В. В. Николасъ (ауторсфератъ). Положеніе 1-е къ докладу д-ра Першина, думается мнѣ, было бы бесспорно вѣрнымъ въ слѣдующей редакціи: «Алкоголь во всѣхъ видахъ (водка, вино, пиво) является для организма веществомъ неиндифферентнымъ, что установлено физиологическими и психофизиологическими изслѣдованіями, данными клиники и патологической анатоміи и рядомъ экспериментовъ надъ животными (вліяніе на духовную и тѣлесную область.)» Такимъ образомъ строка положенія: — «но вреднымъ даже и въ сравнительно небольшихъ количествахъ» — выпадаетъ. Меня побуждаетъ къ такому измѣненію 1-го положенія докладчика слѣдующія основанія:

Издавна алкоголь числится въ средѣ лекарственныхъ веществъ, носящихъ названіе *robortantia*, т. е. возбуждающихъ. И какъ уже было указано почтенному о-ну уважаемыми профессорами К. М. Леонтьевымъ и Н. М. Любимовымъ, что алкоголь въ извѣстныхъ дозахъ примѣнялся и доселѣ употребляется съ пользою при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ организма. Случаевъ примѣненія алкоголя съ терапевтической цѣлью очень много и, несомнѣнно, алкогольмъ достигали и желаннаго эффекта. Съ другой стороны проф. Н. М. Любимовымъ представлена сильно измѣненная печень человѣка, злоупотреблявшего алкогольмъ. Очевидно алкоголь — такое вещество, которое при извѣстныхъ условіяхъ производитъ рѣзкія нарушенія въ организмѣ.

Естественно поэтому возникаетъ вопросъ о ядовитости алкоголя. Мое мнѣніе: алкоголь-ядъ. Никѣмъ до сихъ поръ не дано точнаго опредѣленія, что такое ядъ, какъ не опредѣлено понятіе и о лекарствѣ. По этой причинѣ мы также не будемъ стараться дать какое-либо опредѣленіе ядовъ, а воспользуемся уже установившимся мнѣніемъ о ядахъ и, раздѣливши ядовитыя лекарственныя вещества на группы, посмотримъ, не подойдетъ ли алкоголь по своимъ главнымъ свойствамъ къ одной изъ группъ. По своему дѣйствию ядовитыя лекарства очень удобно могутъ быть подраздѣлены на три группы:

Къ 1-ой группѣ принадлежатъ тѣ, которыя производятъ лишь острое отравленіе; какъ на примѣръ могу указать на синильную кислоту. Это очень сильный

ядъ, при неосторожномъ примѣненіи котораго быстро наступаетъ смерть. Хроническаго же отравленія синильной кислотой не наблюдалось.

Ко 2-ой группѣ мы относимъ тѣ лекарства, которыя въ малыхъ дозахъ примѣняются на пользу человѣка, большія же дозы вызываютъ острое отравленіе; малые терапевтическіе пріемы, но даваемые въ теченіе долгаго времени, производятъ уже хроническое отравленіе организма. Примѣръ—морфій.

Наконецъ, 3-ю группу образуютъ тѣ вещества, которыя собственно острого отравленія не производятъ, но вызываютъ хроническое. Тяжелые металлы могутъ быть почти всѣ отнесены въ эту группу. Наиболѣе характернымъ представителемъ такого яда, можетъ служить свинецъ. Всѣмъ извѣстно, какія тяжелыя явленія и измѣненія въ организмѣ сопровождаютъ хроническое отравленіе свинцомъ. Это же вещество примѣнялось и въ терапіи при поносахъ.

Что касается алкоголя, то, какъ кажется, онъ безъ особыхъ натяжекъ можетъ быть помѣщенъ во вторую группу ядовъ. Именно было уже указано на его примѣненія въ небольшихъ и среднихъ дозахъ съ лечебной цѣлью, это первое; второе—большія дозы алкоголя производятъ такое измѣненіе въ организмѣ напившагося, что проф. К. М. Леонтьевъ, специалистъ—токсикологъ и судебный мѣдикъ, говоритъ, что пьянаго надо не подвергать наказанію, а лечить, такъ какъ это человѣкъ «отравившійся». Отравиться же можно лишь ядомъ, слѣдовательно, алкоголь ядъ, проявляющій свои ядовитыя свойства при большихъ пріемахъ, хотя бы и однократныхъ; и третье—продолжительное употребленіе алкоголя вызывать хроническое отравленіе организма. (печень алкоголика).

Разъ мы принимаемъ алкоголь ядомъ, но которымъ можно пользоваться на благо человѣку, то вполне естественно послѣ этого его назвать лекарственнымъ ядомъ, и примѣнивъ къ нему всѣ законы, существующіе уже у насъ для пользыванія лекарственными ядами, мы въ силу логики должны будемъ алкоголь запереть въ аптеку и отпускать его оттуда, какъ и другія лекарства. Одни врачи могутъ судить о необходимости въ извѣстній моментъ того или иного средства для больного. Аптекарь поэтому долженъ отпустить алкоголь по рецепту, каковой ищется только врачомъ.

Такой способъ изыятія алкоголя изъ свободной продажи, мнѣ кажется, долженъ быть отнесенъ къ регулирующимъ мѣрамъ; впрочемъ, юристы назовутъ это правильнѣе и такимъ образомъ опредѣлять и законы регулированія производства алкоголя, т. е. разрѣшать вопросъ, поставленный очень вѣрно уважаемымъ проф. Г. Ф. Шершеневичемъ. Заключивъ алкоголь въ аптеку и затруднивъ цѣлесообразными мѣрами его широкое распространеніе въ обществѣ, мы приняли бы самую радикальную мѣру въ борьбѣ съ алкоголемъ.

Позвоительно надѣяться, что вслѣдъ за рекомендуемой мѣрой, число алкоголиковъ упадетъ и вовсе не потребуетъ той громадной сѣти лечебницъ для алкоголиковъ, какую необходимо развить теперь при дѣйствительно громадномъ

количество всякаго рода пияниц и, слѣдовательно, не будетъ необходимости въ колоссальномъ расходѣ на оборудованіе специальныхъ заведеній. Какъ морфинистовъ, такъ и алкоголиковъ можно будетъ помѣщать въ существующія уже лечебныя учрежденія, но съ специальными приспособленіями въ виду нѣкоторыхъ особенностей проявленія алкогольнаго отравленія.

Съ удовольствіемъ я выслушалъ заявленіе юристовъ, что изытіе алкоголя изъ свободной пролажи не грозитъ подрывомъ установившемуся финансовому балансу, почему рекомендуемая мѣра можетъ быть осуществлена, не смотря на то, что теперь активъ на алкоголь составляетъ громадную сумму въ бюджетѣ государства.

Проф. Л. О. Даркшвицъ, резюмируя иренія, подчеркнул ихъ оживленность, какъ доказательство всеобщаго интереса этого вопроса, и выразилъ пожеланіе, что въ предстоящихъ совмѣстныхъ засѣданіяхъ еще желательно выслушать мнѣніе и остальныхъ членовъ того и другого общества, а затѣмъ, за повднимъ временемъ, объявилъ засѣданіе закрытымъ.

Предсѣдатель Л. Даркшвицъ.

Секретарь Вл. Владиміровъ.

