КЛАССИКИ РУССКОЙ МЕДИЦИНЫ О ДЕЙСТВИИ АЛКОГОЛЯ И АЛКОГОЛИЗМЕ

И.М.Сеченов
И.П.Павлов
В.М.Бехтерев
Н.Е.Введенский
А.Я.Кожевников
С.С.Корсаков
Л.О.Даркшевич
Ф.Ф.Эрисман

КЛАССИКИ РУССКОЙ МЕДИЦИНЫ

О ДЕЙСТВИИ АЛКОГОЛЯ И АЛКОГОЛИЗМЕ

Избранные труды

Составитель
В.С. Воробьев

Москва «Медицина» 1988

ББК 52.5
К 47
УДК 613.81+616.89-008.441.13(082)

Рецензенты:
Г. А. АКИМОВ, проф.; В. О. САМОЙЛОВ, проф.

Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме: Избранные труды/Сост. В. С. Воробьев. — М.: Медицина, 1988. — 304 с.: ил. ISBN 5—225—00184—X

К 47

Объединенные в книге научные и научно-популярные работы представляют интерес как в историко-медицинском, так и в познавательном и воспитательном плане. Большинство этих классических произведений до настоящего времени было библиографической редкостью. Первые в мире оригинальные описания корсаковского психоза и алкогольного полиневрита (С. С. Корсаков, А. Я. Кожевников, Л. О. Даркшевич) полезны современным врачам и исследователям. Факты о механизмах действия алкоголя на организм, изложенные И. М. Сеченовым, И. П. Павловым, Н. Е. Введенским и др., имеют непреходящее значение. Актуален анализ социальных аспектов алкоголизма, особенно глубоко проведенный В. М. Бехтеревым. Не менее важен вопрос о детском алкоголизме, затронутый Ф. Ф. Эрисманом.

Книга предназначена для наркологов, невропатологов, физиологов.

К $\frac{4118000000—215}{039(01)—88}$ 47—88

ББК 52.5

ISBN 5—225—00184—X

© Издательство «Медицина», Москва, 1988

ПРЕДИСЛОВИЕ

Существует большая литература о влиянии алкоголя на организм и алкоголизме. Однако это в подавляющем большинстве разноплановые сборники, специальные монографии, популярные очерки, особенно опубликованные в недавнее время. Ощущается явный недостаток в руководствах, капитальных трудах, крупных научных разработках. В связи с этим вполне актуален настоящий выпуск собранных воедино работ классиков русской медицины по данному вопросу. Классика вообще представляет собой непреходящую ценность, а подобранная по тематическому принципу, она приобретает характер руководства. Есть еще один важный момент. В последние годы принимаются решительные меры по борьбе с пьянством и алкоголизмом. Ясно, что наступление на этот общественный изъян должно вестись широким фронтом, и сверху, и снизу, а самое главное — оно не должно быть поверхностным и легковесным. Необходима научная обоснованность и продуманность каждого шага на пути искоренения одного из злейших врагов здорового образа жизни.

Мы не можем игнорировать в этом деле опыт предыдущих поколений: у них есть, что́ взять, и есть, чему поучиться. К чести выдающихся русских медиков и биологов надо сказать, что они никогда не были в стороне от горячо обсуждавшейся в России проблемы алкоголизма. Вот их имена: И. М. Сеченов, И. П. Павлов, В.М. Бехтерев, Н. Е. Введенский, А. Я. Кожевников, С. С. Корсаков, Л. О. Даркшевич, Ф. Ф. Эрисман и другие. Самые знаменитые медицинские авторитеты активно включались в общенародную дискуссию о пьянстве и его устранении. Достигнутые в условиях царизма успехи были небольшими, но все-таки это был прогресс. Создание обществ трезвости в разных городах, организация специальных лечебниц для алкоголиков, включая Экспериментально-клинический институт по изучению алкоголизма в Петербурге (1912), введение «сухого закона» (1914) и т. д. были бы невозможны, если бы в общественные кампании не вложили душу и огромный энтузиазм ученые с мировыми именами.

Исходя из сказанного, представляется целесообразным такое объединение трудов известных деятелей русской медицины в специальную книгу. Она открывается докторской диссертацией И. М. Сеченова «Материалы для будущей физиологии алкогольного опьянения» (1860), которая является его первой крупной научной работой. Основатель нашей физиологии начал свою научную карьеру с изучения крайне важной, имевшей социальное значение для тогдашней России проблемы — действия алкоголя на организм. Сеченовский «почерк», так блестяще проявившийся

в его будущих произведениях, характерен и для диссертации. И. М. Сеченов работал над ней в лабораториях Э. Гоппе-Зейлера (Берлин), О. Функе (Лейпциг) и К. Людвига (Вена) во время заграничной командировки. Им изучено влияние алкоголя на кровообращение, выделение, мышечную и нервную деятельность, электрические процессы в нервах, температуру тела у животных. Большая часть работы посвящена исследованию действия этилового спирта на дыхательную функцию крови с помощью усовершенствованного им абсорбциометра. Пытаясь разобраться в особенностях реагирования на алкоголь людей с разной адаптацией к нему, И. М. Сеченов ставил опыты на себе (20 мл коньяку 3 раза в день) и служителе берлинской лаборатории, который потреблял ежесуточно по 150—200 мл тминной водки (доппельткюммеля). В сеченовской диссертации многие вопросы в физиологическом плане были поставлены впервые, и были получены на них убедительные ответы (например, бóльшая поражаемость алкоголем нервных центров по сравнению с нервами, снижение обмена веществ при алкогольном отравлении, изменение азотистого обмена и др.). Впечатляет широта познаний автора. Данная статья, конечно, имеет историческое значение и ценна для специалистов.

Работа И. М. Сеченова содержит еще один интересный аспект. В отдельном печатном издании своей диссертации он поместил тезисы—так называемые «тезы», содержание которых не связано с экспериментальным материалом о действии алкоголя на организм. В этих восьми тезах начинающий исследователь как бы предвосхитил некоторые свои будущие открытия в изучении мозга. Однако имеются среди этих положений и несколько спорных или попросту неверных: так, в тезе 7 он восстает против целлюлярной патологии Вирхова, а в тезе 5 делает вывод — «Нервов, задерживающих движения, нет», но сам И. М. Сеченов доказал противоположное в последующих выдающихся работах по центральному торможению. Крайне интересно положение 8: «При настоящем состоянии естественных наук единственный возможный принцип патологии есть молекулярный», т. е. И. М. Сеченов в молодые годы выступал как убежденный физико-химик. Между прочим, в своей диссертации он дает такое определение физиолога: «Это физико-химик, имеющий дело с явлениями животного организма».

В следующем разделе помещены 4 небольшие заметки И. П. Павлова, относящиеся к теме сборника. Специальных больших работ, посвященных этому вопросу, И. П. Павлов не оставил. Правда, в павловских работах по физиологии пищеварения этиловый спирт довольно часто использовался в качестве раздражителя (см. И. П. Павлов, «Полное собрание сочинений», 2-е изд., 1951—1952, т. II_2, с. 388, 389, 473, 478, 509; т. V, с. 164, 174, 176; т. VI, с. 115, 116, 145, 147). Кроме того, в лаборатории И. П. Павлова выполнены работы по изучению нарушений деятельности нервной системы при употреблении алкоголя (И. В. За-

вадский, П. М. Никифоровский, М. К. Петрова, А. А. Линберг, В. К. Федоров, С. Н. Потехин и др.). В первой из публикуемых в настоящем сборнике заметок И. П. Павлов дает комментарий к исследованию И. В. Завадского «Опыт приложения метода условных рефлексов к фармакологии» и делает вывод, что «действие алкоголя есть действие парализующее, а не возбуждающее» (сходные высказывания имеются также в «Полном собрании сочинений», 1937, т. III). Другие публикации сборника представляют собой 2 записки, посланные И. П. Павловым в Академию наук по поводу предполагаемого открытия в Петербурге Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма, инициатором создания которого был В. М. Бехтерев, и 1 статью из журнала «Русский врач», касающуюся этого же вопроса.

Нужно подробнее осветить историю организации Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма, вокруг которого было столько споров. Дело в том, что незадолго перед Первой мировой войной В. М. Бехтереву удалось убедить власти (в том числе принца Ольденбургского, министерство финансов и др.) в необходимости создания государственного института для лечения алкоголиков и исследования проблемы алкоголизма. Министерство финансов выделило для строительства этого института 250 000 рублей. Однако понадобились дополнительные ассигнования. Для решения вопроса о выделении денег требовалось утверждение Государственной Думой. В Думу была представлена соответствующая записка (авторство ее было неизвестно, хотя большинство современников считало, что к ней причастны В. М. Бехтерев, А. В. Гервер и др., т. е. деятели Психоневрологического института, на базе которого организовывался Экспериментально-клинический институт по изучению алкоголизма). Член Государственной Думы М. Д. Челышев передал эту записку председателю алкогольной комиссии при Обществе охранения народного здравия д-ру М. Н. Нижегородцеву, а тот направил ее на рецензию акад. И. П. Павлову, акад. А. Я. Данилевскому и проф. Н. Е. Введенскому. И. П. Павлов и Н. Е. Введенский резко выступили против создания такого института (их аргументы подробно изложены в публикуемых в сборнике статьях этих авторов). Учитывая, что планируемое учреждение должно было состоять на бюджете министерства финансов, устроители нового института из дипломатических или иных соображений выдвинули в записке в качестве программы его деятельности доказательство безвредности умеренного потребления алкоголя и привели на этот счет цифры. И. П. Павлов произвел несложный расчет, и оказалось, что в день на 1 человека получается «безвредная норма» 1 стакан 40% водки! Это было опубликовано в газетах. Разразился скандал. Посыпались прямые упреки В. М. Бехтереву как автору записки и главному вдохновителю создания Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма (а у В. М. Бехтерева шла непрекращающаяся научная дискуссия с И. П. Павловым и его школой). В. М. Бехтерев публично в газетах и вы-

ступлениях отрицал свое авторство по отношению к записке. 26 апреля 1912 г. состоялось бурное заседание, посвященное обсуждению этой записки (выступили И. П. Павлов и Н. Е. Введенский как рецензенты, а затем В. М. Бехтерев, А. В. Гервер, М. Н. Нижегородцев, д-ра И. В. Сажин, П. А. Останков и др.). Было много противников организации института, а больше всего говорилось об 1 стакане водки как «суточной норме». Ученики В. М. Бехтерева А. Горелов и С. Михайлов указали на то, что цифры в записке можно толковать иначе, чем это сделал И. П. Павлов вслед за д-ром А. Л. Мендельсоном, и тогда получится «безвредная» норма в несколько миллилитров 100% спирта. И. П. Павлов послал 2 записки в Академию наук по этому поводу и напечатал полемическую статью в журнале «Русский врач» — «Экспериментальный институт для укрепления вящего господства алкоголя над русской землей», которую заключил резкими фразами в адрес В. М. Бехтерева с сотрудниками, заявив о своем нежелании продолжать споры в связи с недобросовестностью (по его мнению) оппонентов. Тем не менее Экспериментально-клинический институт по изучению алкоголизма был открыт в мае 1912 г., и актовая речь В. М. Бехтерева по этому случаю (также публикуемая в данном сборнике) поможет читателю понять цели и задачи этого института и разобраться в существе спора и справедливости или несправедливости сторон. К тому же И. П. Павлов во 2-й записке в Академию наук, представленной в декабре 1912 г., несколько меняет свое отношение к созданию этого учреждения, подчеркнув только, что дискуссия о «безвредной» дозе алкоголя не была бесполезной.

В противоположность И. П. Павлову В. М. Бехтерев оставил значительное литературное наследие по проблеме алкоголизма, из которого можно было бы набрать материал на отдельную монографию. При составлении книги было желание поместить как можно больше трудов В. М. Бехтерева, настолько они глубоки и актуальны. Из более десятка работ выбраны 4: 3 из них напечатаны до Великой Октябрьской социалистической революции, а 1 — в 1927 г. Первая статья «Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием» представляет собой речь В. М. Бехтерева, произнесенную на открытии Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма 19 (6) мая 1912 г. Нет необходимости пересказывать подробно ее содержание — ее нужно читать. Глубокое знание дела, ораторский талант, огромный пафос пронизывают эту страстную проповедь против пьянства. В ней обстоятельно изложено, для чего создается такое особое учреждение. Даны в сжатой форме научные представления о действии алкоголя на организм. Особенно восстает В. М. Бехтерев против укоренившегося в обществе мнения о том, что пьянство является не болезнью, а просто пороком, зависящим от доброй воли пьющего. Отсюда и вытекают те предложения медицинского и социального характера, которые выдвигает Владимир Михайлович для борьбы с алкоголизмом: разработка научной теории,

практическая помощь больным в масштабах России, подготовка и повышение квалификации соответствующих врачей, принятие государственных мер (ограничение продажи водки, забота о повышении культурного уровня народа и т. д.). Следующая статья «Об алкогольном оздоровлении» (существуют ее варианты, напечатанные примерно в то же время, — «Алкогольная политика и алкогольное оздоровление», «Отрезвление народа и физическое и нравственное его оздоровление») содержит анализ причин пьянства и ряд необходимых мер преодоления алкоголизма: полное прекращение производства водки с промежуточным этапом снижения ее крепости до 25%, пропаганда идей трезвости, начиная со школьного возраста, организация разумного отдыха и досуга, юридическое пресечение рекламы спиртных напитков и др. В. М. Бехтерев решительно отвергает устоявшуюся в нации расхожую формулу о фатальности алкогольного фактора для русского народа, аргументированно критикует представление о пищевом, точнее энергетическом значении спирта. Многие из его мыслей очень ценны и для нашего времени, и специалисты сумеют извлечь из них пользу. В одной из статей этой серии «Алкогольная политика и алкогольное оздоровление» (1912) В. М. Бехтерев писал: «Развитие предупредительных мер борьбы с алкоголизмом должно идти вперед под напором непреклонной логики, не допускающей примирения с тем, чтобы бюджетное благополучие государства устраивалось за счет здоровья народа». В самом деле, ведь никакому государству не придет в голову получать доходы от торговли цианистым калием или опием для пищевых целей, однако со спиртом дело было налажено как нельзя лучше. Так, в России, начиная с Екатерины II, введшей откупную систему, которая в 1795 г. давала 24 млн рублей питейного дохода — $^1/_3$ годового дохода (В. О. Ключевский, «Курс русской истории», 1937, т. 5, с. 168), затем осуществления акцизной системы и кончая введением государственной монополии графом Витте в конце XIX в., водка стала основным средством обогащения царской казны. К началу Первой мировой войны Российское министерство финансов получало прибыль от продажи крепких напитков более 500 млн рублей. Социалистическому обществу досталось от прошлого тяжелое наследство: многовековое построение финансового достатка в ущерб здоровью людей и народному хозяйству требует долговременных мер устранения этого наследия. Но это уже отдельный, большой и серьезный вопрос (кстати, у В. М. Бехтерева в книге «Алкоголизм и борьба с ним», 1927, он в некоторой степени освещен).

Статья «Алкоголь и эпилепсия», написанная В. М. Бехтеревым совместно с д-ром В. Я. Анфимовым, заключает в себе глубокий клинический анализ связи эпилепсии с алкоголизмом; в ней также приведены краткие истории болезней по материалам Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма. Заключительная бехтеревская работа «Алкоголизм и борьба с ним» представляет собой популярную брошюру, изданную в Ле-

нинграде в 1927 г. Помимо преподнесения общеизвестных идей в ней дан критический разбор различных способов избавления от этого социального порока (недейственность запретительных мер типа «сухого закона» при неподготовленности общественного самосознания, взаимодействие общества и правительства в устранении пьянства, долгосрочная перспектива борьбы с укоренившимся недугом и др.). Много в этой небольшой книге интересных деталей и статистических примеров. В целом труды В. М. Бехтерева производят сильное впечатление, их с большой пользой могут изучать врачи и социологи, студенты и обычные читатели.

Вслед за бехтеревскими работами даны 4 блестящие статьи Н. Е. Введенского о борьбе с алкоголизмом. Многих может удивить это обстоятельство, так как все привыкли, что Н. Е. Введенский— это «лабильность», «парабиоз», «торможение» в нервной системе; таково распространенное мнение о человеке, проведшем всю свою жизнь «в обществе нервно-мышечного препарата» лягушки. Мало кто знает, что Н. Е. Введенский был активным деятелем Общества по охранению народного здравия, которое было инициатором антиалкогольного движения в России (при обществе была создана специальная комиссия по борьбе с алкоголизмом и Н. Е. Введенский был ее членом; комиссия напечатала труды в 13 выпусках, 1899—1915), что Николай Евгеньевич выступил с речью об алкоголизме на I Всероссийском съезде по борьбе с пьянством (декабрь 1909 г. — январь 1910 г., Петербург) и в Государственной Думе (1908), что ему принадлежат несколько работ по алкогольному вопросу. Из них для сборника выбраны 4 наиболее характерные статьи, из которых самая яркая «О действии алкоголя». В ней четко и лаконично, со свойственным работам Н. Е. Введенского изяществом изложены основные физиологические данные о влиянии алкоголя на организм. Очень интересен и текст выступления этого ученого перед членами Государственной Думы о мерах борьбы с пьянством — страсть, непримиримость к этому злу, осведомленность в социальной сущности вопроса. Наконец, в статье «Заключение по вопросу «Об устройстве лабораторий для изучения влияния алкоголя на организм и для исследования алкоголизма в населении» (речь на заседании комиссии по вопросу об алкоголизме и мерах борьбы с ним в апреле 1912 г.) и другой короткой заметке (выступление на заседании этой комиссии) Н. Е. Введенский ополчается против создания Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма. Он был таким же бескомпромиссным оппонентом В. М. Бехтерева, как и И. П. Павлов.

Нужно отметить, что хотя Н. Е. Введенский биолог и не медик в строгом смысле слова, тем не менее он может быть отнесен к классикам медицины как выдающийся физиолог. Поэтому его труды включены в настоящий сборник.

Большое место в книге занимают работы невропатологов и психиатров. Это и понятно, так как нервная система алкоголика наиболее чувствительна к поражающему действию яда, и невро-

логи чаще всех предстают в качестве свидетелей тех печальных финалов, к которым обычно приходят лица, злоупотребляющие крепкими напитками. Одним из первых в России невропатологов обратил на это внимание А. Я. Кожевников. В сборнике помещены 2 его статьи: «Об алкогольном параличе» и «Об исследовании алкоголизма в Московской губернии». Описание 5 случаев алкогольного паралича настолько демонстративно, что может использоваться как учебное пособие на кафедрах нервных болезней или в специальных курсах наркологии. Удивителен язык историй болезней: строгий, точный и в то же время образный и емкий. Четко описаны симптомы множественного алкогольного полиневрита, амнезии и весь специфический психический статус, известный под названием «корсаковского психоза» (С. С. Корсаков — ученик А. Я. Кожевникова и выполнил под его руководством диссертацию, в которой привел клиническую картину этого синдрома). А. Я. Кожевников хорошо владел и морфологическими методами — его патологоанатомические и патогистологические исследования алкогольного паралича безукоризненны, причем отмечается полное совпадение клинических признаков и результатов вскрытий. Другая работа основателя Московской школы невропатологов посвящена медико-социальным аспектам борьбы с алкоголизмом в Московской губернии. При внимательном прочтении специалисты, несомненно, могут почерпнуть из нее много нужного и имеющего не только историческую ценность (взять хотя бы необходимость создания постоянных комиссий при городских управляющих учреждениях — что ныне и делается — или вопрос о роли медиков в определении масштабов алкоголизма).

Психиатры благосклонно встретят в данном тематическом сборнике работу С. С. Корсакова, являющуюся частью его докторской диссертации «Об алкогольном параличе» (1887). В ней на богатом клиническом материале подробно описываются психические расстройства при алкоголизме в сравнении с неалкогольными поражениями нервной системы. Да и не только психиатры, но и врачи другого профиля и студенты-медики в этом первом оригинальном описании корсаковского синдрома сумеют открыть для себя массу новых нюансов, которых нет ни в учебниках, ни в энциклопедиях.

В сборнике помещена также небольшая выдержка из руководства Л. О. Даркшевича по невропатологии, освещающая клинику и диагностику алкогольного полиневрита. Ливерий Осипович, ученик А. Я. Кожевникова, поработавший в лучших западноевропейских клиниках и лабораториях того времени (Мейнерт, Флексиг, Шарко), великолепный знаток неврологической симптоматики, привел краткое, точное и всеобъемлющее описание данной патологии. Кстати, он открыл в Казани в 1896 г. первую в России лечебницу для алкоголиков: больница была построена на средства местного общества трезвости по проекту Л. О. Даркшевича. Печатается в сборнике и его брошюра «Роль земского врача в борьбе с народным алкоголизмом» (1900).

Завершают книгу 2 работы крупного гигиениста Ф. Ф. Эрисмана, одного из основателей гигиены в России. Федор Федорович Эрисман по национальности швейцарец, образование получил на родине и в Германии. В 60-е годы XIX в. он знакомится с Н. П. Сусловой — первой русской женщиной-врачом, доктором медицины, и женится на ней, что в значительной мере предопределяет его желание ехать в Россию. С 1869 г. по 1896 г. он трудился в Петербурге и Москве и стал большим патриотом своей второй родины. Вот что пишет по этому поводу И. М. Сеченов в «Автобиографических записках»: «Для нас, знавших Эрисмана со времени приезда его в Россию, всего более поражало в нем то, что он из швейцарца превратился в русского, искренне любил Россию и отдал все лучшие годы своей жизни на служение ей» (подобное мы видим и на примере датчанина по происхождению В. И. Даля, полюбившего живой разговорный русский язык). Именно такое отношение к своему новому отечеству характеризует все работы Ф. Ф. Эрисмана, в том числе и публикуемые в сборнике статьи «К вопросу об алкоголизме в России и о санитарном вреде спиртных напитков вообще» и «Влияние алкоголя на детский организм и борьба с алкоголизмом среди молодежи». В первой статье он ведет дискуссию с д-ром К. К. Толстым, который на основании анализа архивов медицинского департамента пришел к выводу о желательности введения такой «целебной» меры, как 1 стакан водки в сутки для работников, занятых тяжелым физическим трудом. Обращение к этому откровенно слабому оппоненту было для Ф. Ф. Эрисмана скорее удобной формой изложения своих взглядов на проблему алкоголизма в России, чем желанием полемики. В другой статье, посвященной вопросу о детском алкоголизме, дано очень полное его освещение, не утратившее актуальности до сих пор. Особенно ценны те конкретные практические рекомендации, которые приводит выдающийся гигиенист в отношении профилактики алкоголизма у юношества: безусловная трезвость учителей и их умелая антиалкогольная пропаганда, исключение алкоголя как лечебного или пищевого средства применительно к детям, создание студенческих обществ трезвости и т. д.

Предлагаемая книга имеет важное достоинство. Несмотря на отдаленность во времени публикаций классиков в них содержится много существенных выводов, порой преподносимых как бесспорные экспериментальные факты, а иногда как соображения, требующие осмысливания в свете современных данных. Очень ясно предстают несколько заключений. Во-первых, ложностимулирующий обменные процессы эффект алкоголя, «подстегивающего» и изменяющего жизненные циклы на молекулярном, клеточном и организменном уровне, — это то, что Ф. Ф. Эрисман образно назвал «жизнью взаймы» и что ведет к ускоренному износу пьющего субъекта. Во-вторых, нарушение психологических механизмов контроля времени, то есть избирательное влияние спирта на кратковременную

память: как крайний случай при длительном употреблении — корсаковский психоз, как следствие острого отравления — ретроградная амнезия. Не исключено, что этот момент в алкогольном воздействии может иметь роковую притягательную силу: «убить время», «стереть сиюминутную память» и т. д. — ведь это и есть часто неосознаваемая цель сформировавшихся и начинающих алкоголиков и обычного бытового пьянства. В-третьих, скрытая деградация популяции, в массе своей злоупотребляющей алкоголем. Случаи явные понятны: травмы в состоянии опьянения, смертельные исходы, энцефалопатии, психозы, дефективное потомство и др. А вот эффекты так называемого умеренного пьянства, обнаруживающиеся в пределах жизни индивидуума или в последующих поколениях — это и есть «мина замедленного действия» для всего населения в целом. Помимо неясно проявляющихся органических поражений они ведут к духовному упадку, безынициативности, стереотипному банальному мышлению, пустословию, резонерству и т. д. Как говорил В. М. Бехтерев: «Алкоголизация... не только губит силы нынешнего населения, но и обрушивается всей своей тяжестью на будущие поколения». Все это и многое другое как будто бы ясно и много раз об этом говорилось, однако по-иному, глубже и доходчивее воспринимается у классиков.

Когда общество выдвигает какую-то существенную, жизненно важную для всей нации программу, выполнение которой рассчитано на долгие годы, она не должна быть подвергнута никаким случайностям. Программа, намеченная в постановлении ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» от 7 мая 1985 г., относится к числу таких сложных задач. Нужна перестройка психологии всего общества, причем не одного поколения. Конъюнктурная кампания, всплеск недозрелых публикаций на злобу дня, максималистские эмоции, использование устаревших примитивных методов пропаганды против алкоголя — все это не поможет, если не навредит, делу. Прежде всего, как и в любом начинании, необходима полнота информации.

Считаю, что тот информационный поиск, который проведен при составлении настоящей книги, не будет излишним. В этом убеждает также вопрос о доступности информации, изложенной классиками медицины о проблеме алкоголизма. Если труды И. П. Павлова, напечатанные в 30—50-е годы двумя академическими изданиями (2-е изд. 1951—1952 гг. тиражом 20 000), практически доступны многим медикам или обычным читателям (но даже у него 1 работа из журнала «Русский врач» не включена в полное собрание сочинений), то труды И. М. Сеченова (том с публикацией об алкоголе) изданы только 1 раз тиражом 7000 (1956), С. С. Корсакова — 1 раз тиражом 6000 (1954), а Н. Е. Введенского — 1 раз (том VII полного собрания сочинений с циклом работ о влиянии алкоголя) тиражом 750 (1963). Труды по данному вопросу В. М. Бехтерева, А. Я. Кожевникова хранятся по 1 экземпляру в центральных библиотеках (кое-что неполно-

стью), а руководство по невропатологии Л. О. Даркшевича с описанием алкогольного полиневрита 1—2 раза в год появляется в 1 экземпляре у московских или ленинградских букинистов. Статьи Ф. Ф. Эрисмана по этой теме также никогда не переиздавались.

Таким образом, публикация настоящего тома с работами классиков, своеобразной «хрестоматии по борьбе с алкоголизмом», может явиться основой для создания глубоких современных трудов, всесторонне освещающих проблему влияния алкоголя на организм.

За 1981—1986 гг. в СССР опубликовано около 1500 работ по алкогольной теме. Наши известные ученые-медики (академики АМН СССР Г. В. Морозов, Ю. П. Лисицын, Ф. Г. Углов и др.) неоднократно выступали в центральной печати по этому вопросу. Недавно создан Всесоюзный научно-исследовательский центр по медико-биологическим проблемам профилактики пьянства и алкоголизма. Заостряется алкогольная проблема и на уровне ВОЗ.

Издательством «Медицина» выпущен за последние годы ряд интересных книг социально-гигиенического характера и несколько специальных монографий по теоретическим и клиническим аспектам влияния алкоголя. Однако в большинстве случаев книги ориентированы на узких специалистов, а аудитория врачей и студентов-медиков практически не охвачена просветительской миссией.

Есть в затронутой теме еще один аспект. Алкогольный вопрос в связи с огромным потоком однообразной информации (особенно в популярных изданиях) порой утрачивает остроту и новизну. Если же учесть, что у многих молодых людей существует обычный возрастной нигилизм или негативизм по отношению к правилам и советам, предлагаемым «отцами», то прямолинейная атака на любой запретный плод вызывает или безразличие, или противоположный эффект. Так и с алкоголем: у молодежи может создаться впечатление «игры в одни ворота» — нет борьбы мнений, отсутствуют поединки между учеными и т. д. Значит, вопрос ясен, а с этим часто и пропадает интерес. В этом отношении настоящий сборник представляет прекрасный дидактический материал: идут постоянные споры между И. П. Павловым и В. М. Бехтеревым, Ф. Ф. Эрисманом и д-ром К. К. Толстым, И. М. Сеченов не согласен со своими оппонентами, Н. Е. Введенский ведет дискуссию перед членами Государственной Думы, сталкиваются точки зрения, кипят эмоции. Любого мыслящего современного молодого человека, безусловно, не оставят безразличным эти споры талантливых людей прошлого. За 70—80 лет многие проблемы алкоголизма принципиально не изменились, они стояли перед человечеством всегда и живучи поныне. А ведь не все еще ясно и в вопросе о действии этилового спирта на организм. Большинство работ проводится на уровне феноменологии, а причинно-следственные отношения и фундаментальные механизмы (биохимические, нейрофизиологические, иммунологические и др.) влияния алкоголя еще далеко не раскрыты. Отсюда нехватка и прямых

антидотов и профилактических препаратов направленного действия.

Составитель возлагает большие надежды на то, что выпускаемая книга может оказаться полезной в познавательном и воспитательном смысле. Единственное беспокоит — все ли наши медицинские знаменитости прошлого представлены, не забыт ли кто? Нами внимательно просмотрены труды Н. И. Пирогова, С. П. Боткина, И. И. Мечникова, Г. А. Захарьина, А. А. Остроумова и др., но, на первый взгляд, ничего у них по алкогольной проблеме не найдено. С благодарностью будут приняты замечания, если обнаружится, что кто-то из классиков обойден вниманием. Но так уж оказалось, что наиболее рельефно вырисовались фигуры великих физиологов нервной системы и фигуры великих врачей, знатоков и целителей нервной системы — сильнее всех подверженной действию яда системы организма.

Текст избранных трудов в основном приведен в полном объеме. Сохранена научная терминология оригиналов. В отдельных случаях не затронута архаичная орфография, дабы сберечь язык того времени.

Надеюсь, что выход в свет собрания трудов наших выдающихся деятелей медицины о проблеме действия алкоголя на организм и алкоголизме станет нерядовым событием и, несомненно, вызовет отклик у широкой медицинской общественности. Коллективная мудрость национальных гениев, сконцентрированная на одном предмете, тем более таком животрепещущем и злободневном, должна сыграть важную роль в перестройке мировоззрения врачей, студентов-медиков и всего населения по отношению к алкоголизму. Многочисленный отряд советских медицинских работников может и должен стать в авангарде этой борьбы. И не только в качестве врачевателей недугов, вызванных пьянством и употреблением спиртных напитков, но и как проповедников здорового образа жизни и нетерпимости к алкоголю во всех его видах. Делать они должны это с такой же страстностью и последовательностью, как авторы данной книги, непримиримо относившиеся к этому социальному бедствию. Никакие брошюры или популярные рассказы о вреде алкоголя не заменят живого слова наших великих людей. Настоящая подборка произведений классиков может быть полезной и для самообразования врачей, и для повседневной клинической практики, и для систематических курсов наркологии. Присутствует в книге и научно-популярный аспект (особенно в работах В. М. Бехтерева, Н. Е. Введенского, Ф. Ф. Эрисмана), что делает ее вполне доступной и непрофессиональному читателю. Уверен, что книгу эту ждет большая и интересная жизнь.

В. С. ВОРОБЬЕВ

Иван Михайлович
СЕЧЕНОВ

(1829—1905)

И. М. Сеченов — великий русский физиолог, основатель этой науки в нашей стране, создатель материалистического направления в психологии. Член-корреспондент (1869) и почетный член (1904) Российской академии наук. Автор знаменитой книги «Рефлексы головного мозга» (1863), заложившей основы рефлекторной теории. Открыватель «сеченовского», или центрального, торможения. Занимался также изучением газообмена и физиологии труда. Написал ряд основополагающих работ, книг и учебников:
«О животном электричестве» (1862), «Физиология нервной системы» (1867), «Элементы мысли» (1878), «Физиология нервных центров» (1891) и «Автобиографические записки» (1907).

Материалы для будущей физиологии алкогольного опьянения[1]

§ 1. Как физик, так и химик, изучая явление, т. е. стремясь найти форму зависимости действия от его причин, стараются разнообразить явление тем, что ставят его факторы под различные условия. Только этим путем достигают они всестороннего познания явления, отличают в нем существенное от побочного и находят, наконец, его смысл, т. е. то, что наука называет законом. Физиолог, т. е. физико-химик, имеющий дело с явлениями животного организма, идет, без сомнения, тем же путем. Перерезывает ли он нерв, проводит ли через него электрический ток, морит ли животное голодом, или дает ему яду — везде одна и та же мысль: разнообразить явление, ставя организм, субстрат его, под различные условия. В этом смысле токсикология есть не что иное, как ветвь экспериментальной физиологии, и всякий токсикологический труд хоть сколько-нибудь приносит последней.

В основе предлагаемого сочинения лежит эта мысль. Ею определились содержание и границы его. Труд заключает в себе факты, относящиеся только до опьянения, т. е. скоротечного отравления алкоголем. Для точного исследования явлений хронической отравы, которое могло бы принести науке действительную пользу, время еще не настало. Содержание труда обусловливалось, сверх того, следующим: при определении действия всякого яда должно быть обращено внимание, по возможности, на все отправления организма или, по крайней мере, на все те, где действие его очевидно. Выполнение этого, предоставленное силам одного, требовало бы чрезвычайно много времени, и потому я был принужден пробелы в своих исследованиях пополнять работами других. Работы эти принимались, однако, не без критики и там, где было нужно и можно, результаты их проверены собственным опытом.

Что касается до выбора предмета, то он обусловливался двумя обстоятельствами: 1) действие алкоголя на животный организм, как известно, очень обширно; следовательно, для изучения его нужно было исследовать почти все функции, что давало мне возможность познакомиться в одном и том же труде со многими физиологическими методами исследования; 2) алкоголь в жизни (особенно русской) играет почти ту же роль, что и питательные вещества.

Наконец, неполнота и несовершенство труда обусловливаются или самой сущностью предмета, или недостаточностью существующих мето́д исследования, или недостатками в аппаратах и животных. Притом читатели, вероятно, будут снисходительнее, если узнают, что это была первая физиологическая работа автора.

§ 2. Действие алкоголя в форме вина на человека известно с глубокой древности. Однако от Хама[2], наблюдавшего впервые опьянение, до нашего столетия было сделано мало для физиологии этого состояния. Древний врач довольствовался тем, что, подметив несколько симптомов опьянения, мог употреблять вино с пользою, как диететическое и лекарственное средство. Сверх того он узнал оттенки действия различных сортов вин и потому давал то красное вяжущее, то мягкое белое, сладкое или кислое, молодое или старое и пр. Для вопросов, почему вино действует на организм так, а не иначе, время тогда еще, разумеется, не настало, и потому естественно, что новая токсикология наследовала от древней не более как симптоматологию опьянения.

Открытие Альбуказисом алкоголя в вине в XII столетии было первым шагом к научному изучению предмета. Как мало, однако, умели воспользоваться этим открытием в научном отношении современники Альбуказиса и следующие за тем три столетия, может показать, например, сочинение об алкоголе, вышедшее в 1493 г. в Бамберге, под заглавием: Wem der Geprantwein nutz sey, oder Schad, und wie er gerecht oder fälschlich gemacht sey[3]. (Кому вино приносит пользу, кому — вред, и как его можно приготовить правильно или неправильно).

Первый, известный мне, физиологический опыт с алкоголем был сделан в 1664 г. И. Д. Майором. Он рассказывает (Mem. anatom. miscell., Kilon, 1669) о собаке, которой был впрыснут в вены очищенный спирт, что она опьянела, но потом оправилась. С его легкой руки начался ряд впрыскиваний в вены то спирта, то вина, то пива, тянувшийся без вариаций до конца XVIII столетия. В этих опытах между именами Эльсгольца, Рих [арда] Лоуэра, Куртена, А. де Хейда, Френда и пр., встречаются имена Галлера (Diss. qua experim. circa venen. in var. animal. instit. continent. Götting. 1753) и Фонтаны (Sur le venin de la vipère, Flor., 1787). Результаты этих исследований были следующие: 1) алкоголь, впрыснутый в кровь, опьяняет животное, если не убивает его; 2) смерть в последнем случае большею частью без конвульсий (один Фонтана говорит противное); 3) при впрыскивании алкоголя в вены опьянение наступает быстрее, чем при введении его в организм через желудок; 4) смерть происходит от свертывания крови (G. Bagliv. Opera, Lugd. Bat., 1745 и Фонтана). Сверх того, в конце прошлого столетия Фонтана (Sur le venin и пр., стр. 439, 441, 442, 444, 447, 454 и Vers, über d. Nat. d. thierischb Körpers, a. d. italien, Hebenstreut, Leipz., 1785, стр. 249) и Александр Гумбольдт[4] (Ueber die gereizte Muskeln u. Nervenfasern, 1797—1799, 2 B., стр. 213 и 340) производили опыты с действием алкоголя на нервы и мышцы. Тот и другой приводили эти органы в непосредственное соприкосновение с алкоголем и получили одинаковые результаты — быструю потерю раздражительности в мышцах и нервах, но факты эти объясняли различно. Фонтана утверждает, что алкоголь прямо подавляет мышечную и нервную деятельность; Гумбольдт, напротив, ссылаясь на ежедневные опыты и патологические наблюдения, смотрит на подавление, как на следствие предшествовавшего чрезмерного раздражения (Ueberreizung). На стр. 213 он говорит, что между всеми нервными раздражителями алкоголь занимает одно из первых, если не первое место.

Местное действие алкоголя на слизистую оболочку желудка было уже предметом исследований Морганьи[5]. В своем сочинении De seditione et causa morbis он описывает результат вскрытия желудка у опившегося алкоголем так: «In ventriculi facie interiore ad fundum nigra quaedam puncta occurebant, quasi grana tabaci crassiora, quae paulo attentius cognovi, parva quidem, sed certa esse necrosis indicia; tum paulo superius maculas duas animad-

verti nigras et quandam prope has rubikundam, quae aliquantum amplior erat, et vera erat, quamvis levissima, exulceratio». («В желудке на внутренней стороне у основания попадаются кое-где черные точки, похожие на плотные зерна табака; их я изучил немного внимательнее. Хотя они и были малы, но с несомненностью указывали на некроз. Несколько повыше обращали на себя внимание два черных пятна, а вблизи и еще выше — яркокрасные пятна, занимавшие более обширное пространство; это бесспорно было изъязвление, хотя и слабо выраженное»).

В начале нашего столетия Биша[6] (Bichat X. Recherches physiologique sur la vie et la mort, 1800) впрыскивал животным вино в сонные артерии. Следовавшую за тем смерть он выводит из действия алкоголя на мозг, не входя, однако, в рассматривание натуры этого действия. Праут[7]—W. Prout (Thomson, Annals of philos, перев. в Schweiger's Journ. f. Chemie u. Physik, 1815, XV, 47, Beobachtungen über d. Menge des kohlensauren Gases bei d. Ausathm. zu versch. Zeiten und verschied. Umständ.) нашел, что алкоголь, принятый в каком бы то ни было количестве внутрь, уменьшает количество выдыхаемой угольной кислоты. Этим в высокой степени важным наблюдением завершается ряд существенных открытий в пользу решения нашего вопроса. Только в самое последнее время был обнародован новый, не менее важный факт. О нем будет речь впереди. Огромное количество опытов, сделанных с алкоголем со времени работы Праута, есть не что иное, как повторение или вариации старых, но уже с более определенными результатами, ибо самые опыты производились с более определенными целями. В головах начали уже шевелиться вопросы о сущности действия алкоголя. Это движение выразилось прежде всего вопросом: происходит ли опьянение от изменения крови или есть следствие прямого действия алкоголя на нервы. Пока последнее мнение существовало в форме предложения, что действие алкоголя на мозг происходит через блуждающий нерв, первое было вероятнее, ибо оно имело за себя: опьянение при впрыскивании алкоголя в кровь и присутствие его в крови у животных, отравленных через желудок, доказанное Мажанди[8] (Precis élém. de Physiol., 1825) и Джоном Перси (Experim. researches, Lond., 1839); кроме того — известные в то время изменения крови у пьяниц (кровь вообще жиже и артерийная темнее нормальной). Но с тех пор, как Поммер обнародовал свои опыты (Pommer's Schweiz. Zeitschr., Zürich, 1834, H. 1 «Ueber die Künstl. Berausch» и т. д.), в которых не нашел никаких видимых изменений крови при скоротечном отравлении алкоголем, и высказал мысль, что в опьянении кровь есть только проводник яда, действующего на нервную систему, мнение это стало правдоподобнее; тем более, что в его пользу говорили те же опыты Перси, который нашел алкоголь в крови, моче, желчи, печени и мозгу, а Тидеманн (его Zeitschr. f. Physiol., B. V., 1833, стр. 216-я) в выдыхаемом воздухе н е и з м е н е н н ы м.

Несмотря на это, мысль, что алкоголь действует на кровь, сохранилась. Штейнгейм в своей гуморальной патологии силится доказать, что опьянение есть следствие увеличенного содержания водорода и углерода в крови. Закс (Sachs J.) в своем Handwörterbuch d. pract. Arzneimittellehre все бедствия пьянства выводит из гиперкарбонизации крови. Того же мнения придерживаются в сущности Берндт, Троттер (Berndt, Trotter) и др. Наконец, эта мысль получила, хотя и косвенно, огромную опору в мнении знаменитого Либиха[9] о судьбе алкоголя в организме. Выписываю его слова (Tierchemie, 1846, 3 Aufl., стр. 88-я, 89-я).

«Кроме жира и водоуглеродов, человек имеет в алкоголе спиртных напитков тело, имеющее для его организма то же самое значение, что и безазотные пищевые вещества.

Алкоголь, принятый внутрь в форме вина или других напитков, исчезает в теле человека.

Хотя элементы алкоголя не имеют сами по себе способности соединяться с кислородом при температуре нашего тела и переходить в угольную кислоту и воду, но будучи приведены в соприкосновение с веществами, готовыми окислиться, которые всегда есть в теле, элементы эти получают наклонность к окислению в большей степени, чем жир и другие безазотные вещества.

Положительными опытами доказано, что по умеренном употреблении вина в моче и выдыхаемом воздухе нет определимого количества алкоголя, из чего можно только заключить, что элементы его, соединяясь с кислородом, покидают организм в форме угольной кислоты и воды. Если притом принять в соображение, что употребление вина уменьшает, в известной (очевидно соответственной содержанию водорода в алкоголе) степени, количество выдыхаемой угольной кислоты (Vierordt), то нельзя сомневаться, что элементы алкоголя могут быть употреблены на дыхание и действительно идут на него».

Читатель догадывается из последних слов, что знаменитому немецкому химику нужно было, для полноты системы, дать алкоголю определенное место в ряду пищевых веществ, и потому он приводит опыты (не говоря, впрочем, кто их делал) с умеренным количеством вина, забывая, что в этом случае могут получиться в экскретах лишь следы алкоголя, легко могущие ускользнуть от определения при недостатке резких реактивов на это вещество. Как бы то ни было, мысль, нашедшая себе защитника в таком мощном авторитете, не могла остаться без отголоска.

О сочинении, написанном под влиянием воззрения Либиха, будет речь впереди.

В 1843 г. появилось наблюдение К. Г. Мичерлиха («Ueber d. Einwirk. d. Alk. u. Aeth. auf d. thier. Organismus». Berlin. Med. Zeit., 1843, nn° 20, 21) над местным действием алкоголя на слизистую оболочку желудка. Он нашел сморщивание эпителийных клеток, вероятно, вследствие вытягивания из них алкоголем воды, переполнение сосудов слизистой оболочки кровью, кровоизлияния и изменения стенок сосудов. Этим я оканчиваю историческое обозрение того, что было сделано для решения нашего вопроса. Я не упомянул многих старых сочинений об алкоголе, но это потому, что сочинения эти или рассматривают предмет исключительно с патологической точки зрения, или грешат совершенным отсутствием научных тенденций, как, например, везде цитируемое сочинение Макниша, отличающееся лишь странностью титула (Anatomy of drunkness) и красноречивым изображением опьянения похмелья.

§ 3. **Явления, непосредственно сопутствующие введению алкоголя в желудок.** Ощущение теплоты по всему протяжению слизистой оболочки от рта до желудка. Ощущение это является во рту почти одновременно с моментом прикосновения алкоголя к слизистой оболочке. Далее пауза между ними, по-видимому, длиннее (очень несовершенные наблюдения над самим собою). Ощущение во рту выяснено яснее. Оно тем сильнее, чем богаче напиток алкоголем и чем реже он приходит в соприкосновение с слизистой оболочкой рта. У лягушки это ощущение должно доходить до степени страшной боли, потому что она приходит в бешенство от нескольких капель алкоголя в рот. При действии алкоголя на кожу чувство теплоты является не так быстро, как во рту (К. Г. Мичерлих, l[oco] c[itato]). Физиологический смысл всех этих явлений, как и всех ощущений вообще, темен.

Все, что может бросить хотя некоторый свет на эти факты, заключается в наблюдении Бильрота, который нашел непосредственное окончание нервных нитей в эпителийных клетках языка

у лягушки. Следовательно, по крайней мере, для этого животного, несомненно, что алкоголь во рту приходит в непосредственное соприкосновение с концевым нервным аппаратом (Nervenendapparat). Притом нельзя сомневаться, что в минуту этого соприкосновения является эндосмотический ток воды из эпителийной клетки к алкоголю. Но заключается ли в этом причина рассматриваемого ощущения, сказать, разумеется, нельзя, несмотря на то, что этим объяснялись бы все вычисленные видоизменения этого явления, тем более, что даже чистых аналогий для этого факта не существует.

Усиленное отделение слюны является как при смачивании алкоголем слизистой оболочки рта, так и при введении его через зонд прямо в желудок. Первый случай есть рефлекс с нервов трехраздельного [10] и языкоглоточного на лицевой и слюнные [11]; пути второго неизвестны [12]. Этим свойством алкоголя можно объяснить то, по-видимому, странное обстоятельство, что в очень жаркие дни он утоляет жажду. Последнее я слышал от военных людей, делавших летом большие походы и испытавших это действие на самих себе.

Рвота, по моим наблюдениям, является у собаки иногда непосредственно за введением алкоголя в желудок, и только при больших дозах (свыше 50 см^3 90-процентного алкоголя). Факт этот есть не что иное, как видоизменение опыта Людвига, в котором рвота вызывается через раздражение слизистой оболочки желудка электрическим током в окружности cardiae. У человека рвота является как кульминационный пункт опьянения и имеет, вероятно, ту же причину; например, в опьянении горизонтальное положение легче производит рвоту, чем вертикальное, или, по крайней мере, усиливает симптомы, предшествующие рвоте. Впрочем, существуют факты, указывающие на то, что для рвоты раздражение желудка не необходимо, например, рвота при вдыхании паров хлороформа, при впрыскивании рвотного камня в вены и пр.

О влиянии алкоголя на отделение желудочного сока будет говориться ниже.

Местное действие алкоголя на слизистую оболочку желудка не было для меня предметом изучения; следовательно, к вышеприведенным словам Мичерлиха в сущности я не могу прибавить ничего. Приведу только одно наблюдение. Собаке было впрыснуто в прямую кишку двадцать см^3 абсолютного алкоголя: через несколько часов появились у животного кровавые испражнения.

О влиянии алкоголя на содержимое желудка упоминают лишь для порядка, ибо это вопрос диететический, не имеющий почти никакой связи с опьянением [13]. В русской диететике это, однако, вопрос очень важный, и между тем для него почти ничего не сделано. Интересны были бы, например, опыты искусственного пищеварения и с всасыванием жира под влиянием алкоголя. Не мешало бы попробовать, как действует сырой яичный белок на

алкоголь, только что принятый внутрь, — в какой степени он может замедлить или ослабить всасывание последнего.

§ 4. **Пути и быстрота поступления алкоголя в тело.** Старинное мнение, что алкоголь действует из желудка прямо на головной мозг через посредство блуждающего нерва, давным-давно опровергнуто опытами алкогольных инъекций в вены, производящих опьянение. Тем не менее эта же мысль, но в более туманной форме, была снова высказана, и не далее как в 40-х годах. Мичерлих (Berl. Med. Zeit., 1843), повторяя опыты Броди с абсолютным алкоголем, нашел, что при введении его в желудок собаки, являются непосредственно затем (иногда через 2 мин) не возбуждение, как при разжиженном алкоголе, а прямо параличные явления. Притом он замечает, что алкоголь, не будучи разжижен, не может поступать в кровь, ибо свертывает ее. На этих основаниях Мичерлих допускает двоякий путь действия алкоголя: симпатический из желудка на мозг и через посредство кровеносной системы. Что касается до алкогольного возбуждения у собаки, то его, несмотря на уверения Мичерлиха и Орфила (Toxicologie générale, 1813—1815, t. II), у нее не существует. Поммер уже в 1834 г. вывел это заключение из всех своих опытов. На стр. 54 вышеприведенного сочинения он говорит: «Животные не представляют, подобно человеку, предшествующего полному опьянению состояния возбуждения, живости, увеличенной мышечной силы, ибо когда на них алкоголь начинает действовать, то это прямо является в форме паралича движения и чувствования». Далее он прибавляет, что период возбуждения в алкогольном опьянении свойствен, по-видимому, только человеку. Первая часть мнения Поммера справедлива для собаки и лягушки не только при поверхностном рассматривании их опьянения, но и при тщательном исследовании изменений главнейших функций их тела. Это будет ясно видно из всех моих опытов. Против того, что возбуждение свойственно только человеку, я имею один факт. Знакомый мне г. Ш. взялся проехать на своих лошадях без смены 280 верст во столько же времени, как его родственники, выехавшие вместе с ним, проедут то же пространство на перекладных при обыкновенной почтовой езде. На этом пути г. Ш. поил своих лошадей несколько раз водкой и опоздал против соперников только двумя часами.

Как бы то ни было, периода возбуждения у собаки положительно нет; а следовательно, одна из причин, заставивших Мичерлиха прибегнуть к темной симпатии, падает. В следующих параграфах увидим, что и второе основание, справедливое само по себе, не оправдывает принятия симпатии [14].

Мажанди (Precis élém. d. Phys., Paris, 1825) впрыснул собаке в желудок 3 унции [15] алкоголя и узнал обонянием присутствие его в венной крови, in chylo [16] же нет. Из этого он вывел заключение, что алкоголь всасывается венами, а не млечными сосудами. Первая часть этого заключения, как уже выше сказано, была подтверждена Перси, вторую никто не подтвердил опытно, ибо к по-

ложительным результатам прийти здесь по малому количеству испытуемой жидкости едва ли возможно.

§ 5. Форма и количество поступающего в кровь алкоголя. А) Химическая форма. Под этим я разумею вопрос, поступает ли алкоголь в кровь измененным в своем химическом составе, или нет. Упомянутые выше наблюдения Мажанди и Перси делают, по-видимому, рассматривание этого вопроса излишним; но недостаточность реактивов, употребленных ими для открытия алкоголя (Мажанди — обонянием, Перси — воспламеняемостью перегона), притом возможность присутствия в крови, рядом с неизмененным алкоголем, продуктов его разложения, говорят противное. В самом деле были прямые опыты, подтверждающие последнее (Bouchardat et Sandras, Ann. de Chimie et de Phys. Oct., 1847). Сверх того в недавнее время (Duchek, «Alkohol im thier. Organismus», Prager Vierteljahrschr., 1853, 3B) высказаны были новые взгляды на этот вопрос. Обойти их и полемику, вызванную ими, невозможно; и потому приступаю к рассматриванию названных сочинений. Французские ученые отравляли птиц алкоголем через желудок и кровь их подвергали перегонке с прибавлением к ней серной кислоты для освобождения могущей быть в крови уксусной. Иногда не находили в ней ни алкоголя, ни продуктов его разложения, в других случаях как алкоголь, так и $\overline{A}$ (альдегид), но последний в очень малом количестве, потому что реакция перегона была всегда слабокислая.

Духек отравлял животных абсолютным алкоголем через желудок, подвергал их кровь перегонке и в дистилляте всегда находил альдегид (абсолютный алкоголь может, следовательно, в противность мнению Мичерлиха, поступать в кровь) обонянием и восстановлением серебра из его окиси. Это же вещество он определял по запаху в выдыхаемом воздухе, в больших полостных органах и на внешней поверхности желудка. Последний орган, даже вскоре по введении яда, содержит его в себе очень мало. Раз был найден обонянием в полости желудка альдегид. Напротив, алкоголя в крови не было найдено ни разу (автор не упоминает, однако, как он искал алкоголь), равным образом и степеней окисления алкоголя, следующих за альдегидом. Приведя эти факты, убедившись, сверх того, опытом (очень несовершенным, потому что количество перешедшего в воду альдегида не было измерено), что альдегид легче проникает животные ткани, чем алкоголь, и, наконец, сведя предположения прежних ученых о присутствии в крови пьяных животных алкоголя на то, что они смешивали запах его с запахом альдегида, Духек приступает к заключениям: 1) алкоголь в желудке остается неизмененным, потому что здесь нет таких сильных условий для окисления алкоголя, которые объясняли бы присутствие в крови альдегида в течение столь короткого времени по введении яда в желудок; 2) следовательно, алкоголь и в кровь поступает неизмененным; здесь автор замечает, что вещество это, оставаясь при вступлении в кровь неизмененным, свертывало бы ее, чего не замечается у людей и животных, умер-

ших в опьянении; притом, прикасаясь к крови в раздробленном состоянии, алкоголь находится в очень выгодных условиях для окисления; следовательно, 3) в момент всасывания алкоголя кровеносными сосудами он мгновенно окисляется и переходит таким образом в альдегид.

Далее следуют опыты с впрыскиванием альдегида в кровь и введением его в желудок, причем опьянение то же самое, что от алкоголя, в крови же уксусная и щавелевая кислоты, когда уже нет опьянения. Затем опыт с впрыскиванием $\overline{A}$ в кровь — причем нет опьянения — приводит автора к заключению, что состояние это, начинаясь превращением алкоголя в альдегид, кончается с переходом последнего в $\overline{A}$; присутствие же в крови щавелевой кислоты устраняет всякое сомнение в том, что концом превращений алкоголя в организме бывают угольная кислота и вода.

Эта определенность заключений, основанных на фактах, допускающих уже a priori некоторые возражения, вызвала год спустя оппозиционную работу в Дерпте (D-r Rud. Masing, Ueber die Veränder., welche mit genossen Weingeist im thierisch. Körper vorgehen), произведенную под руководством проф. Бухгейма[17]. Мазинг, желая, прежде всего, убедиться в приложимости принятых на алкоголь и продукты его разложений реакций к тому случаю, где вещества эти дистиллируются вместе с органами животного тела, брал последние от животных, не отравленных алкоголем, и подвергал перегонке.

При этом в шейку реторты вставлялся кусок губчатой платины, перед и за которою находилась лакмусовая бумажка. Перегон был всегда нейтральной реакции, которая удерживалась при переходе его через губчатую платину, не редуцировал хромовой кислоты, но восстановлял серебро из его окисла. Органы и кровь отравленных алкоголем животных подвергались перегонке спустя различное время по введении в организм яда. Для освобождения могущей быть в них уксусной кислоты, к дистиллируемому всегда прибавлялось несколько капель серной. Во всех случаях перегон был перед платиной нейтральной реакции, за нею же кислой, притом всегда превращал хромовую кислоту в окись хрома, серебро же восстановлял не во всех случаях резко.

Результаты этих опытов ясны: восстановление серебра дистиллятом крови пьяных животных не доказывает необходимо присутствия в ней альдегида. Уксусной кислоты в крови животных ни в каком периоде опьянения и после него нет. Притом выдыхаемый воздух и моча, по Мазингу, имеют положительно запах алкоголя, а не альдегида (по Духеку моча пьяных животных распространяет эфирный запах). Общее заключение из этих выводов то, что алкоголь проходит через кровь неизмененным, следовательно, причину опьянения должно искать в особенном действии его на нервную систему. Всматриваясь в эти опыты, легко заметить, что положение Духека об альдегиде не опровергается ни одним из них вполне, и только наблюдение, что выдыхаемый воздух заключает пары алкоголя (определено обонянием), а не альдегида, положительно говорит против этого мнения.

Желая устранить для себя всякие сомнения в этом отношении и вместе с тем убедиться, что $\overline{A}$ не был находим Мазингом не по причине малого количества поступающего из желудка в кровь алкоголя, я предпринял следующие опыты.

Артерийная и венная кровь собаки собиралась в различных трубках вне соприкосновения с воздухом, над ртутью. Дефибринировалась взбалтыванием. Затем в трубки вводился настолько разжиженный алкоголь (на 1 ч[асть] 90% алкоголя около 8 ч[астей] воды), чтобы не свертывалась кровяная сыворотка. На 100 ч[астей] крови я вводил около 9 ч[астей] этой смеси, так что на 200 см³ первой приходилось 2 см³ 90% алкоголя. В крови пьяных животных такого процента алкоголя, конечно, нет, следовательно, в этих опытах открыть продукты разложения его было легче, чем имея дело с кровью пьяных животных. Смесь крови с алкоголем подвергалась перегонке различное время спустя по смешении (maximum 12 час).

Уксусной кислоты (реакция на нее: нейтрализование дистиллята углекислым натрием и приливание его к раствору хлористого железа) ни разу не найдено. Дистиллят нейтральной реакции, с алкогольным запахом, мгновенно изменяющимся при раскислении хромовой кислоты (при этом алкоголь переходит в альдегид). Обращаю особенное внимание на это мгновенное изменение запаха, ибо я не замечал его при раскислении хромовой кислоты альдегидом. Тем не менее, сознавая шаткость и этой реакции, я не смею отрицать вполне существования альдегида в крови пьяного животного. Можно лишь положительно сказать, что его, равно как и уксусной кислоты (из всех исследователей один Бушарда нашел последнюю в крови пьяного животного), должно быть чрезвычайно мало. Следовательно, наибольшая масса алкоголя поступает в кровь и остается в ней без химического изменения. И опьянение, конечно, должно быть сведено на присутствие этой неизмененной массы вещества.

В) Физическая форма. Только что высказанные слова снова вводят экспериментатора в то раздумье, которое заставило Мичерлиха прибегнуть к симпатии, лишь бы избежать необходимости принять переход абсолютного алкоголя в кровь. Теперь сделать этого нельзя, потому что последний факт уже положительно известен.

На решение вопроса, в какой форме должен поступать абсолютный алкоголь в кровь, чтобы не свертывать ее, я был наведен случайно. Желая раз впрыснуть собаке абсолютный алкоголь в желудок, я ненамеренно ввел ей зонд в дыхательное горло и заметил это лишь при начале впрыскивания. Зонд был вынут и собака освобождена, когда уже в легком находилось около 1 см³ абсолютного алкоголя. Животное пыталось бежать, но не могло стоять на ногах и упало. Параличное состояние продолжалось не более 1 мин, по истечении которой оно так же мгновенно оправилось. Желая получить такое короткое опьянение у кролика, я сделал ему трахеотомию и через вставленную в рану трубочку впрыснул 0,5 см³ абсолютного алкоголя с таким же количеством воды. Опьянение не наступило через 5 мин. Новая и такая же,

как первая, инъекция — тот же результат. Впрыснуто 0,5 см^3 алкоголя без воды — мгновенное паралличное состояние и смерть через 20 мин. Факты эти не могут быть объяснены только тем, что поверхность легких легче всасывает жидкости, чем желудок, ибо условия легкости всасывания алкоголя как жидкости, конечно, на стороне разведенного, а не абсолютного алкоголя. Дело другого рода, если принять, что эта жидкость всасывается легче в форме паров; тогда приведенные факты совершенно понятны. В возможности этого для легких, вероятно, никто не сомневается уже на основании аналогии с всасыванием ими паров эфира и хлороформа. Кроме того, я и служитель при химической лаборатории Берлинского патологического института пробовали вдыхать пары алкоголя, конечно, сильно разведенные воздухом. Мы оба начали ощущать припадки опьянения не более чем через 2 мин. Замечу мимоходом, что у меня пары эти производили в полости рта ощущение особенного сладковатого вкуса, вероятно, вследствие того, что алкоголь в этом случае проникал эпителий в очень раздробленной форме. Существующее для легких я переношу на желудок на том основании, что в этом органе почти всегда есть газы (нет только в случае переполнения его пищей), следовательно, почти всегда существуют условия для образования паров летучих жидкостей. Чтобы убедиться в этом, стоит припомнить, как часто по введении в желудок спиртных напитков (сильно разжиженный алкоголь) является затем отрыжка, т. е. выбрасывается из желудка воздух, и что он всегда бывает богат парами алкоголя. Всасывание же их стенками желудка, несомненное a priori, подтверждается следующей аналогией: эфир в желудке всегда обращается в пары и всасывается, и очень быстро. Нечего, кажется, и доказывать, что в этой форме алкоголь приходит в соприкосновение с кровью в более раздробленном состоянии, чем в том случае, если проникает стенки сосудов в форме жидкости. Тем не менее я не смею отрицать возможности последнего. Может быть, самое проникание через поры стенок есть уже достаточное раздробление, чтобы не происходило свертывания белка. Опытов для решения этого вопроса я не делал, а они возможны, разумеется, не в очень тонкой форме. Например, если взять трубку, с одного конца завязанную животной перепонкой, а с другого могущую быть совершенно плотно закрытой, наполнить ее определенным по объему или весу количеством кровяной сыворотки, взвесить вместе с содержимым и, погрузив ее концом с пузырем в абсолютный алкоголь, постоянно двигать в нем, при этом наблюдать момент, когда сыворотка начнет мутиться. Взвесив тогда (прохождение белка через животную перепонку почти или = 0) трубку cum sero [18], получим количество алкоголя, потребное для свертывания данного количества кровяной сыворотки. Меньшие против этого количества алкоголя могут служить, так сказать, мерилом степени раздробления его.

Количество алкоголя в крови, нужного для опьянения, определить нельзя, ибо при инъекциях его в вены было наблюдаемо

(Духек), что степень опьянения зависит не только от количества впрыскиваемого алкоголя, но и от быстроты, с которою производится инъекция. Вышеприведенное наблюдение над собакой, которой был случайно впрыснут алкоголь в легкие, и следующие затем опыты с кроликом подтверждают это: притом показывают, что для мгновенного опьянения нужно очень мало яда в сравнении с массой крови, лишь бы количество это поступило в нее разом. Этим могут быть объяснены случаи опьянения, длящегося 1, 2 и более суток (я сам был свидетелем случая, когда это состояние продолжалось более 24 часов, несмотря на 12-часовой сон), для которых, как известно, необходимо сильное наполнение желудка алкоголем. В пользу этого говорит, наконец, и то обстоятельство, что у опившихся при вскрытии (следовательно, всегда позже, чем через 24 часа по принятии алкоголя) в желудке всегда есть алкоголь.

§ 6. Действие алкоголя на кровь. Кровь пьяного животного представляет для невооруженного глаза, в случаях очень сильного опьянения, только одно изменение: цвет артерийной крови темнее обыкновенного, но все-таки далек от цвета венной. Для вооруженного глаза жидкость эта изменений не представляет (Бёкер). При сильном опьянении животного кровь его имеет алкогольный запах (объяснение в предыдущем параграфе).

Чтобы получить хотя некоторое понятие о причинах потемнения цвета крови у пьяных животных, я смешивал артерийную кровь с алкоголем в форме паров и жидкости; в последнем случае брал или абсолютный, или настолько разжиженный алкоголь, чтобы не происходило свертывания крови. При первых двух способах смешения цвет крови темнел, при последнем нет, или по крайней мере так незначительно, что изменение не было заметно для глаза.

Потемнение цвета не зависит, по-видимому, от свертывания белка алкоголем, ибо для произведения этого явления достаточно очень небольшого количества паров алкоголя в сравнении с массой крови. Не зависит также от выделения кислорода, ибо кровь смешивалась с алкоголем в трубке над ртутью вне соприкосновения с воздухом.

Изменившаяся таким образом кровь, будучи взбалтываема с воздухом, выделяет пары алкоголя и становится светлее, но даже после получасового взбалтывания, когда нос не ощущает более запаха алкоголя, не достигает нормального алого цвета.

Обстоятельства эти, по-видимому, указывают на химическое соединение алкоголя с кровью. Но соединение это если и существует, то должно быть очень слабо, ибо может быть разрушено, если выпаривать кровь при обыкновенной комнатной температуре в безвоздушном пространстве. Конечно, сказать, что при этом алкоголь может быть удален вполне, нельзя, ибо для этого нужно количественное определение его в перегоне при данном [количестве] в крови — вещь невозможная, пока химия не определит точно натуру и свойства летучих веществ, выделяющихся из крови при

выпаривании ее, и не научит отделять от них количественно алкоголя. Прежде же всего здесь должен быть решен вопрос, может ли алкоголь быть удален из свернутого им белка вполне или нет [?].

Как бы то ни было, из всего, до сих пор сказанного, ясно, что алкоголь должен действовать на кровяной пигмент.

Отсюда до действия его на кровяные клетки и проистекающих оттуда беспорядков в дыхании — один шаг.

Мысль, что алкоголь уменьшает способность крови поглощать кислород — не новая. Ее высказал Троттер уже в 1820-х годах; но у него она была не более как предположение, явившееся из поверхностного наблюдения над потемнением цвета артерийной крови у пьяных животных. То же и у Бёкера (Beitr. z. Heilk., Gref., 1849, I B., p. 277). Попытка доказать это фактически явилась в 1856 г. Гарлей («On the cond. of oxyg. abs. into the blood during respir.», Philosoph. magaz. a. journ., vol. XII, n° 81, и «Notes of three lect. on the physiologic. action of Strychnia», Lancet, 1856, n° 24) [19] нашел, что многие наркотические яды (стрихнин, бруцин, синильная кислота и др.) и между ними алкоголь имеют свойство уменьшать способность крови поглощать кислород и выделять угольную кислоту. К этому он был приведен следующими опытами.

Свежая кровь взбалтывалась с атмосферным воздухом до насыщения ее кислородом и делилась на 2 порции, из которых к одной прибавлялось яду. Обе порции вводились потом в градуированные трубки с равным объему крови количеством атмосферного воздуха (так по крайней мере нужно понимать темные слова оригинала «then introduced (the blood) into a graduated glass vessel with 100 per cent. of ordinary air»; о давлении и температуре газа — ни слова). Трубки эти плотно закупоривались и оставлялись в умеренной температуре на 24 часа, при этом часто взбалтывались. По истечении означенного времени газы в трубках анализировались по способу Бунзена. Вот для примера один из его опытов [табл. 1].

[Таблица 1]

[Газ]	Нормальный состав воздуха	Воздух неотравленной крови	Воздух отравленной крови
O	20,96	11,33	17,82
CO_2	0,002	5,96	2,73
N	79,038	82,71	79,45

Из таких опытов автор очень наивно выводит заключение, что, вероятно, смерть при отравлении стрихнином зависит от того, что кровь теряет способность ассимилировать кислород. Согласиться с этим, к сожалению, нельзя по двум очень важным причинам.

1. Желая узнать судьбы составных частей воздуха, оставленного на 24 часа в соприкосновении с кровью, автор должен был прежде всего определить изменение объема всей массы введенного воздуха и потом сличить абсолютные числа (не процентные)

для составных частей его между собою. Не сделав этого, автор впал в ошибку, делающую результаты его опытов негодными. Для объяснения сказанного может служить следующий пример:

Положим, вместе с кровью было введено 10 частей атмосферного воздуха. Их состав следующий: O . . . 2,096; CO_2 . . . 0,0002; N . . . 7,9038.

Положим, что объем введенного воздуха по истечении 24 часов увеличился и равен 11 частям (доказательств на то, что объем воздуха должен остаться неизмененным, нет). Из этого воздуха для анализа взято 5 частей. Их состав следующий: O . . . 0,5665; CO_2 . . . 0,298; N . . . 4,1355. Тогда в 10 частях этого воздуха: O . . . 1,133; CO_2 . . . 0,596; N . . . 8,271, а в 11 частях: O . . . 1,246; CO_2 . . . 0,655; N . . . 9,099.

Нечего, кажется, и доказывать, что в данном примере лишь последние числа могут указать на то, что сделалось с кислородом, угольной кислотой и азотом введенного воздуха.

2. Положим, что автор не сделал бы изложенной ошибки. И тогда его заключение неверно, ибо кровь, оставаясь при умеренной температуре 24 часа в соприкосновении с воздухом, начинает гнить, следовательно, в данном случае поглощение кислорода и выделение угольной кислоты суть акты совершенно отличные от тех, которые происходят в легких при дыхании. Единственные вероятные заключения из этих опытов те, что некоторые яды, и между ними алкоголь, будучи прибавлены к крови, замедляют гниение ее.

Владея абсорбционным аппаратом Лотара Мейера («Die Gase d. Bluts», Henle u. Pfeuf. Zeitschr. f. ration. Med., 1857, VIII), я имел возможность произвести опыты относительно влияния алкоголя на способность крови поглощать кислород, в их настоящем смысле.

Мето́да эта слишком известна, чтобы распространяться о ней. Считаю нужным лишь упомянуть о том, что в 1-м опыте кислород, введенный в аппарат, измерялся до абсорбции в газовой трубке, т. е. клещи, отделяющие ее от кровяного реципиента, были закрыты. В других же опытах они открывались тотчас по введении газа, следовательно, объем его, перед абсорбцией и после нее, измерялся от уровня крови в реципиенте до уровня ртути в газовой трубке. Смысл этого тот, что в quasi-безвоздушном пространстве кровяного реципиента всегда остаются следы газа, вводящие, конечно, ошибку, хотя и незначительную, в результаты опыта. Стояние ртути в аппарате определялось не в воздухе, как у Мейера, а в большой водяной ванне со стеклянной стенкой, через которую производилось считывание. Алкоголь вводился в аппарат следующим образом: дно мейерова сосуда для крови вытягивалось в трубку, которая связывалась каучуком с маленьким градуированным и калиброванным сосудом для алкоголя. Связь между ними прерывалась клещами. Производство опыта было следующее: маленький сосуд с надвинутой на его шейку каучуковою трубкою наполнялся обезвоженным алкоголем и согревался до кипения жидкости, во время которого поверх шейки сосуда накладывались на каучуковую трубку клещи. Таким образом получался безводный и несодержащий газов алкоголь. Частью каучуковой трубки поверх клещей надвигался алкогольный реципиент на вытянутое в трубку дно сосуда для крови. Последний наполнялся кровью, из которой обыкновенным образом были удаляемы газы. Когда последняя операция была кончена и сосуд для крови заперт, он оборачивался дном кверху. Ясно,

[Таблица 2]

[Номер опыта]	[Условия]	[Время измерений]	Объем крови в см³	Наблюдаемый объем кислорода в см³	Его [O_2] температура в °С	Давление в мм	Объем кислорода, сведенного на температуру 0 °С и давление =1 м	100 частей крови поглотили частей кислорода
1-й	Без алкоголя	Перед поглощением	98,784	79,709	26	0,651	48,103	9,918
		После поглощения	98,784	117,31	23	0,354	38,305	
	0,4 см³ алкоголя	Перед поглощением	97,584	84,745	22	0,716	56,500	8,470
		После поглощения	97,584	121,59	22	0,426	48,232	
2-й	Без алкоголя	Перед поглощением	83,767	124,44	19,75	0,4894	56,805	11,490
		После поглощения	83,767	118,54	19,75	0,4249	46,980	
	0,7 см³ алкоголя	Перед поглощением	71,211	190,29	19,75	0,7934	140,82	9,549
		После поглощения	71,211	187,60	19,75	0,7659	134,02	
3-й	Без алкоголя	Перед поглощением	71,131	132,11	18	0,4643	57,548	9,777
		После поглощения	71,131	128,00	18	0,4213	50,593	
	0,7 см³ алкоголя	Перед поглощением	64,01	152,39	18	0,5263	75,245	12,591
		После поглощения	64,01	148,17	18	0,4833	67,184	

что при этом сосуд с алкоголем был отделяем от пустого пространства над кровью только клещами. Если удалить последние (стенки каучуковой трубки в месте, где лежали клещи, тогда спадаются вследствие давления наружного воздуха, но это спадение можно преодолеть приличным давлением пальцами), то алкоголь начинает испаряться и по падению его в калибрированном сосуде можно узнать количество введенного алкоголя. Чтобы избегнуть свертывания крови, которое, конечно, вредило бы чистоте опытов, нужно вводить алкоголь очень постепенно и при образовании мутности на поверхности крови тотчас остановиться.

Опыты производились над собачьей кровью. В первом — кровь из наружной яремной вены, в двух других — артерийная [табл. 2].

Чтобы сделать понятными для читателя противоречия этих опытов, считаю нужным указать на неизбежные ошибки в них при существующей методе исследования.

Трудами Лотара Мейера окончательно установлено, что кислород, поглощаемый кровью, входит в род химического соединения с шариками ее. Отсюда необходимо вытекает, что количество поглощаемого кислорода прямо пропорционально массе кровяных шариков в данном объеме крови. В опытах с поглощением газов кровью жидкость эта прежде всего освобождается от находящихся в ней газов посредством воздушного насоса. Выкачивание газов, продолжающееся часов около двух (если объем крови, кипящей во всех точках своей поверхности, около 100 $см^3$, а объем пустого пространства над кровью вдвое больше), необходимо сопряжено с потерями воды из крови через выпаривание. Ясно, что потеря эта делает кровь сравнительно обильнее кровяными шариками, чем она была до выкачивания газов. Величина потери воды может быть приблизительно определена и вознаграждена; но там, где это, как в наших опытах, невозможно, две порции одной и той же крови становятся после выкачивания газов неравными величинами по содержанию кровяных шариков. Отсюда колебания в величинах поглощаемого кислорода для одной и той же крови.

Привожу, для примера, два собственных опыта (на это обстоятельство еще никем не было обращено внимание) с влиянием потери воды на величину абсорбции. Для этого одна и та же дефибринированная кровь делилась на две порции. В одной из них потеря воды по удалении газов вознаграждалась, в другой нет. Величина потери определялась взвешиванием трубки с хлористым кальцием, находящейся между кровяным реципиентом и воздушным насосом, перед выкачиванием газов и после того. Вознаграждалась же величина потери точно таким образом, как производилось отравление крови алкоголем, с тою, разумеется, разницею, что здесь придаточный сосуд был наполнен не алкоголем, а прокипяченною перегнанною водою [табл. 3].

К изложенному источнику ошибок в опытах с абсорбцией газов, влияющему, конечно, на результаты опытов с алкоголем, присоединяется еще то обстоятельство, что при выкачивании газов из крови нет абсолютно верных критериев для суда, освобождена ли она от кислорода вполне [?].

[Таблица 3]

[Номер опыта]	[Условия]	[Время измерений]	Объем крови в см³	Наблюдаемый объем кислорода в см³	Его [O_2] температура в °С	Давление в мм	Объем кислорода, сведенный на температуру 0 °[С] и давление =1 м	100 частей крови поглотили частей кислорода
1-й	Потеря воды не вознаграждена	Перед поглощением	76,021	152,17	17,5	0,6024	86,149	16,882
		После поглощения	76,021	145,57	17,5	0,5359	73,315	
	Потеря воды вознаграждена	Перед поглощением	73,849	135,20	17,5	0,5094	64,577	15,570
		После поглощения	73,849	128,68	17,5	0,4389	53,078	
2-й	Потеря воды не вознаграждена	Перед поглощением	67,255	138,93	18,6	0,5163	67,156	9,590
		После поглощения	67,255	135,56	18,6	0,4783	60,705	
	Потеря воды вознаграждена	Перед поглощением	67,203	181,52	18,6	0,6507	110,59	9,344
		После поглощения	67,203	178,78	18,6	0,6232	104,31	

Эти два обстоятельства, взятые вместе, делают колеблющиеся результаты опытов с алкоголем понятными. Они указывают, что количество поглощаемого кровью кислорода не изменяется от прибавления к ней алкоголя даже в дозах (во 2-м и 3-м опытах количество алкоголя составляет 1% объема крови), превышающих те, которые могут находиться в этой жидкости у пьяного животного.

§ 7. Пути и форма выхождения алкоголя из организма. Могущих быть экспериментально доказанными путей выхождения алкоголя из организма два — легкие и почки. Для кишечного канала это едва ли возможно по причине многочисленности содержащихся в нем летучих веществ; определение же алкоголя в отделениях кожи решительно невозможно вследствие непобедимых трудностей собирания всей массы этих отделений. На этом основании попытка вывести отношение между потребленным и выделенным количеством алкоголя была бы в настоящее время бесплодным трудом.

Выделение алкоголя легкими было впервые доказано Тидеманном. Он ощущал запах его в выдыхаемом воздухе собаки, которой вещество это было впрыснуто в вены. После него никто не занимался опытным решением этого вопроса. Против опыта Тидеманна в самом неблагоприятном случае могло бы быть сделано лишь одно возражение: место инъекции алкоголя от рта животного не так далеко, чтобы пары нескольких, случайно пролитых при впрыскивании, капель жидкости не могли распространиться до носа наблюдателя. Чтобы устранить и такое возражение, я делал следующие опыты.

Собаке вскрывалось дыхательное горло и в рану плотно ввязывалась согнутая под прямым углом трубка, так что воздух при дыхании мог двигаться только по ней. Этой трубкой животное связывалось с маленьким аппаратом, которого клапаны отделяли путь вдыхаемого воздуха от выдыхаемого. Первый шел по длинной эластической трубке, чтобы удалить место вхождения его от рта животного. Выдыхаемый же воздух проходил через 2 трубки с плавленным хлористым кальцием. Животному вводился алкоголь в желудок, в комнате соседней с тою, в которой находились описанные аппараты, затем животное быстро соединялось с ними. По окончании опыта хлористый кальций из обеих трубок подвергался перегонке отдельно. В первой, т. е. ближайшей к животному, всегда был находим алкоголь посредством хромовой кислоты, во второй [—] нет.

Ясно, что этот алкоголь выходил из легких, а не из рта собаки, ибо в последнем случае было бы противное. В моче я не определял алкоголя химически, но раз ощущал в этой жидкости его запах. В этом опыте и наблюдении, равно как и в упомянутых выше наблюдениях по этому предмету, находится ответ и на то, в какой форме покидает алкоголь организм.

§ 8. Изменения выдыхаемого воздуха у пьяных животных. Воздух, выдыхаемый пьяным животным, сверх содержащихся в нем паров алкоголя, представляет изменение в смешении своих нормальных составных частей. Изменение это (относительно количества выдыхаемой угольной кислоты) было уже, как выше

сказано, предметом исследования Либиха. Опыты его повторены Фирордтом, получившим те же результаты, что и английский ученый. Так как и методы исследования у обоих одинаковы, то я привожу числа, полученные последним как более новые. По известности, которою пользуется работа Фирордта над дыханием (Physiol. d. Athm. u.s.w. Karlsruhe, 1845), считаю лишним входить в описание его мето́ды [табл. 4].

[Таблица 4]

[Номер опыта]	Время наблюдений	Пульсы в 1 мин	Числа выдыханий в 1 мин	Количества CO_2 в см³, сгеденные на 37 °С и 333 мм давления	Количество CO_2 на 100 частей выдыхаемого воздуха	Замечания
1-й	10.00	70	11		4,60	В 10 ч 30 мин 1 кружка вина
	10.40	33	13		4,63	
	11.30	78	13		4,17	
	12.11	81	12		4,40	
	1.35	84	12		4,00	
2-й	5.40	69	11		4,40	В 5 ч 50 мин 3 кружки крепкого пива
	6.17	86	10		4,45	
	7.00	85	10		3,85	
	7.34	88	10		3,88	
3-й	10.11	66	12	286,13	4,63	В 10 ч 15 мин бутылка легкого белого вина
	10.49	75	12	255,73	4,13	
	11.29	76	11	247,14	4,13	
	12.12	81	10	205,63	3,78	
4-й	9.36	75	13	297,57	4,35	В 10 ч бутылка вина
	10.19	68	11	267,53	4,39	
	10.52	68	11	260,03	4,52	

Заключения из этих опытов находятся [в работе Фирордта] на с. 97. Абсолютное количество CO_2 уменьшается во всех случаях; то же и относительное, за исключением последнего опыта. На незначительное увеличение относительного количества угольной кислоты тотчас по принятии алкоголя не обращено внимания, потому что величины эти лежат в пределах ошибочности наблюдений.

Бёкер (Beitr. z. Heilk., 1849) также изучал влияние алкоголя на состав выдыхаемого воздуха. Угольную кислоту он определял в сущности тем же способом, что и Фирордт (поэтому считаю излишним приводить его числа), и получил те же результаты, т. е. абсолютное и относительное уменьшение этого газа в выдыхаемом воздухе, или, как он сам выражается на стр. 254: «ослабление как интенсивности, так и экстенсивности процесса дыхания».

Мето́да, которою Бёкер определял изменения в количестве выдыхаемой воды, очень удовлетворительная, по словам самого

[Таблица 5]

[Номер опыта]	Время наблюдений	Число пульсов в 1 мин	Число выдыханий в 1 мин	Количество выдыхаемой воды в г в 1 мин	Замечания
1-й	10.20	69	20	0,226	7 ч 25 мин — 1,5 ложки спирта
	.25	69	20	0,196	8 ч 22 мин — 1 ложка спирта
	.30	68	20	0,254	9 ч 30 мин — 1 ложка спирта
	.35	—	20	0,218	10 ч 50 мин — 1 ложка спирта
	.40	65	20	0,264	11 ч 05 мин — 1 ложка спирта
	.55	64	20	0,222	
	11.00	61	20	0,328	
	.15	60	20	0,308	
	.20	60	20	0,300	
	.25	60	20	0,250	
	После обеда				
	2.00	60	18	0,240	1 ч 50 мин — 1 ложка спирта
	.06	60	18	0,180	2 ч 12 мин — 1 ложка спирта
	.10	60	18	0,230	3 ч 00 мин — 2 ложки спирта
	.15	60	18	0,260	3 ч 10 мин — 1 ложка спирта
	.22	60	18	0,280	
	.50	60	18	0,260	
	.55	60	18	0,290	
	3.02	60	18	0,290	
	.15	60	18	0,334	
	.50	60	18	0,316	
2-й	9.40	74	20	0,249	4 ч 38 мин — 2 ложки спирта
	10.00	74	20	0,254	5 ч 15 мин — 2 ложки спирта
	.05	74	20	0,280	6 ч 05 мин — 2 ложки спирта
	.10	74	20	0,286	7 ч 40 мин — 2 ложки спирта
	.15	74	20	0,280	10 ч 22 мин — 2 ложки спирта
	.28	70	20	0,280	11 ч 10 мин — 0,5 ложки спирта
	.36	70	20	0,260	11 ч 50 мин — 1,5 ложки спирта
	.50	68	20	0,310	
	.57	68	20	0,338	
	11.10	68	20	0,270	
	После обеда				
	3.11	77	20	0,312	2 ч 05 мин — 2 ложки спирта
	.30	76	20	0,300	3 ч 00 мин — 2 ложки спирта

Продолженье

[Номер опыта]	Время наблюдений	Число пульсов в 1 мин	Число выдыханий в 1 мин	Количество выдыхаемой воды в г в 1 мин	Замечания
2-й	.36	76	20	0,282	3 ч 57 мин — 2 ложки спирта
	.45	76	20	0,322	4 ч 35 мин — 2 ложки спирта
	.50	80	20	0,276	
	4.20	83	20	0,280	
	.25	83	20	0,250	
	.30	83	20	0,304	
	.35	84	20	0,330	
	.45	80	20	0,278	
	.55	76	20	0,318	
	5.05	76	20	0,210	

автора, не описана в приведенном сочинении. На стр. 71 он обещал изложить ее в своем будущем сочинении (Anleit. zur quantit. Analyse d. thier. Flüssigk.), но сочинение до сих пор не явилось.

Уже одно это обстоятельство способно поколебать самую твердую веру в числа автора, тем не менее я привожу их как длинную таблицу заблуждений [табл. 5].

Результатам этих опытов, т. е. что употребление алкоголя не увеличивает количества выдыхаемой воды, автор придает особенное значение, потому что ими, по его мнению, окончательно опровергается либиховское воззрение на судьбы алкоголя в организме.

Далее увидим, насколько был прав автор в оценке своих результатов.

За работою Бёкера следует, по времени, сочинение Духека.

Разбор его доведен был до того пункта, где автор из присутствия щавелевой кислоты в крови пьяного животного заключает об окончательном разложении алкоголя на угольную кислоту и воду. Естественно, по-видимому, было искать их в выдыхаемом воздухе. Упомянув о том, что Фирордт нашел уменьшение количества выдыхаемой CO_2, а Бёкер то же самое для воды, и усомнившись в достоверности результатов последнего, Духек приступает к собственным опытам. Собаке делается трахеотомия и в дыхательное горло плотно ввязывается трубка, которая делится на две ветви, снабженные клапанами, действующими в противоположные стороны. Ветвь, служащая путем вдыхаемому воздуху, сообщается с системой трубок, наполненных хлористым кальцием и едким кали (трубки эти перед и после опыта, разумеется, взвешиваются) для поглощения воды и угольной кислоты; ветвь же для вдыхаемого воздуха, пройдя через трубку с хлористым кальцием, открывается в атмосферный воздух, собранный в калибрированном колоколе над водою. Таким образом определяется количество вдыхаемого воздуха.

[Таблица 6]

[Измеренные параметры]	1-й опыт		2-й опыт		3-й опыт	
	без алкоголя	с алкоголем	без алкоголя	с алкоголем	без алкоголя	с алкоголем
Продолжение опыта в мин	12	7	12	12	16	16
Число пульсов в 1 мин	64—68	84—88	56—88	116—142	88—92	94
Число дыханий во время опыта	188	204	216	306	186	260
Количество выдохнутой CO_2 в г	0,456	0,378	0,154	0,217	0,163	0,199
Количество выдохнутой НО в г	0,144	0,130	0,618	0,332	0,982	0,703
Количество потребленного воздуха в $см^3$	11000	11000	2500	3250	4000	5500

Вот [табл. 6] числа его трех опытов (сделано было только три). Заключения: не принимая в расчет количества потребленного воздуха, угольной кислоты выдыхается в равные времена более при алкоголе. Сводя же числа для CO_2 и $НО^{20}$ на равные количества потребленного воздуха, выходит угольной кислоты менее нормального в 1-м и последнем опытах, более — во втором. Воды же во всех трех менее. Числам для воды автор придает мало значения, потому что главный путь для ее выделения — мочевые органы; притом опыты продолжаемы были очень короткое время и были произведены в очень малом числе. Такая скромность автора, затемняя некоторым образом цели, с которыми были предприняты им эти опыты, избавляет от труда критиковать их.

Разбирая затем общее значение алкоголя в обмене материи, Духек говорит, что это вещество для сгорания требует кислорода, отнимает его у крови и обусловливает тем большее потребление воздуха. Альдегид, имея более наклонности к окислению, чем виноградный сахар, замедляет сгорание последнего, вследствие чего сахар превращается в жир!

Сравнивая выводы этих трех ученых относительно количества выдыхаемой угольной кислоты, легко заметить единственную разницу между ними: первые двое нашли, что в равные времена пьяное животное выдыхает CO_2 менее, чем трезвое, последний — наоборот.

В лаборатории Берлинского патологического института я имел возможность повторить опыты именно с этой стороны. Они производились над одною и тою же собакою следующим образом.

Реципиент для животного, совершенно плотно закрывающийся жестяной ящик, имеет два отверстия: через одно входит в него воздух, другим он через ряд трубок с хлористым кальцием и едким кали сообщается с аспиратором. Трубки эти от реципиента до аспиратора расположены в следующем

порядке: две U-образные трубки с $CaCl^{21}$, одна с едким кали в кусках, либиховский шаровой аппарат с раствором едкого кали, снова U-образная трубка с сухим кали, трубка с CaCl и аспиратор. Последний есть колокол из листового железа, 150 л вместимости, опрокинутый в воду и уравновешиваемый тяжестями. При увеличении их колокол аспиратора поднимается кверху и всасывает воздух из реципиента. Таким образом, во все время опыта существует в аппарате непрерывный ток воздуха, который, проходя по реципиенту, уносит с собою образовавшиеся CO_2 и НО. Последняя остается в первых двух трубках, угольная же кислота поглощается тремя трубками с едким кали. Поэтому последние до и после опыта, продолжающегося в трезвом и пьяном состоянии животного по 1 часу, взвешиваются. Степень поднятия колокола определяется положением указателя, приделанного к колоколу, на вертикальном масштабе.

По истечении часа гири, лишние против тех, которые уравновешивают колокол аспиратора, снимаются, так что в 2 опытах, где показатель стоит на одной высоте и температуры газов равны, равны и массы воздуха, заключающегося в колоколе, ибо находятся под равными давлениями.

По окончании опыта с собакою определялось содержание CO_2 в комнатном воздухе, т. е. тем же аспиратором, но через другую систему трубок с хлористым кальцием и едким кали, проводился комнатный воздух до тех пор, пока показатель колокола не стоял на той же самой высоте, как и в опытах с собакою. Разность в весе трубок с едким кали, до и после опыта, давала величину CO_2, которая вычиталась из чисел, полученных с собакой. Воздух в реципиенте по окончании опыта не анализировался, следовательно, числа, полученные мною, несколько менее настоящих, что не вредит, однако, сравнительному значению этих опытов [табл. 7].

[Таблица 7]

Время [даты] наблюдения, апрель 1858 г.	Количество CO_2 в течение опыта в г		Замечания
	без алкоголя	с алкоголем	
17	2,19	1,46	10 см³ 80% алкоголя. Животное не парализовано.
19	1,97	0,71	15 см³ алкоголя. Парализовано.
20	4,2	2,36	После еды 20 см³ алкоголя в прямую кишку. Животное не парализовано.
21	2,88	1,37	20 см³ in rectum. Не парализовано.
22	2,37	1,8	12 см³ в желудок. Не парализовано.
23	2,65	2,04	30 см³ в желудок. Чрезвычайно сильно парализовано.

Чисел этих так немного, что, вероятно, для самого нетерпеливого читателя непосредственные словесные заключения из них не нужны. Дело другого рода, более общие [заключения]: они вытекают из состояния физиологического вопроса о выделении угольной кислоты легкими вообще, поэтому считаю нужным прежде всего коснуться этого предмета. Известно, что на абсолютное количе-

ство выдыхаемой CO_2, т. е. на массу газа, выдохнутого в течение данного времени, влияют чрезвычайно разнообразные условия. Из них в рассматриваемом случае важны только три: количество CO_2 в крови, частота и глубина дыханий. Все эти моменты действуют так, что с возрастанием их увеличивается и масса выдыхаемой угольной кислоты; притом усиление 2-го момента отражается в ней более, чем возрастание 3-го (Vierordt's Phys. d. Athm., 1845, стр. 126). Имея эти факты и числа для CO_2, выдохнутой пьяным животным, легко вывести из последних дальнейшие заключения. В самом деле, один взгляд на кривые, полученные кимографом, уже убеждает в том, что у пьяного животного увеличение числа дыханий идет об руку с уменьшением глубины их. Из этого необходимо должно было бы вытекать или увеличение массы выдыхаемой CO_2, или по крайней мере уравновешение обоих моментов в их влиянии на эту величину. Угольной же кислоты пьяное животное дает по опытам менее трезвого. Ясно, что это уменьшение должно быть сведено на присутствие меньшего количества CO_2 в крови первого. Справедливость сказанного могла бы быть подвержена поверке прямым опытом. Для этого существует и метóда Бёхера — определять напряжение CO_2 в крови (Studien z. Respir., Zürich, 1855 и «Kohlensäurespannung im Blute u. s.w.», Zeitschr. f. ration. Medic.). К сожалению, я не мог произвести этих опытов.

При нормальных условиях организма количество CO_2 в крови есть вообще выражение напряженности химических актов в нем, в частности не может служить мерилом мышечной деятельности (Georg Liebig. «Ueber d. Respir. d. Musk.» Müll. Arch.. 1850, Hefte IV и V). Понятно после этого, почему у животных, не имеющих в алкогольном опьянении периода возбуждения, количество выдыхаемой CO_2 менее нормального. Но чем объяснить это явление для человека при возбуждающих дозах алкоголя, т. е. таких, которые если не увеличивают (деятельность некоторых мышц, например языка и сердца, положительно усилена), то по крайней мере и не подавляют мышечной деятельности? Ответить на это так же трудно, как и объяснить родственное разбираемому нами явление, подмеченное на себе Фирордтом, что моральные потрясения, как возбуждающие, так и подавляющие, всегда уменьшают количество выдыхаемой CO_2, по крайней мере на несколько мгновений (R. Wagner. Handwörterbuch der Physiologie. Respiration, стр. 887, 1842—1855).

Перехожу к воде выдыхаемого воздуха. Прежде всего считаю нужным коснуться значения этого явления. Уже у Фирордта выяснена точка зрения, с которой должно смотреть на выдыхаемую воду. Количество ее ни в каком случае не может быть выражением интенсивности сгорания водорода в организме, ибо вещество это отделяется не одними легкими, притом часть воды, достающаяся на долю этих органов, вполне зависит от количества паров вдыхаемого воздуха, наконец, вода эта есть преимущественно (вероятно, исключительно) продукт испарения с влажной

слизистой поверхности легкого, а не выходит непосредственно из крови через стенки волосных сосудов [22].

Следовательно, уже со стороны принципа выводы Бёкера ложны, и самые опыты его и Духека не имеют смысла, потому что объяснить ими ничего нельзя. Кроме того, метóда, употребленная последним, в данном случае никуда негодна, не говоря уже о том, что выдыхаемый воздух осаждает очень много водяных паров на стенки трубки (стенки эти имеют температуру ниже выдыхаемого воздуха, если не согреваются намеренно, о чем не упоминает Духек), прежде чем дойдет до хлористого кальция; последнее вещество имеет способность поглощать пары алкоголя, следовательно, у пьяного животного к весу воды прибавляется вес выдохнутого алкоголя. Если способ определения воды Бёкера был вроде этого, то наука не много потеряла, что лишилась описания его.

Факт Гарлея, что способность крови поглощать кислород изменяется под влиянием алкоголя, мог бы вызвать, по-видимому, мысль сравнить количество вдыхаемого и выдыхаемого кислорода у одного и того же животного в трезвом и пьяном состоянии. Однако такого рода опыты, не говоря уже о печальной судьбе гарлеевского факта, были бы совершенно бесполезны. В самом деле, весь кислород в крови поглощается почти исключительно кровяными шариками; следовательно, изменение его в объеме выдыхаемого воздуха в данное время прямо пропорционально массе кровяных шариков, прошедших в это время через волосные сосуды легкого, — величине, стоящей в прямой связи с деятельностью сердца, на которую алкоголь, как известно, имеет громадное влияние. Понятно, что, не определив влияния последнего условия (а определение невозможно), нельзя было бы оценить, насколько изменение массы выдыхаемого О зависит от измененной способности кровяных шариков соединяться с кислородом.

§ 9. Температура крови в прямой кишке и под кожей у пьяных животных. Со времени точных местных термических измерений Беккереля [23], Бернара [24] и Либиха о температуре тела животных, как бывало прежде, речи теперь быть не может. Каждый полостной орган, каждая мышца, каждый кровеносный сосуд на различных расстояниях от сердца имеют различные температуры. Под температурой тела нельзя даже, следовательно, разуметь средней температуры всех частей его, ибо фактическое определение этой средней невозможно.

На этом основании принятое издавна мнение, что алкоголь, введенный в тело, возвышает температуру его, теряет смысл.

Притом мнение это, сколько мне известно, явилось не из термических измерений, а из ощущения теплоты, распространяющегося по телу по принятии этого вещества внутрь. Ощущениям же этого рода доверять, как показали опыты, часто нельзя.

Единственные термические измерения пьяных животных принадлежат Духеку. При опытах с влиянием алкоголя на состав выдыхаемого воздуха он измерял температуру тела (его слова), не упоминая, как и в каком месте. Его числа следующие: у 1-й со-

[Таблица 8]

[Номер опыта]	Время наблюдения [Время суток]	[Последовательные интервалы времени измерений, мин]	Температура прямой кишки в °С		Замечания
			без алкоголя	с алкоголем	
1-й	5.04		38,9		Введено в желудок 5 см³ 80% алкоголя с двойным количеством воды комнатной температуры. Опьянения незаметно.
	5.10			38,5	
		5		38,6	
		6		38,5	
		2		38,4	
		1		38,3	
		3		38,4	
		10		38,4	
2-й	3.51		39,2		Введено в желудок 7,5 см³ алкоголя с двойным количеством воды комнатной температуры. У собаки шаткая походка.
	3.54			38,9	
		2		38,8	
		1		38,7	
		2		38,8	
		3		38,9	
		18		39	
		5		38,95	
		10		38,95	
3-й	12.50		39,5		Введено в желудок столько же, как и во 2-м опыте. Собака пьяна.
	1.05			39,3	
		7		39,4	
		3		39,3	
		5		39,2	
		2		39,3	
		15		39,3	
4-й	10.33		39,5		Введено 7,5 см³ алкоголя с двойным количеством воды, температура 37°С. Собака пьяна.
	10.36			39,55	
		1		39,6	
		3		39,5	
		5		39,4	
		4		39,5	
		10		39,5	
5-й	3.45		39,6		Введено столько же алкоголя, как в 4-м опыте, с водой 38°С. Собака при хождении падает.
	3.48			39,3	
		2		39,2	
		4		39,1	
		3		39	
		3		38,95	
		10		38,95	
6-й	11.02		38,5		10 см³ алкоголя с таким же количеством воды комнатной температуры. Собака едва может ходить.
	11.05			38,3	
		2		38,2	
		2		38,1	
		1		38	

Продолжение

[Номер опыта]	Время наблюдения [Время суток]	[Последовательные интервалы времени измерений, мин]	Температура прямой кишки в °С		Замечания
			без алкоголя	с алкоголем	
		2		37,9	
		1		37,8	
		1		37,6	
		1		37,5	
		2		37,4	
		2		37,3	
		5		37,2	
		4		37,1	
		10		37,1	
7-й	10.24		39		Введены 12,5 см³ 80% алкоголя без воды.
	10.27			38,7	
		1		38,6	
		1		38,3	
		1		38,1	
		1		38	
		0,5		37,9	
		0,5		37,6	
		2		37,3	Собака совершенно парализована. Пульс и дыхание чрезвычайно часты.
		1		37,2	
		1		37,1	
		1,5		37	
		2,5		36,8	
		2,5		36,7	
		3		36,6	
		4,5		36,5	
		3		36,4	
		4		36,3	
		3		36,2	
		1		36,1	Начала открывать глаза и двигать головой.
		2		36	
		3		35,9	
		2		35,95	
		3		35,85	
		3		35,8	
		4		35,7	
		5		35,6	
		2		35,4	
		1		35,5	
		0,5		35,6	
		10		35,6	
		15		36,2	Может стоять, но при хождении беспрестанно падает.

[Таблица 9]

[Номер опыта]	Время наблюдения [Время суток]	[Последовательные интервалы времени измерений, мин]	Температура в °С		Замечания
			яремной вены	под кожей в паховой складке	
8-й	2.00		38,2	36,4	Собака средней величины. На температуру крови в яремной вене имеет влияние всякое движение животного, а потому и в нормальном состоянии получаются беспрерывные колебания. Следовательно, при определении температуры нужно брать среднее число из этих колебаний.
		5	38	36,2	
		2	37,9	36,2	
		3	37,8	36,2	
		2	37,9	36,2	
Введены в желудок 30 см³ 60% алкоголя без примеси воды					
		8	37,4	35,9	
		4	37,4	35,8	
		3	37,3	35,7	
		4	37,2	35,6	
		5	37,1	35,6	
		5	37,1	35,6	
		1	37	35,6	
		4	37,1	35,6	
		5	37	35,5	
		5	37,1	35,6	

Взяв средние из температур без алкоголя и с алкоголем, получаем понижение в последнем случае как для крови, так и под кожей.

Сверх того, нужно заметить, что столь низкие числа для подкожной температуры, вероятно, обусловливаются неизбежным натяжением кожи при вытянутом и укрепленном положении животного.

Термомультипликатора в руках я не имел.

По окончании опыта собака ходить не может.

баки без алкоголя 30,1° R, с алкоголем 30,4—30,8° R; у 2-й собаки 29,6 и 30,6—30,8° R; у 3-й собаки 28—30,4 и 31,2—31,4° R [соответственно].

Самое большое повышение 1,2° R, или 1,5° C.

Мои результаты не согласны с этими. Я производил измерения в прямой кишке, под кожей, в сонной артерии, яремной вене и правом сердце. Ртутные термометры с делением каждого градуса на 5 частей я имею от берлинского мастера Гейсслера; сверх того, для прямой кишки я пользовался термометром с десятичным делением каждого градуса, принадлежащим д-ру Хоппе, главному ассистенту при Берлинском патологическом институте. Все эти инструменты настолько чувствительны, что при комнатной температуре около 20° C приближение к ним руки сантиметра на два производит тотчас же повышение ртутного столба на 0,1° C. При измерениях в прямой кишке, предшествовавших отравлению животного, считывалась та температура, которая в продолжение 5 мин оставалась постоянною; животное при этом не было связываемо и потому во время введения алкоголя в желудок инстру-

[Таблица 10]

[Номер опыта]	Время наблюдения	[Последовательные интервалы времени измерений, мин]	Температура			Замечания
			правого сердца	сонной артерии	под кожей в паховой складке	
9-й	1.55		38,8	38,6	35,7	Сравнивая средние числа, получается понижение — для крови, незначительное повышение (0,64°С) — для кожи.
		3	38,8	38,8	36	
		1	38,8	38,6	36,5	
		2	38,9	38,6	36	
		4	38,8	38,6	37	
Введено в желудок столько же алкоголя, как и в предыдущем случае [см. табл. 9]						
		5	38,8	38,4	37	
		1	38,7	38,4	37	
		2	38,7	38,4	36,5	
		2	38,7	38,4	36,5	
		1	38,6	38,4	37	
		2	38,7	38,4	37	
		4	38,6	38,4	37	
		3	38,6	38,4	37	
		6	38,5	38,4	37,5	
		2	38,6	38,4	37,5	Собака так же сильно парализована, как в предыдущем случае [см. табл. 9].
		1	38,5	38,6	37,5	

мент вынимался. При прочих же измерениях оставался на месте, ибо животное было связываемо. В течение 24 часов не было производимо более одного опыта с прямою кишкою [табл. 8—10].

Вся сумма измерений в прямой кишке показывает:

1. Что понижение температуры ее наступает и при дозах алкоголя, не парализующих животного (1-й опыт); для человека это возбуждающие дозы.

2. Понижение это наступает иногда чрезвычайно быстро, менее чем в 3 мин по введении алкоголя в желудок (опыты 2-й, 5-й, 6-й и 7-й).

3. Степень этого понижения зависит, по-видимому, более всего от количества и концентрации введенного алкоголя, менее [—] от температуры его (о 4-м опыте, которого результаты противоречат всем остальным и вместе с тем второй части этого заключения, будет речь далее).

4. Быстрота же понижения зависит более от количества введенного алкоголя, чем от степени его разжижения (сравни опыты 6-й и 7-й).

5. Ход понижения температуры по быстроте параллелен степени опьянения и переходит (как Nachwirkung) за кульминационную точку последнего (опыт 7-й).

Из этих непосредственных заключений могут быть выведены дальнейшие, разумеется, уже с меньшею вероятностью. Но прежде этого считаю необходимым сказать несколько слов о температуре прямой кишки вообще. Рассматриваемая как величина, она слагается в данный момент из следующих главных факторов: температуры непосредственно за нею лежащего пространства кишок (которое в свою очередь зависит от многообразных условий), напряженности химических актов в ее стенках и содержимом, количества испаряющейся воды, зависящего от массы присутствующих в ней в данный момент газов (фактор этот, разумеется, отрицательный), и, наконец, из количества находящейся в ней в данный момент крови, если можно рассматривать хоть часть последней, не стоящею в связи с химическими актами тканей. По термическим измерениям Деви (De la chaleur prod. par les êtres viv. Gavarret, Paris, 1855, стр. 103) температура прямой кишки всегда ниже температуры артерийной крови; следовательно, уже один усиленный приток последней, независимо от силы химических актов, связанных с ним, должен возвышать температуру прямой кишки, наоборот, недостаточный — производить понижение. При введении алкоголя в желудок прямая кишка необходимо должна делаться беднее кровью, ибо алкоголь, без сомнения, усиливает приток крови к желудку, или, выражаясь физиологически, путем рефлекса сначала сжимает, потом расширяет волосные сосуды этого органа, уменьшает тем величину сопротивления в них для движения крови и производит усиленный приток ее к этому органу, вследствие чего сосуды всех соседних частей получают в данный момент менее крови (в системе ветвящихся трубок количество жидкости, проходящей в данное время через поперечные разрезы их, обратно пропорционально величинам сопротивления в этих трубках). Резкую аналогию с этим явлением представляет, например, общеизвестный опыт Бернара с перерезыванием шейной части узловатого нерва на одной стороне. При этом температура соответствующего поражению уха вследствие усиленного притока крови повышается, в другом же понижается, и разница температур обоих, по Шиффу, может доходить до 16° [C].

Итак, участие этого момента в понижении температуры прямой кишки несомненно. Только им могут быть объяснены противоречивые результаты 4-го опыта, если притом принять в соображение, что колебания температуры на 0,1° [C] принадлежат к нормальным явлениям.

Но момента этого недостаточно для полного объяснения явления, как показывают опыты 1-й и 2-й. Они, а еще более изменения температуры крови, дают повод думать, что алкоголь имеет подавляющее влияние на химические акты тканей. Это подкрепляется и составом выдыхаемого воздуха в опьянении.

Принятием этих 2 моментов объясняется вся сумма термических явлений в прямой кишке у пьяного животного. Быстрота, с которою наступает часто понижение температуры, не противоречит ни одному из них: для первого и доказывать нечего, для вто-

рого же прошу припомнить наблюдение Мичерлиха, с какою быстротою (2 мин) наступает иногда опьянение, т. е. следствие вхождения алкоголя в кровь; сверх того, привожу собственное наблюдение над самим собою: от 20 $см^3$ коньяку в желудок я начинаю пьянеть через 3 мин.

Наконец, этими двумя положениями, взятыми вместе, объясняется быстрейшее понижение температуры в начале опьянения, чем в средине его (опыты 6 и 7); именно до тех пор, пока алкоголь раздражает слизистую оболочку желудка, на температуру прямой кишки действуют оба момента; когда же расширение желудочных сосудов достигает высшей степени, действует только последний.

Желающим проверить все эти выводы непосредственным опытом предлагаю наблюдать температуру прямой кишки при впрыскивании алкоголя в вены.

Для температуры артерийной крови могут быть установлены 2 следующих общих положения: 1) в левом сердце (еще вернее — в легочных венах) она равна температуре крови легочной артерии + теплота химических актов между воздухом и кровью в легких (величина эта, если судить по изменению температуры крови, взбалтываемой с воздухом, не = 0, как показали мои исследования) + охлаждение, вследствие соприкосновения крови с более холодным, чем она, воздухом и испарения воды; 2) температура артерийной крови понижается в одном и том же сосуде с удалением от сердца.

Температура венной крови есть вообще выражение напряженности химических актов в тканях.

Результаты термических измерений крови у пьяного животного, будучи рассматриваемы с этой точки зрения, приводят, как уже было упомянуто, к заключению, что алкоголь должен действовать подавляющим образом на химические акты в тканях. Понижение температуры в артериях если и действительно бывает (один опыт не дает права говорить положительно), должно быть сведено на понижение ее в венах. Числа для температуры кожи сомнительны (см. замечания в табл. 9, 8-й опыт). У человека, однако, из прилива крови к коже лица можно с уверенностью заключать о возвышении температуры в этом месте. Чем же обусловливается этот прилив крови, решить, разумеется, нельзя.

§ 10. Кровообращение у пьяных животных. При исследовании этого отправления, конечно, всего важнее было бы определить причину изменений деятельности сердца. К сожалению, самые изменения эти непостоянны. Например, большинство уверяет, что в начале опьянения, как бы оно сильно ни было, число сокращений сердца увеличивается, под конец его — уменьшается. И это, конечно, в большинстве случаев справедливо; но есть наблюдения (Lichtenfels R. u. Fröhlich R. Vierordt's Lehre vom Arterienpulse, 1851, стр. 63), говорящие противное. Уменьшение числа пульсаций я раз наблюдал на себе при начале вдыхания паров алкоголя.

Непостоянство всякого явления делает определение его причин затруднительным; в данном же случае такое определение решительно невозможно, потому что и в причинах нормальной деятельности сердца страшная тьма. В этом отношении можно сказать только одно с некоторою вероятностью: учащение сердцебиений обусловливается учащением дыхания, которое является как рефлекс, вследствие подавления химических актов в теле.

При изучении распределения крови по телу пьяного животного я ограничился мозгом как органом, наиболее доступным такого рода наблюдениям и притом играющим, по-видимому, чуть не главную роль в опьянении. Сверх того, я желал проверить почти единогласное мнение, что алкоголь производит гиперемию мозга, основанное на трупных вскрытиях. Для этой цели кролику выпиливался кусок ossis parietalis с известными предосторожностями против поражения венных пазух, и вырезывался кусок твердой оболочки мозга. Таким образом, art. meningea media с ее ветвями делается доступною наблюдению. Вставление стеклышка в рану, по способу Дондерса, показалось мне неудобным, потому что нет критериев для суда, не производит ли стекло в каком-нибудь месте давление на мозг, отчего кровообращение, разумеется, сильно страдает. Поэтому рана оставалась свободною. Перед введением алкоголя в желудок считалось число боковых ветвей артерии, видимых простым глазом или через лупу. То же повторялось и по отравлении животного. Если б алкоголь действительно производил гиперемию мозга, как это бывает, например, при перерезывании шейной части узловатого нерва, то число видимых ветвей увеличилось бы. Этого результата, равно как и противоположного, я никогда не получал, а потому думаю, что гиперемия мозга, наблюдаемая на трупах опившихся, есть явление или предсмертное или трупное.

О прочих моментах кровообращения, т. е. скорости и давлении, говорить вообще нельзя, ибо как то, так и другое в различных сосудах различны. Первая, вероятно, увеличивается в артериях во всех случаях, где возвышается число пульсаций, ибо у пьяного животного сокращение сердца не слабо. Давление в сонной артерии чаще не изменяется, иногда увеличивается, но никогда не уменьшается. Кривые получены кимографом Людвига.

§ 11. Влияние алкоголя на отделения. Об изменении отделения слюны была уже речь в § 3. Из сказанного там легко вывести заключение, что относительно усиления этого отделения алкоголь не играет никакой специфической роли, а становится, по своему действию на чувствующие элементы слизистой оболочки рта, в ряд общих раздражителей (электрического тока, механического раздражения и пр.).

То же самое высказывается в несколько запутанных опытах Бернара над влиянием алкоголя на отделения желудочного и панкреатического сока (Gaz. Méd. de Paris, 1856, n° 19 et Leçons sur les effets des subst. tox. etc., Paris, 1857). В малых дозах и будучи разведен водой, алкоголь усиливает эти отделения, абсолютный

же совершенно подавляет их. Точно так же действуют (по крайней мере для желудочного сока), как известно, слабый и сильный прерывистые электрические токи, приложенные к слизистой оболочке желудка. Сверх того, Бернар заметил, что алкоголь в слабых дозах усиливает образование сахароподного вещества в печени (substance glycogène).

Повторением этих опытов я не занимался, потому, что по моему мнению, влияние алкоголя на отделительные железы пищевого канала, будучи очень важным в диететике этого вещества, имеет мало значения в физиологии опьянения. Дело другого рода — отделение мочи. Этим путем выводятся из организма вещества, служащие, так сказать, мерилом азотной метаморфозы в теле. Ясно, что могущие встретиться признаки изменения последнего бросают хоть некоторый свет на вопрос о влиянии алкоголя на химические акты тела, — вопрос, который, конечно, составляет сущность алкогольного опьянения.

Рядом с собственными анализами мочи привожу чужие наблюдения, несколько отличные от моих по результатам.

Бёкер (Beitr. z. Heilk., 1848 и пр.) делал опыты над собою, тщательно наблюдал температуру и стояние барометра во время опытов (труд совершенно лишний, потому что изучал действие на мочу алкоголя, а не этих моментов), но пищу принимал разнородную и не по весу (строгие наблюдения в качестве и количестве пищи были бы в данном случае полезнее термометрических и барометрических). Алкоголь принимал в форме 88% спирта, наполовину разведенного водой, столовыми ложками от 7 до 10 ложек в сутки. Вот его числа [табл. 11].

[Таблица 11]

Время [даты] наблюдения, февраль 1847 г.	Количество мочи в 24 часа в г	Удельный вес	Количество $\overset{+}{H}$ в 24 часа в моче		Количество $\overline{H}$ в 24 часа в г
			в г	в %	
		С алкоголем			
18	1513	1,019	18,481	1,2	0,470
19	1352,087	1,018	20,015	1,48	0,544
20	1754	1,009	14,568	0,8	0,596
25	3095	1,011	22,538	0,7	0,495
26	1937	1,016	17,036	0,8	0,591
27	1644,2	1,017	22,372	1,36	0,822
		Без алкоголя			
21	1564	1,016	20,327	1,29	0,938
24	1761	1,015	21,942	1,24	0,475
28	1893	1,017	23,354	1,23	0,890
		Средние числа			
[с алкоголем]	Не 1662 г. как у Бёкера, а 1882	1,01	19,168	—	0,588
[без алкоголя]	1739	1,01	21,874	—	0,768

[Таблица 12]

Время [даты] наблюдения, ноябрь—декабрь 1857 г.	Суточный объем мочи в см³	Удельный вес	Количество $\overset{+}{H}$ в 24 часа		Количество $\overline{H}$ в 24 часа в г
			в г	в %	
Без алкоголя					
20	1325	1022	31,8	2,4	0,94
21	1205	1025	33,7	2,8	0,84
22	1530	1022	36,7	2,4	1,20
23	1455	1024	39,2	2,7	0,93
24	1730	1021	36,3	2,1	0,34
25	1250	1022	32,5	2,6	0,80
26	1160	1025	33,6	2,9	0,92
27	1290	1025	36,1	2,8	0,74
С алкоголем					
28	1560	1021	36,97	2,37	Склянка с $\overline{H}$ разбита
29	1390	1023	34,75	2,5	0,55
30	1640	1020	34,4	2,1	0,60
1	1670	1020	31,7	1,9	0,45
2	1267	1023	32,9	2,6	1,20
3	1360	1024	36,7	2,7	0,30
4	1420	1024	35,5	2,57	0,48
5	1560	1021	37,4	2,4	1,00
Средние числа					
Без алкоголя	1368,1	1023,25	34,9		0,85
С алкоголем	1483,3	1022	35,0		0,61

Полученные таким образом средние числа Бёкер не сравнивает между собою. Числа же для алкоголя ставит рядом с числами, полученными месяц тому назад при нормальных условиях организма (по его словам), и получает огромный перевес выделения мочою воды и твердых частей в нормальном состоянии.

Выбрав же из 6 первых опытов 2-й, 4-й и 6-й (в этом выборе сам автор не мог бы прекословить нам, потому что чисел без алкоголя вдвое менее) и сравнив их с результатами анализов без алкоголя, что, конечно, естественнее, чем сравнивать один анализ мочи с другим, произведенным месяц тому назад, получаем как средние числа: без алкоголя количество мочи 1739 [г], количество $\overset{+}{H}$ 21,874 [г], количество $\overline{H}$ 0,768 [г]; с алкоголем [соответственно] 2030; 21,641 [и] 0,620 [г][25].

Конечно, автор не вывел бы отсюда так решительно заключения, находящегося на с. 247 его сочинения, что употребление алкоголя замедляет метаморфозу тех тканей, продукты которых выводятся из тела мочою.

Тем не менее результаты Бёкера относительно уменьшения суточного количества мочи и мочевины при употреблении алкоголя подтверждены в прошлом году в Америке (D-r Hammond,

[Таблица 13]

Время [даты] наблюдения, декабрь 1857 г.	Объем мочи в 24 часа в см³	Удельный вес	Количество $\overset{+}{H}$ в 24 часа		Количество $\overline{H}$ в 24 часа в г
			в г	в %	
		Без алкоголя			
13	422	1027	12,238	2,9	Нет
14	300	1030	11,400	3,8	Следы
15	376	1025	10,716	2,85	Следы
16	324	1028	10,368	3,2	Следы
		С алкоголем			
18	650	1013	12,025	1,85	Следы
19	573	1015	11,116	1,94	0,09
20	605	1015	11,495	1,90	Следы

The physiological effects of alkohol and tobacco upon the human system, Fort Riley. Un. St...) [26]. Эти опыты имеют только две интересные стороны: 1) автор до опытов никогда не употреблял крепких напитков, следовательно, действие алкоголя пало на девственную почву; 2) заметил, что алкоголь, при прочих равных условиях, увеличивает вес тела и переносится без всяких болезненных припадков при пище умеренной или даже недостаточной, тогда как те же самые приемы его, при чрезмерной пище, производят головные боли, сонливость, потерю аппетита и бессонницу (едва ли все эти припадки можно приписать алкоголю).

Привожу теперь собственные опыты. Числа первых двух таблиц [12—13] получены из наблюдений над собою; последние [табл. 14] — над служителем при химической лаборатории Берлинского патологического института. Во все время опытов над собою я ел одну и ту же пищу по качеству и количеству. Утром 2 чашки чая с 4 лотами [27] сухарей. Обед — бифстекс в $^3/_4$ фунта, 8 лотов картофеля и 12 лотов белого хлеба. Вечером то же, что утром. Пил 2 стакана воды в сутки, разумеется, из одного и того же стакана. В опытах с алкоголем принимал его в форме старого коньяку по 20 см³ 3 раза в день. Образ жизни во все время опытов был одинаков: с утра до вечера в лаборатории, оттуда домой. Наконец, должен сказать, что уже задолго до этих опытов был знаком с алкоголем, следовательно, моими числами выражается действие алкоголя на химические процессы тела, для которого вещество это не новость.

Мочевина определялась по способу Либиха. Мочевая кислота выделялась из известного объема мочи хлористоводородною кислотою. Моча собиралась за сутки, начиная с 7 часов утра.

Поставив средние числа таблицы [см. табл. 12] с исправленными результатами Бёкера, никто не откажет им в сходстве: в обоих случаях при употреблении алкоголя увеличение количе-

[Таблица 14]

Время наблюдения, 1857 г.	Объем мочи в 24 часа в см³	Удельный вес	Количество $\overset{+}{\text{Н}}$ в 24 часа		Количество $\overline{\text{Н}}$ в 24 часа в г
			в г	в %	
Без алкоголя					
26 июня	1548	1026	40,261	2,6	0,8
27 »	1100	1027	34,650	3,15	0,7
30 »	877	1027	28,064	3,2	0,6
1 июля	1056	1027	29,668	2,8	0,5
2 »	1013	1029	35,455	3,5	0,9
3 »	965	1028	34,740	3,6	0,9
4 »	1070	1028	35,310	3,3	0,7
С алкоголем					
7 июня	945	1028,5	32,319	3,4	0,9
8 »	980	1025,5	36,260	3,7	0,6
9 »	1312	1026	42,246	3,2	1,9
10 »	1380	1021	31,740	2,3	0,7
11 »	1390	1021	41,700	3,0	0,5
14 »	1045	1027	31,350	3,0	0,7
15 »	1330	1020	33,250	2,5	0,4
Средние числа					
Без алкоголя	1089	1027,75	34,0		0,72
С алкоголем	1197	1024	35,5		0,8

ства мочи (воды) и неизмененное выделение мочевины. Эти два обстоятельства, взятые вместе, конечно, указывают на ослабление азотной метаморфозы, но вместе с тем изменение это является не в таких громадных размерах, как у Бёкера, так что уже допускает случаи, где увеличение количества выделяемой воды, влекущее за собою усиленное выделение мочевины, пересиливает подавляющее действие алкоголя на метаморфозу азотных веществ. Доказательством этому может служить таблица [см. табл. 13]. Она явилась следующим образом: чтобы сделать условия, под которыми происходит отделение мочи, еще более тождественными, я при вышеупомянутой диете и образе жизни анализировал лишь ночную мочу, с 10 часов вечера до 7 часов утра. В опытах с алкоголем третья порция его выпивалась в 10 часов вечера, после чего я непосредственно ложился в постель под немецкий пуховик, который по крайней мере вполне устраняет влияние колебания температуры на акты нашего тела.

Четвертый опыт, по независимым от меня обстоятельствам, не мог быть сделан.

Чтобы не было придирок к сравнению неравного числа опытов между собою, я к 3 последним прибавляю 4-й опыт из 1-го ряда, где получилось наименее $\overset{+}{\text{Н}}$. Тогда средние числа будут: без алко-

голя объем мочи 355,5 см³, удельный вес 1027,5, количество
+
Н 11,180 г; с алкоголем [соответственно] 538 см³, 1017 [и] 11,251 г.

Ясно, что прибавление 4-го опыта из 1-го ряда к 3 последним сделалось в пользу выводов Бёкера, тем не менее количество мочевины не уменьшено, а увеличено, и больше, чем в предыдущей таблице. И это понятно: увеличение [содержания] воды в моче таблицы [см. табл. 13] значительнее, чем в предыдущих опытах.

Наконец, привожу числа, полученные мною на служителе лаборатории [см. табл. 14]. Для него рюмка водки была еще менее новостью, чем для меня. Пил он в сутки от 150 до 200 см³ доппельт-кюммеля и бывал часто в возбужденном состоянии, тогда как у меня дело ограничивалось легким головокружением после каждого приема, продолжавшимся не более $^1/_4$ часа. Диета и образ жизни были у него по возможности тождественные. Опыты производились летом в жаркие дни. Все эти обстоятельства вместе придадут, надеюсь, некоторый интерес числам в глазах читателя.

Единственные возможные из моих чисел выводы суть следующие.

1. Алкоголь увеличивает отделение воды мочою, чем может быть объяснено уменьшение испарины летом по принятии алкоголя — факт, замеченный уже Тидеманном и подтвержденный Бёкером.

2. У людей, привыкших к употреблению алкоголя, при возбуждающих дозах его, количество мочевины если и уменьшается, то так незначительно, что уменьшение это вознаграждается усиленным выделением воды. У людей же, не привыкших к алкоголю, изменение это значительнее. То же самое, вероятно, бывает и при парализующих дозах алкоголя, ибо тогда вся мышечная система недеятельна (с малыми исключениями).

Итак, подавляющее действие алкоголя на азотную метаморфозу несомненно.

§ 12. Изменения мышечной и нервной деятельности у пьяных животных. В ряду многообразных проявлений алкогольного опьянения изменения мышечной и нервной деятельности, конечно, занимают по резкости первое место. Недаром все действие алкоголя сводят обыкновенно на поражение головы и ног. Как ни интересно первое, но, по недоступности физиологическому исследованию, оно необходимо исключается из пределов этого сочинения. Той же почти участи, за неимением метод исследования, подвергается и спинной мозг. Остаются нервы и мышцы. Рассматривать их отдельно друг от друга неудобно, и потому параграф этот расположен у меня по изменениям в движении и чувствовании. Изменений так называемых непроизвольных движений я не изучал по следующим причинам: они непостоянны (это верно по крайней мере для деятельности сердца и радужной оболочки глаза); большею частью так незначительны, что ускользают даже от наблюдения; наконец, известные общие методы исследования нервов и

мышц так трудно приложимы к органам непроизвольного движения, что точные результаты невозможны.

Изменения так называемого произвольного движения у пьяного животного. Условия для всякого движения даны в мышце, ее нерве и нервном центре. Если страдает одно из этих образований, страдает вместе с тем и движение. Следовательно, при всяком изменении последнего причину его должно искать в мышце, нерве и нервном центре. Ясно, что поиски должны были бы распространяться на все возможные физические и химические свойства этих органов (не исключая даже объема их и веса). По невозможности, однако, выполнения такой задачи (в настоящее время), я должен был ограничиться исследованием лишь тех свойств, влияние которых на движение положительно доказано, и для которых существуют методы исследования.

Выходя из мысли, что у человека алкогольное опьянение имеет относительно движения два различных стадия, я исследовал свойства нервов и мышц при дозах алкоголя, не производящих паралича животного, и таких, которые парализуют его. Для этих опытов была выбрана лягушка на следующих основаниях:

1. Алкогольный паралич у нее такой же, как у человека; периода возбуждения у лягушки нет, но его нет и у собаки, кролика, кошки и пр.

2. Почти для всех опытов нужно было отделять нервы и мышцы от организма, причем, как известно, эти органы у теплокровных быстро умирают, у лягушек же (вообще животных с переменной температурой) очень долго сохраняют все свои свойства неизмененными.

3-е основание будет видно далее.

Для сравнительных опытов из мышц брались икряные, из нервов [—] седалищные.

Для предохранения мышц и нервов одной стороны от отравления я перевязывал всегда art. iliaca communis и art. cutaneam с одной стороны. Как доказательство, что приток крови к соответствующей конечности при этом невозможен (по крайней мере на несколько часов), привожу следующее: по перевязывании артерий бедро было часто ампутируемо; рана никогда не кровоточила; я часто был свидетелем опыта, что уже одна перевязка art. iliaca comm. достаточна для предотвращения отравления n. ischiadici соответствующей стороны американским стреловым ядом. Перевязывание же кожной артерии я считал потому необходимым, что у лягушки, находящейся в воздухе, кожа, как известно, очень легко проницаема для газов и паров. При отравлении животного смачивание кожи алкоголем почти неизбежно, следовательно, он может в форме паров всасываться кожными сосудами и проникать с кровью в мышцы.

Прежде чем приступить к опытам с алкоголем, я должен был определить влияние непритока артерийной крови к нервам и мышцам на все свойства последних, исследуемые в алко-

гольном опьянении. У теплокровных животных неприток крови к конечностям производит, как известно, паралич их; хотя последний при тех же самых условиях не является у лягушки очень долго, но это не дает права думать, что изменений в мышце и нерве нет, ибо малейшее ослабление движения для глаза неуловимо. Чтобы парализировать лягушку алкоголем, нужно maximum 20 мин; поэтому я исследовал свойства нервов и мышцы не ранее как по истечении этого времени по перевязании артерий. Результаты этих опытов, производившихся по тем же самым методам, как и при алкогольном опьянении, были все без исключения отрицательные, т. е. неприток крови к нервам и мышцам в течение 20 мин не производит в них определимых изменений. Нечего, кажется, и говорить, что то же самое имеет место, если неприток крови продолжается 20 мин (при определении влияния непарализующих доз я исследовал нервы и мышцы животных [через] 5 мин по отравлении). При этих опытах считаю нужным упомянуть об одном обстоятельстве; исследуя влияние непритока крови на раздражительность мышц по способу Розенталя (Relat. Stärke d. dir. u. ind. Reiz. u. s. w. Moleschott's Naturl. d. Mensch, 3B, 2H, 1857), я получил равную раздражительность в обеих мышцах 2 раза, сильнейшую в мышцах, получивших кровь, — 4 раза и 7 раз с противоположной стороны. Это непостоянство заставило меня сравнить тем же способом нормальные мышцы между собою. И при этом редко получалась равная раздражительность; конечно, разницы были очень незначительны.

Мышечная раздражительность у пьяного животного в параличном периоде. По перевязывании артерий с одной стороны животное отравлялось через желудок алкоголем. Мышцы исследовались по способу Розенталя, когда животное было вполне парализовано. В многократных опытах я получал всегда одновременное сокращение мышц, большею же частью этого не было — сокращение являлось ранее, то в нормальной, то в отравленной мышце. Следовательно, алкоголь не влияет на мышечную раздражительность.

Смысл этого результата в данном случае таков: в опьянении паралич движения не зависит от того, что мышцы как бы перестают слушаться воли: для раздражителя, близкого к этому агенту (электрического тока), они остаются столько же восприимчивыми, как и в нормальном состоянии.

Сила мышц у пьяных животных. Эдуард Вебер[28] доказал (R. Wagner. Handwörterbuch der Physiologie Muskelbewegung, 1842—1855), что при равных массах мышц сила их идет рука об руку с эластичностью, т. е. чем больше последняя, тем большую силу может развивать мышца при своем сокращении. Следовательно, вопрос об изменении мышечной силы сводится на определение эластичности мышц в опьянении. За неимением миографа, я принужден был делать исследование по способу Э. Вебера, с тою разницею, что для опытов брались не [mm.]hypoglossi, а gastrocnemii, и что мышцы раздражались не непосредственно, а

через их нервы. Последнее было сделано с целью устранить механическое влияние электрических приводов на положение мышцы. При этом, разумеется, было обращено внимание на то, чтобы нервы раздражались в одинаковых расстояниях от их мышц. Вес мышцы при этих опытах не мог быть определяем, потому что неприток крови с одной стороны естественно делает соответствующую мышцу легче. Чтобы пополнить этот пробел, я взвешивал [mm.] gastrocnemii лягушки с обеих сторон, при равных условиях, и нашел, что разницы в весе не бывает более 3, 4, 5 мг, что, конечно, не может иметь ощутительного влияния на их действие. Наконец, имея в каждом опыте задачей лишь сравнение эластичности двух мышц, я мог ограничиться малым числом различных отягощений; этим выигрывалось много времени, что очень важно, ибо я мог экспериментировать разом лишь с одной мышцей. Поэтому высота поднятия была наблюдаема только при двух различных отягощениях; мышца подвергалась не более как 3 электрическим ударам, следовательно, усталость была ничтожна.

Результаты опытов были отрицательные, т. е. эластичность мышц, а вместе с тем и сила их, в алкогольном параличе не изменены.

Сравнение электрических токов мышц не может привести к верным результатам.

Проводящая способность нервов у пьяных животных. Электрические свойства нервов стоят, как известно, в столь тесной связи с их физиологическими отправлениями, что первые могут служить мерилом последних. Физиологически нерв — проводник стимула, следовательно, изменение в этом отправлении должно необходимо отразиться в электрических свойствах его.

Сначала были сравнены способом компенсации покоющиеся токи седалищных нервов, потом их отрицательные колебания. Как в том, так и в другом случаях результаты были отрицательные.

Следовательно, в алкогольном опьянении паралич движения не обусловливается потерею нервами способности проводить раздражение.

Те же отрицательные результаты были получены мною при дозах алкоголя, не парализующих животного.

Этот ряд отрицаний приводит к следующему общему заключению: причина изменения произвольного движения в алкогольном опьянении лежит в нервных центрах.

Это заключение подтверждается и следующим положительным фактом: перевязыванием артерий, с одной стороны, предотвращается отравление соответствующей конечности, тем не менее паралич является в ней в одно и то же время и с тою же силою, как в неотравленной конечности.

Для решения вопроса, действует ли алкоголь только на головной мозг (в действии на последний, вероятно, никто не сомневается), или вместе с тем на спинной, я делал следующие опыты.

У отравленного алкоголем до паралича животного перерезывался спинной мозг между 1-м и 2-м шейными позвонками, или последняя операция производилась на здоровом животном, которое потом отравлялось. В обоих случаях вызвать в задних конечностях рефлекс, который указывал бы на физиологическую целость спинного мозга, как центра, не удавалось. Возражение, что отсутствие рефлекса в данном случае может обусловливаться нечувствительностью кожи, устраняется исследованиями Пфлюгера[29] (Die sensorischen Funktionen des Rückenmarkes der Wirbeltiere, Berl., 1853), по которым спинной мозг обладает чувствующими центрами.

Если у отравленного и обезглавленного животного пропускать электрический прерывистый ток через спинной мозг, то мышцы конечностей приходят в тетаническое сокращение.

Из этих опытов следует, что в алкогольном опьянении спинной мозг, как центр поражен, но как проводник остается не измененным. Дальнейшее исследование нервных центров было бы бесполезно, ибо существующие методы исследования так грубы, что ожидать от них верных результатов невозможно.

Изменение чувствительности. Уменьшение чувствительности у пьяного животного можно доказать только единственно следующим наблюдением: в начале алкогольного паралича незначительное раздражение кожи, например, щипание пинцетом, вызывает сильные движения у животного; при дальнейшем течении опьянения это раздражение не производит никакого рефлекса, тогда как сильнейшее, например, смачивание кожи уксусной кислотой, вызывает сильные сокращения мышц. Производить опыты с анестезией вообще трудно; в алкогольном же опьянении решительно невозможно, потому что в этом состоянии уничтожается единственное проявление чувствительности — движение, которое притом не может быть сохранено ни в какой части тела никакими операциями (как это возможно, например, при отравлении кураре). Единственные вероятные заключения относительно этого явления состоят в следующем: анестезия кожи идет в алкогольном опьянении параллельно параличу движения (основание в вышеприведенном наблюдении); оно обусловливается не поражением концевых аппаратов чувствующих нервов, а поражением нервных центров. Последнее я вывожу из того, что по перевязывании кожных сосудов с одной стороны (концевые нервные аппараты защищены, следовательно, от отравления) и по отравлении животного обе конечности одинаково реагируют на равные раздражения.

Так называемая местная анестезия кожи, производимая непосредственным соприкосновением алкоголя с кожей, не противоречит этому.

Теперь остается обратиться к вопросу, возможно ли результаты, полученные на лягушке, перенести на человека? [Они], в самом деле, стоят далеко друг от друга. Вопрос этот в сущности непобедимо труден. Решению его может помочь только аналогия. Доказано фактами, что кураре, стрихнин, опий и пр. вызывают у лягушки те же самые функциональные изменения, как и у человека. Для алкоголя относительно паралича несомненно то же самое. Притом нерв и мышца у лягушки, нерв и мышца у чело-

века — физиологически равны; разница начинается лишь с нервных центров, об изменении которых здесь и речи почти нет. Перенесение, следовательно, возможно, ибо дело касается только нервов и мышц.

§ 13. **Заключения.** Уже одно заглавие этого сочинения показывает, как далека от меня мысль вдаваться под конец его в рассуждения о сущности алкогольного опьянения, т. е. из области факта перейти в заманчивую сферу умствований, где, однако, бойкое слово играет часто главную роль, и из которой тогда в самом удачном случае выходит гипотеза с жизнью лишь на несколько месяцев, а уж много на год или на два. Дело другого рода — общие заключения, непосредственно вытекающие из суммы добытых фактов: — будучи столько же верными, как самые факты, они придают последним смысл, определяют положение вопроса в науке и часто могут открыть пути новым исследованиям. Заключительный параграф предлагаемого сочинения должен быть рассматриваем лишь с этой точки зрения.

Мы видели, что первое и непременное условие для опьянения есть присутствие алкоголя в крови. Знаем, кроме того, вещество это проходит через массу ее неизмененным в своем химическом составе. Естественно думать после этого, что ряд изменений в нервной деятельности пьяного животного зависит, может быть, от непосредственного соприкосновения алкоголя с нервными массами. Мысль эта явилась в первый раз в форме опыта у Вильсона Филиппа (An experimental inquiry into the laws of the vital Functions...), который вскрывал животным позвоночный столб [30], смачивал спинной мозг алкоголем и замечал увеличение числа сокращений сердца. Лонже повторял эти опыты и получал те же самые результаты. Не говоря уже о том, что одно учащение сердечных сокращений не есть опьянение, опыты эти так грубы и вводят столько побочных обстоятельств в наблюдение, что результаты их не имеют ни малейшего достоинства.

Ту же самую мысль выполнил я более тонким и, так сказать, более натуральным образом. Собаке впрыскивался в сонную артерию алкоголь, настолько разведенный водой, чтобы не свертывал крови. Смесь нагревалась до 30—35 °С; самая инъекция производилась чрезвычайно медленно и постепенно. Небольшой собаке я впрыскивал до 4 см^3 смеси (0,4 см^3 абсолютного алкоголя) и не замечал ни во время инъекции, ни тотчас после нее никаких признаков опьянения, тогда как 1 см^3 80% алкоголя производил мгновенно тетанические конвульсии (не опьянения) и смерть. По-видимому, это дает право думать, что опьянение как нервное явление не есть результат непосредственного соприкосновения алкоголя с нервными центрами. Утверждать этого я, однако не могу, потому что инъекция производилась чрезвычайно медленно; следовательно, мозг в данное время приходил в соприкосновение с весьма малым количеством алкоголя, может быть таким, которое и у собаки, отравленной через желудок, не вызвало бы никаких симптомов опьянения. Во всяком случае, опыты эти, будучи

произведены в большем числе и каждый раз с определением времени продолжения каждой инъекции (что я, к сожалению, не делал), могут быть интересны, ибо только этим путем может быть решен разбираемый вопрос; притом, в случае, если бы известные дозы алкоголя при известной скорости инъекции производили опьянение, то опыты такого рода могли бы дать приблизительное понятие о количестве алкоголя в мозгу в единицу времени, потребного для вызывания этого состояния.

Обращаюсь к изменению крови. Здесь прежде всего представляется общий вопрос: может ли кровь, измененная в своих свойствах, вызвать ненормальные явления в нервной сфере [?]. Как ни прост, кажется, ответ на это a priori, тем не менее экспериментальная физиология обладает еще очень малым количеством наблюдений, которые решили бы этот вопрос положительно. Относительно кровяных шариков здесь сделано еще всего более. Известно, например, положительно, что уничтожение способности их поглощать кислород производит смерть нервной системы (например, вдыхание окиси углерода); напротив, увеличенное содержание кислорода относительно угольной кислоты в крови (при вдыхании чистого кислорода, когда вдыхаемый воздух не смешивается с выдыхаемым) возвышает нервную деятельность. Последнее обусловливается здесь, впрочем, скорее абсолютным уменьшением массы CO_2 в крови, чем увеличением относительного содержания кислорода, ибо абсолютное количество последнего остается неизмененным. Это вероятнее тем более, что CO_2 в известных дозах есть наркотическое вещество.

Если принять вычисленные факты за положительно доказанные и, не думая долго, перенести их на изменения крови и выдыхаемого воздуха у пьяного животного, то легко вывести стройное объяснение нервных припадков опьянения; можно даже объяснить больше, чем факты, представляемые пьяным животным, — например, свойственное человеку в алкогольном опьянении возбуждение. Но уже одно последнее обстоятельство показывает, как поспешно и смело было бы такого рода перенесение. Кроме того, найденное изменение крови так темно, что выводить из него чтобы то ни было — рискованное дело.

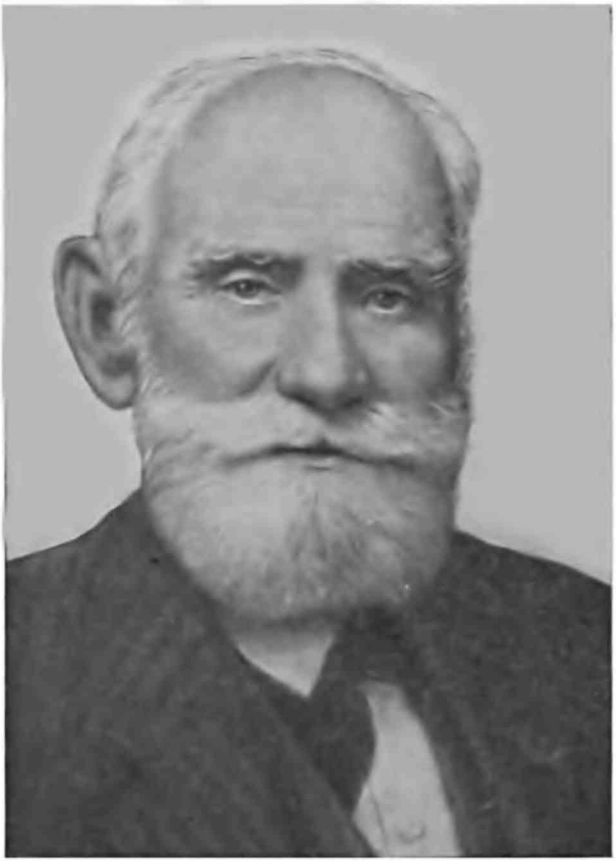
В опытах с поглощением отравленной кровью газов я заметил, что при акте введения паров алкоголя в безвоздушное пространство над кровью, тонкий слой последней жидкости, остающийся на стенках безвоздушного пространства, вытесняется входящими парами алкоголя, т. е. последние не смешиваются прямо с кровью, а обволакивают ее, помещаясь между ними и стенками сосуда. Физических опытов в этой форме, т. е. с распределением по трубке двух жидкостей различных удельных весов, когда притом масса легчайшей незначительна в сравнении с количеством другой, нет никаких. Известны лишь опыты быстрого распространения жирных и эфирных масел по свободной поверхности воды, описанные в знаменитом сочинении братьев Вебер (Wellenlehre, 1825). Тем не менее приведенное наблюдение делает едва ли со-

мнительным, что в трубке, наполненной покоющейся жидкостью, близкою по удельному весу к воде, всякая легчайшая помещается, по крайней мере частью, между столбом первой жидкости и стенками трубки[31]. Если трубка пряма, то движение первой жидкости, вероятно, не изменяет явления. Дело другого рода, если трубка ломаная или ветвистая: при всяком изгибе образуются, как известно, водовороты, которые должны способствовать смешению жидкостей. На этом основании сказать положительно, что у пьяного животного столб крови в сосудах обволакивается чрезвычайно тонким слоем алкоголя, разумеется, нельзя, но и утверждать положительно противное — невозможно. Нужны опыты в этом смысле. Доказать важность таких опытов не трудно: стоит припомнить, какое громадное изменение должна производить эта тонкая алкогольная оболочка крови во всех процессах диффузии жидкостей в теле. Этим завершается ряд главных фактов из жизни пьяного животного, которые войдут со временем в основу объяснения алкогольного опьянения. В настоящее время можно лишь утверждать, что эти факты основные, но чего недостает им и каким образом, следовательно, объяснится вопрос о сущности опьянения, — сказать трудно.

Теперь несколько слов о значении предлагаемого сочинения в истории алкогольного опьянения.

Суд над собственным трудом с виду очень странен, но едва ли кто откажет ему в значении, если в основе его лежит желание истины, а не лицемерная скромность или слепая любовь к собственным подвигам; недаром всякий автор специально знакомится с литературою вопроса, прежде чем приступает к разработке его.

В конце двадцатых годов не было ни одного сочинения (я не разумею под названием специального трактата глав об алкоголе в фармакологических учебниках), которое рассматривало бы скоротечное отравление алкоголем во всех его проявлениях. Были сделаны лишь работы над отдельными явлениями опьянения. Обстоятельство это было, с одной стороны, очень выгодно для развития нашего вопроса, ибо давало наблюдателю более возможности сосредоточиться на одном явлении, но вместе с тем и лишал его общей физиологической точки зрения на явление, ибо работы стояли отдельно друг от друга, без всякой органической связи. Труд, предпринятый даже с целью пополнить этот пробел в литературе вопроса, имеет уже значение — тем более, если труд идет дальше. Предлагаемое сочинение удовлетворяет, надеюсь, требованиям в первом отношении: оно рассматривает явления опьянения в их естественной связи и последовательности и придает им там, где можно, физиологический смысл, указывает пробелы в исследованиях и открывает пути новым. Сверх того, в нем, на основании собственных исследований, установлено несколько спорных капитальных вопросов, устранены два—три физиологических грешка новых авторов и, наконец, открыто несколько новых фактов, не лишенных, вероятно, в будущности значения в разъяснении сущности опьянения.[32]



Иван Петрович
ПАВЛОВ
(1849—1936)

И. П. Павлов — великий русский физиолог, создатель теории условных рефлексов и материалистического учения о высшей нервной деятельности. Академик (1907), лауреат Нобелевской премии (1904) за работы по физиологии пищеварения. Почетный член многих отечественных и иностранных научных обществ и академий. Автор классических произведений: «Лекции о работе главных пищеварительных желез» (1897), «Естествознание и мозг» (1910), «Лекции о работе больших полушарий головного мозга» (1922), «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных» (1926).

Выступление в прениях по докладу И. В. Завадского «Опыт приложения метода условных рефлексов в фармакологии» (6 марта 1908 г.) [33]

И. П. Павлов: Перед тем как приступить к прениям по поводу выслушанного доклада, я должен сказать, что на эти опыты надо смотреть только как на предварительные. В наших руках оказались великолепные, с точки зрения эксперимента, собаки, дававшие отчетливые, можно сказать, стереотипные рефлексы. Возникла мысль использовать их для испытания некоторых фармакологических веществ. Так как переход этих животных в другие руки создал бы новые условия, я и обратился с просьбой к уважаемому докладчику заняться этими наблюдениями. Опыты его составляют первый почин, и ясно, что о каких-либо законченных выводах в этом отношении не может быть и речи. После этих разъяснений я прошу высказаться по поводу выслушанного доклада.

Я должен прежде всего обратить внимание на чрезвычайную тонкость этого метода и потому важность для фармакологических исследований. Применяя малые дозы различных ядов, мы не получили никаких видимых уклонений со стороны двигательной системы животного. Животные были на вид совершенно нормальны, а между тем метод условных рефлексов показывает резкую разницу; условные рефлексы, например, исчезают. Изучение с помощью этого метода раскрывает нам более глубокие черты действия яда на центральную нервную систему, ибо оно разрешает вопрос: как в каждом данном случае понимать возбуждение — есть ли это возбуждение в истинном смысле слова или это есть дефект в функции, уменьшение влияния задерживающих центров? Вопрос решался просто. Мы пробовали давать самые малые дозы алкоголя и ни разу не получили возбуждающего действия. Это надо понимать так, что с самого начала действие алкоголя есть действие. парализующее, а не возбуждающее.

Экспериментальный институт для укрепления вящего господства алкоголя над русской землей [34]

Считаю своим научным и общественным долгом широко оповестить товарищей об этом чрезвычайном Институте. Благодаря догадливости и энергии члена Гос. Думы М. Д. Челышева, известного борца против алкоголя, сделалась общедоступной некая записка под заглавием: «Об устройстве лаборатории для изучения влияния алкоголя на организм и для исследования алкоголизма в

населении». Эта записка была приложена к смете текущего года Департамента неокладных сборов и казенной продажи питей и препровождена в бюджетную Комиссию Гос. Думы на предмет испрашивания кредита в 300 000 р. для устройства этой лаборатории. М. Д. Челышевым она была передана председателю алкогольной комиссии при Обществе охранения народного здравия д-ру М. Н. Нижегородцеву для открытого обсуждения ее с участием компетентных лиц. Д-р Нижегородцев запросил отзывы о ней от акад. А. Я. Данилевского, проф. Н. Е. Введенского и меня и затем устроили заседание алкогольной комиссии (26-го минувшего апреля) с участием разных причастных лиц, между ними и лиц, участвовавших в составлении этой записки и направлявших ее.

«Что же?» — скажет приятно возбужденный читатель. Слава богу, что на предмет такой огромной важности в русской жизни обращено, наконец, серьезное внимание, и наука во всеоружии ее средств призывается к борьбе с этим роковым явлением русской жизни!

Но, читатель, хотя Вы рассудили и симпатично, но, извините, невпопад, — не рассчитали русской действительности.

Пойдемте лучше путем основательного, документального ознакомления с предметом. Заглянем, во-первых, в вышеупомянутую записку: там выражены цели и задачи института и мечты его будущих устроителей и деятелей.

В 1-й части записки, литературной, бросается в глаза оч[ень] бережное отношение составителей записки к положительным сторонам действия алкоголя: его «питательному действию», «развлекающему северянина действию» и т. д. Из этой же литературной части мы узнаем о безвредной дозе алкоголя для человека при обыкновенном употреблении. Вот это интересное место: «Важным моментом, вызывающим то или другое изменение в организме при употреблении алкоголя, является крепость его растворов, ибо опыт показывает, что алкогольные напитки естественного брожения, не подвергнутые интенсивной обработке (дистилляции), не содержат более 9% алкоголя, и при обыкновенном употреблении количество вводимого в организм алкоголя не превышает отношения 1 г на 1 кг тела, т. е. количества остающегося безвредным его действия на организм». Определим нагляднее эту дозу, как это сделал д-р А. Л. Мендельсон в заседании алкогольной комиссии 26-го апреля.

Вес мужчины среднего роста и полноты — 80 кг. След[овательно], его ежедневная безвредная доля алкоголя, по записке, — 80 г, или, принимая во внимание уд. вес, 100 см³ чистого алкоголя, что в виде 40% водки составит чайный стакан (250 см³), а в виде 9% вина — 1100 см³, т. е. 1½ бутылки, по 750 см³ бутылка. Теперь разочтите это количество на население русского государства и на дни года, — как мы окажемся ужасно далеки от нормы, когда алкоголь только развивает свои полезные действия, дает удовольствие и вместе безвреден. А переведите этот безвредный алкоголь на деньги — ведь это несколько Калифорний!

Но этим не исчерпываются расчеты составителей записки относительно алкоголя. Их научные мечты несутся дальше. Читайте следующее место: «Если выяснится факт, что алкоголь является веществом, не чуждым реакциям организма, то не исключается возможность того, что с течением времени, после тщательного изучения вопроса, можно будет найти способы употребления алкоголя без всякого побочного вредного его действия, соблюдая лишь определенные условия при пользовании им.» — Об 1 г алкоголя на 1 кг веса человеческого тела заботиться нечего, он в известном разведении, как категорически заявлено выше, безвреден, след[овательно], «при тщательном изучении вопроса» надо надеяться на обезвреживание гораздо больших доз алкоголя. Как огромно приумножатся доходы казенной продажи питей!

Относительно глубокого научного основания таких блистательных расчетов надо напомнить, однако, составителям записки, что и многие другие ядовитые вещества, помимо алкоголя, встречаются на пути превращения пищи в животном организме.

Теперь окончательная формулировка цели и задачи проектируемого института: «Экспериментальное изучение вопроса об отношении алкоголя к организму», — говорится в записке, — «должно быть поставлено широко и тщательно, так как сделанные на это затраты окупятся тем рядом беспристрастных наблюдений, которые, несомненно, дадут новые данные для выработки продукта, соответственного его разведения и употребления, вследствие чего принятые на основании этих данных меры, если не вовсе уничтожат, то уменьшат до minimum'а те общественные явления, связанные с употреблением алкоголя, которые в значительной мере обусловливаются недостатком наших сведений об алкоголе и его отношении к животному организму».

Нельзя не обратить прежде всего внимания на странное прилагательное будущих наблюдений, имеющих выйти из этого института: «беспристрастных». Не особенно точных, не особенно многочисленных, не особенно систематических, а именно беспристрастных. Понять это всего проще можно так, что сделанные до сих пор наблюдения слишком пристрастно были проникнуты мыслью о возможном вреде алкогольного потребления, а будущие наблюдения этого института меньше будут или вовсе не будут заниматься вопросом о вреде алкоголя и таким образом о возможном упразднении или сокращении алкогольного потребления, а сосредоточатся на «выработке продукта» и т. д. и только этим, «если не уничтожат, то сведут до minimum'а общественные явления, связанные с потреблением алкоголя», и т. д.

Что же это такое будет? Если дело идет о жидких алкогольных растворах, то это ведь так давно известно и науке, и всем обывателям, и ради этого строить специальный научный институт — нелепо. Алкогольная комиссия из членов Гос. Думы и Гос. Совета уже выдвигает законопроект о слабых алкогольных напитках. Если же имеется в виду какой-то особый алкоголь, особый «продукт», то это — явная химера, не способная занять внимание сколько-нибудь

серьезных людей. А если бы допустить невозможное, что что-нибудь в этом роде и удалось, то разве можно ручаться наперед, что именно господа этого института это найдут и откроют? Все это вместе дало мне право в моем отзыве о записке мягко назвать это место ее очевидной наивностью.

Мне думается, что читателю не будет безынтересно узнать о лабораториях будущего института. В состав института, по записке, между прочим, должны войти: физическая лаборатория, ботанический кабинет, зоологический кабинет и т. д. Этот чрезвычайный и с первого взгляда мало понятный состав лабораторий можно постичь только так, что достижение величавой задачи безвредного алкоголя или безвредного, хотя и значительного, его потребления потребует идей и средств всего естествознания, хотя при современном изучении влияния алкоголя на организм в обыкновенных лабораториях обходятся без зоологического и ботанического кабинетов и т. д.

А хотите, читатель, познакомиться с будущими «научными» деятелями института, по крайней мере со стороны основного свойства всякого научного деятеля, с его привязанностью к истине, с покорностью ей, с воодушевлением ею? Для этого в данном случае имеются точные материалы.

Сперва разбираемая записка фигурировала под названием записки «известного профессора», и в повестке на заседание алкогольной комиссии при Обществе охранения народного здравия стояло: обсуждение доклада анонимного «известного профессора». Затем в печати было официально заявлено, что записка составлена комиссией из профессоров Психо-нейрологического института и, наконец, проф. Гервер, если не ошибаюсь, директор или ученый секретарь Психо-нейрологического института, дополнил это оповещение в печати точным перечнем специалистов, из которых состояла эта комиссия.

По поводу отчета в «Речи» о заседании алкогольной комиссии 26-го апреля проф. Гервер прислал в эту газету письмо, из которого приведу следующее место: «При чтении отчета получается впечатление, как будто авторы записки, представленной комиссией, состоявшей из представителей психиатрии, нейропатологии, экспериментальной психологии и химии, проповедуют умеренное употребление спиртных напитков и на этом положении базируют необходимость устройства специальных лабораторий для изучения влияния алкоголя на организм. *Ничего подобного в действительности нет»* (курсив мой): «составители записки имели своей целью исключительно борьбу с алкоголизмом и т. д.»

Читатель, 1 г алкоголя на 1 кг веса человека как безвредная доза и предстоящее «научное» увеличение этой дозы — не проповедь алкоголя, а борьба с алкоголизмом?! Какое аккуратное обхождение с истиной!

По поводу того, что репортер газеты «Вечернее Время» (№ 135), передававший мою беседу с ним о записке, называл эту записку запиской акад. Бехтерева, акад. Бехтерев обрушился на

меня в благородном негодовании за то, что я будто бы «умышленно или неумышленно исказил его всегдашнее отрицательное отношение к алкоголю, так многократно заявленное им и устно, и письменно», и т. д. Читатель, Вы, вероятно, знаете, что акад. Бехтерев есть основатель, устроитель, председатель Совета и президент Психо-нейрологического института. Как таковой, если он не сочинял и не редактировал записки, то во всяком случае в соответствующих сферах проводил алкогольный экспериментальный институт с его своеобразной задачей, как она выражена в записке, а, кроме того, алкогольный экспериментальный институт должен составлять нераздельное целое с Психо-нейрологическим институтом. Какой лишний яркий случай отрицательного отношения акад. Бехтерева к алкоголю!

Идем дальше. Вернемся к 1-й цитате из записки. В заседании алкогольной комиссии 26-го апреля д-р А. Л. Мендельсон первый сделал, как это указано выше, расчет безвредной дозы по записке на водку и на среднего человека. Этот расчет произвел оч[ень] сильное впечатление на присутствовавших; но ни проф. Гервер, надо думать, участвовавший в составлении этой записки, ни акад. Бехтерев, проводивший ее, не нашлись ничего ответить на этот подсчет. И только в поздний час заседания, после многих горячих речей и прений, дали свое объяснение месту записки о безвредной дозе алкоголя врачи А. Горелов и С. Михайлов. Об этом объяснении я узнал (по болезненному состоянию я вынужден был оставить зал заседания около 12 ч ночи, не дождавшись конца) из их письма, помещенного в «Вечернем Времени» (№ 141) в ответ на мое письмо (№ 139).

Вот это письмо целиком; оно стоит этого исключительного внимания. «В письме проф. И. П. Павлова в Вашей уважаемой газете от 5-го мая высказывается интерес ко всему сказанному и читанному на заседании алкогольной комиссии от 26-го апреля. В этом заседании было именно разъяснено, что расчет д-ра Мендельсона, на котором в указанном письме базируется проф. И. П. Павлов, не соответствует смыслу и букве цитируемой им записки, так как в ней нигде не говорится об абсолютном алкоголе; говорится же, что без вреда для организма остаются такие количества алкоголя, которые не превышают 1 г на 1 кг веса тела. Прямой же ответ на вопрос, какой крепости в этой фразе алкоголь предполагается, содержится здесь же, в записке, одной строчкой выше, в том же предложении. Это суть алкогольные напитки естественного брожения, не подвергнутые усиленной обработке (дистилляции), содержащие не более 9% алкоголя. Все дело, след[овательно], в том, что при расчетах д-р Мендельсон, а за ним и проф. И. П. Павлов прибавляют одно слово «абсолютный» алкоголь, которого в записке нет, и тогда их расчет принимает совсем другой оборот. Считая даже средний вес мужчины в 80 кг (но он в действительности меньше), оказывается, что по записке для него безвредная доза, распределенная на весь день, будет в 80 г, но какого алкоголя: 9%-ного; след[овательно], абсолютного алкоголя придется на день

всего 7,2 г, т. е. почти чайная ложка. Это разъяснение факта, сделанное нами еще в указанном заседании, мы считаем долгом довести до сведения интересующихся».

Объяснение врачей А. Горелова и С. Михайлова совершенно приняли и усвоили и акад. Бехтерев, и проф. Гервер. Вот их подлинные слова, сюда относящиеся:

«В заседании алкогольной комиссии (26-го апреля) было вполне определенно разъяснено, что инкриминируемое место упомянутой записки представляет *явное*» (курсив мой) «недоразумение и что в действительности дело идет не о стакане водки, а всего лишь о нескольких чайных ложках алкоголя в течение дня и притом в виде напитка естественного брожения» (Письмо В. М. Бехтерева в «Вечернем Времени», № 137).

«В некоторых газетах указывалось на то, что авторы записки признают возможным ежедневное потребление водки в размере чайного стакана, между тем как на заседании (26-го апреля) выяснилось, что речь шла о нескольких чайных ложках, а не о чайных стаканах» (Письмо проф. А. Гервера в «Речи», № 123).

На письмо врачей А. Горелова и С. Михайлова я ответил в «Вечернем Времени» (№ 142) следующим письмом. «Так как объяснение, даваемое г.г. врачами А. Гореловым и С. Михайловым месту о безвредной дозе алкоголя для человека в знаменитой теперь записке об алкогольном экспериментальном институте и принимаемое всерьез г. г. акад. Бехтеревым и проф. Гервером, есть недобросовестность, очевидная для всякого, кто умеет читать по-русски и не отказывается от собственного смысла, то, естественно, с этим прекращается моя дальнейшая переписка со всеми указанными господами. Прибавлю только одно: упаси, господи, отечество от науки и экспериментальных институтов таких академиков, профессоров и врачей».

Читатель, невероятно? Но однако так. Бедная Россия! Какие скверные неожиданности возможны на твоей почве! А дело с экспериментальным алкогольным институтом как дело большой государственной важности движется ускоренным темпом. Междуведомственная комиссия подробный законопроект этого института на 400 000 р. построек с 75-тысячным ежегодным бюджетом уже представила в Совет министров, и на этой неделе он будет рассмотрен в нем, оттуда сейчас же передадут его в бюджетную комиссию Гос. Думы — и друзья института, в эту еще сессию наших законодательных учреждений, надеются увидать его уже осуществившимся!

О проекте устройства лаборатории для изучения влияния алкоголя на организм (16 мая 1912 г.) [35]

Имею честь обратить внимание гг. членов Физико-математического отделения на дело научно-государственного значения, в котором мне пришлось принять участие и относительно которого мне-

ние отделения могло бы, по моему мнению, иметь большое и важное влияние. В начале года в бюджетную комиссию Государственной Думы, при смете Главного управления неокладных сборов и казенной продажи питей была приложена записка под заглавием «Об устройстве лаборатории для изучения влияния алкоголя на организм и для исследования алкоголизма в населении», мотивирующая ассигнование многих сотен тысяч рублей на сооружение такой лаборатории. Эту записку депутат Государственной Думы М. Д. Челышев передал председателю алкогольной комиссии при Обществе охранения народного здравия д-ру М. Н. Нижегородцеву для открытого ее обсуждения. Д-р М. Н. Нижегородцев обратился к нескольким лицам, между прочим и ко мне с просьбой дать об этой записке отзыв, а 26 сего апреля устроил заседание алкогольной комиссии, на котором происходило чтение этих отзывов и обсуждение предмета во всем его объеме. Все принимавшие участие в обсуждении записки, за исключением лиц, принадлежащих к составу Психоневрологического института, отнеслись к ней резко отрицательно. Надо прибавить, что указанная записка, по официальному заявлению, составлена комиссией из профессоров Психоневрологического института, и проектируемый экспериментальный институт должен составлять нераздельное с Психоневрологическим институтом.

Записка категорически объявляет безвредным, при обыкновенном употреблении в виде 9% алкогольного напитка 1 г алкоголя на кило[грамм] веса тела, т. е. для мужчины среднего веса и полноты 1100 см^3 этого алкогольного напитка в день, что составит в виде 40% водки 250 см^3, или чайный стакан. Для такого утверждения нет ни достаточных научных, ни бесспорных эмпирических данных. И во всяком случае, в виде общего положения, это утверждение должно быть признано абсурдным. Далее в записке обращает на себя внимание следующее место: «Если выяснится факт, что алкоголь является веществом не чуждым реакциям организма, то не исключается возможность того, что с течением времени после тщательного изучения вопроса можно будет найти способ употребления алкоголя без всякого побочного вредного его действия, соблюдая лишь определенные условия при пользовании им». При сопоставлении этого места записки с положением о безвредной дозе алкоголя, надо заключить, что составители записки надеются сделать безвредными еще более значительные дозы алкоголя, чем 1 г на кило[грамм] веса тела.

При этом однако нельзя не указать на то, что в ряде химических превращений, которым подвергается пищевое вещество на всем его пути через животный организм, помимо алкоголя, встречается немало и других очень ядовитых веществ.

Окончательная формулировка задачи и ожидаемых результатов от проектируемого института дана в следующих заключительных строках записки (далее следует перечень лабораторий института): «Экспериментальное изучение вопроса об отношении алкоголя к организму должно быть поставлено широко и тщательно, так как

сделанные на это затраты окупаются тем рядом беспристрастных наблюдений, которые несомненно дадут новые данные для выработки продукта, соответственного его разведению и условий потребления, вследствие чего принятые на основании этих данных меры, если не вовсе уничтожат, то уменьшат до минимума те общественные явления, связанные с употреблением алкоголя, которые в значительной мере обусловливаются недостатком наших сведений об алкоголе и его отношении к животному организму».

Научное исследование какого угодно предмета есть, конечно, безусловно свободное, отнюдь не предрешающее своего результата. И в данном случае, при широком и глубоком научном изучении влияния алкоголя на животный организм не может с самого начала быть исключена возможность, что алкоголь и в малых дозах, не говоря о больших, окажется вредным для человека и, на основании этого, придется, может быть, впоследствии принимать меры для постепенного вытеснения его из человеческого обихода. А потому институт, ставящий себе непременною целью открыть безвредное употребление значительного количества алкоголя, по всей справедливости, не имеет права именоваться или считаться научным институтом. Институт с такой задачей, очевидно, представлял бы собою своеобразную, постоянную рекламу казенной продажи питей, или, в лучшем случае, коммерческую лабораторию при казенной продаже питей. А потому мне кажется, что все те, кому дороги государственные средства, здоровье населения и достоинство русской науки, имеют обязанность поднять свой голос против учреждения института такого назначения. Можно надеяться, что голос «первенствующего ученого сословия Российской империи» в этом вопросе научно-государственного значения должен иметь особенно большой вес.

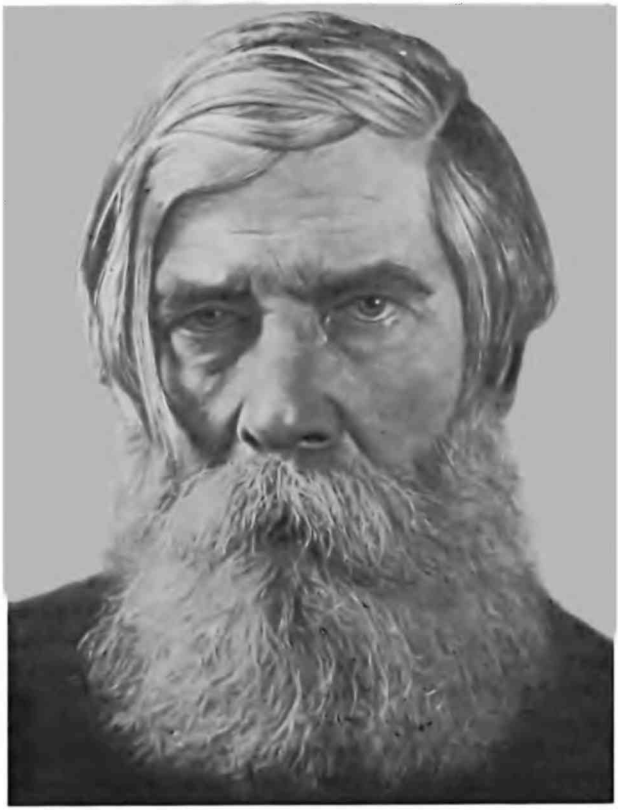
Вторая записка о проекте устройства лаборатории для изучения влияния алкоголя на организм (декабрь 1912 г.) [36]

В Физико-математическое отделение Академии Наук.

Имею честь довести до сведения отделения о нижеследующем. В заседании 16 мая текущего года я обратился к отделению с предложением вынести свое решение о записке под заглавием «Об устройстве лабораторий для изучения влияния алкоголя на организм и для изучения алкоголизма в населении». Эта записка была приложена к докладу по смете Главного управления неокладных сборов и казенной продаже питей на 1912 [г.] на предмет ассигнования 300 000 руб. на устройство только что упомянутых лабораторий и сопровождала указанную смету в законодательных учреждениях. Прибавлю, что эта записка была составлена по официальному заявлению, гг. профессорами Психоневрологического института, а проектируемый алкогольный институт должен был принад-

лежать к составу этого института. В моем обращении к отделению 16 мая я находил, что цель проектируемых лабораторий противонаучна, так как по записке предполагалось прийти к заранее определенным результатам. Отделение согласилось с этим моим мнением и свое решение вместе с моим докладом препроводило к г. министру финансов. От г. министра был получен на это довольно неблагосклонный ответ, в котором между прочим стояло, «что мой доклад носил полемический характер и что на мнении, в нем выраженном, отделению не стоило останавливать своего внимания». 22 истекшего ноября в клубе общественных деятелей состоялось публичное сообщение д-ра Владычко от имени Психоневрологического института о вреде алкоголя, борьбе с алкоголизмом и целях проектируемого алкогольного института. Ввиду полной противоположности этих целей института с целями его, изложенными в вышеупомянутой записке, к представителям Психоневрологического института был обращен вопрос: с какими целями алкогольного института следует считаться при обсуждении вопроса [?]. На это обращение последовало, в присутствии гг. профессоров — врачей Психоневрологического института и его президента акад. В. М. Бехтерева, от имени института заявление ученого секретаря института проф. Гервера, что ранняя записка совершенно не рисует тех задач, которые лежат в основе учреждения, что при рассмотрении вопроса об учреждении алкогольного института можно брать все что угодно, но только не эту записку, и что, наконец, эта записка есть случайный патологический продукт. Привожу эти выражения по фонограмме этой речи.

Смею думать, что таким образом, получено вполне бесспорное доказательство того, что я был прав, приглашая отделение поднять свой авторитетный голос против этой записки как программы деятельности проектируемого алкогольного института.



Владимир Михайлович
БЕХТЕРЕВ
(1857—1927)

В. М. Бехтерев — великий русский невролог, первооткрыватель ряда образований мозга (верхнее вестибулярное ядро Бехтерева, полоска Бехтерева в коре больших полушарий и др.), симптомов и синдромов в невропатологии и психиатрии, в том числе и такой нозологической формы, как болезненная одеревенелость позвоночника (болезнь Бехтерева). Профессор Казанского университета и Военно-медицинской академии в Петербурге, основатель Психоневрологического института. Наиболее известные труды: «Проводящие пути спинного и головного мозга» (1896—1898), «Основы учения о функциях мозга» (1903—1907), «Нервные болезни в отдельных наблюдениях» (1894—1899), «Психика и жизнь» (1902), «Внушение и его роль в общественной жизни» (1903), «Общие основы рефлексологии человека» (1917), «Мозг и его деятельность» (1928).

Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием[37]

Мм. Гг.! Торжество, связанное с открытием в Петербурге Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма, является в сущности торжеством тех несчастных, которые в силу целого ряда жизненных условий оказались жертвой страны, губящей их физические и духовные силы.

Как известно, еще несколько десятков лет назад пьянство не признавалось болезнью, оно считалось просто пороком, который зависит от доброй воли пьющего. Но за последний период времени наука коренным образом изменила свой взгляд, и пьянство или алкоголизм признается действительной и притом тяжелой болезнью, которая выражается в ряде физических и психических признаков, и которая требует соответственного лечения. Этот взгляд в силу долго державшегося предубеждения общества против падших под влиянием жестокой отравы, однако, робко проникал в действительную жизнь, и алкоголиков, поднятых на улице, еще до настоящего времени ввергают в полицейские ямы, а для алкоголиков, обращающихся за врачебною помощью, в сущности не было места в лечебных учреждениях, если не считать кое-где существующих приютов; лишь в самое последнее время в столицах и в некоторых из больших центров начали устраивать т[ак] наз[ываемые] амбулатории. Постановка же стационарного лечения алкоголиков до последнего времени подвигалась вперед, вообще говоря, крайне туго, в силу чего еще в 1906 г. Киевский съезд отечественных психиатров в заседании под моим председательством и по моей инициативе в сознании того невозможного положения, в котором находилось тогда и находится еще поныне лечение алкоголиков, вынес следующую резолюцию:

«Алкоголики как больные должны подлежать индивидуальному лечению всеми признанными современной медициной наиболее пригодными для этого мерами, каковы суть: а) временные убежища для лиц, находящихся в состоянии острого опьянения, амбулатории для алкоголиков, могущих пользоваться на ходу гипнозом и другими физиотерапевтическими и фармацевтическими средствами, б) лечебницы для стационарных больных.»[38]

Таким образом, открытие Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма, совмещающего в себе и обширную амбулаторию, и лечебницу, рассчитанную на значительное число кроватей для коечных больных, является прямым осуществлением постановления 2-го Съезда отечественных психиатров. Вместе с этим устанавливается новый этап в деле более справедливого отношения со стороны общества и правительства к больным-алкоголикам, которые в действительности больны не по своей воле

и не по своей вине, а больны недугом, корни которого лежат глубоко в социально-экономических и наследственно-индивидуальных условиях жизни современного человека.

Зло, именуемое алкоголизмом, так велико и так распространено, оно так подрывает производительные силы населения, что создание упомянутого научно-лечебного учреждения является давно назревшим вопросом, ибо ясно для всех, что недуг, о котором идет речь, давно уже вырос в большого гиганта и все еще продолжает расти, вследствие чего борьба с ним потребует огромного напряжения научных и общественных сил.

К тому же Экспериментально-клинический институт по изучению алкоголизма при Психо-нейрологическом институте, отвечающий научно-практическим задачам последнего, является учреждением, которое уже вполне оправдала сама жизнь, ибо еще задолго до его официального открытия амбулатория института быстро стала наполняться больными, ищущими помощи, число которых ныне ежедневно достигает от 70 до 100 чел[овек], и в то же время в палаты института стремятся больные из самых различных местностей России, не исключая и наиболее удаленных.

Необходимо особенно подчеркнуть то обстоятельство, что дело идет в данном случае об открытии не простой только лечебницы для алкоголиков с амбулаторией, а об открытии экспериментально-клинического учреждения, значение которого не ограничивается одним только амбулаторным и стационарным лечением больных, страдающих последствиями алкоголизма. Являясь Экспериментально-клиническим институтом, снабженным рядом лабораторий, это учреждение вместе с лечением алкоголиков будет иметь возможность научно изучать разнообразные проявления алкоголизма и одновременно изыскивать и разрабатывать новые способы лечения индивидуального алкоголизма, и в то же время устанавливать меры борьбы с алкоголизмом как общественным злом.

Необходимо иметь в виду, что приемы лечения лиц, пострадавших от алкоголизма, составляют еще предмет, требующий тщательной научной разработки. В этом вопросе, можно определенно сказать, намечаются пока только первые вехи и впереди предвидится обширное поле для научных исследований.

Что такое научное учреждение, как Экспериментально-клинический институт, может оказать существенную пользу по отношению к изысканию способов лечения больных-алкоголиков, доказывает, то, что недавно разработанное наукой лечение алкоголизма внушением и психо-терапией, которое так широко стало применяться на практике, еще не может считаться всесторонне выясненным, ибо по одним авторам предпочтительнее применять при алкоголизме гипнотическое внушение [Voisin, Рыбаков, Stegmann, Faretz, и др.], тогда как по другим — для лечения алкоголиков с большей пользой должно действовать лишь внушение без усыпления, а по новейшим авторам [—] так называемая психо-терапия высшего порядка (Dubois и др.) или даже психо-анализ Freud'a. С другой стороны, одни авторы придают большое значение в лечении алко-

голизма психическим способам врачевания, тогда как другие не разделяют такого оптимизма в отношении психических способов лечения алкоголизма.

Очевидно, что в этом вопросе необходимы еще новые научные изыскания, которые и выяснят окончательно наибольшую целесообразность той или другой лечебной меры при алкоголизме. С другой стороны известно, что лишь некоторая часть алкоголиков успешно лечится внушением и психо-терапией, другая же категория их, особенно дипсоманы, гораздо труднее поддается лечению внушением с желаемой прочностью результатов и нуждается в изыскании новых способов лечения.

Между прочим, народ давно хранит веру в исцеляющее значение от алкоголизма и от дипсомании физических resp. лекарственных средств, и надо надеяться, что они будут открыты наукой. И в самом деле, одни ли психические способы излечивают алкоголизм? Ведь алкоголизм есть общее поражение организма, сопровождающееся нарушением функций не одной нервной системы, но и целого ряда других органов, и та слабость воли, которая ведет по наклонной плоскости алкоголика, является продуктом общего понижения функций организма. Отсюда ясно, что укрепление организма вообще, исправление его нарушенных функций физическими способами должно служить и к укреплению ослабленной воли. Вот почему уже и ныне при лечении алкоголиков мы пользуемся ничуть не исключительно только одним психическим способом лечения, но прибегаем обыкновенно к сочетанному лечению, применяя одновременно с психо-терапией и внушением и физические, укрепляющие организм способы лечения и в то же время пользуясь лекарственными, тонизирующими и успокаивающими средствами.

Должно однако признать, что и в применении физических способов лечения по отношению к алкоголизму далеко еще не сказано последнего слова. Как ни странным может показаться с самого начала, но представляется действительным фактом то, что физическая и даже лекарственная терапия алкоголизма представляется гораздо менее разработанной, нежели психическая терапия, выступившая на борьбу с алкоголизмом в сравнительно недавнее время, и это, очевидно, потому, что изучение физических способов лечения требует наблюдения над стационарными больными-алкоголиками в клинических учреждениях, а таковых до настоящего времени еще не имелось.

Между тем здесь, по-видимому, возможна разработка лечебных мероприятий на основах биохимических исследований. Так, согласно новейшим исследованиям Метальникова, Sinitzki'ого, Lüdke и Carini, Abbt'a и Bergey'я под влиянием отравления алкоголем обнаруживается между прочим уменьшение, а иногда даже исчезание комплемента, подобно тому, как доказано это целым рядом авторов и при анафилаксии.

Отсюда очевидно, что алкоголь обнаруживает известное влияние на состав кровяной сыворотки в смысле изменения условий

действия защитных противутел, столь важных в жизнедеятельности организма.

Bruck предполагает даже возникновение в организме особых сочетаний алкогольных молекул вместе с белковыми, которые как чуждые организму белковые соединения способны вызвать у животных состояния анафилаксии.

Как известно, по отношению к лицам, представляющим непереносливость, или т[ак] наз[ываемую] идиосинкразию к различным веществам, напр[имер], иодоформу, иоду, брому и хинину, ныне доказано, что после впрыскивания их сыворотки животным у последних вызывается состояние повышенной чувствительности, resp. «непереносливости» или т[ак] наз[ываемой] пассивной анафилаксии по отношению к тем же веществам.

В моей лаборатории д-рами Мануйловым и Зборомирским доказано, что и в случаях хронического алкоголизма, когда вызывается как бы экспериментальным путем повышенная чувствительность или идиосинкразия к алкоголю, вызывающему в таких случаях уже в малых дозах сильное, иногда даже патологическое опьянение, обнаруживаются подобные же явления: если кроликам или морским свинкам впрыснуть сыворотку алкоголиков, то вслед за этим в течение некоторого времени уже впрыскивание небольших доз алкоголя, легко переносимых поверочными животными, вызывает у них тяжелые явления и даже смерть.

Эти данные таким образом открывают надежды для возможного расширения способов лечения хронического алкоголизма в смысле применения к нему совершенно новых методов.

Но не одной только научной разработкой вопросов, касающихся условий развития, проявления и лечения алкоголизма, может и должен оказывать пользу нашей родине открываемый институт. Есть и другая важная сторона его деятельности, состоящая в более близком ознакомлении врачей со способами борьбы с индивидуальным алкоголизмом и осуществляемая в клинике и амбулатории Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма.

Представляя собою научно-лечебное учреждение, институт будет привлекать молодых врачей, которые здесь будут практически научаться лечению алкоголизма как путем внушения и психотерапии, так и путем других физических способов лечения. Это даст возможность образовать кадры врачей, которые, рассеиваясь по провинции, будут во всеоружии научного опыта продолжать дело врачевания алкоголизма по нашим провинциальным городам и селам, а это не может не сказаться оздоровляющим образом и на нашей провинции, — тем более, что психическое врачевание алкоголизма немыслимо без нравственного перевоспитания личности, что́ естественно влечет за собою образование Обществ трезвости.

Наконец, обратим внимание на то, что Экспериментально-клинический институт по изучению алкоголизма ставит себе целью распространение идей трезвости путем соответствующих курсов и лекций.

В этом отношении и устройство института в связи с высшим учено-учебным учреждением, которым является Психо-нейрологический институт, обеспечивает не только полную аутономность, планомерность и разносторонность научной разработки вопросов алкоголизма, но и дает возможность осуществить пропаганду воздержания и трезвости путем лекций в одном из высших учебных заведений, имеющих в числе других медицинский и педагогический факультеты. Начатые уже с февраля нынешнего года в Психо-нейрологическом институте лекции по алкоголизму, привлекающие большое число слушателей, являются, сколько нам известно, 1-ым опытом этого рода в высших учебных заведениях России. Нужно пожелать, чтобы этому опыту последовали и другие высшие учебные заведения. Необходимо, чтобы в каждом из них читался хотя бы частный курс по вопросам алкоголизма и вреда, проистекающего от употребления алкоголя в отношении здоровья населения.

Не менее важна организация соответствующих кратких курсов по алкоголизму на уроках гигиены и в средних учебных заведениях, а затем и в народных школах и в городских училищах.

Вопрос об устройстве чтений в средних учебных заведениях и в народных школах представляется чрезвычайно важным для нашей страны.

В некоторых странах, например, во Франции и в Америке, для учебных заведений этот вопрос, сколько известно, уже разрешен в положительном смысле и остается пожелать, чтобы и у нас этот вопрос получил благоприятное разрешение и не по отношению только к средним учебным заведениям, но и к народным школам и городским училищам, дабы этим путем понятия о вреде алкоголя проникали в толщу народных масс, которые как раз наиболее страдают от алкоголизма.

Но важнее всего то, что с устройством Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма является возможность разработки и установления рациональных мер для возможного ограничения развития алкоголизма в стране.

В таком вопросе, как потребление алкоголя населением, нельзя обойтись без научного освещения. При этом, как ни важна вообще борьба с развившимся недугом, нельзя упускать из вида, что разработка предохранительных профилактических мер борьбы с губительным влиянием алкоголя и с его распространением представляется делом наиболее существенным и важным, не терпящим отлагательства. Но чтобы вести эту борьбу с угрожающим и уже опасным распространением алкоголя в населении, необходимо ясно отдавать себе отчет в том влиянии, которое оказывает алкоголь на организм, в чем заключается его вред и чем собственно обусловливается склонность к потреблению алкоголя.

Для этой цели наряду с лечебной частью института при нем устраивается статистический отдел и ряд лабораторий, в которых путем соответственных исследований будут даваться ответы на вопросы, выдвигаемые силою вещей при осуществлении практических

мер борьбы с распространением алкоголя в населении и с искоренением алкоголизма.

Как известно, ныне некоторыми из видных научных деятелей выдвигается вопрос не только о полезных, но даже, как иные говорят, «питательных» свойствах алкоголя, хотя, по-видимому, правильнее в этом случае говорить о калорических свойствах алкоголя. Вопрос этот, однако, сильно затемняется той страстностью, с которой обсуждается вопрос о значении алкоголя вообще, так как с потреблением алкоголя населением, переходящим нередко в злоупотребление, связывается неизбежным образом нравственная и социальная сторона дела. Эта страстность имеет уже историческую давность, ибо вскоре после выделения почти безводного алкоголя бенедиктинским монахом Valentinus'ом хвалебные гимны новому продукту сводились к тому, что спирт рассматривался как продукт, способный расслабленного старца сделать снова юным и являющийся для человека источником новой жизни.

Но с тех пор, как распространение алкоголя в населении стало приводить к нежелательным последствиям, началась страстная борьба против алкоголя, которая в настоящее время приняла общественный характер. Поэтому ныне говорить не только о питательных, но даже о каких-либо калорических свойствах алкоголя при употреблении его в умеренных количествах почти не представляется возможным, не возбуждая страстных нападок в поддержке пьянства, в борьбе против Обществ трезвости и т. п. Эти страстные заявления об алкоголе как сильнейшем яде имеют свое значение для проповеди: они привлекают умы, возбуждают страсти и нельзя не признать их благодетельного влияния, когда речь идет о необходимости воздействия на население против потребления алкоголя, но они не выясняют истины, между тем основы знания везде и всюду составляют результаты спокойного и бесстрастного изучения предмета.

Я не имею здесь возможности углубляться в многочисленный ряд исследований по этому вопросу, начатых еще в 1-ой половине прошедшего столетия, но необходимо иметь в виду, что вопрос о судьбе алкоголя в организме до сих пор еще служит предметом многочисленных специальных исследований. Тем не менее, на основании существующих данных можно считать установленным, что постоянное ежедневное потребление спиртных напитков не может быть оправдано путем научных исследований, вследствие чего распространенная в известных кругах привычка, состоящая в неизбежных возлияниях за столом и известная под названием «буржуазного» алкоголизма, должна быть безусловно осуждаема.

Как бы вообще ни смотреть на действие алкоголя на организм при умеренном его потреблении, какие бы противоречия ни имелись между учеными по этому поводу, как бы ни подсчитывались одними из них положительные стороны действия умеренных или малых доз алкоголя, потребляемого как вкусовое вещество и обладающего, как известно, большими калорическими свойствами (из позднейших авторов укажу на работу проф. Лихачева и Авроро-

ва), несомненными бактерицидными качествами, оживляющим влиянием на кровообращение, особенно периферическое в виду расширения сосудов, и возбуждающим действием на желудочное и панкреатическое сокоотделение и на двигательную способность желудка, а, след[овательно], и на перевариваемость пищевых веществ, по некоторым же авторам, будто бы даже обладающим в умеренных дозах и пищевыми достоинствами (Neumann, Atfater и Benedict, Duclaux и др.), как бы, с другой стороны, ни выдвигались иными авторами отрицательные стороны действия даже малых доз алкоголя, признаваемого ими протоплазматическим ядом, приводящим к распаду тканей (Karsovitz, Laitinen и др.) и к поражению различных органов, вредно влияющим на умственные способности (Kraepelin, Aschaffenburg, Reiss и др.), ослабляющим организм вообще и мышечную его работу, а равно и воспроизводительные способности в частности (Laitinen и др.), — бесспорно для всех вредное влияние алкоголя на организм при сколько-нибудь неумеренном его потреблении.

С другой стороны, бесспорно, что алкоголь является наркотическим веществом, каковому свойству алкоголь главным образом и обязан своим распространением. Здесь, конечно, речь идет не о располагающем ко сну действии алкоголя, которым иногда приходится пользоваться в медицине, а о том своеобразном его свойстве, благодаря которому устраняется с особенной легкостью мрачное, гнетущее настроение уже под влиянием более или менее умеренных доз алкоголя.

Но у лиц, постоянно потребляющих спиртные напитки, недостаток последних уже сам по себе вызывает душевное нерасположение, которое устраняется только новым приемом алкогольных напитков. Но и для лиц, не привычных к вину, потребление алкоголя как наркотического вещества, оказывается не безразличным даже в умеренных количествах. Всякому должно быть понятно, что угнетенное настроение, являясь чаще всего результатом неблагоприятных психических воздействий, сильного физического утомления, душной атмосферы, долговременного мрака и т. п., служит выражением определенных изменений кровообращения и обмена веществ подобно тому, как известное в психиатрии меланхолическое состояние сопутствуется и обусловливается определенными нарушениями кровообращения и обмена. По-видимому, алкоголь даже в умеренных дозах в состоянии временно изменять эти невыгодные условия кровообращения и обмена [веществ], устраняя вместе с тем и гнетущее настроение.

Так как, с другой стороны, последнее является крайне мучительным состоянием, которое обесценивает жизнь и приводит нередко человека к мысли о самоубийстве, то ясно, что вышеуказанное свойство алкоголя временно облегчать и устранять гнетущее настроение и объясняет нам ту притягательную силу, которой обладает алкоголь для иных людей. Как всякий другой наркоз оказывает резкое влияние своим угнетающим нервную впечатлительность действием, несмотря на невыгодные стороны его влияния в

других отношениях, так и алкоголь, давая кажущееся успокоение, неудержимо влечет к себе человека, когда он отягчен непосильным трудом и когда он под влиянием тяжелых жизненных условий подвергается состоянию самоотравления, субъективно выражающемуся чувством душевной тоски и муки.

Но здесь-то и сказывается коварство этого мнимого целителя как всякого наркотического вещества. Оказав временно благоприятное влияние на настроение, он проявляет для человека, живущего в тяжелых жизненных условиях, свою притягательную силу с поразительною настойчивостью, а так как вследствие привычки дозы его со временем приходится увеличивать для получения того же эффекта, то дело естественным путем доходит до злоупотребления, всегда губительно действующего на организм.

Отсюда ясно, почему алкоголь, этот коварный искуситель и своеобразный обманщик влечет человека, особенно находящегося в неблагоприятных жизненных условиях, а также и неуравновешенных лиц к постоянному его потреблению, постепенно переходящему границы умеренности, чем и обусловливается особенно вредное его влияние на организм, порождая развитие, т[ак] наз[ываемого] алкоголизма со всеми его биологическими и общественно-экономическими последствиями. Вместе с этим очевидно, почему алкоголь не так легко может быть вычеркнут из обихода жизни современного человечества, столь сложной и кипучей, где наркотический деятель не может не играть иногда даже решающей роли.

Тем не менее зло, происходящее от неумеренного потребления алкоголя так велико, что необходима самая настойчивая и упорная борьба с широким распространением алкоголя в населении и в особенности с неумеренным потреблением алкоголя.

Ныне уже нельзя закрывать глаз пред тем грозным фактом, что алкоголизация населения России в течение нескольких последних десятилетий достигла такой степени, что давно уже вопиет о себе. Зло, известное под названием алкоголизма, имеет огромное государственное значение, ибо определенно можно сказать, что вместе с развитием алкоголизма понижается в стране как физическая, так и умственная энергия и трудоспособность населения, вследствие чего ослабляются экономические силы страны и вместе с тем падает его нравственность, что выражается увеличением числа преступлений. Статистические данные показывают, что в общем не менее $^1/_2$, а по многим авторам даже значительно более $^1/_2$ всех преступлений относится на счет алкоголя. Наконец, поражая нервную систему, алкоголизм обусловливает развитие душевных и нервных болезней.

Я повторю здесь то, что мною уже говорилось по этому поводу при открытии 1-го Съезда по борьбе с пьянством.

«Статистика дает ужасные цифры в смысле зависимости развития душевных болезней от алкоголя, причем здесь мы встречаемся с двумя важными способами влияния алкоголя: с одной стороны, влияние его на вырождение населения, косвенно отражающее-

ся и на развитии нервных и душевных болезней, и с другой — непосредственное влияние его на население, приводящее непосредственным путем к развитию душевных и нервных болезней. И в том и в другом случае общую сумму зла, приносимого алкоголем, трудно вообще переоценить» (См. Труды 1-го Съезда по борьбе с пьянством и «Обозр[ение] психиатрии», № 5, 1910 г.).

Таким образом, бедность и преступность, с одной стороны, и развитие нервных и душевных болезней, с другой, — вот доказанные современной наукой гибельные последствия алкоголизма, которые заставляют говорить о себе и в Обществах, и на Съездах, и в законодательных учреждениях.

Размеры зла увеличиваются еще тем, что алкоголизм является болезнью, поражающей воспрозиводительные способности человека и приводящей к вырождению потомства. Таким образом здесь дело идет о таком зле, которое глубоко проникает в природу организма, отражаясь в потомстве ослаблением физической и в особенности нервно-психической организации, и в то же время путем огрубения нравов отражается на воспитании потомства, действуя разрушительным образом на семью и на нравственные и физические силы подрастающего поколения.

Вот почему закрывать глаза на развитие алкоголизма в населении — это значит дать безмерно развиваться столь тяжелому социальному злу, которое уже ныне не только обессиливает население и экономически и морально, но и готовит для страны ослабленное во всех отношениях потомство.

Картину этого зла было бы не трудно представить в ряде цифр и еще легче нарисовать картину развращения, вносимого алкоголизмом в население, но это уже вопросы до такой степени очевидные для всех, что вряд ли еще кого-либо в этом отношении надо убеждать.

Тот, кто утешает себя тем, что Россия далеко не 1-ая в мире страна по количеству выпиваемого безводного алкоголя, делает решительно грубую ошибку, забывая или упуская из виду, что количество выпиваемого спирта — это одна сторона, а способы потребления продукта составляют другую сторону зла. Уже давно выяснено, что крепость напитка в этом отношении играет большую роль. В указанном отношении мы находимся в условиях гораздо менее благоприятных, нежели наши западные соседи, которые в большинстве пьют более слабые алкогольные напитки — главным образом пиво и виноградное вино.

Есть основание думать, что алкогольные напитки естественного брожения обнаруживают вообще более слабое воздействие на организм, нежели алкогольные напитки, приготовляемые путем дистилляции.

Но и самый способ потребления алкоголя в наших условиях представляет собою много невыгодных сторон, ибо питье водки большими порциями, часто без закуски и даже на голодный желудок, как это практикуется у нас сплошь и рядом, представляется значительно более вредным, нежели потребление одинакового ко-

личества алкоголя в расчете на каждую душу населения, но при других условиях. В смысле вредного влияния алкоголя большая разница, будет ли потребление алкоголя происходить в сильно разбавленном виде и раздельными порциями или же алкоголь принимается в более концентрированном виде и большими порциями зараз, ибо в последнем случае вредные свойства алкоголя выступают с особенной силою. С другой стороны, целым рядом научных данных доказано, что алкоголь при голодном состоянии действует гораздо губительнее, нежели при сытом желудке.

Наконец, нельзя не принять во внимание, что благодаря нашим климатическим условиям потребление спиртных напитков у нас в течение большей части года происходит в жилищах, а не на открытом воздухе, где газовый обмен совершается много деятельнее и обусловливает тем самым большую переносливость к спиртным напиткам.

Если принять во внимание все вышеуказанные данные, то не трудно видеть, что положение России, несмотря на то, что она занимает одно из последних мест среди государств Европы по количеству выпиваемого спирта, представляется крайне тяжелым и уже давно требует настойчивых мероприятий к оздоровлению населения от губительного алкоголизма. Вот почему для России нужны самые энергичные государственные и общественные меры борьбы с алкоголизмом и с распространением алкоголя в населении.

Какие же способы может указать наука для возможного ослабления вредного действия алкоголя на организм вообще и развития алкоголизма в населении?

При сознании вреда алкоголизма необходимо было бы думать прежде всего и с самого начала о полном его изъятии из свободной продажи населению. И действительно, когда был [о]сознан вред, проистекающий от злоупотребления алкоголем и его распространения в населении, началась проповедь полного воздержания, берущая начало еще с 30-х годов истекшего столетия. Постепенно распространяясь, эта проповедь привела к тому, что в некоторых странах захватила и законодательные круги, вследствие чего еще в 50-х годах истекшего столетия несколько штатов Северной Америки установили законодательным путем воспрещение как производства, так и торговли крепкими напитками.

Далее, несколько лет назад финляндский сейм провел законопроект о воспрещении в пределах Финляндии производства и продажи всяких крепких напитков. Такой же закон введен в Исландии.

В 1908 г. проект подобного же закона одобрен Советом министров в Швеции и, наконец, недавно большинство голосов народного представительства высказалось за введение запретительного закона по отношению к спиртным напиткам в Новой Зеландии.

Однако еще не окончательно выяснено, в какой мере запретительная система без соответствующей подготовки населения приносит свои плоды. Есть по крайней мере указания, что, будучи

проведена без предшествующих мероприятий, ослабляющих потребление алкоголя в стране, она не приводит к желаемым результатам.

Так, запретительная система в Америке, охватившая большое число штатов, по взгляду одних будто бы не привела к должным последствиям[39], по взгляду же других — она будто бы все же сказалась благоприятными последствиями.

С другой стороны, скандинавские государства и без запретительной системы достигли благодетельных результатов в отношении распространения алкоголя и тем самым подготовили страну к проведению запретительных мер, которые в этом случае и могут сказаться благодетельными последствиями. Как вообще ни относиться к этому вопросу с точки зрения имеющихся данных, все же трудно верится при настоящем положении вещей в значение у нас полицейских мероприятий и контроля наших урядников, призванных следить за устранением тайной продажи напитков. С другой стороны, многие из современных юристов, как известно, сомневаются даже и в значении мер репрессии по отношению к вопросу об ограничении числа преступлений. Может ли быть поэтому иначе с тайным производством и продажей алкогольных напитков при введении запретительной системы без предшествующих оздоровляющих мер [?].

Примером может служить производство и распространение кумышки среди вотяков и бузы в восточных окраинах России, которое, несмотря на строгое преследование закона, до сих пор не могло быть устранено никакими усилиями властей.

В этом отношении, может быть, оказала бы больше влияния на население проповедь вреда алкоголя и проповедь воздержания от спиртных напитков, ибо вне всякого сомнения, страстная проповедь о вреде пьянства, столь очевидном для всех, вообще может оказывать моральное влияние на население.

Но, если проповедь полного воздержания должна быть раньше и прежде всего, то все же можно ли требовать такого воздержания, как подвижничество, от всех и можно ли, с другой стороны, сомневаться в том, что подвижничество в массе неосуществимо? Вот почему, признавая особенно важной проповедь полного воздержания и пользуясь при лечении алкоголиков уже в течение многих лет внушением именно в смысле немедленного и полного воздержания их от алкоголя, я все же думаю, что центр тяжести возможно благоприятного разрешения вопроса об алкоголизме в населении, по крайней мере при настоящем положении дела у нас в России, заключается не в одном только проповедничестве абстинентизма или воздержания от алкоголя, которое, повторяю, безусловно полезно и в известных случаях приносит свои плоды, но одновременно и в самой упорной и энергичной борьбе с распространением алкоголя в населении и с развитием в нем алкоголизма путем научно выясненных мероприятий[40], чем постепенно и может быть подготовлена страна к изъятию алкоголя из вольной продажи[41].

Борьба эта должна вестись планомерно под руководством вырабатываемых наукою данных. Так, наука прежде всего должна выяснить целесообразность запретительных мер и каких именно; наука же, руководясь статистическими и иными данными, должна указать, как лучше проводить эти меры, в каком порядке и в какой последовательности, дабы они оказались наиболее целесообразными.

Далее в целях ограничения алкоголизма подсказывается прежде всего одна важная мера, которая практически легко осуществима и к тому же без особых финансовых потрясений — это немедленное же понижение крепости имеющихся в продаже спиртных напитков искусственной обработки. Собственно весь ужас современной алкоголизации населения обусловливается главнейшим образом тем, что предлагается населению водка значительной крепости, которая уже в относительно небольших порциях, благодаря значительной концентрации спирта, действует крайне губительно на здоровье населения, особенно при потреблении на голодный желудок. Мы уже знаем, что чем концентрированнее алкоголь, тем губительнее он действует на организм.

Слабые алкогольные напитки, особенно же напитки естественного брожения, вообще говоря, не влекут за собою столь пагубного развития алкоголизма, главнейшим образом вследствие разведения алкоголя в большом количестве воды, благодаря чему отравление иногда не может воздействовать столь остро, как при потреблении крепких напитков.

В этом отношении можно исторически проследить, что развитие алкоголизма в населении России началось в особенно сильной степени с тех пор, как стали выделываться крепкие спиртные напитки путем дистилляции алкоголя. Хотя и прежние меды, пива и квасы могли опьянить человека, но при них действие алкоголя умерялось большим разведением, вследствие чего защищался прежде всего от катаральных поражений желудочно-кишечный тракт, т. е. та печь, которая тем лучше топит, чем более она исправна; с другой стороны, наркотический яд, благодаря разведению, и в кровь поступал лишь постепенно и в меньшей концентрации, а не разом в крепком растворе, что́ составляет колоссальную разницу.

Лишь со времени открытия дистилляции спирта или получения его в безводном состоянии в конце XVIII в. начали приготовлять крепкие спиртные напитки, которые стали мало-помалу вытеснять из употребления слабые алкогольные напитки естественного брожения, что́ вскоре и отразилось развитием алкоголизма в населении. Это развитие алкоголизма у нас в России начало особенно сильно сказываться со времени откупной системы, которая давала возможность в буквальном смысле слова спаивать народ; на смену ей следовала акцизная система, выпустившая в большом количестве в продажу т[ак] наз[ываемую] «дешевку» с большим содержанием сивушного масла, столь ядовитого и вредного продукта, усиливающего во много раз губительное её влияние на организм.

Нынешняя монопольная система очистила самый алкоголь, но она не понизила его крепости, а еще повысила и, кроме того, благодаря особым условиям продажи, она отняла возможность у большинства населения пользоваться спиртными напитками вместе с пищевыми продуктами.

Поэтому первое, что необходимо сделать ныне же экстренно для понижения губительного распространения алкоголизма, — это ослабить крепость казенной водки.

Хотя и распространено мнение, что народ наш пьет будто бы для известной цели — достичь соответствующего опьянения, а потому возможное понижение крепости казенной водки будто бы ничуть не приведет к уменьшению потребляемого алкоголя отдельными лицами, а заставит их, вместо потребляемой ими ранее порции водки, пить двойную или тройную ее порцию в зависимости от ослабления ее крепости, но это мнение, если и может иметь значение, то лишь по отношению к привычным пьяницам. Для лиц же, непривычных к постоянному потреблению водки, меньшая ее крепость, несомненно, может иметь огромное значение в смысле меньшего вреда, наносимого в этом случае организму при потреблении им водки и в смысле меньшего привыкания его к потреблению алкоголя, ибо в отношении этого привыкания должна быть небезразлична крепость потребляемого напитка. Но, если остановиться на этой мере, как предварительной, то нужно иметь более или менее обоснованный ответ на вопрос, до какой степени желательно на первое время ослабить крепость водки и разом ли ее ослабить в значительной мере, или же идти последовательно и в несколько приемов?

Вместе с этим неоднократно указывалось на необходимость всемерно стремиться к замещению водки на рынке слабыми напитками естественного брожения, как квасы, меда, некрепкие пива, слабые вина и т. п. Но и тут желательно научное выяснение вопроса, какие из напитков были бы предпочтительнее перед другими своими относительно безвредными качествами?

По-видимому, в среде нашего крестьянства пива, квасы и меда могли бы в значительной мере вытеснить потребление водки, если бы была предоставлена возможность обществам и сходам постановлять приговоры отдельно по отношению к закрытию водочных и отдельно же по отношению к закрытию пивных лавок, чего в настоящее время не допускается. Нечего говорить, что проведение в жизнь принятого Гос. Думой крайне важного законопроекта об участии в этих постановлениях женщин наравне с мужчинами, как и вообще развитие самодеятельности общества в этом деле, могло бы оказать в указанном отношении решающее влияние.

Далее, как мы знаем, научными исследованиями доказывается, что алкоголь менее вредно действует при потреблении его с пищей а не на голодный желудок, ибо во 2-м случае его действие оказывается много более значительным, благодаря более быстрому всасыванию в кровь и благодаря известному ослаблению сопротивляемости тканей голодного организма. Ввиду этого, казалось бы, не-

обходимо теперь же изменить вообще условия продажи спиртных напитков, предоставив населению возможность одновременного потребления со спиртными напитками и пищевых продуктов.

Но и здесь является вопрос, требующий научного ответа: какие пищевые продукты и в каком количественном соотношении наилучше парализуют вредное влияние потребляемого алкоголя и, наконец, как лучше достигнуть в этом отношении наиболее желательных результатов, ибо, например, Готтенбургская система[42], по одним авторам, оказывает будто бы благодетельное влияние, а по другим — она будто бы еще развивает большее потребление спиртных напитков, которые как бы поневоле пьются вместе с пищевыми продуктами.

Далее неоднократно указывалось как на важную противоалкогольную меру, — это возможно широкое распространение безалкогольных напитков. Таким напитком, как известно, некоторыми признается чай.

Хотя не может подлежать сомнению, что чай во много раз безвреднее обычно употребляемых алкогольных напитков, но я, однако, не могу себя причислить к безусловным защитникам возможно широкого распространения чая в народе, особенно рекомендуемого между прочим проф. И. А. Сикорским. Дело в том, что, хотя и указывается последним в защиту своего взгляда доказанное школой Kraepelin'a возбуждающее влияние чая на внимание, но, во-первых, при этом не выделено влияние собственно введения в организм большого количества горячей жидкости от влияния самого чая, а, с другой — доказано наукой, что алкалоиды чая — сердечные яды в настоящем смысле слова, и нельзя даже оценить в настоящее время, в какой мере эти, несомненно, чуждые организму вещества при постоянном введении их в организм ежедневно и в значительных количествах в течение всей жизни, могут отражаться на сокращении длительности последней в той или другой мере. След[овательно], и здесь нельзя обойтись без научного освещения вопроса, ибо возможно, что чаю и кофе для общенародного употребления следует предпочесть ягодные и злачные напитки и в том числе т[ак] наз[ываемый] земляничный чай (ягодный и цветочный) и ячменный кофе, — тем более, что они легко могут быть изготовляемы и самим народом.

Несомненно далее, что в вопросе о борьбе с алкоголизмом нельзя упускать из виду социально-экономических условий, ибо развитие алкоголизма стоит в самом теснейшем соотношении с последними. Хотя и имеются отдельные авторы, признающие алкоголизм за порок, коренящийся в природе человека независимо от экономических условий (Gerkner, Jons и др.), но огромное большинство авторов рассматривает алкоголизм, как социальное зло, коренящееся в значительной мере в социально-экономических условиях и потому требующее социальных же мер борьбы. Но очевидно, что для установления соответственных мер борьбы с массовым алкоголизмом как социальным злом необходимо прежде всего изучить его коренные причины.

В этой области можно указать на целый ряд авторов, как Helenius, Hoppe, Popert, Hirschfeld, Н. Х. Озеров, Laitinen, Д. Н. Бородин, Н. И. Григорьев, И. В. Сажин и многие др., которые освещают вопрос с точки зрения соотношения алкоголизма с развитием смертности, особенно детской, сифилисом, бугорчаткой, преступностью, психозами и самоубийствами. Тем не менее для выяснения социальных причин алкоголизма в тесном смысле слова требуется еще очень много научного труда.

По словам Д. А. Дриля: «К сожалению, в этом отношении, т. е. в изучении глубоких причин массового алкоголизма, завоевания науки очень и очень ограничены. Правда, и с этой точки зрения алкоголизм изучался — здесь достаточно указать на труды Grotjahn'a, Van-der-Welde'a, Blocher'a и Landmann'a, Stehr'a».

У нас в России эти вопросы освещались докладами на бывшем Съезде по борьбе с пьянством, особенно Каспарьянцем, А. Е. Лосицким, И. В. Чернышевым и др. Этому же вопросу посвящена и недавно вышедшая работа С. А. Первушина.

Последний особенно подчеркивает недостаточность исследований в данной области.

«Мы не можем определенно сказать, — говорит автор, — какие социальные группы особенно злоупотребляют спиртными напитками: есть ли это специфическая болезнь социально обездоленных или же ею одинаково страдают и обеспеченные классы? Если справедливо последнее, то аналогичен ли алкоголизм богатых и бедных классов или же в формах, сущности и причинах того и другого замечается известное различие и какое именно, — по этому вопросу мы имеем не более, как ряд противоречивых суждений; результаты анкетных исследований, свидетельствующие о тяготении бедноты к алкоголю в России и на Западе, как будто опровергаются массовыми данными о потреблении по целым странам: наиболее богатые страны, как Дания, Франция, Бельгия, отличаются наивысшим душевым потреблением алкоголя. То же самое нужно сказать относительно социально-экономических причин его. С одной стороны, слишком много причин, с которыми одновременно ставится в связь наше следствие — социальный алкоголизм: высота заработной платы, жилищные условия, неуверенность в завтрашнем дне, число мест раздробительной и распивочной продажи и т. д., причем характер этой связи крайне неопределенный; словом, еще один шаг до признания, что социальных причин алкоголизма бесчисленное множество, а такое признание почти равносильно отрицанию возможности социального воздействия на него. С другой — все эти причино-зависимости недостаточно обоснованы, и почти каждая из них вызывает против себя целый ряд возражений».

Я намеренно привел здесь эту выдержку, чтобы рассеять странное, чтобы не сказать более, заблуждение некоторых из врачей, будто бы вопросы алкоголизма уже хорошо изучены. Оказывается между тем, что даже в наиболее существенном пункте, о значении социальных условий в развитии пьянства, взгляды авторов расходятся коренным образом. Так, по одним авторам, пьянство есть

явление общественное, обусловленное капиталистическим строем современной цивилизации и вызываемой при этих условиях нуждой наемного рабочего, тогда как по другим — именно причиной нужды является пьянство, а, след[овательно], и улучшать нужно не порядки, а людей. С другой стороны, известно, что с увеличением дохода растут и расходы на потребление спиртных напитков. Вопросы, с которыми мы здесь встречаемся, чрезвычайно сложны и, чтобы в них разобраться, необходимы возможно полные и разнообразные статистические сведения, которые для России нужно еще тщательным образом собирать, дабы подвергнуть их соответствующей обработке. Само собою разумеется, что только с всесторонним выяснением причин т[ак] наз[ываемого] социального алкоголизма и в частности алкоголизма рабочих возможна целесообразная с ним борьба. Иначе говоря, необходимо прежде всего выяснение статистическим путем и иными способами главных условий социально-экономического характера, приводящих к развитию алкоголизма в населении, чтобы иметь возможность тем рациональнее и вернее бороться с назревшим злом.

Далее известно, что в распространении алкоголизма играет известную роль и некультурность населения, а также его обычаи, ибо т[ак] наз[ываемый] «бытовой» и «обрядовый» алкоголизм или пьянство по большим праздникам, на крестинах, на свадьбах и т. п., когда пьют потому, что «так принято», «таков обычай», обусловливается ни чем иным, как народной тьмой, против чего борьба возможна только путем поднятия народной культуры и развитием народного просвещения, связанного с воспитанием. Известно, с другой стороны, как губительно отражается неумеренное распространение алкоголя среди диких народов. Говорят даже, что целые племена таких народов под влиянием алкоголя быстро вырождаются и вымирают, и потому при выяснении рациональных мер борьбы с алкоголизмом мы должны сказать: если нужно отрезвить народ, нельзя держать нашего крестьянина на положении безграмотного и невежественного дикаря, как это было до сих пор. Дайте ему побольше света, поднимите его нравственный уровень и вы убедитесь, что наряду с принятием целого ряда других мер вопрос о т[ак] наз[ываемом] бытовом алкоголизме быстро потеряет свою остроту, и самый алкоголизм в современных его формах постепенно отойдет в область преданий. Но проповедь идей трезвости, связанная с созданием здоровых интересов в населении, требует организации, которая опять-таки должна стоять в известной связи с научным учреждением, изучающим вредные последствия потребления алкоголя.

Здесь не место входить в критическое рассмотрение других мероприятий, которые предлагались против развития алкоголизма с разных сторон, и в то же время нет надобности распространяться о тех мерах, которые открываются в указанном отношении в плоскости научного предвидения, ибо это дело работы нового научного учреждения, но я не могу не сказать здесь, что та широкая отзывчивость со стороны правительства к делу научного исследования

столь важного общественного вопроса, как вопрос алкоголизма и потребления алкоголя вообще, дает возможность надеяться, что с этим вместе мы вступаем в ту эпоху нашей государственно-общественной деятельности, когда необходимость борьбы с злоупотреблением спиртными напитками и с распространением алкоголя в населении признается не одними общественными деятелями, но и лицами, власть имущими, не только делом большой государственной важности, но и таким, которое должно вестись систематически шаг за шагом, опираясь на научно доказанные факты.

Без сомнения, и до настоящего времени в различных научных учреждениях производились разнообразные и ценные по результатам исследования по влиянию алкоголя на организм; но эти исследования велись без общего объединяющего начала, обусловливаясь обычно тем, чем случайно заинтересовывался тот или другой исследователь, при том же они производились почти без всякой системы и без общего плана, что составляет существенный недостаток в отношении их практической ценности, — тем более, что эти исследования менее всего или вообще сравнительно мало касались вопросов относительно условий и первопричин, приводящих к развитию алкоголизма вообще и т[ак] наз[ываемого] социального алкоголизма в частности, вследствие чего остаются еще недостаточно выясненными до сего времени наиболее рациональные меры борьбы с алкоголизмом, как общественным и индивидуальным злом.

Между тем разрешение алкогольного вопроса есть, без сомнения, одна из важнейших социальных задач нашего времени, как справедливо говорит по этому поводу Helenius.

Вот почему призвание к жизни нового учреждения, посвященного исключительно целям здравоохранения в отношении алкоголизма, необходимо приветствовать с общественной точки зрения и можно только порадоваться тому, что столь важное и многообещающее в жизни нашей страны научное учреждение создалось в связи с Психо-нейрологическим институтом, поднявшим знамя изучения человека, изучения его личности и особенно тех ее сторон, которые возвышают человека над окружающей его живой природой.

Новое учреждение принимает на себя не менее высокую задачу оздоравливать и поднимать нравственно упавшую личность и в то же время изучать и выяснять меры общественного характера, предупреждающие нравственное падение человека, обусловленное тем, что является продуктом его же культуры, продуктом его цивилизации.

Да будет эта высокая цель нравственного оздоровления личности всегдашним знаменем нового института и пусть она служит руководящим принципом для всех его деятелей. Последним же пожелаем свято хранить это знамя и провести его из поколения в поколение, из века в век, ибо ценность человеческой жизни как ныне, так и в глубине грядущих веков, определяется лишь нравственной ее природой и деятельностью на общую пользу, на пользу всего человечества.

Об алкогольном оздоровлении[43]

Вопросы алкоголизма, как наболевшее зло, кошмарно и неотступно стоят перед глазами всякого, кто ближе знаком с его последствиями. Но как только ставится вопрос о здоровье народа ввиду страшного распространения алкоголизма, то обычно выдвигается совершенно побочная точка зрения — это сравнение с Западом. Уж такова рабская особенность русского человека, что он не может разрешить ни одного общественного вопроса независимо и самостоятельно, а всегда лишь сравнительно, и, если в этой сравнительной точке зрения может найти какой-либо утешительный для себя уголок, то уже опускает руки и даже вполне счастлив, если оказывается, что он не из самых последних. О том, чтобы быть в числе первых, конечно, не может быть и речи. «Куда уж нам!»

И вот эта сравнительная точка зрения усматривает мираж в том, что по количеству ежегодно выпиваемого спирта Россия находится в условиях будто бы более выгодных, чем некоторые страны Европы; так, известно, что душевое потребление в России всех спиртных напитков в переводе на безводный спирт лишь несколько превышает потребление в Норвегии и нашей Финляндии, но уступает потреблению в Соединенных Штатах приблизительно на 40%, в Голландии и Швеции — почти вдвое, в Австрии, Великобритании и Германии — втрое с лишком, в Дании, Италии и Швейцарии — вчетверо с лишком, в Бельгии — в 5 раз и во Франции в 7 раз[44]. Этот утешительный мираж многих решительно успокаивает, и они готовы допустить разве что борьбу с излишним потреблением вина, но ничуть не борьбу с распространением алкоголя в населении.

Однако, значит ли что-нибудь голая цифра? Она получает свое значение, лишь когда будет выяснено более точно, что собственно она обозначает? В этом отношении прежде всего нужно иметь в виду, что в России пьянство распространяется крайне неравномерно; так, наше старообрядчество и сектантство отличается в большинстве случаев трезвостью, а ведь одних старообрядцев у нас около 30 млн.; известно также своею трезвостью татарское население (около 16 млн.), конечно, не без исключений, опять же в силу религиозных воззрений; равным образом мало пьют и евреи. Если внести поправку в душевое потребление спирта, приняв во внимание трезвость массы старообрядцев, сектантов, магометан и евреев, то получим собственно для большей части коренного русского населения и для других населяющих Россию народов цифру душевого потребления алкоголя, которая должна занять, несомненно, одно из «почетных» мест в общеевропейской статистике; при этом еще не принят во внимание менее благоприятный для нас возрастной состав населения, ибо в России детей, вследствие большой рождаемости и смертности, относительно больше, чем в других странах, а ведь дети не пьют. Наконец, мы еще не приняли во внимание, сколько выпивается «кумышки», «бузы» и других крепких и крайне плохих (в смысле ядовитых примесей) алкогольных напитков, производимых тайно от взоров властей, что возможно исключитель-

но у нас и чего нельзя учесть никакими способами, а также развитое в большой степени у нас шинкарство, особенно в последнее время.

Но сравнение этим не исчерпывается. Не может подлежать сомнению, что крепость вводимого в организм алкоголя в смысле влияния его на организм имеет огромное значение. Можно считать непреложной научной истиной, что чем насыщеннее вводится в организм алкоголь, тем вреднее он действует. Речь при этом, конечно, идет собственно об отравляющем действии алкоголя, а не о таких побочных влияниях, как развитие желудочно-кишечного катара, свойственного всем вообще алкоголикам, пьющим крепкие спиртные напитки. Дело в том, что при потреблении крепкого раствора алкоголя последний, сильно раздражая самый желудок и кишечник и вызывая тем самым резкий приток крови к их стенкам, всасывается в кровь с необычайной быстротой, действуя особенно разрушительно, тогда как при более слабых растворах своевременно вводятся в действие защитные условия организма, которые в известной степени и парализуют вредное действие более разведенных порций алкоголя. В указанном отношении имеет значение сравнительное потребление водки в разных странах, в чем мы имеем решительно невыгодную статистику по сравнению с Западом. Так, если принять во внимание душевое потребление одной водки, то оказывается, что в России, например, в 1904 г. ее потребляли втрое больше, чем в Италии, в $1^1/_2$ раза больше, чем в Норвегии, почти одинаково с потреблением ее в Англии, Соединенных Штатах и Швейцарии, раза в $1^1/_2$ меньше, чем во Франции, вдвое меньше, чем в Австрии, а почти втрое меньше, чем в Дании; по статистике же Зандберга оказывается, что душевое потребление водки еще менее благоприятно для России, причем, потребление водки в ней оказывается гораздо большим, чем в Италии, Испании, Португалии, Норвегии, Великобритании и нашей Финляндии, одинаково с потреблением [в] Бельгии, Германии и Франции и раза в $1^1/_2$ меньше потребления в Дании; в последнее же время это соотношение ввиду сильного возрастания потребления водки у нас должно было измениться еще к худшему для России.

Таким образом, если принять во внимание, что наш народ имеет несчастную привилегию потреблять 40% водку, тогда как на Западе обыкновенно народы потребляют много больше виноградного вина и пива, относительный вред которых во всяком случае меньше, чем вред водки, то сравнение оказывается для нас еще менее выгодным, если даже и не принимать в расчет разницы влияния на организм вина естественного брожения и искусственной обработки. Нельзя забывать при этом, что в западных государствах крепкие напитки (ликеры, виски, коньяк, абсент) чаще всего употребляются в разведенном виде с водой или кофе, а не в цельном.

Наконец, картина нашего быта омрачается еще тем, что вследствие развития ресторанной жизни за границей крепкие напитки выпиваются большею частью не иначе, как с пищевыми продуктами и притом, вследствие климатических условий, в течение боль-

шей части года преимущественно на свежем воздухе, где имеется благоприятный газовый обмен легких, тогда как у нас водка потребляется нередко в голом виде и иногда даже на голодный желудок или же потребляется в условиях спертого воздуха жилищ, а все это усиливает вредное действие алкоголя на организм.

Отсюда ясно, почему так поражает всякого приезжего иностранца огромное количество пьяных на улицах наших городов и прежде всего столиц. Даже наш притупившийся взгляд не может не возмущаться видом пьяных, шатающихся по городским панелям и мостовым и то и дело сваливающихся в грязь, если вовремя не поддержат их спутники. Загляните по праздникам в окрайные части столицы, где к пьяным относятся городовые вообще несколько снисходительнее, и вы ужаснетесь безобразнейшим сценам у какой-либо винной лавки или трактира. Во всяком случае ничего подобного ни в одной стране встретить нельзя. Это — специфическая русская картина, с невозможной площадной бранью, дракой и буйством пьяных лиц, сопротивляющихся городовому и собирающих своим шумом уличную толпу, а в том числе и детей. А неугодно ли заглянуть в статистику градоначальства? Сколько подбирается лиц на улицах Петербурга не просто пьяных, а оказавшихся в безобразно пьяном виде? 65 000, что по расчету выходит в общей сложности 4% на всё количество жителей! Есть ли что-либо подобное в других столицах Европы?

Да что говорить о безобразно пьяных, когда в Петербурге погибает ежегодно от «опоя» по 20 чел. на 100 тыс. населения (Мендельсон), тогда как в Berlin'е таковых смертей насчитывается всего 3, в Paris'е 6, а в London'е 13.

Не лучше обстоит дело и по деревням в условиях провинциальной жизни, свидетельством чему служит огромное количество ежегодно погибающих от опоя, — свыше 1 тыс., следовательно, во много раз больше по сравнению со всеми вообще странами Европы, принимая, конечно, во внимание относительное число жителей. Достаточно упомянуть, что смертность от алкоголя у нас в 5 раз больше, чем во Франции.

Нечего говорить, что цифры погибающих от опоя еще ничуть не выражают числа лиц, погибающих от алкоголя вообще, ибо при этом не принимают в расчет ни утонувших в пьяном виде, ни насмерть убившихся вследствие падения в нетрезвом состоянии, ни погибающих от драки в пьяном виде, ни кончивших самоубийством в опьяненном состоянии, ни погибших пьяными в пожаре, часто обусловленном пьянством же, ни замерзших в пьяном виде, ни убитых от руки пьяного и, наконец, здесь нет тех, которых алкоголь убивает медленной смертью как отравитель души и тела и которые значатся умершими от тех или других болезней без указаний о происхождении этих последних от алкогольных излишеств. К сожалению, этих цифр статистика наша не дает, а они, несомненно, ужаснули бы всякого.

Кроме того, нельзя не принять во внимание лиц, погибающих духовно и нравственно от пьянства. Первых у нас ежегодно насчи-

тывается около 7500 чел[овек]. В общем можно считать, что почти $^1/_8$ всех душевнобольных выпадает на долю алкоголиков[45]. Кроме того, известно, что алкоголизм и сам по себе влияет на здоровье потомства, поражая непосредственно воспроизводительные органы, и действует на потомство путем психической заразы или подражания. Вследствие этого в семьях алкоголиков до 44% детей подвергаются алкоголизму, другие дети в большинстве подвержены тем или другим болезням или порокам и лишь немногие (меньше 20%) остаются здоровыми и то относительно. Есть основание думать, что вырождение от пьянства у нас проявляется в большей мере, чем в других странах. Что же касается преступлений, то по Kraft-Ebing'у около 50% всех преступлений совершаются под влиянием алкоголя; по Lombroso[46] в Германии — 41%, а во Франции 50% преступлений находятся в зависимости от пьянства. Около этой цифры колеблются и данные д-ров Кроля и Григорьева из нашей уголовной статистики, а также и данные Carol-Wright'a для некоторых штатов Америки; для Финляндии эта цифра определяется еще выше (Кантеле); для Франции Garnier указывает уже 65%, некоторые же авторы, как Bunge и Kröhne, цифру преступлений, совершаемых в связи с потреблением алкоголя, определяют еще выше, до 70 и даже до 80%, de Kolvillil же в работе своей, приготовленной для Bruxelles'ского антиалкогольного съезда, полагает, что в действительности цифра эта достигает 90%.

Даже потомство алкоголиков вследствие тех или других условий дает большой процент преступности. Так, по Bair'у, на 8306 преступников-пьяниц в Германии приходится от 10,5 до 34,4% родителей пьяниц.

Из вышеизложенного ясно, с каким общественным и государственным злом мы имеем дело, когда речь идет об алкоголизме в России. Ясно также, какие усилия должны быть приложены для борьбы с этим злом, для искоренения которого должны соединиться и общественные, и государственные силы, ибо оставаться пассивными в этом деле — значит облечь себя на развал на гибель.

Но когда речь идет о борьбе с алкоголизмом, то некоторыми ставится совершенно естественный вопрос, а «как же финансы?» Ведь алкоголь — источник русского бюджета, дающий сотни миллионов.

Но ставить вопрос таким образом — это значит прежде всего признать не только безнадежность «алкогольной болезни» русского народа, но и безнадежное положение русского бюджета. Между тем, если подсчитать суммы, уходящие на расширение и содержание тюрем для лиц, которые никогда не были бы преступниками, если бы не стали пьянствовать; если подсчитать число алкоголиков, которых ежегодно приходится держать в камерах для вытрезвления, в общих больницах (свыше 80 000) и в домах для душевнобольных (ежегодно обращается до 7500); если подсчитать число инвалидов, содержимых на казенный и общественный счет вследствие потери трудоспособности от пьянства и вследствие семейно-

го разорения по той же причине; если далее подсчитать, какие опустошения делает алкоголь в духовной сфере нации, увеличивая вследствие алкогольной дегенерации число психастеников и неврастеников, которые, не будучи душевнобольными, утрачивают умственную трудоспособность; если подсчитать обусловленное алкоголизмом понижение физической трудоспособности трудящегося класса, что отличает крайне невыгодно русского рабочего по сравнению с з[ападно]-европейским; если подсчитать вносимую народом ежегодную плату за спиртные напитки свыше 1 млрд. [р.], а также те экономические потери, которые терпит народ в своем хозяйстве вследствие «пропивания»[47], а равно и в фабричном производстве вследствие прогулов, похмелья и ослабления «рабочей» силы; наконец, если высчитать траты народных сил и средств на самое изготовление спиртных напитков и соответственный уход за ними до обложения акциза включительно (более 200 млн. р.), то не может подлежать ни малейшему сомнению, что распространение алкоголя в населении составляет с финансовой стороны огромный экономический минус, устранение которого привело бы к экономическому оздоровлению страны.

Все — это истины, которые должны быть известны всем и каждому, но которые, к сожалению, часто забываются. Но очевидно, что финансовый вопрос не должен служить тормозом для решения вопроса «алкогольного», ибо это значило бы не верить в экономические силы страны, не верить в возможность обойтись без «пьяного» бюджета и, следовательно, тем самым положить крест над всем, ибо безнадежный пессимизм есть начало смерти; к тому же, хотя бюджетное значение государственных доходов со спиртных напитков и представляется для России очень значительным (33% общего государственного дохода), однако в этом отношении Россия лишь немногим превосходит Соединенные Штаты Америки и Англию, доходы которых со спиртных напитков исчисляются в 27% всех государственных доходов.

Итак, вопрос об алкоголизме должен быть рассматриваем сам по себе, без киваний в сторону финансовых интересов и независимо от бюджета. В этом вопросе не должно быть и никакой «алкогольной политики», ибо нельзя же создавать «политику» на счет здоровья народа. Поэтому никак нельзя согласиться с проф. И. А. Сикорским, признающим в среднем $^1/_5$ ведра безводного спирта или $^1/_2$ ведра водки на душу населения как годовую норму, каковая будто бы «может быть допустима с научно-гигиенической точки зрения». Отбросьте из населения большинство женщин, которые пьют сравнительно мало; отбросьте всей детей до 15-летнего возраста; отбросьте затем массу старообрядцев, сектантов-трезвенников, мусульман, евреев и всех больных, лишенных возможности пить по нездоровью, и тогда окажется, что в России с «научно-гигиенической» точки зрения разрешается свободно пить значительные количества алкоголя, причем, в этом случае по проф. И. А. Сикорскому «у алкоголя будет обезврежено его ядовитое жало, и он войдет в границы бойкой и верной статьи государственных дохо-

дов — без побочных вредностей[48], на какие он способен по природе своей». Нечего говорить, что придерживаться такой «алкогольной политики» значило бы узаконить определенную «норму народного пьянства», что совершенно недопустимо ни с каких точек зрения.

Прежде всего возникает вопрос, что преследовать в борьбе с алкоголизмом: просто ли бороться с неумеренным потреблением алкоголя, или т[ак] наз[ываемым] злоупотреблением, или же бороться с потреблением алкоголя вообще? В этом отношении защитники [потребления] малых доз алкоголя склонны думать, что достаточно бороться со злоупотреблением спиртными напитками, чтобы избавиться от того зла, о котором шла речь выше. Но если даже оставить спорный вопрос о действии малых доз алкоголя, то прежде всего на практике нельзя даже определить, что признавать малой дозой алкоголя и что большой, ибо для одних лиц малая доза будет одна, а для других другая. Главное же — всем известно, что дело обычно начинается с малых доз алкоголя и что затем эти малые дозы переходят в большие. Здесь приходится считаться с общим свойством наркотических ядов: кто начинает курить с 2—3 папирос в день, тот скоро втягивается и затем переходит к 15—20 и, наконец, 40 и более папирос в день, т. е. становится завзятым курильщиком; кто начинает себе вспрыскивать морфий в малых дозах, тот, если вовремя не будет остановлен, наверное сделается морфинистом. Так же дело обстоит и с алкоголем. Здесь нужно говорить не о малых или больших дозах, а вообще о каких бы то ни было дозах, за которыми обычно следуют повторные приемы алкоголя, и человек незаметно для себя и постепенно превращается в хронического алкоголика. Конечно, дело не обходится, как и всегда, без многих исключений; но в таких вопросах, как пристрастие, привычки или развитие болезни нужно рассчитывать не на сильные характеры, которых вообще не много, а на слабые; к тому же известно, что в последнее время вследствие отчасти того же алкоголизма дегенеративность населения чрезвычайно усиливается, а для многих дегенератов, как доказано научными наблюдениями, достаточно одной выпитой рюмки, чтобы развилось непреодолимое влечение к алкоголю, и человек, который мог быть еще полезным членом общества, в конце концов становится хроническим пьяницей с последующим развитием упадка интеллектуальной и нравственной сферы и физической работоспособности. Отсюда ясно, что борьба нужна не только со злоупотреблением спиртными напитками, но и с потреблением их вообще, тем более, что борьба наполовину никогда не обещает успеха; сколько бы мифической гидре ни отрезали голов, они вновь вырастают с необычайной быстротою; только при уничтожении самой гидры можно рассчитывать на победу.

Итак, нужна коренная борьба со злом, которая в конечном своем итоге должна привести к отрезвлению населения и изъятию алкоголя из вольной продажи, к чему и необходимо всемерно стремиться в интересах оздоровления населения.

Спрашивается, осуществима ли вообще борьба с этим злом и какова вероятность успеха борьбы? На 1-й вопрос следует ответить, что для человека нет недостижимых задач, а, следовательно, раз сознан безусловный вред алкоголя и поставлена определенно задача борьбы, то результаты скажутся при дружном содействии всех общественных и государственных сил.

Примером успешности борьбы с распространением алкоголя могут служить наши непосредственные соседки, скандинавские страны, близкие нам и по климатическим условиям жизни. Пьянство в них в начале прошлого столетия процветало в неимоверной степени, ныне же это — наиболее трезвые страны в мире. По данным Laquer'a, в Швеции в начале прошлого столетия винокурня была приурочена почти к каждому дому, причем, в стране насчитывалось до 170 тыс. винокурен, т. е. по 1 винокурне почти на 14 жителей; на каждую душу населения приходилось по 23 л безводного спирта. В 1855 г. был издан закон, по которому запрещалось выкуривать меньше 5 гектолитров в день, и число винокурен быстро пошло на убыль: в 1861 году их было уже только 950, в 1900 же году всего лишь 131; вместе с тем потребление спирта сильно сократилось, и в 1855—1860 гг. было уже около 5 л на душу, а далее дошло до 3 л. В Норвегии цифры эти еще меньше и колеблются между 2—3 л [на душу] населения. Надо однако иметь в виду, что подобные результаты были достигнуты в Скандинавских государствах не только указанным законом, но и проведением в жизнь «Готенбургской» системы и других противоалкогольных мероприятий.

Но скажут: «То — Скандинавия, а у нас русская действительность с государственной монополией водки». Однако и в нашей стране, как мы видели, имеется трезвая часть населения. При том же дружная работа общественных сил не может не захватывать правительственные круги, а потому и вопрос бюджетной реформы есть лишь вопрос времени. Необходимо лишь вести борьбу с алкоголизмом планомерно, ибо это — вопрос большой и крайне сложный, не разрешимый одними лишь выкриками: «Запретить, запретить и запретить!» Лица, мнящие, что этим выкриком можно что-либо сделать, похожи на страусов, которые, скрывая свою голову в песок, воображают, что они спрятали вместе с этим и свое огромное туловище. Главная идеология этих лиц, отличающихся, к сожалению, нередко излишней шумливостью в собраниях, в сущности сводится к 2 китам: 1) к силе бумаги, именуемой законом, и 2) к полицейской власти в лице городовых и урядников, которые, очевидно, опираясь на особый шпионаж, «выслеживающий тайных производителей и продавцов спиртных напитков», настолько сами почувствуют в себе благородство противоалкогольного порыва, что будут и бескорыстны, и в то же время кротки, как голуби; а между тем даже на улицах Петербурга можно видеть иногда, как «угощаются» водкой городовые вместе с рабочими, несмотря на существование с 1900 г. закона о преследовании уличного потребления спиртных напитков. Что же говорить о провинции? Ясно,

что идеология этих господ должна привести, с одной стороны, к увеличению шпионажа, с другой — к неимоверному увеличению полицейской власти, ибо как же оберечь народ от тайной продажи по деревням, особенно в глухих местностях, как не поставив почти около каждого дома по городовому, да и то с риском, что городовой подвергнется алкогольному соблазну? Иначе ведь дело сведется к тому — что мы и имеем в некоторых Американских Штатах, — что тайный торговец вином, будучи привлечен к суду, не станет и оправдываться, а преспокойно спросит судью: «Сколько платить?» Ибо штраф его нисколько не обременит, так как с избытком будет переложен на потребителей продукта. У нас среди инородцев восточных окраин, особенно среди вотяков, как известно, распространено тайное производство и продажа «кумышки», выкуриваемой в огромном количестве, и однако, несмотря на строгое преследование закона, которое, естественно, должно было усилиться с введением государственной монополии в стране, выкуривание «кумышки» продолжается и поныне, и даже не слышно, чтобы местные суды разбирали дела о курении «кумышки». Очевидно, что эти дела, если и доходят когда-либо до внимания местных полицейских властей, то разрешаются вполне миролюбиво и полюбовно, причем, от этого полюбовного решения выкуривающий «кумышку», очевидно, нисколько не страдает, а, быть может, даже и поощряется.

Ясно, что для решения вопроса об алкогольном оздоровлении населения с целью в конечном результате достичь изъятия крепких спиртных напитков из вольной продажи, необходимо повести планомерную работу, подготовив реформу путем повсеместного отрезвления народа. Без этой планомерной работы дело отрезвления народа может быть только испорчено, как это и случилось в Америке; по крайней мере, нельзя не верить президенту Соединенных Штатов W. Taft'у, который говорит, очевидно, опираясь на опыт своей страны, что «нет ничего сумасбродного и более противного здравой критике, как издавать законы, которых соблюдение оказывается невозможным при данных условиях; это положение применимо к коренным законодательствам в области торговли крепкими напитками». Равным образом известный английский общественный деятель Chamberlan в своем отчете о путешествии в Америку замечает: «Я видел действие запретительных законодательств в Америке, которые лишь способствуют развитию пристрастия к крепким спиртным напиткам». Пример другого рода представляет собою Швеция и наша Финляндия.

Как известно, в Швеции в 1908 г. был внесен и одобрен Советом министров проект запретительного закона относительно производства и продажи крепких спиртных напитков. Почти одновременно подобный же закон был принят и финляндским народным представительством, хотя он и подвергся затем довольно существенным изменениям со стороны финляндского сената. Но и та и другая страна была подготовлена к этим законопроектам целым рядом предшествовавших мероприятий и, между прочим, широкой пропагандой идей трезвости, вследствие чего здесь эта реформа

оказалась более целесообразной, хотя все же по праздникам нетрудно видеть пьяных финнов, вывозящих водку из Петербурга[49], а в Швеции в большом распространении крепкий напиток, известный под названием «шведского пунша».

В чем же должна состоять подготовка страны к изъятию крепких напитков из вольной продажи? Как и в других случаях, «алкогольное оздоровление» должно иметь в виду, с одной стороны, меры лечебные, с другой — предупредительные, или профилактические. Первые состоят в устройстве лечебных учреждений и колоний для всех пострадавших от алкоголизма, как-то: клиник, лечебниц, убежищ, амбулаторий и рабочих колоний; вторые — в принятии всех мер, клонящихся к предупреждению развития пьянства и распространения алкоголизма, [таких] как пропаганда идей трезвости и пр., устранение алкогольной провокации и создаваемого ею алкогольного соблазна и последовательно проводимые ограничительные меры по отношению к торговле спиртными напитками при тех или других условиях и систематическое понижение крепости спиртных напитков.

Что касается врачебной помощи пострадавшему населению, то следует иметь в виду, что с устройством клинического Противоалкогольного института в С.-Петербурге этому делу, смею думать, положено прочное начало, ибо этот институт как научно-лечебное учреждение, особенно при его расширении, даст не только соответствующую помощь пострадавшему населению и, конечно, не одной только столицы, а и различных округов России; вместе с тем он создаст и необходимый кадр[50] врачей, которые ближе ознакомятся как с проявлениями алкоголизма, так и со способами его лечения, физическими и психическими (внушение, различные виды психотерапии), а главное войдут в это дело в такой мере, что признают его своим любимым делом, своей специальностью. Он даст таким образом врачей для устройства сети хотя бы небольших лечебниц и амбулаторий и вне столицы.

Устройство амбулаторий вообще недорого и можно ожидать, что отныне вместе с устройством петербургской клиники развитие амбулаторий для алкоголиков должно пойти быстрыми шагами, ибо врачи, работающие на местах внутри России, которым будет поручена организация амбулаторий для алкоголиков, могут в случае надобности путем командировки с затратой небольшого сравнительно времени ознакомиться со всеми подробностями клинического ведения дела и с методикой психотерапии.

Само собою разумеется, что на предмет врачебной помощи пострадавшему от алкоголя населению должны тратиться далеко не те убогие средства, какие отпускаются ныне. Какие затраты должны быть произведены собственно на этот предмет, а не на совершенно никому ненужные увеселения, на которые ныне тратятся большие деньги, могли бы определить совещания из представителей земств и городских управлений. Могу лишь сказать, что один врач из Ярославской губернии (А. А. Голосов) в 1905 г. на съезде психиатров определил, что если бы траты правительства на выше-

указанный предмет возросли до 3% общего дохода с акциза, то этого оказалось бы достаточным, чтобы убежища, дающие приют для вытрезвления пьяниц и для лечения как коечных, так и амбулаторных больных, были устроены не только во всех городах губернии, но даже и в крупных фабричных и торговых селах. Полагаю, что не грех было бы у нас отпускать и больший процент отчисления акциза на культурные цели, связанные с отрезвлением народа. Эта мера не была бы и новой для России, ибо в других странах отчисляется определенный, причем, гораздо больший, чем в России, процент из дохода, получаемого государством от продажи спиртных напитков на устройство учреждений по борьбе с пьянством: в Швейцарии и Америке, например, отчисляется 10%, в Норвегии 20% и т. д. К тому же эта мера при настоящем деле отнюдь не обременила бы государственного казначейства, ибо налог на акциз всегда служит источником борьбы с народным пьянством и он может быть соразмерно возвышен ничуть не в ущерб здоровью населения, как он возвышается прогрессивно во всех других странах, причем, например, в Англии акциз на спиртные напитки вдвое превышает наш акциз. Чем дороже алкогольный напиток, тем, очевидно, он менее доступен для населения; подешевление же этого продукта, как показывает история с «дешевкой» или так наз[ываемой] «сивухой» в период акцизной системы, сильно содействует распространению алкоголя в населении и оказывается прямо гибельным для его здоровья.

Необходимо иметь в виду, что устройство лечебных пунктов и амбулаторий достигает не только осуществления помощи пострадавшему населению, но и существенно важно потому, что вместе с этими лечебными пунктами прививаются населению и правильные взгляды относительно алкоголизма и вреда алкоголя, вообще путем развития в народе сведений относительно алкоголизма, путем распространения в народе сведений относительно необходимости и возможности излечения от пристрастия к алкоголю и широкого распространения идей трезвости и воздержания.

Нельзя при этом забывать, что около таких лечебных пунктов обычно устраиваются и должны устраиваться благотворительные общества трезвости, поддерживающие морально, а в случае надобности и материально излечившихся алкоголиков, и в то же время служащие к распространению идей трезвости в населении.

Но пропаганда идей трезвости должна вестись всеми возможными способами, следовательно не только врачебными учреждениями при лечении алкоголиков и обществами трезвости, но и в школах низших, средних и высших, а также публичными лекциями, изданиями, показательными выставками и пр. Бывший съезд практических деятелей по борьбе с пьянством, как упомянуто, согласно моему предложению, уже вынес постановление ходатайствовать перед всеми ведомствами, имеющими учебные заведения, а также перед всеми земскими и городскими установлениями о том, чтобы в подведомственных им школах были организованы курсы или беседы об алкоголизме и вреде алкоголя вообще с соответствующими

предъявлениями, имеющие целью распространение идей трезвости. Само преподавание от этого нововведения, отчасти уже осуществленного в школах Франции, Америки, Швейцарии и некоторых других стран, не может пострадать, ибо в высших школах это может быть осуществлено путем небольших частных необязательных курсов для всех желающих, в средних учебных заведениях — на уроках гигиены и на беседах школьного врача в свободные от уроков часы, в низших народных и городских школах — путем бесед учителей со своими учениками вне официальных классных занятий или также в свободные от уроков часы.

Эта повсеместная организация школьной пропаганды идей трезвости не только передастся широкой волной в население и вместе с тем оздоровит в отношении алкоголизма саму учащуюся молодежь, т. е. ослабит, если не устранит, т[ак] наз[ываемый] «школьный алкоголизм». Если бы все учреждения отнеслись серьезно, а не просто формально к этому ходатайству, то распространение идей трезвости сильно подвинулось бы вперед.

Равным образом распространение идей трезвости может быть достигнуто и широким распространением церковной проповеди. В этом отношении установление определенного дня, где во всех церквях, костелах, кирках и других молитвенных домах раздавалась бы проповедь о вреде алкоголизма, могло бы оказать немалую помощь в смысле распространения идей трезвости.

Без сомнения, могут быть и другие пути для пропаганды идей трезвости, частью уже указанные выше, через общества трезвости, народные театры, читальни, печатные издания, публичные лекции и пр., и всеми этими путями необходимо широко воспользоваться, ибо укрепление идей трезвости имеет, вообще говоря, громадное предупредительное значение в смысле ограничения распространения алкоголизма в населении: некоторые его формы, как «бытовой» алкоголизм, коренящийся в народных обычаях (питье по праздникам, на свадьбах, на крестинах и пр.), а также крайне распространенный в среднем классе населения т[ак] наз[ываемый] «буржуазный» алкоголизм (питье за завтраком и обедом и вообще за едой) могут быть искоренены, главным образом, путем распространения идей трезвости и вреда, наносимого алкоголем здоровью.

Затем должна быть решительно устранена путем закона явная провокация [употребления] спиртных напитков, теперь применяемая везде и всюду: ныне куда бы вы ни вошли из бойких общественных мест, везде встретите, как нарочно, самый «отъявленный» соблазн; так например, на станциях железных дорог, в садах, на гуляньях и пр. (о ресторанах, гостиницах и т. п. заведениях и говорить нечего) выдвигается на первый план выставка разного рода спиртных напитков с целью завлечения посетителей. Эти выставки могли бы быть просто удалены законом с глаз публики во избежание совершенно ненужного соблазна, и этим самым все же была бы в известной мере ослаблена пропаганда самого пьянства.

Далее, существенное значение имеет борьба с «социальным» алкоголизмом в широком смысле этого слова, между прочим, путем

ограничения продажи спиртных напитков как в отношении времени, так и в отношении мест продажи (запрещение продажи спиртных напитков в праздники и накануне их, в местах общественных и народных собраний, закрытие продажи спиртных напитков с определенного часа и т. п.). Здесь должна быть выработана строгая система, опирающаяся на статистические данные и проводимая со строгой последовательностью и систематичностью.

Другие меры борьбы с социальным алкоголизмом требуют еще более полного научного освещения; пока же при неразработанности вопроса мы путаемся в противоречивых данных: с одной стороны, такие страны, как Франция, Бельгия и Дания отличаются наивысшим душевым потреблением алкоголя и это как-будто связывает алкоголизм с достатком населения, с другой — имеются не менее положительные [факты], говорящие о тяготении бедного населения к алкоголю. Даже в местах, пораженных голодом, спиртные напитки, как известно, потребляются в большем размере, чем обыкновенно. С другой стороны, по одним [данным], алкоголизм поддерживается высокой заработной платой, по другим — неуверенностью в завтрашнем дне, обездоленностью населения и неблагоприятными жизненными условиями или т[ак] наз[ываемым] пауперизмом[51], тогда как иными авторами не без основания принимается, что и самый пауперизм обусловливается в значительной мере алкоголизмом. Мы даже окончательно не знаем, распространен ли алкоголизм более среди обездоленных классов населения или среди более зажиточных?

Та же неясность существует и насчет влияния образования и культуры на развитие пьянства. С одной стороны несомненно, что такие явления, как «бытовой» алкоголизм, представляют результат некультурности страны, с другой — известно, что в странах и местностях наиболее образованных пьют не меньше, а пожалуй, даже больше. Очевидно, что для правильной и коренной борьбы с таким социальным бедствием, как алкоголизм, необходимо еще всестороннее и внимательное изучение вопроса, которое должно вестись планомерно и систематически.

Но, не дожидаясь научного выяснения многих из вышеуказанных вопросов в борьбе с социальным алкоголизмом, необходимо кроме вышеупомянутых мероприятий, озаботиться введением мер, служащих к охране условий трудящегося класса населения, поднятием его материального благосостояния и просвещением народных масс в смысле предоставления им духовной, неразвращающей пищи. С другой стороны, необходимо ныне же широко предоставить населению проявить свою самостоятельность в отношении ограничения алкоголизма путем осуществления своих прав в отношении закрытия торговли спиртными напитками. Особую пользу может оказать здесь думский законопроект, устанавливающий в этом отношении права женщин на участие в постановлениях о закрытии торговли спиртными напитками. Необходимо однако указать на существенное несовершенство нынешнего закона, дающего право закрытия одновре-

менно лишь всех вообще мест продажи спиртных напитков, следовательно, водочных и пивных и каких бы то ни было. Очевидно, что, если населению не представляется возможности оставить с закрытием водочной лавки хотя бы временно пивную, то при недостатке в селах и деревнях вообще мест, играющих роль деревенских клубов, наподобие например деревенских народных домов в Финляндии, многими обществами будут неохотно выноситься постановления о закрытии продажи спиртных напитков.

Одновременно с этим должна быть проведена реформа с понижением крепости водки без понижения акциза. Уже выше упоминалось, что, чем крепче алкоголь вводится в организм, тем он разрушительнее на него действует, а потому с этой мерой медлить нельзя. Но, конечно, понижение должно производиться не на 2%, согласно сделанному предложению в Гос. Думе, а хотя бы на первое время довести водку приблизительно до той крепости, какой она была ранее, т. е. до 25%.

Нечего опасаться, что наш русский крестьянин или рабочий, как утверждают некоторые, видит в известной степени опьянения своего рода цель и, таким образом, вместо 1 рюмки будет в этом случае пить 2, вследствие чего упомянутая реформа будто бы сведется лишь к большему опустошению кармана обывателя. Если этому мнению и можно придавать некоторое значение, то лишь по отношению к алкоголикам, уже приучившим себя к определенной степени опьянения. Но нельзя забывать, что ошеломляющее влияние крепкой водки на всякого новичка, особенно из дегенератов, вводит в потребление такие порции алкоголя, которые с необычной быстротой делают его алкоголиком; а между тем, более, чем очевидно, что в деле «алкогольного оздоровления» предупреждать развитие алкоголизма имеет гораздо больше значения, чем поддерживать интересы старых алкоголиков. Само собою разумеется, что с течением времени нужно будет иметь в виду и дальнейшее понижение крепости спиртных напитков, как о том я говорил и на 1-м Всероссийском съезде по борьбе с пьянством.

Необходимо далее всемерно поощрять распространение безалкогольных и малосодержащих алкоголь напитков, как квасы, мед, брага, сидр, домашнее пиво, различные фруктовые воды, безалкогольные виноградные напитки, земляничный и другие чаи, ячменный кофе и т. п. Практика выработает, конечно, при существовании спроса многочисленный ряд шипучих и иных напитков, приятных на вкус, но лишенных алкоголя или с ничтожным его содержанием, которые постепенно и войдут в обиход народа. Однако с продажным пивом нужна большая осторожность, и поощрение его распространения в народе с точки зрения здоровья, ввиду его относительной крепости, во всяком случае недопустимо. Наконец, в деле борьбы с алкоголизмом нельзя не принять во внимание полезности улучшения жилищных условий трудящихся масс, а также устройства дешевых столовых, чайных, т[ак] наз[ываемых] народных домов, ресторанов без продажи

спиртных напитков и рабочих клубов с библиотеками и со здоровыми развлечениями, но опять-таки без продажи спиртных напитков, наподобие английских рабочих клубов, примкнувших к общему союзу, т[ак] наз[ываемому] Workingmen's Club and Institutes Union.

Путем вышеуказанной планомерной работы в течение ряда лет мы, естественно, подойдем к тому, чтобы запретительная система могла быть введена и у нас по примеру Швеции, Финляндии и Исландии с расчетом на ее успех; при этом, конечно, энергичная борьба должна быть направлена и против развития шинкарства. Необходимо, конечно, со всеми этими мерами торопиться, чтобы и в этом вопросе не оказаться в хвосте других держав, к чему мы, русские, имели всегда особую склонность.

Для успешного же проведения в жизнь разнообразных мер борьбы с алкоголизмом необходимо, чтобы были привлечены к делу местные общественные силы, а для финансирования различных мероприятий, сообразно выяснившейся действительной потребности, выделялся соответственный кредит из доходов с алкоголя, определяемый законодательными учреждениями. Без этих 2 условий дело борьбы с алкоголизмом будет, как до сих пор, сводиться, с одной стороны, к бесплодным и бесчисленным разговорам и спорам в разных обществах, комиссиях и съездах, с другой — к небольшим отпускам средств на те или другие противоалкогольные начинания, которые без общей планомерной работы окажутся лишь в роли обособленных мелких убежищ в огромном море народного пьянства.

Алкоголь и эпилепсия [52]

Как известно, в происхождении эпилептических заболеваний господствующее значение имеют процессы интоксикации, независимо от того, будет она внешнего или внутреннего происхождения. Особую важность в этом отношении имеет алкогольная интоксикация, которая создает многочисленные и сложные сочетания между эпилептическими и алкогольными заболеваниями.

Эпилептические состояния при алкоголизме выражаются в форме алкогольной эпилепсии — в обыкновенной ее форме — и в виде алкогольного абсанса, поздней алкогольной эпилепсии, вызываемой не столько прямой интоксикацией, сколько органическими изменениями центральной нервной системы на почве хронического алкоголизма, в форме наследственной эпилепсии алкоголиков и, наконец, в форме скрытой эпилепсии, протекающей под видом дипсомании.

Прежде чем перейти собственно к алкогольной эпилепсии, вызываемой прямой интоксикацией, уместно упомянуть о примыкающих сюда явлениях в форме судорог у младенцев в тех случаях, когда кормящие их мать или кормилица злоупотребляют спиртными напитками или просто не воздерживаются от алкого-

ля в период кормления. Так, Périer описывает случай конвульсии у ребенка, мать которого в неумеренном количестве потребляла спиртные напитки, будто бы с целью поддержать здоровье. H. Meunier описал аналогичный случай, в котором пьянствовала кормилица. Подобные же наблюдения приводят Vernay, Charpentier, Soltmann, Combe и др.

Частота эпилепсии алкогольного происхождения определяется с таким разнообразием, что, как справедливо отмечает R. Mignot, для нее трудно установить средние цифры: в то время как Bucelli находит на 100 алкоголиков не более двух, страдающих эпилепсией специфического интоксикационного происхождения, уже Magnan et Bouchereau считают их 5 или 8, а Kraft-Ebing — 10, Fürstner — 31, Westphal — 33, Moeli — 36, Echeverria — 38, а Степанов даже 46. По данным Galle, не менее 15% алкоголиков страдают эпилепсией; с другой стороны, Neumann считает, что, по крайней мере, 33% эпилептических заболеваний прямо или косвенно вызывает алкоголизм. Bourneville же указывает, что из 100 детей идиотов и эпилептиков 41 были алкоголиками.

В эпилептических страданиях играет, кроме того, первостепенную роль алкоголизм предков и наследственный алкоголизм. Данные авторов относительно того, как часто алкогольное вырождение выражается эпилепсией потомков, опять-таки очень различны. Müller-Schürch, определяя эти колебания между 7,9% и 70%, сам в своей работе, написанной в Zürich'e, отмечает в 34 из 100 случаев эпилепсии алкоголизм родителей. Ковалевский наблюдал в этиологии эпилепсии алкоголизм в 60%. Bezza находил, что алкоголизм играет роль наследственного или индивидуального этиологического фактора в 50% дегенеративных психозов и особенно эпилепсии. Pratti установил, что алкоголизм родителей обусловливает наследственную эпилепсию по крайней мере в 32% всех случаев эпилепсии.

Надо принять также во внимание, что эпилептики, подобно всем дегенератам, очень склонны к отравлению нервными ядами, а следовательно и алкоголем, и что алкоголь, как отмечает Salgo, вызывает учащение припадков, а последние нередко сопровождаются повреждениями черепа, влекущими за собою в свою очередь повышенную чувствительность к алкоголю. Все эти данные говорят об исключительно тесной связи между эпилептическим неврозом и алкоголизмом всех типов, в которой еще предстоит разобраться.

Вопрос еще осложняется тем, что существуют переходные состояния между алкоголизмом и эпилепсией, требующие особенно тщательного распознавания, например, случаи дипсомании, переходящей в абсанс; случаи эпилептического ступора, развивающегося в связи с алкогольным бредом, некоторые случаи так называемого патологического опьянения и, с другой стороны, случаи значительного расширения сосудов, вызываемого исключительно алкогольной интоксикацией, сопровождающиеся эпилептическими припадками. Эпилептические симптомы исчезают од-

повременно с улучшением[53] болезни сердца, что и позволяет говорить Smith'у о кардиальной форме эпилепсии алкогольного происхождения.

Соотношения между алкогольной интоксикацией и эпилепсией уже издавна были предметами внимания почти всех авторов, писавших об этой болезни. Шведский ученый Magnus Huss, исследуя в начале XIX столетия алкогольное вырождение, ошибочно полагал, что воздержание способно обусловить возвращение эпилептических припадков. Еще в 1818 г. Percy et Laurent посвятил ivresse convulsive отдельную статью в Dict. des sciences méd. Paris. Тем не менее, несмотря на обширную литературу, вопрос об алкогольной эпилепсии нуждается еще в специальной разработке.

Что касается взрослых, то алкогольная интоксикация может явиться причиной возникновения эпилепсии, которая, как отмечает W. R. Gowers, впоследствии может повторяться с каждым новым алкогольным эксцессом. Сама эпилепсия может проявляться в тех же формах, что и эпилепсия иного происхождения, т. е. в форме grand и petit mal, в форме ночной эпилепсии, в форме так называемого абсанса и т. д. Некоторые примеси к спиртным напиткам, как например, сивушного масла, салицилового альдегида, фурфурола, настойки аниса, содержащейся в абсенте, ликера из персиковых косточек, можжевеловой водки и др. особенно способствуют их судорожному влиянию. Это вредное влияние абсента со времени известных работ Magnan'a рассматривалось многими авторами с различными результатами. В частности, эпилептическое влияние olei absenthi, имеющего особо резкое действие, было обнаружено д-ром Данилло и затем Мейером, занимавшимся в Казани у профессора Бехтерева.

Различными примесями можно объяснить и особо вредное действие плохих сортов спиртных напитков, приготовляемых некоторыми племенами, живущими в России: кумышки у вотяков, бузы у кавказцев и др. Все эти примеси могут вызывать эпилептический приступ при первом же опьянении, тогда как чистый этиловый спирт обычно вызывает эпилепсию лишь при долговременном потреблении, хотя все же возможны единичные случаи развития падучего приступа после случайного однократного злоупотребления алкоголем (Dagonet, Drouet, Magnan, Bucelli, и др.). Равным образом и некоторые условия, в которых происходит неумеренное потребление спиртных напитков, имеют существенное значение в происхождении конвульсивных состояний. Специальные исследования подтверждают известное из обыденной жизни наблюдение, что потребление смесей различных спиртных напитков вызывает особо тяжелые формы опьянения и нередко в судорожной форме.

В своей известной работе Bratz обстоятельно устанавливает условия, которые особенно способствуют развитию этой в строгом смысле алкогольной эпилепсии и указывает на ее отличительные признаки. Первый признак обнаруживается большею

частью после особенно интенсивного пьянства и по преимуществу в классической форме большой эпилепсии; впоследствии же припадки могут протекать в виде epilepsiae mitioris, причем, они исчезают в периоды воздержания от спиртных напитков, в особенности в условиях больничного лечения, и неуклонно повторяются при новых рецидивах алкогольных излишеств. Являясь большей частью ранней формой, эпилепсия в этом случае наблюдается преимущественно у лиц с ясным наследственным отягощением, обычно не сопровождается психическими расстройствами в периоды абстиненции, и по-видимому, даже в случае долголетнего существования не переходит в другие формы эпилепсии. Само собою разумеется, что у лиц, страдающих этой формой эпилепсии, наблюдается ряд симптомов, обычных для хронического алкоголизма.

Таким образом, алкогольная эпилепсия является по преимуществу токсической эпилепсией и ее приходится считать, главным образом, эпилептическим проявлением хронического, а в более редких случаях и острого алкоголизма у предрасположенных лиц. Между прочим, Joffroy полагал, что у дегенератов с пониженной способностью сопротивления вредным моментам может образоваться патологическая склонность к судорогам, проявлению которой особенно способствует алкоголизм.

Эти соображения указывают, что в случаях алкогольной эпилепсии надо обратить преимущественное внимание на алкоголизм, который прежде всего требует своего лечения и притом в специальной обстановке. В этих условиях, согласно указаниям Fürstner'a, Wosinski'oro и других, нужно систематическое лечение в закрытом лечебном учреждении, где больной мог бы оставаться долгое время при наличности продолжительного воздержания от спиртных напитков. В этих видах надо пожелать увеличения числа лечебниц для стационарного лечения алкоголиков. Так, в основанном по инициативе профессора В. М. Бехтерева институте по лечению и изучению алкоголизма и функционирующем не более полугода уже пришлось наблюдать несколько случаев алкогольной эпилепсии [54].

Если указанная категория больных вместе с дипсоманами в виду необходимости лечения алкоголизма должна находиться на излечении в лечебных заведениях для алкоголиков и в обособленных для алкоголиков отделениях других больниц, то другая группа больных, где эпилепсия является в позднем периоде привычного алкоголизма как следствие обусловленных им органических изменений в центральной нервной системе, должна находиться в специальных лечебных заведениях для эпилептиков, ибо, не отличаясь по существу от обыкновенной формы эпилепсии, она сопутствуется большею частью артериосклеротическими изменениями, другими явлениями алкогольной дегенерации и, что главное, она уже не исчезает под влиянием воздержания.

Что касается наследственной эпилепсии, развивающейся в потомстве алкоголиков, то здесь мы имеем дело с обык-

новенной эпилепсией, появляющейся часто уже в раннем детстве в виде детской эклампсии или так называемого родимчика прорезывания зубов или в период случайных острых кишечных расстройств у детей и при повышении у них температуры тела, хотя в иных случаях эта эпилепсия может проявляться в более позднем возрасте в критические периоды, как например, в период полового развития, у девушек в период первых менструаций. Так как эта эпилепсия характеризуется только своей этиологией, в остальном же по клиническим проявлениям ничем не выделяется от других форм эпилепсии, то мы и не будем на ней останавливаться.

Алкогольный абсанс, синонимами которого являются алкогольный транс (Hoppe, Crothers, Корсаков), алкогольный сомнамбулизм (Lenz, Magnan, Мержеевский, Кузнецов и др.), представляет собою временное помрачение сознания у алкоголиков (Moeli). При этом во время самого припадка происходят действия и произносятся слова с немотивированными, иногда нелепыми поступками и странными заявлениями с последующей полной или частичной амнезией. Хороший пример такого состояния можно найти в статье Bénou et Froissart, описавших больного, который под влиянием злоупотребления алкоголем испытал неудержимое стремление к блужданию и, предприняв бесцельное путешествие, подвергся целому ряду приступов дромомании с последующей амнезией и, наконец, имел припадок насильственного блуждания с патологическим стремлением к убийству под влиянием болезненной ревности. Souques и Crothers описали случаи амбулаторного автоматизма в сочетании с дипсоманией.

Случай Мержеевского (Вестн. психиатрии) заслуживает внимания в другом отношении. Дело идет об алкоголике полицеймейстере, служившем в Сибири, который во время алкогольного транса едва не повесил несколько крестьян, которые спаслись только благодаря случайности. Дело восходило до Медицинского Совета, в котором было установлено, что в данном случае дело шло об алкогольном абсансе. Само собою разумеется, что описаны и другие случаи алкогольного абсанса, но мы на них не останавливаемся.

В литературе одно время выдвигался вопрос о самостоятельности алкогольного абсанса как особого вида патологических проявлений алкоголизма, ибо встречаются случаи, где алкоголизм сопутствуется проявлением абсанса, причем, никаких других симптомов эпилептического невроза не обнаруживается (д-р Кузнецов и др.). Однако нельзя не принять во внимание, с одной стороны, доказанное ныне целым рядом наблюдений влияние алкоголизма на развитие эпилептического невроза вообще, а, с другой стороны, тот факт, что алкогольный абсанс не содержит в себе ничего специфического по сравнению с обыкновенным эпилептическим абсансом и, наконец, то обстоятельство, что случаи чистого алкогольного абсанса со временем могут осложняться настоящими падучими приступами. Все это заставляет признать,

что алкогольный абсанс представляет собою проявление эпилептического невроза и по существу есть не что иное, как эпилептический абсанс, который лишь проявляется в период алкогольных эксцессов. В подтверждение сказанного говорит и то, что с прекращением последних обычно прекращаются и приступы абсанса.

Заслуживает особого внимания вопрос о дипсомании и отношении ее к эпилепсии.

В начале XIX столетия два врача, работавших в Москве, Salvatori и Bruhl-Cramer выделили как особую форму алкоголизма неудержимое периодическое стремление к потреблению спиртных напитков. С тех пор многочисленные работы точно выяснили симптоматологию и течение этого заболевания, которое в настоящее время большинством авторов обособляется от алкоголизма. Одни считают его за импульсивный психоз, развивающийся на почве дегенерации, почему, например, Régis допускает наряду с алкогольной дипсоманией вообще целый ряд дипсоманий по отношению к искусственным ядам — морфийную, этерильную [эфирную], кокаинную, хлораловую, гашишную и т. д.; с другой стороны, весьма распространен взгляд современной немецкой школы (Kraepelin, Aschaffenburg, Gaupp и др.), считающей запой скрытой эпилепсией, эквивалентом ее.

Мы полагаем однако, что в сложном соединении болезненных картин, объединенных названием алкогольной дипсомании, вышеупомянутый взгляд должен применяться с известным ограничением. По этому поводу уместно вспомнить слова Cramer'a: «Патогенез болезни весьма разнообразен». В тех случаях, в которых на первый план выступает помрачение сознания и ясно выраженное нарушение воспоминаний, можно согласиться с гипотезой Gaupp'a в том смысле, что тут мы имеем дело с эпилептическим заболеванием, но, с другой стороны, ряд наблюдений по данным проф. Бехтерева дает возможность отметить формы дипсомании, которые развиваются как последствие обыкновенного хронического алкоголизма и в которых последний, проявляясь первоначально в виде обыкновенного пьянства, лишь постепенно переходит в дипсоманию, причем, никаких указаний на эпилептический невроз не имеется.

В этих в общем довольно нередких случаях больной, раньше пивший часто или почти ежедневно, но вообще беспорядочно, впоследствии получает потребность пить периодами более или менее длительными, после которых он, как бы пресытившись, воздерживается от вина на некоторое время, а затем снова наступает период более или менее длительного пьянства. Со временем приступы запоя обычно сокращаются, а также и светлые промежутки. Надо заметить при этом, что ни в одном из периодов пьянства не обнаруживается ни помрачения сознания, ни каких-либо расстройств, сходных с проявлениями эпилептического невроза. Мы думаем поэтому, что вопрос о дипсомании и отношении ее к эпилепсии требует еще всестороннего и тщательного изучения.

Упомянем здесь же еще только о случаях патологического опьянения, которые могут напоминать собою проявления эпилептического невроза. Как известно, у дегенератов, а также иногда у лиц, перенесших травму, алкогольное опьянение выражается не в обычной форме, а протекает с явно патологическими чертами, при этом в некоторых случаях дело идет о состояниях крайней раздражительности, переходящей при том или другом внешнем поводе в патологический аффект с дезориентировкой и последующей амнезией.

Однако, если у больного нет других проявлений эпилептического невроза, нет оснований относить эти случаи к последнему.

Тем не менее имеются случаи алкогольной эпилепсии, при которых равным образом возможны состояния, сходственные с патологическим аффектом. Но кроме бывающих время от времени проявлений эпилептического невроза (судорожные приступы petit mal и пр.) отличием эпилептического абсанса от простого патологического аффекта может служить в некоторых, по крайней мере, случаях бо́льшая длительность дезориентировки в окружающем и более длительная амнезия. Здесь нельзя не упомянуть также, что отношение между алкоголем и эпилепсией характеризуется, между прочим, тем, что по общему признанию авторов, потребление алкоголя всегда усиливает и учащает приступы падучей у эпилептиков.

В предыдущем мы кратко обозрели целый ряд эпилептических состояний, вызываемых алкогольной интоксикацией. Если мы можем предположить, что причины стремления к постоянному отравлению обусловливаются развивающейся дегенерацией, способ воздействия алкоголя на нервную систему, дающего в результате или эпизодические приступы собственно алкогольной эпилепсии, или периодические приступы обычной, приобретенной вследствие долговременных излишеств алкоголиков, а равно и наследственной эпилепсии, остается еще не вполне выясненным.

Давно известно, что длительная интоксикация алкоголем вызывает патологические изменения во внутренних органах, в особенности в печени, в почках и других железах.

У некоторых лиц нарушение выделительных функций или скопление отравляющих организм продуктов, наверное, вызывает склонность к конвульсиям и алкогольную эпилепсию (приобретенную эпилепсию потаторов). Бехтерев наблюдал случай эпилепсии в связи с увеличением размеров печени, в которых этот орган еще более увеличивался каждый раз перед развитием эпилептических приступов. С другой стороны, почечное заболевание в виде нефрита, вызванного скарлатиной или какой-нибудь острой инфекцией, часто приводит к развитию судорожных приступов эклямптического характера, которые с течением времени переходят в настоящую эпилепсию.

Но этих изменений для объяснения происхождения различных форм эпилепсии, конечно, недостаточно. Следует обратить

внимание и на систему органов с менее изученными функциями, а именно: группу желез внутренней секреции. Исследования последних, как патолого-анатомические и экспериментальные, так и клинические показывают, что они не остаются неизмененными при душевных и нервных болезнях. С особым постоянством, по-видимому, обнаруживаются эти изменения при эпилепсии и алкоголизме и даже развиваются в обоих случаях в одном и том же направлении параллельно. Между прочим, исследованиями Henri Claud'a et Schmiergeld'a была установлена наличность патологических изменений в щитовидной железе и в паратиреоидных железах при эпилепсии. При эпилепсии же отмечены Benigni изменения в надпочечных железах, а Schmiergeld нашел изменения в железах внутренней секреции при хроническом алкоголизме.

Изменения в щитовидной железе при алкоголизме были найдены еще de Quervain'ом и Sarbach'ом. Aubertin наблюдал изменения в надпочечных железах животных, отравленных в целях эксперимента абсентом. В 1910 г. поражения щитовидной железы и надпочечников были найдены на вскрытии у лиц, страдавших алкоголизмом, Петровым; им же [аналогичные изменения] были воспроизведены опытным путем на животных, подвергнутых тому же отравлению. Здесь нельзя также не упомянуть об очень интересном явлении, отмеченном Parhon'ом. Исследуя вес щитовидной железы при различных душевных заболеваниях, он установил наименьший по сравнению с нормой ее вес как раз при алкоголизме и эпилепсии.

С другой стороны известно, что экспериментальное удаление паратиреоидных желез приводит к развитию эпилептических приступов. В этом отношении заслуживает внимания наблюдение больной в клинике Бехтерева, которой в Уфимской губернии была сделана неудачная операция удаления зоба, по-видимому, закончившегося воспалительным процессом, вследствие чего остатки щитовидной железы так же, как и паратиреоидные железы, погибли. В результате развились явления характерной кахексии с вялостью и ослаблением памяти и соображения и с развитием эпилептических приступов. Применение тиреоидина существенно облегчало состояние больной, прекращая признаки, которые вновь возвращались в отсутствие приема этого средства. Случай этот кончился летально и при вскрытии было подтверждено полное отсутствие щитовидной и паратиреоидных желез. Известно, что паратиреоидный синдром и по экспериментальным данным сопутствуется большею частью психическими изменениями и развитием эпилептических приступов.

Собственно, уже эти данные намечают путь дальнейших интересных исследований, при которых следует изучать [препараты желез] под микроскопом [и выявлять морфологическое] состояние всех желез внутренней секреции у животных, отравленных хроническим введением алкоголя. Необходимо обратить внимание на состояние желез внутренней секреции также у умерших алкого-

ликов, страдавших эпилептическими проявлениями. Мы думаем вообще, что центр тяжести в патогенезе алкогольной эпилепсии следует искать не столько в микроскопических [структурных] изменениях мозга (которые, по Alzheimer'у, будто бы отсутствуют для этого вида эпилепсии, но, вероятно, могут быть открыты со временем), а в изменениях желез внутренней секреции и, в числе прочих — паратиреоидных желез; изменения же мозга при этом, кроме характерных изменений, свойственных вообще хроническому алкоголизму, могут обусловливаться уже вторично аутоинтоксикацией и различными нарушениями мозгового кровообращения, наступающими во время эпилептических приступов.

Ввиду этого необходимо подробно исследовать в упорных случаях алкогольной эпилепсии влияние железистой опотерапии, которая получила уже применение при неврастении и с успехом начинает применяться и при эпилепсии (Siegmund, Gordon). Пока же при неразработанности этих методов лечения в различных формах алкогольной эпилепсии приходится пользоваться установленными для обыкновенной эпилепсии методами лечения при полном устранении алкоголя из употребления и возможном устранении его впоследствии. Обычно при алкогольной эпилепсии мы пользуемся микстурой Бехтерева, состоящей из сердечных [средств] (Adonis vernalis или digitalis) с бромидами в соединении с кодеином или дионином и natrium bicarbonicum и мышьяковистыми препаратами, всего лучше в форме впрыскиваний, возвышая дозы первой до прекращения приступов. Кроме того, существенную пользу оказывает при лечении молочная и растительная диета при ограничении в пище соли (по Toulous'у). Лечение по P. Flechsig'у большими дозами опия с последующим назначением брома при алкогольной эпилепсии мы рекомендовать не можем иначе, как в клинической обстановке. Однако польза этого метода лечения не может быть признана безусловной.

Что касается опоцеребрина, применение которого в последнее время предлагается вместе с мышьяком в форме арсено-церебрина, то в наших руках он оказывался полезным лишь в очень ограниченном числе случаев против собственно раздражительности и других клинических проявлений алкогольной эпилепсии, и то не иначе, как при одновременном употреблении вышеуказанной микстуры из сердечных [средств], бромов и кодеина с natrii bicarbonici. Отдельно же — случаев излечения алкогольной эпилепсии одним опоцеребрином мы не знаем.

Мы думаем далее, что в отношении алкогольной эпилепсии желательна более детальная разработка вопроса путем статистических исследований об отношении к ней алкоголизма в зависимости от потребления обычного алкоголя и алкоголя с различными вредными к нему примесями. При этом особенно интересно также выяснить более детально путем статистики вопрос не только о частоте эпилепсии, развивающейся в потомстве алкоголиков, но и в особенности о частоте эпилепсии детей, зависящей от алкоголизма обоих родителей — матери и отца.

Далее мы полагаем, что, хотя и имеются в настоящее время исследования ряда авторов относительно судебно-медицинского значения алкогольной эпилепсии (Мержеевский, Laurent, Scholze, Gelma и мног[ие] др.), но ввиду частоты преступлений, совершаемых алкоголиками в состоянии опьянения, желательно выяснить новыми изысканиями степень влияния эпилептического невроза, осложняющего алкоголизм, на частоту и характер преступлений, совершаемых алкоголиками.

Резюмируя сказанное, можно формулировать следующие выводы.

1. Под общим наименованием «алкогольной эпилепсии» объединяется целый ряд эпилептических состояний, развивающихся на почве острого и, главным образом, хронического алкоголизма: среди них можно различать алкогольную эпилепсию, развивающуюся под влиянием острого опьянения как более редкую форму, и эпилепсию, развивающуюся на почве органических изменений, обусловленных привычным пьянством как более частую форму, затем эпилептический алкогольный абсанс и некоторые формы дипсомании, которые соответствуют скрытой эпилепсии. Кроме того, надо иметь в виду, что злоупотребление спиртными напитками у кормящих грудью матерей может также обусловить развитие судорожных припадков у детей, и что при наследственном или ином предрасположении уже однократное опьянение может вызывать эпилепсию, которая с воздержанием от спиртных напитков обычно прекращается.

2. Все эти формы представляют собой проявления настоящего эпилептического невроза и вместе с некоторыми особенностями в течении выделяются от обыкновенных форм эпилепсии клинической и этиологической связью их [с] алкоголизмом.

3. Отношение дипсомании к эпилептическому неврозу требует еще тщательного изучения, ибо не все формы дипсомании могут быть рассматриваемы как проявление эпилептического невроза.

4. Если необходимо признать, что злоупотребление алкоголем нередко является причиной эпилептического невроза, то еще гораздо чаще мы наблюдаем, что потребление алкоголя усиливает и учащает припадки существующей уже эпилепсии и вызывает развитие явных приступов эпилепсии в тех формах дипсомании, которые соответствуют скрытой эпилепсии.

5. Алкогольная эпилепсия, в форме ли обычной падучей или эпилептического абсанса, являющаяся прямым следствием алкоголизма, равно как и указанные формы дипсомании, должны лечиться в учреждениях, специально приспособленных для алкоголиков; приобретенная же эпилепсия привычных пьяниц может лечиться в общих психиатрических или еще лучше в специально назначенных для эпилептиков учреждениях.

6. Желательны более подробные статистические и клинические исследования сложных соотношений алкоголизма и эпилепсии, а также необходимо более детально выяснить специальное судебно-медицинское значение алкогольной эпилепсии.

7. Необходимо направить изучение алкогольной интоксикации и при алкоголизме, и при эпилептических состояниях алкоголизма на путь исследования желез внутренней секреции и прежде всего исследовать их изменение как анатомические, так и функциональные у животных, экспериментально подвергнутых хроническому отравлению алкоголем.

В заключение приведем материал из наблюдений, которые встретились нам в Клиническом алкогольном институте за короткий период его существования.

1. Больной К-ий А., 36 лет, помощник начальника тюрьмы. Происходит из неблагополучной в нервно-психическом отношении семьи; мать злоупотребляла спиртными напитками, тетка со стороны отца была душевнобольной. В детстве имел ушибы головы.

В детстве получал вино с 12 лет. Систематически стал пить со времени поступления на службу после 20 лет в обществе сослуживцев. В последние два—три года стал пить в течение нескольких дней подряд (от 7 до 10), по окончании таких периодов пьянства воздерживался от неумеренного потребления спиртных напитков недели 2—3. Поступил на излечение 18 сентября. Зрачки неравномерны. Исследование на реакцию Wassermann'a дало отрицательный результат. Имел 7 припадков эпилепсии в зависимости от злоупотребления алкоголем с 1909 г. Первый был в начале 1909 г. после периода усиленного пьянства и почти внезапного его прекращения, второй в конце того же года. Следующие три случились в 1910 г.: из них два в один день. Всем этим припадкам предшествовали несколько дней особенно интенсивной алкоголизации и наступили они после внезапного возвращения к воздержанию. В 1912 г. — 2 припадка, происшедшие при тех же условиях, из них последний в августе. Припадки с типичными симптомами — пеной на губах, судорогами, полной потерей сознания, ушибами, последующими сном и амнезией; тем не менее не всегда давали картину эпилептического приступа ко всей его полноте.

2. Больной А-кин А. Я., 42 лет. Купеческий сын. Происходит из семьи с благополучной наследственностью. Женился [в возрасте] 37 лет, детей не имеет. Пить стал с 18 лет. Злоупотребляет спиртными напитками в резкой степени с 30 лет. До 35 лет пил не меньше 1 стакана водки в день, с 35 лет стал выпивать по бутылке ежедневно, а в течение последнего года дошел до двух бутылок водки в день. Лет 8 тому назад имел во время путешествия в поезде припадок с полной потерей сознания и последующим сном. Припадок случился после продолжительного и усиленного злоупотребления алкоголем и, по словам больного, на всех случайных спутников произвел определенное впечатление «черной болезни», т. е. эпилепсии. Больше припадков не имел.

Поступил 18 августа. Кроме алкоголизма лечился от диабета.

3. Больной В-ов П. М., 40 лет. Торговец. Относительно алкоголизма имеет наследственное отягощение: все 5 братьев матери в резкой степени злоупотребляли спиртными напитками и умерли от последствий неумеренного алкоголизма. [В возрасте] 28 лет женился. Имеет 4 детей; у дочери был в течение короткого времени паралич глазодвигательного нерва. В течение 12 лет страдал геморроем. До 22 лет ничего не пил. После коротких периодов злоупотребления алкоголем с 30-летнего возраста стал пить постоянно. Иногда выпивал до двух бутылок водки в день. С 35 лет оставил пьянство на 2 года. Последние 3 года пил с особой интенсивностью. Имел 3 припадка: первый в 1909 году с incontinentia urinae и с последующим сном. Второй— в 1910 году, который опять сопровождался недержанием мочи и после — припадочным сном. Третий произошел 15 октября этого года. Всем трем предшествовал период особо неумеренного пьянства и все три наступали после внезапного перерыва пьянства и 2—3 дней воздержания. Лечился с 30 октября.

4. Больной П-в М. И., 45 лет. Купец. Судовладелец. Происходит из семьи с отягощенной наследственностью. Алкоголизм у родных отмечается

в двух поколениях. Пили дед со стороны отца и сам отец. Мать умерла от туберкулеза. Отец больного имел свою винную лавку. и он уже с детства мог наблюдать разнообразные сцены пьянства. Пить стал рано, с 13 лет. До 23 лет выпивал не больше полбутылки еженедельно, с 23 до 30 [лет] пил ежедневно до 2 бутылок водки, в последующие 10 лет больной пил непрерывно и уверяет, что в иные дни доходил до 4 бутылок водки в день и даже больше. В последние 5 лет пьет не меньше 2 бутылок ежедневно. 20 лет тому назад женился; из 4 детей двое умерли, в настоящее время дочь страдает эпилепсией. Имел лет 15 назад сильный ушиб головы. Зрачки неравномерны. Реакция Wassermann'a отрицательна. Всего имел 5 припадков алкогольной эпилепсии: 14 лет тому назад, после того как прервал свое злоупотребление спиртными напитками, тянувшееся до этого в течение 4 лет, имел 3 припадка в течение года. Четвертый [припадок] имел после 3 дней воздержания от алкоголя, на которые решился лет 10 тому назад. Пятый случился в апреле этого года тоже после прекращения злоупотребления алкоголем.

Припадок всегда начинается ощущением блеснувшей молнии, носит типичный эпилептический характер, сопровождается прикусыванием языка, недержанием мочи и последующей амнезией.

5. Больной Б-м Л. В. Германский подданный, 37 лет. Происходит из здоровой семьи. Родился слабым, раннее развитие совершалось с задержками — поздно стал ходить и говорить. Гимназии не кончил. Переменил целый ряд занятий и мест, служил аптекарским учеником, матросом на частном немецком судне, надсмотрщиком над рабочими на фабрике, последние 3 года провел у брата, ничем не занимаясь. Перенес много болезней, между прочим, 3 раза уретрит и один раз — мягкий шанкр.

Пить стал с 19 лет. Во время службы во флоте уже злоупотреблял спиртными напитками — пил пиво, грог, виски и т. п. В течение 5 последних лет стал пьянствовать по нескольку дней подряд, между этими приступами не пьет в течение 2—8 мес. За последние 2—3 года вообще пьянеет легче, чем раньше, и больше страдает в периоды опьянения, главным образом, от расстройства сердечной деятельности. Дважды лечился от delirium tremens.

В 1903 г. имел один припадок epilepsiae majoris со всеми его типичными признаками. Припадок наступил днем внезапно; начался обычным криком, сопровождался прикусыванием языка и судорогами. После припадка спал, чувствовал себя разбитым и ничего о нем не помнил. Припадок возник к вечеру первого дня воздержания после периода необычайно сильного пьянства. Больше не повторяется.

Лечился с 10 августа. Увеличение gl. thyreoideae. Имеются симптомы Graefe и Stellwag'a. На подбородке рубец — след ушиба во время припадка.

6. К-в С. Н. Губернский секретарь в отставке, 40 лет. Происходит из семьи с весьма отягощенной наследственностью со стороны отца: прабабка, дядя и тетка злоупотребляли алкоголем, со стороны матери дядя тоже был алкоголиком. Мать нервная женщина. Братья и сестры больного отличаются нервностью. В детстве перенес многие болезни, свойственные этому периоду. В зрелом возрасте болел уретритом и малярией. В возрасте 7 лет перенес травму—его переехала телега. Пить спиртные напитки стал с 20 лет, злоупотреблять ими с 30 [лет], в особенно резкой степени — за последние 3 года. Пил водку и пиво. В январе 1912 г. у больного впервые появились эпилептические припадки. Всего их было 7. Последний случился 21 февраля.

Припадки появились через день или через два после злоупотребления алкоголем. По своим проявлениям припадки носили характер большой эпилепсии с инициальным криком, фазами клонических и тонических судорог, появлением пены у рта, прикусыванием языка, с послеприпадочным сном и последующей амнезией.

Поступил в клиническое отделение института 7 апреля.

7. Больной сын зажиточного крестьянина, 21 года, С-в И. М. В возрасте 8 лет после испуга, вызванного пожаром, появился первый судорожный припадок. В 14 лет больной стал пить пиво, с этого времени у него припадки стали повторяться. В 17 лет, когда больной уже стал напиваться допьяна

припадки у него бывали раза 2—3 в месяц. В 1909 г. лечился в течение 4 мес в больнице, где все время воздерживался от алкоголя. В этот период у него был всего 1 припадок. В 1910 г. у него было 30 припадков, в 1911—23 припадка и в 1912—10 припадков. Поступил в клиническое отделение Института 6 октября 1912 г.

Последний случай не вполне подходит под определение алкогольной эпилепсии, так как дело идет о молодом субъекте, у которого первый припадок эпилепсии возник в детстве; впоследствии же эпилепсия у него возобновилась с того времени, как больной стал пить спиртные напитки, причем, частота припадков увеличивалась параллельно со злоупотреблением алкоголем.

Алкоголизм и борьба с ним [55]

Предисловие

Алкоголизм является таким социальным злом, которое трудно вообще переоценить. Наряду с проституцией и сифилисом, тесно связанными с тем же алкоголизмом, последний является гнусной язвой на нашем социальном теле, получившем ее в наследие от царского периода. Советскому Союзу предстоят гигантские усилия, чтобы залечить эту язву, преодолеть и раздавить то чудовище, которое в народе именуется «зеленым змием».

Как везде и всюду, и здесь борьба с этим социальным злом возможна лишь путем самодеятельности населения, а эта самодеятельность может выявиться лишь после того, как населением Союза ясно будет осознан и усвоен тот вред, который наносит организму человека алкоголь — этот губительнейший и коварнейший из всех ядов. Вот почему, встречаясь как врач в течение многих десятков лет почти на каждом шагу с тяжелыми последствиями алкоголизма и ведя с ним посильную борьбу, я охотно принял предложение выпустить небольшую популярную брошюру по борьбе с алкоголизмом.

В составлении брошюры оказал мне содействие Л. М. Кантор.

В. Бехтерев

Алкоголь

Широкой волной разлилось по нашей стране пьянство. Пьют все, «кому не лень»: здоровые и больные, мужчины и женщины, взрослые и дети. Пьют на праздниках, на свадьбах, вечеринках, именинах, похоронах, для аппетита, для согревания, освежения, пьют потому, что так принято и т. д. и т. д. Население по причине этого беднеет, нищает, физические и моральные силы разрушаются, создавая большую угрозу нашему потомству. И это заставляет кричать всем, кому дороги интересы общества, интересы будущего поколения, интересы социалистического строительства: «Остановитесь! Не натягивайте лука выше меры!»

На спиртные напитки население тратит многие сотни миллионов рублей. Довоенная статистика указывает, что в 1902 г. в

России было выпито 68 млн. ведер водки, в 1907 г. — 85 млн. ведер, а в 1912 г. — 96 522 429 ведер сорокаградусного спирта или 2 413 068 сорокаведерных бочек. Для покупки этой водки население России затратило более миллиарда рублей.

Сюда не относится вино, пиво и др[угие] алкогольные напитки, которых выпивалось чудовищное количество.

Мы, правда, сейчас по-видимому еще не достигли довоенного уровня в отношении пьянства. Но увеличивающееся с каждым годом потребление спиртных напитков ясно указывает, что мы имеем в лице пьянства серьезного и опасного врага нашего общества. Потребление одного только пива в Ленинграде в 1923 г. увеличилось на 100% по сравнению с 1922 г., а процент пьяных, задержанных милицией, также растет с каждым годом. Так, с 1 августа по декабрь 1924 г. милицией было задержано 6296 пьяных, за 1925 г. — 21 048, а за 1926 г. — 94 791.

В 1923 г. в деревнях Советской России было выкурено на самогон 200 млн. пудов хлеба, а в Ленинграде, где самогон не имеет хождения, рабочие многих заводов тратят на спиртные напитки иногда от шестой до третьей части своего заработка.

Многие, сравнивая количество потребляемых алкогольных напитков у нас и за границей, приходят к особо мрачным выводам. По статистике довоенного времени душевое потребление спиртных напитков в России значительно меньше, чем в Соединенных Штатах Америки, Англии, Франции, Германии, Бельгии, Дании, Голландии, Италии, Швеции и др[угих] странах, иначе говоря, по количеству потребляемого алкоголя Россия стоит на одном из последних мест в мире. Казалось бы, все обстоит благополучно. Но в действительности это мираж, обман. Принять указанное сравнение с зарубежными странами — значит закрывать глаза на фактическое положение вещей.

Прежде всего нужно иметь в виду, что в России (не в пример другим странам) пьянство распространяется крайне неравномерно. Из числа пьющих нужно исключить старообрядцев, сектантов, магометан, а в некоторой степени [—] мало пьющих евреев. А ведь одних старообряцев у нас насчитывается около 30 млн., татарского населения — свыше 16 млн. Если принять это во внимание, то мы получим картину, крайне невыгодную для сравнения России с другими странами.

Сравнение этим не исчерпывается. Наукой точно установлено, что чем насыщеннее, крепче алкоголь, тем вреднее он действует на организм. Дело в том, что крепкий раствор алкоголя, сильно раздражая желудок и кишечник и вызывая тем самым резкий приток крови к их стенкам, всасывается в кровь с необычайной быстротой, действуя особенно разрушительно, а при более слабых растворах алкоголь не имеет такого вредного действия. Если сравнить нашу страну с Западом в отношении крепости потребляемого алкоголя, мы увидим, что душевое потребление водки [в] дореволюционной России значительно превышало

потребление [в] Италии, Испании, Норвегии, Англии, Португалии и некоторых других стран[ах]. Таким образом, наш народ или по крайней мере значительная его часть, имея несчастную привилегию потреблять сорокаградусную водку, находится в гораздо менее благоприятных условиях, чем народы Запада, которые, главным образом, потребляют виноградное вино и пиво, вред от которых, во всяком случае, меньший, чем вред от водки.

Вообще говоря, слабые алкогольные напитки, особенно же напитки естественного брожения, не влекут за собой столь пагубного развития пьянства. Это объясняется, главным образом, тем, что вследствие разведения алкоголя в большом количестве воды отравление никогда не может воздействовать так остро, как при потреблении крепких спиртных напитков. Хотя и прежние меды, пиво и квасы могли опьянить человека, но при них действие алкоголя умерялось большим разведением в воде, вследствие чего защищался прежде всего желудок от катаральных поражений и не отравлялись в резкой мере ни мозг, ни сердце.

Одно дело — количество потребляемого алкоголя, а другое — способы его потребления. При нашей малокультурности сплошь и рядом у нас практикуется питье водки целым стаканом, часто без закусывания и даже на голодный желудок. А в этом случае алкоголь действует много более вредно, нежели при потреблении такого же количества при других условиях. Конечно, большая разница, будет ли потребление алкоголя происходить в сильно разбавленном виде и маленькими порциями или же алкоголь принимается в более крепком виде и большими порциями за раз.

Наконец, вследствие климатических условий спиртные напитки за границей выпиваются преимущественно на свежем воздухе, где имеется благоприятный газовый обмен легких, тогда как у нас напитки потребляются в спертом воздухе жилищ, чем еще более усиливается вредное действие алкоголя на организм.

Лучшим доказательством сугубо тяжелого положения России в отношении пьянства являются данные о количестве смертей от опоя. По количеству скоропостижных смертей от опоя Россия всегда шла впереди других стран. В одном только Петербурге в довоенное время скоропостижно умирали от опоя до 200 человек ежегодно, а в 1911 г. эта цифра возрастает до 444, по всей же России число смертей от опоя составляло от 3200 до 5000 в год. В то время как во Франции, где душевое потребление алкоголя выше [чем в] России в семь раз, приходится на 1 млн. населения 11,5 смертей от алкогольного опоя, в России на 1 млн. населения приходится свыше 55 смертей. В Петербурге в довоенное время ежегодно погибало от опоя по 20 человек на 100 тыс. населения, тогда как в Берлине таковых смертей насчитывается всего 3, а в Париже — 6.

Таким образом, несмотря на то, что в России в общем выпивается меньше алкоголя, чем в других государствах Европы, положение нашей страны крайне тяжелое и совершенно не может идти в сравнение с государствами Европы.

Корни пьянства

В чем же причина такого широкого распространения алкоголя? Эту причину надо искать в прежних социально-экономических условиях. Крайне тяжелые условия жизни трудящихся при царизме явились главной причиной развития массового пьянства. Физическое переутомление в труде, плохое питание, плохие жилищные условия, неуверенность в завтрашнем дне, тяжелые моральные условия вследствие правительственной репрессии и всего, вообще, капиталистического строя заставляли искать возбуждения и обманчивого успокоения в алкогольных напитках, которые, действительно, временно устраняют гнетущее настроение. Еще при царизме, в 1912 г., мы писали: «Длинный рабочий день и недостаточная заработная плата не могут обеспечить хорошую производительность стране, простой рабочий народ для блага страны нуждается в улучшении быта во всех отношениях и в том числе в предоставлении трудящемуся люду здоровых духовных и физических развлечений, о чем обыкновенно мало думают или же вспоминают только в периоды проявления народного недовольства. Вот почему, в целях алкогольного оздоровления народных масс, необходимо всемерно стремиться к сокращению рабочего дня, поднятию заработной платы, просвещению народных масс, улучшению жилищных условий и предоставлению народу здоровой духовной пищи, что может быть достигнуто устройством народных клубов без продажи спиртных напитков, распространением спорта, физических упражнений и других здоровых развлечений» [(рис. 1)].

Но могут сказать: ведь теперь все указанные причины уже изжиты, и приняты всевозможные меры к улучшению бытовых условий и просвещению трудящихся масс. Охрана труда во многих случаях у нас поставлена лучше, чем в капиталистических странах. Рабочий день сокращен до нормального уровня. Гнет капиталиста и помещика давно устранен. Жилищные условия значительно улучшены, и принимаются все меры к дальнейшему их улучшению. Питание улучшается с каждым годом. Театры и все прочие виды искусства обращены на служение пролетариату и крестьянским массам. Сеть народных клубов и изб-читален развернута во всех рабочих поселках и деревнях. Сотни, тысячи спортивных и шахматных кружков разбросаны по всем рабочим окраинам. Число трудовых школ по сравнению с довоенным [их количеством] значительно увеличилось. Чем же объяснить при описанных условиях развитие у нас пьянства в настоящее время, правда, еще не достигшего довоенного уровня?

Все дело в том, что пьянство является вековым злом, оно пустило глубокие корни в нашем быту и породило целую систему диких питейных обычаев. Эти обычаи требуют питья и угощения при всяком случае — по праздникам, на крестинах, на свадьбах, на похоронах и т. д. Пьют потому, что «так принято», «таков обычай». И этот так называемый «бытовой» алкоголизм, распростра-

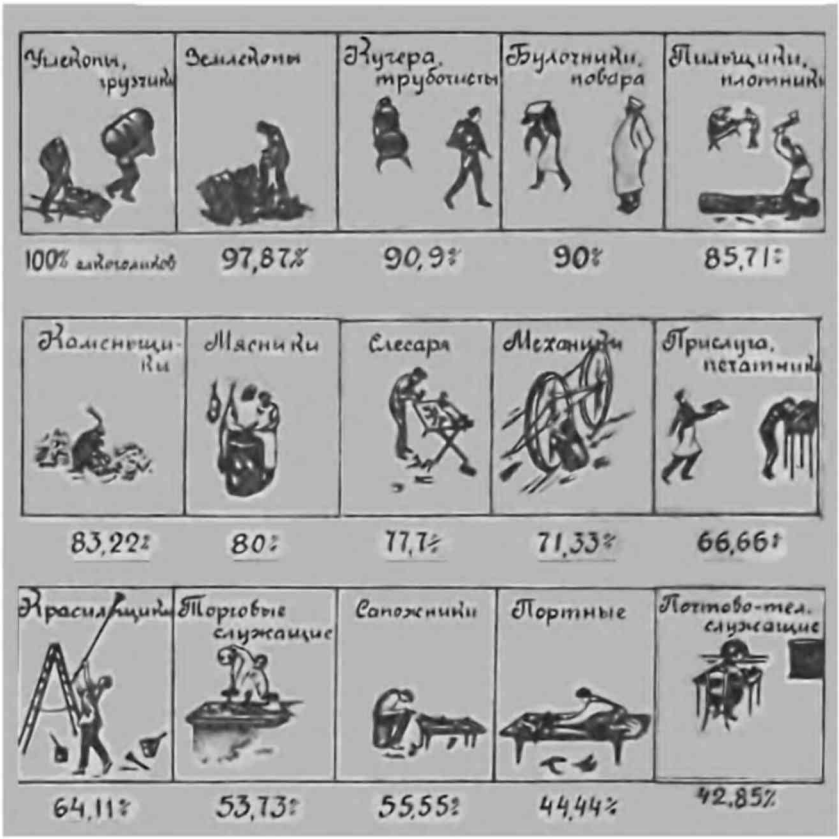


Рис. 1. Связь алкоголя с тяжестью профессий. 100% для углекопов и грузчиков показано в целях сравнения.

няясь, как зараза, передается от одних к другим, из поколения в поколение. Произведенные подсчеты о причинах пьянства показали, что в 75 случаях из 100 пьянство порождается питейными обычаями, влиянием товарищей и т. п. Если к этому прибавить укоренившийся «буржуазный» алкоголизм (питье за обедом и вообще за едой), то станет понятным, почему алкоголизм и с изменением внешних условий не может быть сразу вычеркнут из обихода.

Притом же главная причина развития алкоголизма заключается в нашей некультурности, в полном неведении, что в действительности из себя представляет алкоголь. Обычно думают, что спиртные напитки подкрепляют силы, согревают, придают бодрость и т. п., а наука доказала как раз обратное. Даже после умеренной выпивки работа мускулов ослабевает, и в то же время качество работы понижается. Точно так же научные исследования доказали, что спирт не согревает, а, наоборот, охлаждает челове-

ка: выпивший скорее простуживается и скорее замерзает в стужу, чем трезвый. Равным образом, целый ряд ученых своими исследованиями доказали, что потребление спиртных напитков отражается неблагоприятно на умственной работе, которая всегда слабеет.

Наконец, рассмотрим вопрос о той бодрости и подъеме настроения, которые создает алкоголь. Спиртные напитки, действительно, с особенной легкостью на некоторое время устраняют мрачное, гнетущее настроение. Это свойство алкоголя облегчать и устранять гнетущее настроение и объясняет нам ту притягательную силу, которой обладает алкоголь для многих людей. Но тут-то и сказывается коварство этого мнимого целителя. Оказав временное благоприятное влияние на настроение, алкоголь проявляет свою притягательную силу с поразительной настойчивостью, особенно для человека, живущего в неблагоприятных жизненных условиях. А так как вследствие привычки приходится со временем еще увеличивать порции алкоголя для получения того же эффекта, то дело естественным путем доходит до злоупотребления. Отсюда ясно, почему алкоголь, этот коварный искуситель и великий обманщик, влечет человека к постоянному потреблению, постепенно переходящему границы умеренности.

Здесь мы наталкиваемся на вопрос, задаваемый многими, даже образованными людьми: почему Советское правительство разрешило свободную продажу спиртных напитков? Уже в период затянувшейся мировой войны при запрете продажи вина началось изготовление самогона по деревням. Затем после гражданской войны Советская власть, победив на всех фронтах, вернула себе винодельческие районы: Крым, Кавказ и др. Позднее вместе с НЭП'ом народился потребитель, а в деревнях с заменой продразверстки продналогом размножился самогонщик крестьянин. Противоалкогольный фронт был таким образом прорван, и Советская власть в целях борьбы с самогоном принуждена была допустить сначала продажу легких напитков — пива и вина. Но эта мера не прекратила самогонокурения. В общем статистика насчитывает до 8% всех крестьянских дворов, занимавшихся самогонокурением с числом до 1 млн. зарегистрированных самогонных заводов (а сколько незарегистрированных!). Между тем известно, что самогон еще более вреден, чем очищенные спиртные напитки: самогон заключает в себя большое количество крайне ядовитого вещества — сивушного масла, почему самогон часто называют «сивухой».

Таким образом, запретительный закон о продаже спиртных напитков был совершенно парализован самогоном. Для того, чтобы остановить разливавшееся по стране море самогона, власть и вынуждена была выпустить в продажу повышенный градус спиртных напитков, сначала до 25%, а затем и до 40%. Отсюда ясно, что свободная торговля спиртными напитками допущена потому, что со стороны трудящихся масс предъявляется большое требование на крепкие спиртные напитки.

Алкоголь — яд

Что дает человеку алкоголь? Кроме горя и несчастий — ничего. Разрушение организма, ослабление нравственных сил, экономическое истощение, развитие преступности в виде хулиганства, убийства и т. п., смерти от опоя, самоубийства и прочее — вот те несчастья, которые несет человеку алкоголизм.

Алкоголь является ядом для всякого живого существа — растений и животных. Доказано, что для человека, непривычного к алкогольным напиткам, уже одна бутылка чистого спирта или две с половиной бутылки водки являются смертельной дозой. Даже малые дозы алкоголя оказывают, как выяснено исследованиями, вредное влияние на умственные способности человека.

Алкоголь действует разрушающе на все части человеческого организма. Желудок, кишки, печень, кровеносные сосуды, сердце, мозг, почки — все страдают от употребления алкоголя. Рассмотрим вкратце, какое губительное влияние имеет алкоголь на отдельные части организма.

Как известно, спиртные напитки обжигают во рту. Изо рта они попадают в глотку, а затем в желудок, где происходит подобное же обжигание. Обожжение слизистой оболочки желудка вызывает ее воспаление с кровоизлияниями в ней, желудок расширяется и постепенно развивается болезнь, называемая катаром желудка. На почве катара желудка появляется изжога, тошнота, рвота, боли под ложечкой, желудочные [кровотечения][56], а, как последствие, малокровие. Аппетит человека зависит, как известно, от пищеварения. При неправильном же пищеварении не может быть нормального аппетита, а спиртные напитки, как показывают наблюдения, хотя и возбуждают аппетит, как всякие острые вещества, но сильно затрудняют пищеварение; отсюда понятно, почему у пьяниц обычно не бывает аппетита.

Через стенки желудка и кишок алкоголь попадает прежде всего в печень. Печень, как известно, вырабатывает желчь для пищеварения и образует гликоген (род сахара) для мышц. Проникая в печень, алкоголь расстраивает ее правильную работу. Сначала под влиянием раздражающего действия алкоголя печень увеличивается в своем объеме, подвергаясь перерождению, но с течением времени она начинает уменьшаться, сморщиваться, желчь попадает не в кишечник, а в кровь, развивается желтуха, и в результате затруднений и застоя венозного кровообращения в животе — брюшная водянка. Наконец и недостаток выработки гликогена приводит к слабосилию, понижению мышечной энергии и физической трудоспособности.

Почки также сильно страдают от спиртных напитков [(рис. 2)]. От ядовитого действия алкоголя, вводимого в кровь, почки раздражаются и возбуждаются к усиленной работе, вследствие чего количество выделяемой мочи увеличивается, происходит в конце концов воспаление почек. У хронических алкоголиков под влиянием долгого потребления спиртных напитков работа поражен-

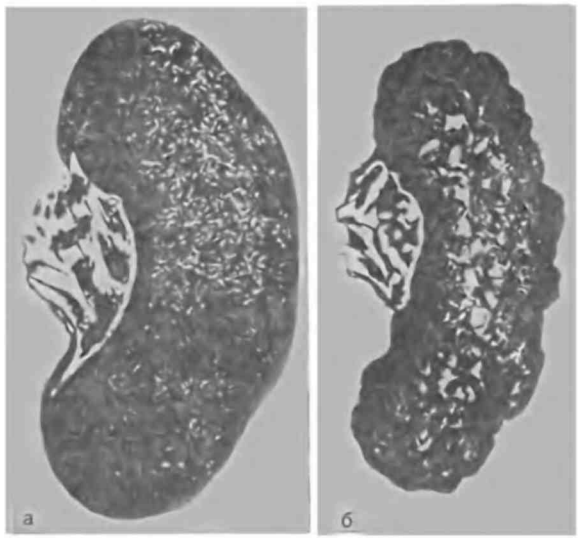


Рис. 2. [Влияние алкоголя на почки]
[а — почка здорового человека; б — почка алкоголика]

ных хроническим воспалением почек совершенно расстраивается. Моча не может выделяться из организма, и часто наступает смерть от общего отравления организма ядовитыми веществами, которые у здорового человека обычно удаляются через почки.

Кровь дает питание всем составным частям человеческого тела. Красные кровяные шарики захватывают из воздуха, вдыхаемого легкими, необходимый для жизни газ — кислород. Под влиянием алкоголя красные шарики крови уменьшаются в своем объеме, сморщиваются, и потому они уже не в состоянии приносить тканям нормальное количество кислорода, вследствие чего нарушается тканевой обмен веществ, соответственное питание тканей и правильное развитие организма. И белые кровяные шарики, как известно, защищающие нас от всяких попавших в тело заразных микробов, под влиянием алкоголя ослабевают, делаются малоподвижными и им становится не под силу вести борьбу с живой заразой в организме. Отсюда понятно, почему алкоголики чаще болеют заразными болезнями и значительно тяжелее их переносят, нежели трезвенники.

Дыхательные пути также подвергаются резким изменениям под влиянием алкоголя. Алкоголь замедляет дыхательные движения и уменьшает количество воздуха, поступающего через легкие, что существенно нарушает газообмен. Вследствие постоянного раздражения гортани, дыхательного горла и бронх[ов], появляются сиплый голос, одышка, кашель. Тяжелые формы поражения легких — обычное явление среди хронических алкоголиков.

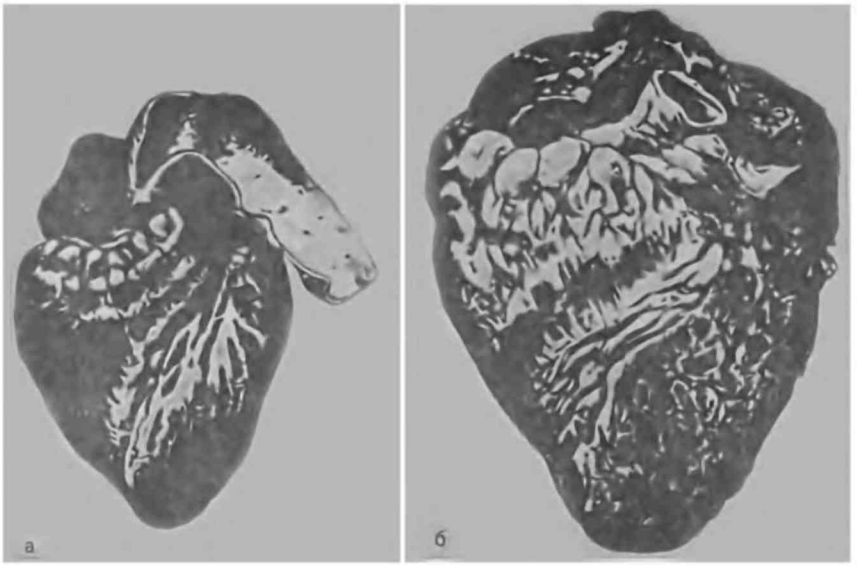


Рис. 3. [Влияние алкоголя на сердце]
[а — сердце здорового человека; б — сердце алкоголика]

Больше всего от алкоголя страдают сердце и мозг — главные наши органы, без которых мы не можем жить ни одной минуты. Сердце человека работает непрерывно с момента рождения до самой смерти. Оно бьется от 70 до 80 раз в минуту, и во время каждого удара, состоящего из его расширения (диастолы) и сокращения (систолы), оно вбирает притекающую к нему со всего тела кровь и выгоняет ее по выходящим от него кровеносным сосудам. В течение суток сердце делает свыше 100 тыс. ударов. Под влиянием алкоголя сердечная мышца и питающие ее сосуды перерождаются [(рис. 3)], нормальная работа сердца расстраивается, кровь начинает проталкиваться значительно медленнее и сила ударов пульса уменьшается. Следствием расстроенной работы сердца является ряд болезненных явлений: одышка, кашель, сердцебиение, отеки на ногах, водянка.

Под влиянием алкоголя резким изменениям подвергается также головной мозг, его сосуды и мозговые оболочки [(рис. 4)]. Доказано, что даже малые дозы алкоголя ослабляют умственные способности. При хроническом потреблении алкоголя сосуды мозга, как и все прочие сосуды, перерождаются, оплотневают, перестают быть эластичными. Спиртные напитки вызывают между тем переполнение сосудов мозга кровью, в результате чего и вследствие недостаточной эластичности сосудов часто происходят кровоизлияния, влекущие за собой мозговой удар. Вследствие изменений, происходящих под влиянием хронического отравления алкоголем, в мозговой ткани и клетках у хронических алкоголиков часто наступает белая горячка, острое умопомешательство, которые сопро-

Рис. 4. Алкоголизм — причина паралича.

а — мозг здорового человека; б — употребление алкоголя вызывает заболевание кровеносных сосудов и переполнение их; в — при дальнейшем употреблении алкоголя поврежденные кровеносные сосуды разрываются, и кровоизлияние в мозг вызывает паралич.

вождаются устрашающими галлюцинациями, буйствованием и мучительной бессонницей. Кроме того, хронический алкоголизм является благоприятной почвой для развития других форм сумасшествия. Вследствие этого между алкоголизмом и числом душевных заболеваний существует прямое соотношение. По статистическим данным число душевнобольных, болезнь которых находится в соотношении с потреблением алкоголя, колеблется по меньшей мере от 30 до 40% всего вообще числа душевнобольных. Между прочим, на примере России можно видеть, как с повышением количества потребляемого алкоголя увеличилось количество душевнобольных. Так, в 1912 году в психиатрические больницы поступило 9130 душевнобольных — алкоголиков, а в 1913 году — 10 210. Запрещение же спиртных напитков в 1914 г. понизило резко число душевнобольных: в 1914 г. их поступило в больницы 6300, в 1915 г. — 911, а в 1916 г. их совершенно не поступало. В последующие же годы с развитием [потребления] самогона и с допуском продажи спиртных напитков вновь начинает резко возрастать число душевнобольных, появившихся на почве алкоголизма. Нельзя забывать также, что алкоголизм существенно отражается на жизнеспособности организма, вследствие чего алкоголики обыкновенно проявляют преждевременное одряхление организма и не доживают до того возраста, до которого способны доживать люди непьющие. Вместе с тем, ослабленная жизнеспособность алкоголиков приводит к тому, что они проявляют большую невыносливость к тяжелым инфекционным болезням, как тифы, острое воспаление легких и т. п. Благодаря этому течение таких болезней у алкоголиков всегда чревато разного рода осложнениями и часто кончается смертельным исходом.

Алкоголь как социальное зло

С развитием алкоголизма усиливаются социально вредные явления недугов, существенно ослабляющие экономическое, физическое и нравственное состояние общества. Преждевременные смерти, убийства, самоубийства, грубость нравов, хулиганство, проституция, нищета и вырождение — все эти явления стоят в самом тесном и прямом соотношении с алкоголизмом [(табл. 1)].

[Таблица 1]. Самоубийство и пьянство

Душевое потребление водки в ведрах	На 1 тыс всех умерших приходится самоубийств
0,10—0,3	4,6
0,31—0,5	6,7
0,51—0,7	7,7
0,71—0,9	11,5
0,91 — и более	82,6
Среднее — 9,7	

В конце прошлого столетия в одной только Европейской России ежегодно умирало от опоя около 6 тыс. человек, в 1913 г. в Европейской России было отмечено 100 тыс. [случаев] острого и хронического отравления алкоголем. С 1 января по сентябрь 1924 г. в одной Москве отмечено 25 тыс. случаев острого отравления алкогольными напитками.

Важно отметить, что общее число лиц, погибающих ежегодно прямо или косвенно от алкоголя, значительно больше числа погибающих только от опоя. Помимо опоя, к числу погибающих от алкоголя необходимо отнести утонувших в пьяном виде, погибших от драки в пьяном виде, кончивших самоубийством в опьяненном состоянии, погибших в пьяном виде при пожарах, убитых от руки пьяниц и, наконец, огромное количество тех, которых алкоголь убивает медленной смертью как всякий другой яд при долговременном его употреблении, не считая в то же время целого ряда болезней, которые имеют гибельный конец благодаря бывшему ранее алкогольному заболеванию.

Из тяжелых общественных недугов проституция в значительной мере поддерживается тем же алкоголизмом. Всякому ясно, что посещение проституток часто обусловливается лишь алкогольными излишествами. Доказательством связи между алкоголизмом и проституцией является тот факт, что в 1914—1915 гг. с запрещением вольной продажи спиртных напитков заметно сократилась и проституция.

* *
*

Говоря об алкоголизме, мы не можем обойти вопрос о влиянии алкоголя на наше потомство. Дети — наше будущее. Трудящиеся массы Советского Союза, строя социализм, ни на минуту не должны забывать о будущем поколении. Когда мы посмотрим, какое губительное влияние имеет на наше потомство алкоголь, какое наследство оставляют своему потомству алкоголики, то станет ясно, каким страшным врагом является для нас алкоголизм. Решительно все дети алкоголиков рождаются с теми или иными признаками вырождения. Среди 1 тыс. лиц с алкогольной наследственностью 200 умирают [в возрасте] до 1 года и около 100 [—] в первые годы детства. Согласно статистическим данным из ста детей алкоголиков 8% — идиоты, 15% страдают падучей болезнью, 10% родятся уродами и около 5% становятся впоследствии алкоголиками.

По статистическим данным другого исследователя из 640 потомков пьяниц — 137 страдали различными судорожными заболеваниями, 322 были идиотами, 145 страдали душевными болезнями и 131 истерией [57].

Над потомством одного американского фермера, выпивавшего ежедневно поллитра водки, были сделаны весьма интересные наблюдения. Оказалось, что из семи детей этого фермера двое умерло в самом раннем детстве, третий был болен падучей болезнью и

умер в возрасте 15 лет, четвертый был идиотом, пятый был бродягой, хулиганом и т. д.

Один английский ученый правильно указал, что все болезни, являющиеся последствием алкоголизма, передаются до третьего и даже четвертого поколения, а если и потомки злоупотребляют алкогольными напитками, болезни постепенно усиливаются и, в конце концов, вызывают вымирание рода.

Один немецкий профессор наблюдал в течение 12 лет 10 семей, где родители были непьющие, и столько же семей, где родители пили. Оказалось, что в семьях пьющих родителей было в 5 раз меньше здоровых детей, чем в семьях, где родители не пили.

По подсчетам, сделанным в одном детском приюте во Франции, из 1 тыс. слабоумных детей — 670 имели родителей пьяниц.

Не только пьянство, но даже случайное опьянение родителей во время зачатия вредно отражается на потомстве. По [результатам] переписи [населения] в Швейцарии за 1900 г. оказалось, что огромный процент слабоумных детей был зачат во время масленицы и справления свадеб, т. е. когда обычно много пьют. Особенно тяжело отражается на потомстве, если женщина пьет во время беременности. Ребенок обычно рождается хилым, больным, и нередки случаи, когда рождается мертвым.

Сейчас уже не может подлежать никакому сомнению влияние алкоголя на хилость потомства, на общее увеличение детской смертности в семьях алкоголиков и на вырождение населения.

Чтобы уяснить себе это влияние потребления алкоголя на потомство, необходимо иметь в виду, что в настоящее время неоспоримо влияние алкоголя на самые половые элементы. В силу этого происходит не только вырождение и хилость потомства, но даже известное влияние на пол потомства, а у хронических пьяниц половая функция вообще слабеет и даже совершенно истощается, обусловливая тем самым бесплодие.

* *
*

Распространение опьяняющих средств оказывает огромное влияние на развитие преступности населения. Спиртные напитки являются одним из важнейших факторов усиления преступности тем, что алкоголь, как ядовитый напиток, возбуждает нервную систему до состояния невменяемости, помрачает рассудок, а при хроническом его потреблении развивает бессердечие, эгоизм, притупляет нравственность и делает человека вспыльчивым и грубым.

По статистическим данным почти всех стран Америки и Европы от 70% до 90% преступлений связаны с алкоголем. Преступления совершаются или в пьяном виде, или вследствие притупления нравственных чувств под влиянием алкоголя, или же в припадке душевной болезни, также порождаемой алкоголизмом.

По словам одного немецкого ученого, алкоголь является причиной 46% убийств, 63% грабежей и 74% нанесения ран и увечий. А по словам другого немецкого ученого даже от 70% до

80% всех преступлений, совершаемых в Германии, являются последствиями пьянства. В Голландии почти 15/16 всех преступлений происходят в связи с опьянением. В Канаде установлено, что 9/10 арестованных мужчин и 19/20 арестованных женщин совершили преступление в связи с потреблением алкоголя. Во Франции насчитывают до 70% всех преступлений, совершаемых под влиянием алкоголя.

Не отстает в этом отношении и Россия. По данным одного исследователя (д-ра Григорьева), из 10 тыс. дел, рассмотренных в довоенное время в архиве Петербургского окружного суда, до 45% находится в связи с пьянством. По новейшим данным Московского института по изучению преступности около 40% преступников современной Москвы являются алкоголиками. При обследовании в 1924 г. московских арестных домов из 611 обследованных преступников 211 оказались алкоголиками. Такие же цифры дают Ленинград и другие города СССР.

Новейшие данные судебно-психиатрической экспертизы Ленинградского Губздравотдела указывают, как наряду с ростом алкоголизма растет и преступность. Так, в Ленинграде в 1923 г. среди лиц, прошедших через вышеуказанное учреждение, 16% совершили преступления, связанные с алкоголизмом, а в 1926 г. их было уже 45%, причем в числе этих алкогольных правонарушений преобладают преступления против личности и затем половые преступления, а среди последних развращение и насилие над малолетними. Процент женщин—алкоголиков среди правонарушительниц не превысил 4,3%.

Насколько тесна связь между алкоголизмом и преступностью, видно из статистических данных, показывающих возрастание числа совершаемых преступлений параллельно с возрастанием количества потребляемого алкоголя. Так, в Бельгии в период от 1868 г. до 1882 г., вместе с увеличением потребления алкоголя с 7 до 9 л на душу населения, количество преступлений увеличилось с 900 до 2770 на каждые 100 тыс. душ населения. Во Франции в 1877 г. на душу населения в среднем приходилось 2,79 л, а в 1883 г. — уже 3,83 л; соответственно этому и увеличилось число преступлений с 172 тыс. до 195 тыс. в год. Точно так же и у нас статистика показывает, что число преступлений резко возрастает в воскресные и во все праздничные дни, т. е. когда потребление алкоголя особенно велико.

Наблюдениями установлено, что на 100 убийц приходится 55 алкоголиков, на 100 воров — 70, на 100 нищих — 79 и на 100 самоубийц — 50.

Чтобы иллюстрировать картинами из жизни, как в результате алкогольных излишеств совершаются тяжкие преступления, достаточно заглянуть в судебную хронику любой газеты.

Приведем в виде примера краткие сведения о двух таких случаях из судебной хроники.

Агент угрозыска Рогалев ночью вышел пьяным из ресторана и без всяких причин убил гр. Казанцева. Губсуд приговорил Рогалева к 8 годам за-

ключения со строгой изоляцией с поражением в правах на 2 года. Далее. Крестьяне Федин, Анисимов и Максимов выпили и поссорились. Анисимов выстрелом из обреза ранил Максимова. Федин, видя, что Максимов еще не совсем убит, стал наносить ему раны ножом. Оттащив убитого с дороги и сняв с него одежду, убийцы скрылись. Губсуд приговорил Анисимова к 6 годам, Федина — к 4 годам заключения.

А вот картина из «бытового» алкоголизма[58].

«О рождестве была у них пирушка». 7 января — не для всех людей будний день. Для известной части православных, придерживающихся старого стиля, этот день — праздник, этот день — рождество христово. Как не зарубить топором хоть одного человека в такой знаменательный и радостный день? В доме крестьянина Максима Васильева, в одной из деревень у ст. Званка, были в этот день гости. Помолившись, ели, пили, а развеселившись, послали зятя хозяина Патрова за гармонистами. Гармонисты — молодые парни, явились и, по-видимому, держали себя развязно.

— Тогда, — говорит хозяин дома, долговязый Васильев, — я позвал брата своего, милиционера Лапина, который ихний товарищ, на кухню, и говорю ему: «Что же это они за стол сели. когда их не просили?» А брат мне не сказал ни худого, ни хорошего, только хватил меня кулаком по лбу, а потом ему того мало показалось, и снял он со стены безмен и стал меня тем безменом бить по голове.

Из обстоятельств дела не совсем видно, много ли было уже выпито, и в какой степени религиозного экстаза были собравшиеся, но звон безмена по хозяйской голове послужил сигналом к форменному погрому.

— Парни гармонисты выскочили из избы и сразу повышибли все окна, а мороз был 25 град[усов]. Так мы и остались.

Битье стекол кончилось тогда, когда были выбиты все стекла. Тогда парни отступили с гармонистами во главе. А из дома выбежали люди за ними вдогонку с топорами и кольями, и когда один из них, Зимарев, поскользнулся и упал, кто-то сзади раскроил ему спину ударом топора.

Была уже полночь. Христос уже «родился», праздник кончился, а на другой день в званковской больнице кончилась и 20-летняя жизнь гармониста Зимарева.

На скамье подсудимых [—] крестьянин Патров 50 лет. Покойный Зимарев, умирая, говорил якобы брату и сестре. что его ударил Патров. Двое гармонистов тоже видели это. И только сам Патров упорно отрицает свою вину. Он не отлучался из дома. За парнями, по его словам, гнались его зять Васильев, милиционер Лапин и 15-летний сынишка Васильева, Ваня. По его мнению, убил Зимарева кто-нибудь из них.

И тут появляется совершенно неожиданное обстоятельство. На вопрос председательствующего, не он ли убил Зимарева, Максим Васильев отвечает:

— А кто его знает? Может быть, и я! Все были пьяны и я был пьян. Топор мой, хозяин я, — может быть, я и убил. Наверняка не вспомню.

Говорит он это неуверенно, пожимая плечами, но очень спокойно и безучастно.

* *
*

В связи с алкоголизмом стоит и другое зло, сделавшееся у нас бытовым явлением. Это «озорство» или «хулиганство», которое в настоящее время достигло степени народного бедствия. Нет надобности здесь распространяться о самом хулиганстве, прославившемся со времени известных событий в Чубаровском переулке [в Петрограде], но необходимо здесь отметить, что пьянство — главнейший питомник ходячих хулиганских банд.

Наконец, и недопустимое нарушение трудовой дисциплины, сделавшееся также бытовым явлением на наших фабриках и заводах, стоит в прямой связи с алкоголизмом.

По данным НК РКИ РСФСР, количество прогулов по неуважительным причинам возросло в 1925—26 гг. на 11,7% по сравнению с предыдущим годом. По сравнению с 1913 г. прогулы повысились свыше чем в 2 раза, а невыходы по болезни — в 3 раза. И притом прогулы далеко не единственное зло.

Некоторые группы рабочих гуляют систематически. Вот некоторые данные, публикуемые в «Торг[ово]-пром[ышленной] газ[ете]». На хл[опчато]-бум[ажной] фабрике «Коммунистический Авангард» количество прогулов в феврале возросло вдвое по сравнению с декабрем. Особенно велик невыход в послепраздничные дни. С перерывами работали в марте коксовые печи в АИК'е (американск[ая] индустр[иальная] колония Кузбасса). В Сталинском комбинате Югостали после праздников и в дни получек на рудниках наблюдается сильное падение добычи из-за невыходов и т. д. На Ярцевской текстильной фабрике прогулы за минувший год обошлись в 900 тыс. р., с избытком поглотив всю экономию, достигнутую путем рационализации. В связи с увеличением пьянства в общих казармах участились конфликты. На Бонячченской фабрике (Ив[аново-]Вознесенск) после масленицы по ткацкому отделу не вышло 717 человек, не работало 727 станков, средняя недовыработка — 19 062 м и т. д.

Если бы теперь подсчитать только один экономический убыток, который несет государство от стоящих в связи с алкоголизмом потерь трудового времени, случайных и преждевременных смертей в населении, ослабления работоспособности, раннего одряхления и развития инвалидности, от содержания алкогольных инвалидов и пьяниц вообще в больницах, арестных домах и тюрьмах и усиления в связи с тем административной и судебной власти, если учесть расходы на содержание осиротелых детей, затраты на изготовление самих спиртных напитков, то несомненно оказалось бы, что никакие доходы с вина не могут окупить государству хотя бы десятую долю тех затрат, которые несет страна от развития алкоголизма.

Чтобы оценить значение этих данных, необходимо иметь в виду, что алкоголь, помимо своего влияния на нервную систему, является причиной упадка экономического положения населения и способствует развитию того, что обозначают в капиталистических странах пренебрежительным названием люмпен-пролетариата (пролетарских отбросов) [59], как известно, дающего огромный контингент преступников.

* *
*

Сделаем краткий итог тем последствиям, к которым приводит алкоголь: ослабление умственной и физической трудоспособности; потеря рабочего времени; увеличение числа телесных повреждений; огромное количество смертных случаев от так называемого опоя; увеличение числа убийств и самоубийств; значительное количество погибающих в опьяненном состоянии от разного рода несчастных случаев (отравление, утопление, сгорание и т. п.); гибель множества лиц вследствие часто неизлечимых болезней,

возникших на почве алкоголя, в том числе нервных и душевных [—] до прогрессивного паралича включительно; раннее одряхление и преждевременная смерть; огромное увеличение инвалидности всякого рода; рост числа осиротелых детей; увеличение детской смертности в семьях алкоголиков; физическое и нравственное вырождение потомства; развитие проституции, поддерживаемой алкогольными излишествами, хулиганства и преступности населения; наконец, чудовищные траты на алкогольные напитки.

Алкоголизм — болезнь

Алкоголизм не есть простая привычка, от которой человек мог бы освободиться без посторонней помощи. Алкоголизм — болезнь, и притом болезнь тяжелая. Она представляет собою общее поражение человеческого организма, сопровождающееся нарушением функций не только нервной системы, но и целого ряда других органов. Слабость воли, которая ведет алкоголиков по наклонной плоскости, является продуктом общего понижения функций всего организма.

Если совершенно бесспорно вредное влияние алкоголя, понижающего физические и умственные способности человека даже при умеренном потреблении спиртных напитков, то еще большая беда в том, что алкоголь — яд, которому свойственны все характерные болезненные особенности других наркотических ядов, как опий, морфий и т. п. Начиная с малых доз (порций) алкоголя, человек начинает их повторять, затем постепенно их увеличивает и совершенно незаметно для себя превращается в хронического алкоголика. Именно то, что алкоголики не могут освободиться от алкоголя по своей собственной воле, говорит о том, что алкоголизм — болезнь. Это подтверждается и теми своеобразными изменениями, которыми характеризуются поражения при алкоголизме разных внутренних органов, особенно сердца, сосудов, печени, мозга и др., и, наконец, тем, что алкоголики поддаются лечению. Многочисленные опыты благоприятного излечения алкоголизма медицинскими методами убеждают нас в этом.

В социальном отношении алкоголизм — это язва на теле всего общества, продолжающая с каждым годом расти. Социальное зло, именуемое алкоголизмом, настолько велико и распространено, оно так подрывает производительные силы населения, что на борьбу с ним должны быть направлены все государственные, научные и общественные силы страны.

Борьба с алкоголизмом за границей

Если алкоголизм — болезнь, причем болезнь, принявшая форму социального бедствия, то его нужно лечить в широких размерах, в общегосударственном масштабе. Уже сотни, даже тысячи лет, как вопросы борьбы с алкоголизмом занимают умы научных и общественных деятелей. Еще в преданиях древних народов мы

находим прямые указания на борьбу со злоупотреблением спиртными напитками. Параллельно с постоянным ростом алкоголизма все развивалось и крепло противоалкогольное движение, и к настоящему времени нет страны и народа во всем мире, которые не вели бы ожесточенной борьбы с пьянством.

Меры борьбы с алкоголизмом, которые применяются в различных странах Европы и Америки, имеют два направления.

Одни стремятся влиять на потребителей алкоголя непосредственно путем получения от данного лица обета совершенно отказаться от употребления алкоголя и поступить в члены общества трезвости. С этой целью читаются лекции, издаются журналы, устраиваются выставки, обращаются за содействием к школам, помогают нуждающимся из рабочих, предъявляют требования к государству относительно ограничения и даже полного прекращения производства и продажи спиртных напитков.

Это течение имело большой успех в Северо-Американских Соединенных Штатах, где отдельным областям было предоставлено право прекращать питейную торговлю. Запретительный закон был принят некоторыми штатами Северной Америки. Но вряд ли он в полной мере оправдал себя на практике ввиду постоянного нарушения населением запретительного закона. Оказалось, что и воздействия на отдельных лиц не достигали сколько-нибудь продолжительных результатов.

Почти полная запретительная система применяется в Турции. Закон, введенный 1 марта 1924 г., предусматривает наказание тюрьмой как продавцов, так и потребителей спиртных напитков. Здесь мы имеем особенно благоприятные условия ввиду мусульманского населения страны, которое согласно запрету Корана вообще избегает употребления спиртных напитков. Все же опыт Турции недавний, и сказать, к чему приведет эта мера, еще нельзя.

Другое начало, возникшее под влиянием взглядов немецкого ученого Губера, исходит из бесполезности действовать на убеждение пьяницы и требовать полного отречения от употребления алкоголя, и потому основой борьбы ставит достижение умеренности в потреблении спиртных напитков. Сторонники принципа умеренности прежде всего заботятся об устранении соблазна и приманки, поощряющих пьянство, об устройстве учреждений, способных отвлечь от питейных заведений, и организации специальных лечебниц для принудительного лечения алкоголиков. Соответственно этим задачам, меры сторонников принципа умеренности состоят прежде всего в изменении условий продажи питий, в устранении заинтересованности продавцов в их сбыте, в устройстве клубов, музеев, гимнастических развлечений, в упрочении хозяйственности, домовитости среди бедных слоев населения, в учреждении для привычных пьяниц особых лечебниц с принудительным их лечением.

Это начало получило практическое осуществление в большинстве стран Европы и Америки, где государства стараются закре-

пить всеми доступными им способами общественное движение. В Швеции и Норвегии, например, продажа спиртных напитков передана монопольным обществам, которые всю чистую прибыль, за вычетом обыкновенного торгового процента, обязаны отдавать на определенные общеполезные цели. Продавцы в питейных заведениях поставлены в такие условия, что не имеют интереса увеличивать отпуск питий. Потребитель может покупать вино не иначе, как одновременно покупая те или иные продукты питания. Кроме того, установлены особые часы открытия и закрытия питейных заведений. Эта система, как показывает опыт, несомненно должна быть признана социально полезной.

Помимо подобных регулирующих мер, многие государства стараются поддержать противоалкогольное движение частью карательными мерами за появление в публичном месте в нетрезвом виде, частью и другими административными мерами, как то: недопущением в питейные заведения женщин, несовершеннолетних, учащихся (даже высших учебных заведений), нищих, опьяненных и пр., а также принудительным заключением пьяниц в закрытые лечебные заведения.

В новейшее время некоторые государства борются с алкоголизмом путем уменьшения числа мест продажи спирта и повышением цен на алкогольные напитки. В Канаде, чтобы добиться сокращения мест продажи алкогольных напитков, стоимость патента на содержание питейного заведения доведена в отдельных местностях до 10 тыс. р.

Большое значение в деле борьбы с алкоголизмом имеет повышение цен на спиртные напитки. Высокая цена спирта бесспорно уменьшает доступность его населению, сокращает его спрос. Например, в Бельгии в 1871 г. акциз был повышен вдвое, и годовое потребление вина уменьшилось с 586 [тыс.] до 259 тыс. гектолитров (больше, чем в два раза). В Северо-Американских Соединенных Штатах в 1865 г. акциз был повышен со 163 до 545 франков на гектолитр, и годовое потребление спиртных напитков падает с 1582 тыс. до 322 тыс. гектолитров (уменьшилось в пять раз). Но, с другой стороны, замечено, что потребление алкоголя, хотя и падает немедленно вслед за повышением цены, все же с течением времени оно вновь нарастает, достигая прежних пределов, и даже превышает их, так как повышение цены на алкогольные напитки вызывает повышение заработной платы и общее удорожание жизни.

Повышая цены на вино, некоторые государства одновременно стараются понизить налоги на продукты, могущие заменять спиртные напитки, как то: кофе, какао, фрукты и особенно сахар.

Несомненно, что все эти меры должны быть признаны социально полезными, ибо в той или иной мере они ослабляют социальное зло, хотя и не искореняют его полностью. В Швеции, Норвегии, а также С[еверо-] А[мериканских] Соединенных Штатах в настоящее время ведется усиленная противоалкогольная пропа-

ганда в виде соответствующих выставок, лекций о вреде алкоголя, многочисленных опытов трезвости, организации клубов без продажи спиртных напитков, обязательного преподавания в школах о вреде алкоголя и т. п.

Алкоголизм при царской власти

Если не считать некоторых начинаний частного характера и суждений и протестов в комиссиях и съездах, до 1917 г. в России в сущности почти никакой борьбы с пьянством не велось. Несмотря на огромное количество потребляемых в России спиртных напитков, государственная власть никаких радикальных противоалкогольных мер не принимала. Пьянство в России было распространено со времен древности. Еще князь Владимир сказал: «Руси есть веселие пити, не можем без того быти». Таким образом, уже на заре русской истории спаивание народных масс не только не встречало никакого противодействия, но, наоборот, «царев кабак» процветал везде и всюду и вошел даже в народные песни и пословицы.

Пьянство на Руси беспрерывно росло, а с XVIII в. водка стала национальным русским напитком. До самого последнего момента существования царизма мы не знали ни одного государственного мероприятия по борьбе с алкоголизмом. Напротив, правящие верхи при участии местных властей всячески поддерживали пьянство. В XIX в. русское правительство решило использовать пьянство в целях обогащения казны, первоначально путем откупной системы, затем акцизной и, наконец, монопольной системы. Особенно графу Витте[60] мы обязаны введением монополии, — этой государственной язвы, разъедавшей тело России. Граф Витте принял соответствующие меры к тому, чтобы увеличить душевое потребление водки; выкачивая этим путем деньги из населения России, он переводил их в центры на разные государственные нужды, чем обездоливалась и окончательно нищала наша деревня.

Вместе с развитием в России пьянства естественно росло и количество преступлений, несчастных случаев и преждевременных смертей. Огромное количество пьяных, шатающихся в городах, то и дело сваливающихся в грязь, площадная брань, драки и буйство — специфическая русская картина, которую ни в одной стране встретить нельзя. И если мы видим нечто подобное теперь, то это исключительно наследие царизма, который всячески поощрял пьянство, весьма выгодное ему как с экономической, так и с политической стороны. Россия оказалась исключением из всех государств Европы и Америки, которые, как мы уже видели выше, все же принимали кой-какие меры к сокращению количества потребления алкогольных напитков.

В царские времена даже общественная инициатива в борьбе с пьянством тормозилась тем, что общественные приговоры о закрытии винной лавки опротестовывались земскими начальниками.

На пьянстве трудящихся, между прочим, строился и государственный бюджет царской помещичье-буржуазной власти, получивший название «пьяного бюджета». Пьянство же облегчало царизму борьбу с освободительным движением. Моря водки и связанное с ее потреблением обнищание ослабляли энергию рабочих и крестьян в их борьбе против существующего социального гнета и бесправия.

В 1914 г., страшась общественного негодования по поводу войны и опасаясь повторения пьяных бунтов и аграрных беспорядков 1904—1905 гг., царская власть вынуждена была запретить продажу водки.

Борьба с алкоголизмом в условиях Советской власти

Великая Октябрьская революция раскрепостила многомиллионную массу трудящихся и призвала их к созданию новой творческой жизни. Трудящиеся массы рабочих и крестьян своими мозолистыми руками под руководством людей опыта и знания ведут широкое строительство социалистической промышленности, перестраивают сельское хозяйство, создают новую культуру. Вместе с этим рабочий класс и крестьянство в целом призваны руководить крупнейшим государством в мире, занимающим шестую часть земного шара. В этом — огромная ответственность, лежащая на трудящихся Советского Союза. На нашем опыте социалистического строительства будут учиться трудящиеся массы других стран.

Как мы уже знаем, алкоголизм — бич главным образом трудящихся масс, которые находятся в наименее выгодных условиях, связанных с трудом, и к тому же в силу сложившихся исторических условий стоят на низком уровне культурного развития. Правда, теперь всякие идеи о затуманивании народных масс посредством алкоголя ушли уже в прошлое. Но вековое зло не может быть сразу искоренено, а то распространение алкоголизма, которое мы наблюдаем сейчас, является огромным препятствием на пути строительства социализма. При широком распространении алкоголизма не может быть планомерной и созидательной работы. Вот почему в условиях Советской власти борьба с алкоголизмом должна принять совершенно особые формы. Отрезвление трудящихся есть дело самих трудящихся. К борьбе с алкоголизмом должны быть привлечены самые широкие слои рабочих и крестьян.

В первые годы революции продажа и потребление алкогольных напитков были еще на бумаге запрещены, но затем Советской власти вследствие огромного распространения самогона в Союзе пришлось допустить первоначально вино [с содержанием] не свыше 14% спирта, а затем и более крепкие напитки. Главная причина, по которой Советское правительство пошло в этом вопросе на уступку, было, как упомянуто, развитие частного самогонокурения, которое помимо нанесения населению огромного вреда

самим отравлением, приводило еще к уничтожению огромного количества хлеба. При том же развившееся самогонокурение еще лишний раз показало, что с насаждавшимся веками пьянством невозможно покончить в короткий срок и одним административным распоряжением. Запрещение потребления алкогольных напитков сверху еще не приводит к прекращению потребления. На это дело потребуется продолжительное время и напряженнейшая работа по улучшению положения трудящихся, по поднятию их культурного уровня и другие меры. Вместе с тем к борьбе за постепенное сокращение потребления алкоголя, к борьбе за оздоровление быта рабочих и крестьян должны решительно стремиться все органы Советской власти и широкой общественности.

Как же нужно бороться с алкоголизмом сейчас, в условиях существования Советской власти?

Прежде чем приступить к разрешению данного вопроса, установим, что необходимо преследовать в борьбе с алкоголизмом: бороться ли только с неумеренным потреблением алкоголя, так называемым злоупотреблением алкоголем, или же бороться с потреблением алкоголя вообще? В этом отношении защитники малых доз (порций) склонны думать, что совершенно достаточно бороться с чрезмерным употреблением алкогольных напитков, чтобы избавиться от этого социального зла.

Выше мы уже успели вкратце доказать, что всякое потребление алкоголя вредно; даже малые дозы алкоголя расстраивают пищеварение, ослабляют сердце и легкие, понижают умственные способности человека. Но если даже оставить вопрос о действии малых доз алкоголя, то прежде всего на практике нельзя определить, что признавать малой дозой алкоголя и что большой. Ибо для двух данных лиц малая доза будет одна для одного, а для другого — иная. Но главное — то, что дело обычно начинается с малых доз, которые, становясь вскоре привычными, затем переходят в большие. Таково общее свойство наркотических ядов: кто начинает курить с двух—трех папирос в день, тот скоро втягивается, постепенно переходит к 15—20 и, наконец, к 40 и более папиросам в день, т. е. становится завзятым курильщиком; кто начинает себе впрыскивать морфий в малых дозах, тот с течением времени делается морфинистом. Также дело обстоит и с алкоголем. Здесь нужно говорить не о больших или малых дозах, а вообще о каких бы то ни было дозах, за которыми обычно следуют повторные приемы алкоголя, и человек постепенно и незаметно для себя превращается в хронического алкоголика. Борьба нужна не только со злоупотреблением спиртными напитками, но и с потреблением их вообще, тем более, что борьба наполовину никогда не обещает успеха. Нужна коренная борьба со злом, которая в конечном своем итоге должна привести к отрезвлению всего населения и полному изъятию алкоголя из вольной продажи.

* *
*

В царские времена многие полагали, что государственная власть особыми административными мерами может покончить с алкоголизмом, что достаточно издать запретительный закон о продаже и производстве алкогольных напитков, как алкоголизм будет искоренен.

Конечно, административные меры в деле борьбы с алкоголизмом не исключены. Нельзя слишком умалять роль государства в этом отношении. Но все же алкоголизм будет искоренен лишь тогда, когда широкие народные массы осознают огромный вред не только алкогольных излишеств, но и потребления вина вообще, хотя бы и в малом количестве. Противоалкогольное просвещение народных масс — вот одна из радикальных мер в борьбе с алкоголизмом.

Это возможно только при достаточном культурном уровне широких масс, ибо известно, что в распространении алкоголизма играет большую роль некультурность населения, что бытовой алкоголизм обусловливается не чем иным, как народной тьмой, против чего борьба возможна только путем развития народного просвещения, связанного с воспитанием.

Еще 14 лет тому назад при царизме мы писали: «...при выяснении рациональных мер борьбы с алкоголизмом мы должны сказать, что если нужно отрезвить народ, нельзя держать нашего крестьянина на положении безграмотного невежественного дикаря. Дайте ему побольше света, поднимите его нравственный уровень, и вы убедитесь в том, что наряду с принятием целого ряда других мер вопрос о так называемом бытовом алкоголизме потеряет свою остроту, и самый алкоголизм в современных его формах постепенно отойдет в область преданий».

Но то было при царизме, который не очень-то заботился об отрезвлении и просвещении народа. Другое дело — сейчас, при власти трудящихся. Правда, Советская власть очень много сделала для поднятия народной культуры, но сделано еще далеко не все. Десятки тысяч рабочих и миллионы крестьян еще не ликвидировали своей безграмотности. К нашему стыду в Ленинграде — культурнейшем центре СССР — еще не искоренена совершенно безграмотность среди рабочих — организованных пролетариев. Что же говорить о деревне!..

Таким образом, радикальной мерой в борьбе с алкоголизмом является планомерное противоалкогольное просвещение, которое должно идти в порядке школьного обучения, с одной стороны, и в порядке просвещения взрослых по клубам, диспансерам и иным, преследующим просветительные цели учреждениям, с другой. Активное участие в этой борьбе должны принять в особенности работницы и крестьянки, слишком сильно страдавшие и страдающие до сих пор от окружающего их пьянства.

Дальнейшей задачей государства является беспощадная борьба против тайного винокурения, постепенное сокращение крепо-

сти имеющихся в продаже спиртных напитков, обязательное потребление [их] с питательными продуктами, поощрительные меры к распространению безалкогольных напитков.

Дело борьбы с алкоголизмом в сущности сейчас только начинает реализовываться. Социалистическое развертывание промышленности, развитие сельского хозяйства, советское жилищное строительство и значительный культурный рост всей страны являются только важными предпосылками, облегчающими борьбу с алкоголизмом.

В этой борьбе, как и везде, необходимо прежде всего вызывать самодеятельность населения, причем запреты продажи спиртных напитков, идущие снизу, в виде постановлений сельсоветов или рабочих собраний, будут наиболее действительной и прочной мерой, ибо они предупредят и развитие самогона по деревням. Наконец, когда эти запреты разольются по разным частям Союза, они приведут к необходимости ввести запрет и сверху как общую оздоровительную меру. Широкая самодеятельность трудящихся масс, таким образом, приведет к желанным результатам, и тогда великий Советский Союз освободится от страшного наследия царской России — России гнета и спаивания народных масс[61].

* *
*

Работа по алкогольному оздоровлению Союза потребует, конечно, не одного десятка лет, но пока это не произошло, необходимо прийти на помощь массе пьющего населения, погибающего от злоупотребления спиртными напитками. И здесь должна играть роль просветительная деятельность, дающая возможность осознать всем и каждому, что алкоголь есть яд для организма, что алкоголизм есть болезнь, обусловленная потреблением этого яда и притом болезнь, причиняющая огромный социальный вред, но болезнь излечимая. Ввиду того социального зла, с которым сопряжено развитие пьянства среди трудящихся, ныне вводится принудительное лечение алкоголиков. Следовательно, каждый пьяница, появляющийся в нетрезвом виде на улице, доставленный в милицию, уже подлежит принудительному лечению; всякий алкоголик, разоряющий свою семью и безобразничающий в условиях домашнего быта, по заявлению в милицию, также должен по обследованию случая подлежать принудительному лечению. К сожалению, мы не имеем еще специальных лечебниц для алкоголиков (кроме существующего в Ленинграде Патолого-рефлексологического института), а потому алкоголиков, подлежащих принудительному лечению, придется помещать — пока не устроены для этой цели специальные лечебные учреждения — в переполненные уже ныне до предела заведения для душевнобольных, постепенно их расширяя.

Однако особо важную роль могут сыграть амбулатории и диспансеры для приходящих больных. В амбулаториях и диспансерах мы имеем наглядное для всех действие лечения алкоголиков:

весь процесс лечения протекает на глазах публики, и выздоровление пьяницы оказывает глубокое нравственное воздействие на окружающую среду и распространяет убеждение, что пьянство — болезнь, могущая быть излечимой. Кроме того, амбулатория позволяет лечить алкоголиков, не отрывая их ни от работы, ни от семьи.

Я остановлюсь на работе амбулаторий по лечению алкоголиков гипнозом, которые были организованы мною еще около 20 лет назад в Петербурге как в заведываемой мною клинике душевных болезней В[оенно]-м[едицинской] академии, так и в тогдашнем Противоалкогольном, ныне Патолого-рефлексологическом институте. В ту и другую амбулаторию стекалось громадное количество больных не только из самого Петербурга, но и из далекой провинции. Хотя амбулатории имели своей основой лечения гипноз, я придерживался той мысли, что для лечения алкоголиков гипноз не должен считаться единственным средством, которое может помочь алкоголику, и что после точного исследования больного необходимо лечить все имеющиеся у него поражения организма, применяя и лекарственное лечение и водолечение, и действовать на больного путем убеждения в виде бесед с больным, стараясь поднять в нем его работоспособность, развить в нем здоровые интересы к жизни.

Результаты получались поразительные. Казалось, что многие из лечившихся уже не в состоянии получить исцеление, а между тем лечение гипнозом наряду с другими мерами в течение нескольких недель совершенно освобождало больного от его недуга.

Ныне в Нервно-психиатрическом диспансере вновь начаты, проводившиеся мною и ранее, опыты массового лечения алкоголиков путем коллективного гипноза. Метод этот заключается в том, что гипнозу могут быть подвергнуты одновременно свыше 50 больных. Опыт мне показывает, что коллективный гипноз дает в общем лучшие результаты, чем индивидуальный.

К тому же лечение массовым гипнозом значительно экономит время, а это дает возможность провести огромное число больных алкоголиков через диспансер.

Применяемая мною форма массового лечения алкоголиков состоит в следующем: вся алкогольная пациентура в диспансере собирается к определенному времени в зал и все размещаются на креслах и скамьях, расставленных в ряды таким образом, чтобы между ними можно было свободно проходить для проверки гипнотического состояния. Затем я представляю больным в возможно сжатых, но ярких образах с указанием на имеющиеся рисунки и таблицы весь вред, который приносит потребление спиртных напитков в отношении умственной и телесной сферы организма, с указанием на общее понижение жизнедеятельности организма, приводящее к сокращению жизни.

После того как это убедительное наставление закончено (а оно непременно должно быть именно убедительным, иначе не воздействует на слушателей), я перехожу к заявлению, что «все вы

пришли сюда для того, чтобы избавиться от своего болезненного недуга, и теперь, когда для вас представляется ясным весь вред, который вам приносят спиртные напитки, вы еще более укрепитесь в мысли о необходимости отказаться навсегда от алкоголя», и затем вселяю в них уверенность, что они могут восстановить свое здоровье, но для этого им необходимо совершенно прекратить потребление спиртных напитков. Последнее же достигается «с помощью разработанного наукой метода гипнотического внушения». После таких слов я предваряю, как получается развитие гипноза, для чего всем необходимо закрыть глаза и сосредоточиться на мысли о сне. Затем делается общее внушение заснуть. Для проверки наступившего гипноза я прохожу между рядами пациентов и вызываю каталепсию у каждого больного поодиночке и оставляю в таком каталепсическом состоянии во все время сеанса внушения. Таким образом, для всех уже разом проводится мною внушение против пьянства в соответствующей форме. Наконец, по пробуждении в бодрственном состоянии делается соответственная инструкция для осуществления метода самовнушения, вернее самоутверждения, которое предлагаю проводить у себя дома по много раз к вечеру перед засыпанием, уже в постели, при закрытых глазах, и также утром еще до вставания с постели. Этим сеанс заканчивается до другого раза, через неделю. Такой сеанс над полсотней или сотней алкоголиков в общей сложности требует не более $^1/_2$ ч или 20 мин времени. Метод лечения одновременно убеждением, гипнотическим внушением и самоутверждением приводит к наилучшим результатам без всяких других лечебных процедур.

Перспективы борьбы с алкоголизмом

В заключение скажем о перспективах борьбы с алкоголизмом. Прежде всего необходимо проводить беспощадную борьбу с самогонокурением.

Очевидно, что самогонокурение не так легко искоренить вообще, если не предпринять самых энергичных мер к выслеживанию самогонных аппаратов и применению к самогонщикам соответствующих мер. С другой стороны, необходимо немедленное введение уже испытанной на деле губеровской системы, имеющей своей целью достижение умеренности потребления спиртных напитков, и других вышеуказанных мероприятий правительственного порядка. Но ясно, что все эти меры, как они ни ценны и потому должны быть использованы на деле, не могут окончательно устранить алкоголь из населения. Единственно радикальной мерой в борьбе с алкоголизмом есть планомерное просвещение народных масс относительно вреда не только алкогольных излишеств, но и потребления вина вообще, хотя бы в умеренных или малых дозах. Необходимо развить в этом отношении самую широкую противоалкогольную пропаганду. Ее необходимо ввести в виде обязательных эпизодических лекций во всех без исключения школах раз-

ных типов и разных ступеней от низших до высших. Ту же пропаганду наряду с культурно-просветительными целями необходимо проводить и среди взрослого населения, особенно рабочего и крестьянского, путем чтения лекций с соответствующими демонстрациями, бесед в диспансерах и клубах и во всех вообще культурно-просветительных учреждениях, а также путем соответствующих выставок, плакатов и т. п.

Между прочим, вышеуказанный метод лечения алкоголиков массовым гипнозом с убеждением и самовнушением или самоутверждением является в то же время одним из лучших способов противоалкогольной пропаганды в диспансере.

Вся эта пропаганда должна быть направлена к тому, чтобы вызвать самодеятельность населения в деле борьбы с распространением спиртных напитков в виде противоалкогольных кружков, проведение в местных исполкомах разного рода ограничительных и запретительных постановлений в отношении продажи спиртных напитков и т. п. и замены их слабоалкогольными (не свыше 2% алк[оголя]) и безалкогольными напитками. Эти проявления самодеятельности населения должны быть всемерно поддерживаемы властями, ибо запреты, идущие снизу, являются лучшей гарантией и в успешности борьбы с самогоном.

С постепенным распространением запретительных постановлений по разным местам нашей страны она тем самым подготовится и к декретированию сверху запрета вольной продажи спиртных напитков сначала более крепких, а затем и более слабых. Только такой подготовкой самодеятельности самого населения в отношении изъятия алкогольных напитков из продажи можно ожидать действительных и прочных результатов оздоровления нашей страны от тяжелого, из века в век передаваемого пьяного наследства.

Что касается алкоголизированных уже людей, т. е. тех, которых в народе называют пропойцами, то для них необходима планомерно проводимая система принудительного лечения, которая уже стала фактом, но нуждается в осуществлении путем [создания] специальных отделений при психиатрических больницах и соответствующей помощи в диспансерах.

Приложение

После того как брошюра была уже написана, Совнарком РСФСР 14 марта [1927 г.] издал декрет об ограничении продажи спиртных напитков[62].

Декрет СНК чрезвычайно важен по двум соображениям.

Во-первых, он указывает, что советское государство не стремится использовать пьянство для фискальных целей — для укрепления своего финансового положения.

Во-вторых, государство стало на верный путь борьбы с алкоголизмом, взывая к общественной инициативе, к самодеятельности самого населения. Мы неоднократно указывали, что главным и основным моментом в борьбе с алкоголизмом должна явиться широкая самодеятельность самого населения, ибо запреты, идущие снизу, будут наиболее действительной и прочной мерой в борьбе с этим общественным злом.

Николай Евгеньевич
ВВЕДЕНСКИЙ
(1852—1922)

Н. Е. Введенский — выдающийся русский физиолог, создатель учения о лабильности (функциональной подвижности) и парабиозе в нервной системе. Член-корреспондент Петербургской академии наук. Основатель оригинальной физиологической школы (А. А. Ухтомский, Д. С. Воронцов, И. С. Бериташвили и др.). Главные труды: «Телефонические исследования над электрическими явлениями в мышцах» (1884), «О соотношениях между раздражением и возбуждением при тетанусе» (1886), «Возбуждение, торможение, наркоз» (1901), «Побочные электротонические изменения раздражительности. Периэлектрон» (1920) и «Курс физиологии животных и человека» (1913—1914).

О действии алкоголя на человека [63]

1. Действие алкоголя (во всех содержащих его спиртных напитках: водки, ликеры, вина, пиво и т. п.) на организм в общем сходно с действием наркотических веществ и типичных ядов, как хлороформ, эфир, опий и т. п.

2. Как и эти последние, алкоголь в слабых дозах и вначале действует как бы возбуждающим образом, а позднее и в более сильных дозах — парализующе как на отдельные живые клетки, так и на весь организм.

3. Указать количество алкоголя, при котором он мог бы действовать только в первом смысле, совершенно невозможно, так как действие его сильно видоизменяется от одного лица к другому, и даже на одно и то же лицо алкоголь действует при различных условиях далеко неодинаково, напр[имер], будет ли он введен цатощак или после принятия пищи, в состоянии утомления или в очень возбужденном состоянии и т. д. Притом разные органы далеко не в равной степени и не одновременно подвергаются влиянию алкоголя.

4. Следует еще строго различать по действию на организм редкое, случайное употребление алкоголя («выпивка при случае») и привычное, повседневное принятие его в виде водки или других спиртных напитков.

Случайное или редкое опьянение

5. Всасываясь быстро из пищеварительного канала и поступая в кровь, алкоголь вызывает целый ряд самообманов в области самочувствия.

6. Раньше всего он парализует высший и сложный нервный центр, именно центр самообладания и строго критического отношения к окружающему (это нередко, хотя и не вполне точно, выражают термином, что он парализует «тормозящие центры»). Сознание и воля тогда еще не парализованы в значительной степени, но человек, лишаясь своего высшего психического регулятора, выработанного под влиянием жизненного опыта, перестает нормальным образом оценивать свои поступки и внешние условия; он теряет свою привычную выдержанность и корректность, фантазия получает больший размах и большее, чем обычно, влияние на самые поступки. В общежитии это выражается тем, что у подвыпивших более беззаботное, якобы приподнятое настроение, у них «развязываются языки», плоские каламбуры считаются ими за большое остроумие, обнаруживается склонность к излияниям

чувств, скупые начинают швырять деньгами, скромные делаются дерзкими и задирами и т. п. «Что у трезвого на уме, то у пьяного на языке», — метко определяет народная поговорка. Более высокая степень потери самокритики делает уже «пьяному море по колено».

В науке установлено точным измерением, что продолжительность психических процессов и волевых движений под влиянием алкоголя заметно удлиняется, другими словами, сам исследуемый часто утверждает совсем противное, утратив в действительности способность точной оценки своих действий. Все эти изменения под влиянием алкоголя можно было бы, в противоположность позднее наступающим, обозначить термином: расстройство психической координации.

7. В дальнейшем наступает расстройство и физиологической координации. Человек говорит «заплетающимся языком», ходит пошатываясь, часто обнаруживает наклонность нескладно петь или «разглагольствовать». Сознание и воля и теперь еще не вполне затемнены, но человек уже бессилен управлять надлежаще своею речью, своими движениями. Рядом с расстройством тонких движений наблюдается теперь много излишних и бесполезных. Этим отчасти объясняется тот твердо установленный факт (напр[имер], на больших массах людей во время походов), что работоспособность под влиянием алкоголя не только не увеличивается, как многие думают, но, напротив, несомненно уменьшается. То же установлено измерением мышечной работы со специальными приборами (эргограф). Под влиянием алкоголя нормальное чувство утомления и тяжести труда утрачивается, и человек, лишившись этих спасительных регуляторов в нашей обыденной жизни, начинает расходовать нерасчетливо свою мышечную силу, вызывая этим глубокое, долго не восстанавливающееся истощение нормальной работоспособности.

8. К числу характерных самообманов относится наблюдающееся у принявшего алкоголь изменение способности правильно оценивать и регулировать температуру собственного тела. Вследствие того, что под влиянием алкоголя скоро парализуются кожные сосуды, и сюда притекает больше крови, человеку кажется, что он весь «согрелся»; в действительности же внутренняя температура его тела при этом совсем не повысилась. Напротив, благодаря усиленному притоку крови к коже теперь происходит усиленная потеря теплоты с поверхности тела. Организм под влиянием алкоголя утрачивает свою нормальную чувствительность к холоду, и кожа перестает отвечать целесообразно на действие холода сжатием своих кровеносных сосудов. Поэтому подвыпившие люди так легко подвергаются разным простудным заболеваниям, нередко замерзают.

9. Под влиянием алкоголя изменяется еще один очень важный регулятор нашего организма — чувство голода, аппетит. Небольшие количества спиртных напитков, повышая вначале отделение желудочного сока и других желез пищеварительного аппа-

рата, могут иногда увеличивать аппетит. Но это часто наносит ущерб организму, так как естественное чувство голода преувеличивается и благодаря этому происходит перегружение пищеварительного аппарата, особенно при распространенной у нас привычке принимать водку на пустой желудок, сопровождая ее затем острыми и раздражающими закусками. Последствием этого являются те или другие, слабые или более значительные расстройства пищеварительного аппарата у людей, подстрекнувших свой аппетит случайной выпивкой. Что в больших дозах алкоголь притупляет аппетит и даже может совсем заглушить естественное чувство голода, это общеизвестно. Таким образом, для нормального организма алкоголь отнюдь не может считаться благотворным возбудителем пищеварительного аппарата, ибо и здесь он вызывает лишь ряд извращений в нормальных отправлениях пищеварительных органов.

10. В больших дозах при дальнейшем опьянении алкоголь совершенно парализует сознание, а затем и нервные центры непроизвольной деятельности, именно продолговатый и спинной мозг. Кожа тогда становится бледною и холодною, деятельность дыхательных органов и сердца сильно понижается. Позднее дыхательные движения останавливаются совсем, останавливается, наконец, и деятельность сердца. Человек перестает и бессознательным образом (рефлекторно) отвечать на всякие раздражения, и конечным следствием такой степени опьянения является смерть.

11. Что алкоголь вообще яд для всяких живых клеток — это должно считать твердо установленным в науке. Даже деятельность микроскопического грибка, производящего алкогольное брожение в сахаре, прекращается, когда алкоголь накопляется в бродящей жидкости до известного процента.

12. Насколько человек как наиболее высшее и сложное существо представляет в отношении к алкоголю большую изменчивость и разнообразие, видно из следующего. В то время как для многих людей одно случайное, даже сильное опьянение проходит, по-видимому, бесследно, у некоторых субъектов одно разовое употребление алкоголя вызывает картину глубоких и продолжительных психических и нервных расстройств.

13. Существуют многочисленные указания, что случайное опьянение одного или обоих родителей во время акта зачатия отзывается пагубным образом на существе, которое должно родиться.

Привычное, постоянное потребление алкоголя

14. Здесь еще труднее установить норму для «безвредного», умеренного потребления алкоголя. Полагаться на самоощущение пьющего нельзя, так как и здесь встречаются те же самообманы, как и у случайного потребителя. Кроме того, при привычном употреблении человеку приходится постепенно все повышать свою дозу, чтобы вызвать у себя известное настроение, напр[имер] для

«аппетита» или желательного улучшения самочувствия. Опасность усугубляется еще тем обстоятельством, что кажущийся подъем духа и чувств через известное время должен непременно повести организм к состоянию еще худшему, чем то, которое было до принятия алкоголя. Как и у привычного потребителя опия, вслед за временным «поднятием настроения» наступает более или менее сильное и длительное состояние подавленности. А исход из этого представляется единственный — новое принятие алкоголя [64].

15. Таким образом, привычные потребители незаметно для себя приобретают часто привычку к алкоголю, уже трудно преодолимую. Это по существу дела указывает на совершившееся уже в организме расстройство тех или других нормальных регуляторов и на то или другое изменение в нормальных отправлениях органов. Хотя и не сильное, но постоянное отравление организма вызывает в отдельных органах ряд изменений и перерождений еще задолго до того, как сам считающий себя «умеренным» потребителем это заметит на расстройстве своего здоровья и убедится, что алкоголь сделался потребностью его существования. В самом деле, это наблюдается не только на малообразованных людях, но даже на врачах, которые могли бы лучше давать себе в этом отчет; и они нередко считают себя еще «умеренными» и свободными от привычки, когда последняя пустила уже в них глубокие корни и вызвала те или другие значительные расстройства.

16. В разных органах частое потребление алкоголя вызывает расстройство не одновременно и не в одинаковой степени. Прежде всего страдает центральная нервная система, деятельность которой нарушается уже при малейших количествах спиртных напитков. В дальнейшем наступают резкие изменения в ее анатомическом строении. Нервные клетки подвергаются различным перерождениям вплоть до полной гибели их [65].

При частом употреблении в особенности крепких спиртных напитков и перед едой изменяется слизистая оболочка желудка, развивается катаральное его состояние, усиленное отделение слизи, мешающей правильному пищеварению, появляются кровоизлияния и даже изъязвления. Печень, ослабляемая в своих столь важных для всего организма отправлениях уже от незначительных доз алкоголя, с течением времени претерпевает резкие изменения. Устанавливается неправильное кровообращение в ней, ведущее вначале к увеличению органа, далее печеночные клетки перестают выполнять правильно свое назначение, изменяют свой вид, форму, строение вплоть до полной гибели, в то время как между ними усиленно развивается соединительная ткань, влекущая за собой сморщивание, уменьшение и уплотнение всей печени. Подобные же изменения наблюдаются и в почках. Сердце вначале подвергается ожирению, что заметно ослабляет работу сердечной мышцы, претерпевающей затем перерождение, называемое жировым. Испытывают перерождение также и стенки крове-

носных сосудов, вследствие чего они становятся менее эластичными, менее упругими, менее стойкими к напору крови изнутри. Отсюда — разрывы сосудистых стенок и излияние крови во внутренние органы, особенно в головной мозг. Сама кровь изменяется в своем составе, кровяные шарики теряют способность правильно выполнять свое назначение.

Наблюдаются болезненные изменения в тканях дыхательных органов, половых желез, костной системы. Словом, нет во всем организме ни одного органа, ни одной ткани, ни одной составной части, которая не испытывала бы на себе пагубного влияния алкоголя.

Все указанные выше болезненные изменения вначале обычно незначительны, едва заметны; медленно, постепенно, но неуклонно роковым образом они идут вперед и при дальнейшем отравлении спиртными напитками достигают столь резкой степени, что влекут за собой глубокое расстройство всего организма, которому становится уже не под силу противостоять различным вредным влияниям.

17. Нервные центры, как сказано, еще раньше других органов начинают попадать под губительное действие алкоголя. Прежде чем это выразится резкими нервными и психическими расстройствами, привычное употребление алкоголя сказывается в притуплении интеллектуальных способностей (слабость памяти, соображения) и ослаблении нравственного чувства. В дальнейшем изменяется резко весь психический облик человека наряду с ослаблением физического здоровья. Наконец, создается непреодолимая потребность в алкоголе, перед которой становятся тщетными все усилия воли; эта болезненная потребность заглушает все высокие и самые дорогие чувства и привязанности, она заставляет пренебрегать как интересами самых близких людей, так и своими собственными.

Таким образом, алкоголь шаг за шагом доводит человека до всевозможных притонов, преступлений, больниц, тюрем, домов умалишенных и даже до самоубийств. Подрывается не только собственное здоровье, общественное положение, но человек делается тягостью и предметом страха для близких и дорогих ему лиц и вместе с тем становится бременем для общественной благотворительности.

18. Для дошедшего до такой степени алкоголика смерть является как бы спасительным исходом. Однако со смертью злое дело алкоголя не прекращается: остаются не только расстроенные и запутанные дела, остается еще его потомство. Дети алкоголиков являются на свет с готовым предрасположением к различным нервным и психическим расстройствам: они родятся слабыми, с плохим питанием, отстают в своем физическом развитии от здоровых детей, умственно развиваются плохо и нередко обнаруживают те или другие аномалии (глухонемота, эпилепсия, идиотизм, уродство). Особенно резко проявляется болезненная наследственность при алкоголизме матерей.

19. Выносливость к алкоголю при постоянном его употреблении у разных лиц, как и у отдельных рас, представляет заметные различия, но особенно быстро оказывают свое губительное действие спиртные напитки на организмы с плохим питанием, с неустойчивой нервной системой, на организмы расшатанные и подавленные теми или другими семейными или общественными событиями. Здесь и само по себе действие алкоголя сильнее, и разрушительный процесс развивается быстрее.

20. Как опыты на животных, производившиеся в последнее время со всевозможными предосторожностями в смысле безусловной точности их, так и результаты научных исследований на человеческом организме несомненно установили, что и небольшие количества спиртных напитков, считающиеся в общежитии обычно очень умеренными (1—2 рюмки водки в день), не могут быть признаны безвредными для организма, особенно если такие небольшие дозы вводятся регулярно и более или менее продолжительное время.

21. Из изложенного видно, что требуемая некоторыми установка малых, средних и больших доз алкоголя, а равно «норм для умеренного, безвредного потребления» его, — все эти задачи совершенно невыполнимые. Действие алкоголя на один и тот же организм оказывается в разное время, в различных условиях и в зависимости от степени привычки очень различным; кроме того, принять что-либо за мерку безвредного употребления алкоголя совершенно невозможно, ибо действие его на разных органах и на разных деятельностях организма сказывается не одновременно, а на самом высшем органе, органе самоопределения, головном мозгу, алкоголь уже в небольших дозах обнаруживает быстро свое парализующее влияние. Впрочем, многие из прибегающих к алкоголю бессознательно или сознательно этого и добиваются. Итак, говорить о норме или безвредности употребления спиртных напитков совершенно не приходится.

22. Следует еще сказать о довольно распространенном мнении, что алкоголь может играть в известной степени роль пищевого вещества. Правда, при не очень большом приеме значительная часть его «сгорает» в организме и могла бы служить источником развития живых сил. Однако он никоим образом не может считаться настоящим пищевым веществом, и это по следующим причинам. Во-первых, потому, что он не может отлагаться в организме в виде запасов и служить для пластических, строительных процессов, как это выполняют настоящие пищевые вещества. Во-вторых, потому, что при введении его в организм в сколько-нибудь значительных количествах он действует уже как яд на отдельные органы, особенно на нервную систему. В-третьих, потому, что при частом употреблении он порождает привычку к известному ненормальному состоянию, которое в дальнейшем вынуждает поддерживать все увеличивающимися дозами.

23. Вредное действие спиртных напитков пропорционально их крепости.

24. Содержащиеся в казенной водке 40% алкоголя должны считаться с физиологической точки зрения очень высокими.

25. Вредное действие водки должно в особенности сильно сказываться при распространенном у нас употреблении ее на тощий желудок или перед принятием пищи.

26. Следует отметить еще, что спиртные напитки гораздо губительнее действуют на организм детей и женщин, особенно вредно употребление спиртных напитков во время беременности и кормления грудью.

27. Врачи применяют спиртные напитки как лечебное средство в некоторых случаях. Но эти случаи должны быть рассматриваемы как исключительные и в виде временной меры. Целесообразность их оправдывается настолько же, как и прописывание многих других ядов, напр[имер] морфия, мышьяка, стрихнина и т. п. Поэтому алкоголь как сильный яд должен подвергаться в продаже тем же строгим условиям контроля, как и все яды.

Выступление по докладам А. Ф. Мейендорфа и Я. Г. Гололобова «О предполагаемом внесении в Государственную Думу законопроекта о постепенном сокращении выпускаемых в продажу спиртных напитков» (27 февраля 1908 г.) [66]

Я приветствую решение нескольких членов Гос. Думы обсудить этот вопрос вместе с нашей комиссией. Я почти с первого дня существования комиссии по борьбе с алкоголизмом принимал в ней участие, переболел, могу сказать не хвастаясь, некоторые вопросы. Поэтому я думаю, что я имею некоторое право здесь высказаться по этому вопросу. Вопрос о борьбе с алкоголизмом, конечно, в высшей степени, сложный вопрос, где затронуты самые разнообразные интересы. Из тех речей, которые слышали присутствующие члены комиссии и члены Гос. Думы, наши гости, можно было заметить, что тут затронуты интересы винокуров, в особенности же интересы Министерства финансов. С другой стороны, затронуты вопросы другого сорта. Казалось бы, что вопросы о винокурах должны были отступить на второй план. Из некоторых речей выходит, что не надо начинать борьбы с алкоголизмом, пока культуры нет, известные свободы не даны, образование слабо, политический строй плохой и т. д. Правда, возражения эти более глухие, но они меня поражают. Я думаю, что алкоголизм такое громадное зло, имеющее такие разнообразные корни и в то же время разнообразные мотивы, основания, что надо же с чего-нибудь начать, надо когда-нибудь начать и надо начинать не с самых коренных реформ, когда все это культурное развитие и политическое благоденствие наступит. Мне кажется, эти господа, которые стоят на такой почве вопроса, они до известной степени напоминают крепостников. Крепостники говорили, что крестьян

нужно держать в рабстве, что мужик — дикарь, и только помещик может с ним справиться и поднять его развитие, чтобы он принял человеческий вид. Но, господа, если бы слушать голоса крепостников, то когда бы русский мужик был освобожден?

Я говорю, что это зло так обширно, что с чего-нибудь надо начать, хотя и с немногого. И вот в этом отношении даже те сравнительно скромные мероприятия, которые проектированы членами Гос. Думы, я приветствую от всей души. Надо со злом бороться. Причин для этого зла масса: это — невежество, некультурность, беднота — все это верно; затем известная неуравновешенность политической личности, — все это играет известную роль; также играет известную роль, напр[имер], привычка и легкость добычи алкоголя. Следовательно, если причины настолько сложны, то надо начинать с чего-нибудь. Наиболее подходящими мерами являются ограничительные меры. Что они играют роль, барон Мейендорф привел отличный пример. Я провожу нередко время в Финляндии и вижу, как она может бороться с пьянством. Вы думаете, что там благодаря высокой культуре не пьют? Они часто заходят ко мне и спрашивают: «Нет ли водочки? У меня живот болит» и т. д. У них потребность есть, но они чувствуют сами, что хорошо сделали, что продажи водки нет. Слабость натуры все-таки сказывается; если им представляется случай, то, конечно, они выпьют. Накануне праздников они достают водку благодаря близости милого Петербурга; накануне этих праздников они ходят по улицам пьяные, но на другой день они отрезвляются, в праздники пить нечего. Вот что значит ограничительные меры. Если бы не было прекрасного Петербурга поблизости то, конечно, и накануне праздников они не пьянствовали бы. Поэтому я приветствую эти меры.

Кто же не знает, что легкость добычи алкоголя является причиной распространения его? Затем наша комиссия и члены Гос. Думы выдвигают другую меру борьбы, по-моему, тоже в высшей степени важную, это дать широкую свободу организаций обществ трезвости и право запретительных постановлений обществам. Эти меры будут, несомненно, играть громадную роль, особенно в борьбе с шинкарством, которое растет не по дням, а по часам при благосклонном сочувствии винной монополии. Важно дать обществу средства бороться с алкоголизмом, дать ему полномочия. Это, конечно, отразится на высоком моральном поднятии всего общества и даст сейчас же прекрасные результаты; должно дать, потому что перед введением винной монополии началась — это запротоколировано в «Трудах» нашей комиссии — началась энергичная борьба с пьянством; но, как известно, винная монополия поставила точку или, выражаясь вульгарно, положила крышку. И этим небольшим мерам, предлагаемым для начала членами Гос. Думы, я вполне сочувствую. Надо с чего-нибудь начать.

Нам говорят, что это сложный вопрос. Господа, когда надо бороться, то надо бороться, так сказать, сразу. Например, я бы тем сторонникам, которые говорили, что надо ждать культурного под-

нятия народа, сказал: «Вот надвигается холера: нужно с ней бороться или нет?» Вы тоже будете говорить, что с холерой нечего бороться, надо поднять культурное развитие народа? Меня всегда глубоко возмущают речи подобного рода. Бороться так бороться. Надо начинать при тех условиях, которые есть, но во всяком случае надо начинать, а вы говорите, что надо ждать десятки, сотни лет, когда поднимется культурное развитие. Затем я позволю себе высказать еще одно: я думаю, что главный противник борьбы с алкоголизмом, несомненно, винная монополия и Министерство финансов. Вот где наше главное зло.

Наш государственный бюджет затянулся тем, что 700 млн. р. получается от винной монополии; конечно, государственной казне найти целиком такой крупный доход нелегко, ей нелегко будет развязаться с винной монополией. Ведь на организацию ее были затрачены десятки, сотни миллионов; настроили дворцов — я уже говорил об этом — во всех провинциальных городах, с электрическим освещением, организовали громадную армию чиновников, чинам винной монополии отпускаются громадные суммы. Изволите видеть — все это дело организовано в широких размерах.

Наше Министерство финансов, желая извлекать доходы, завело винную монополию, устроило прекрасные лавочки, в то время как наши школы помещаются в хлевушках. Я видел всю 10-летнюю деятельность нашей комиссии, из всего вывожу заключение, что главное зло — винная монополия, пока она поставлена в такие условия, что должна вести свое дело путем обнищания, разорения и вымирания русского народа и должна таким образом добывать свои ресурсы. Я просил бы членов Гос. Думы на эту сторону дела обратить внимание. Если Гос. Дума добьется одного: скажет винной монополии или Министерству финансов — не основывайте государственного бюджета на разорении народа, на его спаивании, на деморализации, на его вырождении — если она это скажет, то это будет уже великая заслуга. Я думаю, что те, кто говорит о культурном поднятии русского народа, должны этому сочувствовать. Я удивляюсь, что они не могут единодушно всей Гос. Думой, исключая, конечно, лиц очень богатых, заинтересованных материально, всей Гос. Думой встать на эту точку зрения. Ведь эта точка зрения до очевидности ясна.

Я повторяю, что надо бороться прежде всего с винной монополией. Почему, вы скажете? Потому, что были указаны примеры, случаи, когда мы ходатайствовали о закрытии винных лавок там, где их прежде не было, но нам ответили, что их закрыть нельзя. Немцы, живущие в этом селении, не пьют, но проезжающие — пьют; немцы, конечно, ходатайствовали о закрытии винной лавки, но Министерство финансов отказало. Безусловно, это вопрос общегосударственный. Это один пример, теперь приведу другой. Кто не знает, какую роль играют наши общества трезвости, устроенные Министерством финансов? Ведь всем известно, что главную роль играет местный чин винной монополии. В сущности, все вопросы, куда такие-то суммы отпускать, решаются им. Я могу привести

пример, какую надо было вести борьбу инспектору народных училищ. Надо сказать, что есть суммы, которые отпускаются на борьбу с народным пьянством. Ключ от этих денег имеет в руках чин винной монополии. Он говорит, что надо устроить представления разные, акробатов и т. д., а инспектор народных училищ говорит, что надо основать более прочное учреждение, устроить читальню, выписать газеты, устроить чтения, но чин винной монополии говорит, что это не целесообразно, я не сочувствую этому. И вот таких примеров много.

Я еще остановлюсь на том, что имеет ближайшее отношение к нашей комиссии. В нашей комиссии постоянно бывало два течения. Одни стояли за скорую, решительную борьбу; другие противились этому и предлагали сначала решить вопрос научно, они предложили нам основать ученый комитет для исследования действия алкоголя на организм. Нужно ли это было? Конечно, не нужно, потому что это зло и без того ясно. И вот стали отпускаться десятки тысяч, и некоторые члены занялись этим вопросом. Для человека науки это большой соблазн. Конечно, для практических целей это не нужно было, так как это просто отвлекало силы от борьбы с пьянством в другую сторону. Я всегда протестовал против этого учреждения и отказался принять участие в ученом комитете.

Я вынес из всех подобных случаев одно заключение, что главный враг в нашей борьбы с алкоголизмом — это именно Министерство финансов и винная монополия. Мы попали в какой-то заколдованный круг, основав винную монополию. Я говорю, что если в настоящее время Дума сдвинет этот вопрос с этой мертвой точки, если она поставит преграду Министерству финансов в его политике, в той, которую оно вело с учреждением винной монополии, — это будет величайшая заслуга современной Думы, и все партии, включая и самые левые, должны приветствовать эту Думу как великую Думу, что-то сделавшую.

Заключение по вопросу «Об устройстве лабораторий для изучения влияния алкоголя на организм и для исследования алкоголизма в населении» [67]

За время существования нашей комиссии делались не раз попытки отвлечь внимание ее в область экспериментального изучения действия алкоголя на организм. Я всегда высказывался против таких попыток [68], считая влияние алкоголя в общем изученным настолько достаточно, что значение его для экономии организма и в настоящее время во всех основных вопросах не может возбуждать сомнения; что же касается детальных и частных вопросов, то это дело будущего, и от наших исследований задача борьбы с алкоголизмом по существу измениться нисколько не может. В самом деле, влияние алкоголя в известной дозе на человека изменяется от одного лица к другому, от различного состояния

и настроения одного и того же субъекта, от его привычки в предшествующее время и в настоящее, [так] что устанавливать какие-либо «нормы потребления», говорить о том, какие дозы могут считаться «безвредными», а какие должны быть признаны уже вредящими организму — все эти вопросы в высшей степени условные и иллюзорные [69].

Между тем подобными вопросами стремятся отвлечь внимание от разрешения практических вопросов по борьбе с пьянством как общественным злом, сказывающимся крайне губительно на благосостоянии народа экономическом и нравственном, на его работоспособности и здоровье. Теперь появился проект «Об устройстве лабораторий для изучения влияния алкоголя на организм и для исследования алкоголизма в населении».

Этот проект возбуждает во мне крайнее удивление и, добавлю, даже негодование. Здесь идет речь об устройстве целого института со многими лабораториями (шесть), с большим штатом «различных специалистов», причем «такого рода лаборатории должны обладать достаточным количеством места как для массовых исследований, так и более специальных научных работ». Что за чудовищное должно быть это учреждение, эта, так сказать, «алкогольная академия», где будут производиться «массовые исследования».

Такой дикий проект мог появиться только в России, где для основных строго научных учреждений, как университеты, Педагогический институт и т. п., не имеется достаточно денег, где научные лаборатории ютятся в невозможных помещениях с отвратительным воздухом и со скудным научным инвентарем, где не имеется достаточного количества больниц, санаториев и родильных приютов, где на каждом шагу отказывают в помещении душевнобольным и в то же время могут найтись при благосклонном содействии власть имущих средства для оборудования особой алкогольной академии в надежде, как говорит проект, «что с течением времени, после тщательного изучения вопроса, можно будет найти способы потребления алкоголя без всякого побочного вредного его действия, соблюдая лишь определенные условия при пользовании им».

Конечно, эта надежда не осуществится и через сто лет, если даже предполагаемая алкогольная академия будет производить «массовые исследования», применяя в них массу алкоголя и на массе людей — все это за счет казны и винной монополии. Кроме того, так как рассматриваемый проект говорит, что «стремление северянина к алкоголю, как веществу возбуждающему», проявляется с особенной силой, то пришлось бы учредить не одну алкогольную академию, а несколько их, в разных районах России, т. е. с более умеренным климатом, наконец с более теплым. И здесь пришлось бы производить «массовые исследования» и т. д.

Разве можно такой глубоко жизненный и капитальный вопрос, как вопрос о борьбе с народным пьянством и вместе с тем с народным разорением и вырождением, связывать с вопросом об учреждении особого института, где в шести лабораториях будут исследоваться «физико-химические» вопросы, «биологические с отделами зоологическим, ботаническим и гистологическим», вопросы гигиенические с отделами «медицинской статистики и бактериологии». Уже если бы могла идти о чем-либо речь, то самое большое об основании какого-либо нового отделения, напр[имер] при Императорском институте экспериментальной медицины или при каком-либо медицинском факультете, где деятельность подобного отделения находилась бы под наблюдением и ответственностью целой научной корпорации. Но и это мне представляется совершенно излишним.

Вообще, сочувствуя глубоко всякого рода научным исследованиям во всех областях знания, я должен сказать, что трудно себе представить что-либо более странное по своему замыслу, чем представленный проект, особенно если принять во внимание экономические ресурсы и настоятельные потребности в удовлетворении насущных нужд России в настоящий момент.

Выступление при обсуждении «Записки об устройстве лабораторий для изучения влияния алкоголя на организм и для исследования алкоголизма в населении» (26 апреля 1912 г.) [70]

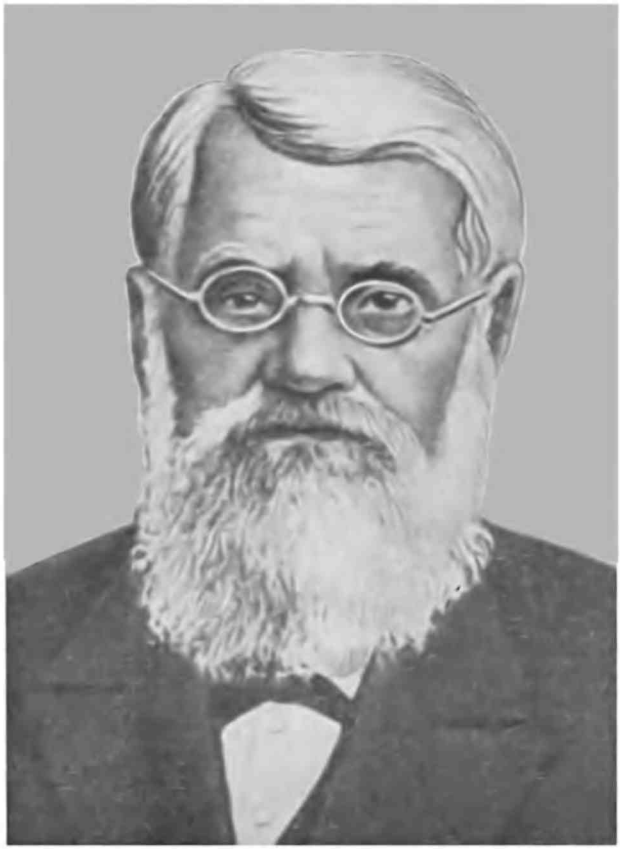
Я только добавлю маленькие замечания по поводу речей проф. Гервера и проф. Бехтерева. Проф. Гервер не точно передал мои слова: я вовсе не рекомендовал устройства лаборатории при Институте экспериментальной медицины, я сказал, что если уж надо где специально что-либо устраивать, то можно при каком-нибудь уже существующем научном учреждении, и оговорил, что лично считаю это совершенно излишним. Также неверно он передал мои слова о необходимости северной и южной академий. Я говорил о значении индивидуальных особенностей и с этой точки зрения указывал, что они будут различны в зависимости, между прочим, и от климатических условий, так что, продолжая мысль проекта, при массовых исследованиях понадобилось бы по академии для каждого района.

Что касается речи проф. Бехтерева, то мне странно, что он начал ее словами о подвохах. Я не понял, о каких это он подвохах? Но если это относится ко мне, то это не по адресу. Я всегда высказывался, что нужно подальше держаться от указки Министерства финансов. От кого вы получаете деньги — от того невольно будете и зависеть. Я даже еще суровее относился и тогда, когда нам предлагали 15 тыс. р. от Министерства финансов на науч-

ные исследования; также я был против субсидии по поводу премии.

Кроме того, меня удивила одна вещь: мы выслушали доклад д-ра Сажина, и меня удивило, что проф. Бехтерев вступил с ним в прения и, кстати сказать, односторонне читал выдержки из учебника проф. Кравкова[71]. Как же это? Ведь, по его словам, спорить излишне, а надо исследовать. Но разве академия сделает эти вопросы бесспорными? Как сказал проф. Павлов, спорить всегда будут. И от тех планомерных работ и практических, и даже научных, дело не выиграет. Проф. Бехтерев упрекает меня в некультурных выражениях; лучше говорить некультурными выражениями, но начистоту, и обратно я взять свои выражения не могу. Я и опять скажу, что проект грандиозный и несуразный. Зачем, например, ботаническая лаборатория и почему не минералогическая? Для практической борьбы от проектируемых лабораторий решительно никаких результатов быть не может. Индивидуальные условия, повторяю, слишком разнообразны, чтобы говорить о каких-нибудь нормах. Заманчивые же перспективы о безвредности употребления совершенно несбыточны.

И вот я спрашиваю проф. Бехтерева: для каких целей предназначается эта академия? Для научных или для практических? Если для последних, то через сколько столетий можно ожидать результатов? Вся наука признает, что алкоголь — яд, который при некоторых патологических состояниях иногда может быть полезен. Я ничего не имею против дальнейшего изучения деталей вопроса, но я всегда говорил и схожусь в этом с М. Д. Челышевым[72], что денег у нас нет, самых необходимых вещей тоже нет, а винная монополия процветает. Меня удивляет, что на культурные неотложные нужды денег нет, а понадобилось для монопольного ведомства — и, при благосклонном участии правительства, деньги есть на целую академию. Я, может быть, и резко выражаюсь, но вопрос этот наболел у всех, а у тех, кто, как я, интересуется им свыше 20 лет, — и подавно.



Алексей Яковлевич
КОЖЕВНИКОВ
(1836—1902)

А. Я. Кожевников — выдающийся русский невропатолог, один из основоположников невропатологии в России. Профессор Московского университета. Открыл особую форму корковой эпилепсии — «кожевниковскую эпилепсию». Изучал морфологию ядер мозга и проводящих путей, один из первых в мире описал многие невропатологические синдромы (алкогольный паралич, сенсорная афазия, миастения и т. д.). Автор классического труда «Особый вид кортикальной эпилепсии» (1894) и учебника «Курс нервных болезней» (1889).

Об алкогольном параличе (paralysis alcoholica) [73]

Более точные сведения об алкогольном параличе принадлежат исключительно новейшему времени; но так как болезнь эта встречается нередко и представляет очень много интереса как в практическом, так и в научном отношении, то нет ничего удивительного, что литература этого предмета уже теперь сделалась очень богата: не только описано очень много отдельных случаев, но существуют полные монографии об этой болезненной форме. Тем не менее и до сих пор многие вопросы, касающиеся алкогольного паралича, остаются еще неразрешенными или спорными; ввиду этого мне казалось нелишним опубликовать и некоторые из собственных наблюдений. При этом из довольно большого числа случаев алкогольного паралича, которые мне пришлось наблюдать в последние годы, я остановлюсь только на тех, которые окончились летально и где было возможно не только наблюдать клинические явления, но и сделать подробное анатомическое исследование. Таких случаев у нас было пять[74]. Я сначала опишу эти наблюдения, а потом перейду к общим замечаниям относительно их.

Наблюдение 1-е. Мужчина 45 лет; многолетний abusus spirituos.[75]; было delirium tremens; медленное развитие параличных явлений. При поступлении в клинику — глубокое изменение психической деятельности, паралич нижних конечностей; paresis et ataxia верхних; слабая деятельность сердца; кровавая рвота; быстро наступивший летальный исход. Начинающееся перерождение мышечных волокон; резко выраженная neuritis multiplex parenchymatosa нервов конечностей, а также n. vagi; разбухание осевых цилиндров в спинном мозгу; атрофические изменения мозговой коры в небольшой степени; жировое перерождение сердечной мышцы; cirrhosis hepatis.

Карл В., 45 лет, служащий на Курской железной дороге смотрителем кладовой (старший кладовщик), поступил в нервную клинику 13 декабря 1885 г. с очень значительным расстройством движений в конечностях, особенно нижних, и с глубоким изменением психической деятельности. Вследствие этого последнего обстоятельства нам удалось собрать только самые скудные анамнестические данные о нашем больном, да и то главным образом благодаря любезности лечившего его некогда д-ра графа Ив. Андр. Мамуны. Данные эти следующие: родился В. в Рязанской губернии в достаточной семье и до 20 лет прожил в деревне, занимаясь только охотою, которую он очень любил до самого последнего времени. Он женат и имеет взрослого сына; сифилиса у него не было, а также и излишеств в половых отправлениях. Но уже лет с 20 он начал употреблять спиртные напитки и в последние годы в очень большом количестве; окружавшие его люди передавали, что он выпивал в день более двух бутылок водки и кроме того много пива. Кроме того, как на охоте, так и при исполнении своих служебных обязанностей он часто подвергался действию холода и сырости. По рассказам жены, лет 12 тому назад с ним была, по-видимому, белая горячка. В последние лет пять он все более и более жаловался на боль, а потом и на слабость в ногах. В 1884 и 1885 гг. В. по временам обращался за советами к доктору; при этом у него наблюдалась упорная диспепсия, болезненная и увеличенная печень и в 1884 г. [—]явления delirii trementis. В ноябре 1885 г.

слабость в ногах настолько увеличилась, что он перестал выходить на службу, причем и общее состояние его стало быстро ухудшаться. В конце ноября 1885 г. д-р Мамуна нашел, что психическая деятельность у В. значительно изменилась, он был вял, апатичен, заговаривался; пульс был слабый, живот вздут, [появились] отсутствие аппетита, запор, затрудненное мочеиспускание, очень большая слабость ног, так что он не мог стоять; руками же он, по-видимому, мог двигать свободно; сон был очень плох. С этих пор болезнь все усиливалась.

Status praesens. 13 декабря 1885 г. при исследовании больного прежде всего обращает на себя внимание глубокое изменение психической деятельности у него. Сознание его значительно изменено: хотя он может дать короткий ответ на самые простые вопросы, но он совсем не сознает своего положения, не знает, где он; время совершенно не существует для него; он не сознает даже своих естественных потребностей. Оставаясь постоянно в мире своих фантазий, он утверждает, что он дома, что он сегодня только занимался своими делами, ходил в то или другое место и т. п. Он ел только тогда, когда кормили, испражнялся и мочился бессознательно. Внешние впечатления доходили до него крайне смутно, и он тотчас же их забывал. Ослабление памяти у больного было чрезвычайно большое: из давно прошедшего он мог еще кое-что вспомнить; недавних же событий решительно не помнит; при этом у него постоянно смешивались настоящее и прошлое, и очень часто давно бывшее он считал за настоящее. Но кроме того у него были несомненные галлюцинации как слуха, так и зрения, и он часто говорил о том, что он видел или слышал, принимая это за действительность. Большею частью он был апатичен, и только при разговоре о его любимых предметах он несколько оживлялся. Сон его был тревожный: он чаще дремал днем, ночью же не спал и тихо бредил. Кроме расстройства психической деятельности было резко выражено и расстройство движений, он оставался неподвижным частью от слабости, частью же от боли, и его нужно было поворачивать. В ногах произвольные движения были почти совершенно уничтожены, больной едва мог шевелить ими; ноги были тонки сравнительно с туловищем, но атрофии отдельных мышц не было заметно; при давлении мышцы ног были очень болезненны. При попытке сделать какое-нибудь пассивное движение являлась такая сильная боль, что он стонал и кричал. Пателлярные рефлексы были уничтожены; но также нельзя было вызвать рефлекторных движений ни уколом, ни щекотанием подошв. Электровозбудимость мышц нижних конечностей при поступлении больного в клинику была вполне сохранена как относительно гальванического, так и индукционного тока, и только в musc. quadriceps femoris при обыкновенном токе не получалось сокращений; более же сильные индукционный и гальванический токи вызывали очень сильную боль. Чувствительность кожи как тактильная, так и болевая, оказалась значительно пониженной; но более точное измерение ее было невозможно вследствие психического состояния больного; во всяком случае полной анестезии не было; вместе с тем местами была hyperalgesia кожи, хотя не в очень высокой степени. Нервные стволы как ischiadicus, так и cruralis, а также их ветви были очень болезненны при давлении. Такая же болезненность мышц при давлении, а также при пассивных движениях существовала на туловище и на животе; дыхательные мышцы как наружные, так и диафрагма функционировали правильно. Движение верхних конечностей также было глубоко расстроено: больной мог делать движения руками, но сила их была ничтожна, и при этом было заметно, что разгибатели рук гораздо слабее сгибателей. При каждом произвольном движении рук кроме нужных движений являлся целый ряд беспорядочных излишних движений: эти последние были очень разнообразны и объемисты, так что они нисколько не походили на трясение, а скорее на хореические или сильно выраженные атактические движения, только в них был очень резко выражен характер бессилия, слабости. И на верхних конечностях как нервные стволы, так и мышцы были очень болезненны при давлении; атрофии мышц не было; электровозбудимость и здесь была вполне сохранена, и только в musc. triceps brachii несколько понижена; сухожильные рефлексы в triceps и biceps brachii уничтожены. Чувствительность

на руках была тоже понижена, хотя в меньшей степени, нежели на ногах. Органы высших чувств не представляли уклонений от нормы.

Относительно общего состояния и внутренних органов при исследовании оказалось следующее: питание больного хорошее; подкожный жировой слой, особенно на животе, развит очень сильно, общее состояние безлихорадочное. Аппетит плох; язык обложен; [возникает] болезненность при давлении под ложечкой; печень ясно прощупывается из-под ребер и слегка болезненна, она ровна, но тверда, край ее несколько округлен; живот раздут, скопления жидкости в нем нет. Больного несколько дней не слабило; [возникло] задержание мочи, так что нужно было ввести катетер. Моча очень насыщена; ни белка, ни сахара в ней нет. При перкуссии и аускультации найдены признаки хронического бронхита и легочной эмфиземы в небольшой степени. Сердце увеличено, толчок его слаб, пульс около 100, слабоват; первый тон аорты не чист, второй акцентирован; особой жесткости в артериях не замечается.

После поступления в клинику больной прожил только 11 дней. Первые два дня мочу нужно было выпускать катетером; но потом больной мочился сам по нескольку раз в день, но бессознательно; собственно недержания мочи у него не было. Температура постоянно была ниже нормы и доходила иногда до 35,8 °[C]; дыхание было довольно свободно; пульс оставался слабым, около 100. Психическая деятельность оставалась без перемены, только затемнение сознания и апатия постепенно увеличивались. Произвольные движения в ногах скоро совсем прекратились, но болезненность нервных стволов и мышц при давлении оставалась по-прежнему; чувствительность кожи сделалась еще хуже. Электровозбудимость мышц как нижних, так и верхних конечностей стала быстро понижаться, и в некоторых мышцах уже нельзя было вызвать сокращений, но качественного изменения электровозбудимости и признаков реакции перерождений мышц за все время не было. Беспорядочные атактические движения верхних конечностей оставались все время; но так как мышечная сила рук с каждым днем все падала, и произвольные движения делались все более ограниченными, то и атактические движения делались все менее резкими. 24 декабря без видимых причин сделалась кровавая рвота; его рвало несколько раз жидкостью, которая имела характерный цвет кофейной гущи. Хотя количество извергаемой жидкости было [не] велико, тем не менее больной быстро стал слабеть: пульс сделался очень слаб, 120; конечности похолодели и посинели, и к вечеру больной скончался.

Из протокола вскрытия, составленного весьма подробно, я приведу только резюме относительно внутренних органов и более подробно опишу результаты исследования нервной системы и мышц.

Diagnosis anatomica: Atheromasia arcus aortae et petrificatio valvularum aortae; atherom[asia] levis valv[ula] bicuspidalis. Dilatatio cordis; degeneratio myocardii adiposa et adipositas summa epicardii. Emphysema pulmonum marginale; hypostasis et oedema pulmonum. Cirrhosis hepatis alcoholica. Dilatatio et catarrhus ventriculi chronicus, haemorrhagia levis in cavitatem ventriculi et intestinorum. Adipositas summa omenti, mesenterii et capsulae renum. Adipositas totius cadaveris.

Форма черепа нормальна, dura mater плотно приросла к костям черепа и по направлению продольной расщелины мозга сращена с мягкою оболочкой. Pia mater легко снимается с мозга; венозные сосуды ее сильно наполнены кровью. На разрезах мозга ничего ненормального не было заметно; серое вещество извилин нормальной толщины; белое вещество бледно. В 4-м желудочке, мозжечке, продолговатом мозгу и варолиевом мосту никаких уклонений от нормы не было. Спинной мозг, его оболочки, а также и нервные корешки макроскопически представлялись нормальными. Мышцы как туловища, так и конечностей имели нормальный цвет и объем. Периферические нервы также макроскопически не представляли заметных уклонений от нормы; от многих нервов конечностей как верхних, так и нижних, а также от n. vagus были вырезаны кусочки, часть их тотчас же была положена в раствор осмиевой кислоты, часть же [—] в мюллеровскую жидкость.

При микроскопическом исследовании мышц конечностей оказалось, что большинство волокон представлялось вполне нормальным, и только в некоторых из них заметны были первые признаки перерождения: увеличенное количество ядер сарколеммы и утончение волокон, причем поперечная полосатость была большей частью ясно выражена. Из периферических же нервов большинство оказалось резко измененным и представляло ясные признаки паренхиматозного воспаления и перерождения нервных волокон, а в неврилемме и сосудах не было заметно никаких изменений. Степень же повреждений была различна в различных нервах: n. vagus представлял несомненные признаки перерождения нервных волокон, но не в очень высокой степени. В нервах же конечностей особенно глубоко были поражены части их, наиболее удаленные от центра: так, в n. dorsi pedis почти все волокна были более или менее повреждены, в n. tibialis уже более встречалось волокон нормальных; еще более их было в n. ischiadicus, а в нервах крестцового сплетения только кое-где попадались волокна несколько измененные. То же самое должно сказать и о нервах верхних конечностей: nn. radialis, ulnaris и medianus представляли очень глубокие изменения, а в plexus brachialis большинство волокон было вполне нормально. Степень изменений волокон была чрезвычайно различна, и в каждом отдельном кусочке нервного ствола и на различных препаратах можно было встретить все возможные степени перерождения — от волокон почти нормальных до полного их исчезания, так что видна была только шванновская оболочка с ее ядрами, и разве только кое-где были еще заметны мелкие капельки миелина в окружности того или другого ядра. В корешках же спинных нервов как передних, так и задних, ничего ненормального не найдено.

При исследовании спинного мозга в свежем состоянии зернистых шаров в нем не удалось найти; после уплотнения его (в двухромовокислом калии) было сделано большое количество разрезов, которые были окрашены различными красками и обработаны обыкновенными способами. При первом взгляде все эти разрезы казались вполне нормальными, так как белые столбы представляли нормальную окраску, а в сером веществе клеточки были в нормальном количестве и имели правильную форму; но при более внимательном исследовании в этих разрезах найдены были патологические образования, которые оказались расширенными осевыми цилиндрами. Они встречались почти исключительно в поясничном утолщении, в грудной части их не было видно, а в шейном утолщении [—] в очень небольшом количестве. Расширения эти имели разнообразную форму— то веретенообразную, то четкообразную, то в форме ленты; при этом и размер их был очень различен; в иных местах осевой цилиндр был в 2 или 3 раза шире нормального, в иных же [—] в 5 и более раз. Расширения эти особенно ясно были видны на карминных препаратах, причем они окрашивались в яркий красный цвет и встречались как в сером веществе, главным образом в передних рогах, так и в белом, и притом как на волокнах, идущих горизонтально, так и на вертикальных, что́ особенно хорошо было видно на продольных разрезах спинного мозга. В корешковых же волокнах как передних, так и задних их не удалось найти; в сосудах и соединительной ткани спинного мозга также не оказалось ничего ненормального. В продолговатом мозгу, несмотря на тщательное исследование, а также в варолиевом мосту, в ножках мозга и больших ганглиях никаких уклонений от нормы не было заметно.

При исследовании мозговой коры было найдено следующее: нервные волокна как входящие в нее, так и тангенциальные представлялись нормальными; нервные же клетки ее, особенно в лобной и теменной долях, по-видимому, были изменены: они содержали слишком много пигмента и представлялись мелкозернистыми; многие из них не имели ясного очертания, а некоторые были расширены, и вокруг них, особенно на границе между серым и белым веществом, видно было большое количество ядер невроглии.

Наблюдение 2-е. Женщина 47 л., последние 7 лет abusus spirit.; 4 г. назад delirium tremens. Довольно быстрое развитие паралича ног, потом рук и наконец диафрагмы. Глубокое изменение психической деятельности; pneumonia hypostatica. При вскрытии: neuritis parenchymat[osa] нервов конеч-

ностей и n. phrenici; myelitis diffusa chronica: небольшие изменения коры мозговой. Adipositas generalis. Жировое перерождение сердечной мышцы. Cirrhosis et degeneratio adiposa hepatis.

Анна П., 47 [л.], мещанка, замужняя, поступила в психиатрическое отделение Александровской больницы 3 февраля 1886 г. с явлениями глубокого расстройства психической деятельности и с параличом нижних конечностей.

Анамнез. Отец больной злоупотреблял спиртными напитками и последние годы жизни страдал припадками, по-видимому эпилептическими; мать же ее, братья и сестры здоровые и не подвержены пьянству. Больная замужем около 29 лет, имела только одного ребенка; регулы у нее почти всегда были очень обильны; семь лет тому назад они прекратились. До 40-летнего возраста больная употребляла спиртные напитки понемногу; со времени же прекращения регул она стала пить очень много, так что года четыре назад она была в Старо-Екатерининской больнице с явлениями delirii trementis. После этого она продолжала пить много: почти каждый день она была в состоянии опьянения. Постепенно стало расстраиваться и здоровье ее: у нее часто являлась рвота, память ее постепенно слабела и изменился характер; каждый раз, когда она выпивала, начинала ругаться, придиралась к мужу и упрекала его в распутстве. С конца 1885 г. пьянство ее усилилось еще более, стала еще более расстраиваться и психическая деятельность; с половины января 1886 г. у нее стали довольно быстро слабеть ноги, так что через неделю она уже не могла ходить; вместе с этим память совсем ослабела и явилась большая спутанность в ее разговорах, что и заставило поместить ее в больницу.

Status praesens. Больная крепкого телосложения, сильно ожиревшая; температура несколько повышена: утром [—] 37,5, вечером [—] 38 [°C]. Главнейшее расстройство представляется со стороны психической, прежде всего очень большое ослабление памяти: больная совершенно не помнит событий последнего времени; вместе с этим замечается большая спутанность сознания: она смутно сознает, где она; время для нее не существует; она постоянно смешивает настоящее с давно прошедшим. Умственные ее способности очень ослаблены: она не может связать и пяти слов, хотя на короткие вопросы дает большею частью правильный ответ. Галлюцинаций и иллюзий не заметно, а только ошибки памяти. Сон тревожный. Со стороны высших чувств не заметно уклонений от нормы. Язык при высовывании несколько дрожит, соответственно этому и речь ее изменена — дрожащая. Со стороны конечностей следующие расстройства: обе руки слабы, в них резко выражено дрожание; больная жалуется на зуд в руках и чувство ползания мурашек, вследствие чего она почти постоянно чешет руки. Уколы больная ощущает на руках; более же точное исследование чувствительности невозможно вследствие психического расстройства. Исследование электровозбудимости, произведенное 5 февраля, не показало в верхних конечностях никаких уклонений от нормы. В нижних конечностях слабость выражена гораздо больше: больная едва может двигать ноги в постели, стоять же совершенно не в состоянии. Чувствительность ног видимым образом значительно понижена; больная и здесь ощущает ползание мурашек; на боль она не жалуется, но при сдавлении мышц, особенно на икрах, есть болезненность, хотя не очень сильная. Похудания мышц не заметно. Пателлярные рефлексы уничтожены. Исследование электровозбудимости нижних конечностей, сделанное тоже 5 февраля, показало, что в m. quadriceps femoris, tibialis anticus и extensor digitorum longus и brevis она понижена для индукционного тока; а при действии гальваническим током получались вялые сокращения, причем замыкание анода преобладало над замыканием катода, словом, были признаки реакции перерождения. Аппетит у больной довольно хороший; [имеется] болезненность под ложечкой, наклонность к запору; печень увеличена и болезненна при давлении. Мочеиспускание свободно; в моче не было ни сахара, ни белка. Со стороны легких не было найдено ничего особенного. Пульс постоянно ускорен, около 100, среднего наполнения. В первые дни пребывания в больнице не было особых перемен с больной, только конечности ее как нижние, так и верхние постепенно ста-

новились слабее. Вместе с этим было замечено, что больная почти постоянно двигает пальцами рук: по-видимому, это было частью произвольное чесание тыльной поверхности рук, где она чувствовала зуд и ползание мурашек, частью же это были непроизвольные ритмические движения в виде сгибания и разгибания первой фаланги пальцев. 22 февраля к прежним явлениям присоединились признаки паретического состояния диафрагмы: движения ее были ограничены, и затруднилось отхаркивание мокроты; глотание при этом оставалось нормальным. 24 февраля в нижней части шеи появилась флегмонозная краснота и припухлость. С этих пор состояние больной стало быстро ухудшаться: конечности слабели еще более — ногами она уже почти совершенно не могла шевелить, руки тоже были очень слабы. Электровозбудимость мышц верхних конечностей была значительно уменьшена; на нижних же конечностях m. quadriceps femoris, tibialis anticus, extensor communis digit. longus et brevis и extensor hallucis — от индукционного тока вовсе не сокращались, а от постоянного давали вялые сокращения с преобладанием [влияния] анода над катодом; в остальных мышцах ноги было равномерное понижение электровозбудимости. Движения диафрагмы при дыхании совсем были незаметны, при этом [отмечено] высокое стояние ее, слабый голос, затрудненное дыхание и невозможность отхаркивать; пульс слабый, 120—130 в мин, 28 февраля к этому присоединилось воспаление нижней доли левого легкого. Дыхание сделалось еще труднее; пульс очень слаб; [развился] общий упадок сил, и 1 марта больная скончалась.

Из протокола вскрытия, произведенного ординатором нашей клиники д-ром Гр. Ив. Россолимо[76], я приведу только главнейшие данные: значительное общее ожирение; мышцы несколько бледны; на передней части шеи phlegmone, при разрезе вытекло небольшое количество гноя; но воспаление это ограничивалось только подкожной клетчаткой и не шло далеко вглубь. В полости груди — старые рубцы в верхушках обоих легких и плотное сращение здесь плевр легочной и реберной; в нижней части правого легкого — краевая эмфизема и отек, а в нижней части левого — pneumonia hypostatica. Значительное отложение жира вокруг сердца; сердечная мышца представляла несомненные признаки жирового перерождения. Endoarteriitis deformans nodosa. Cirrhosis et degeneratio adiposa hepatis. Induratio cyanotica renum. Fibromyoma uteri parietalis.

Череп не представлял уклонений от нормы; в сосудах на основании его атероматозные изменения не в очень большой степени. Мягкая оболочка головного мозга мутна и отечна; довольно значительное скопление жидкости в желудочках мозга; в существе мозга не заметно ничего ненормального. Спинной мозг макроскопически представлялся нормальным.

При микроскопическом исследовании оказалось, что мышцы конечностей, особенно нижних, представляли ясные признаки перерождения; многие из мышечных волокон были мелкозернисты, поперечная полосатость их сглажена, количество ядер сарколеммы увеличено, и встречалось много очень тонких волокон. Периферические нервы были исследованы частью при помощи расщипывания и окраски осмиевой кислотой и пикрокарминоm, частью же — на разрезах; при этом оказалось, что большинство исследованных нервов представляло ясные признаки паренхиматозного воспаления и перерождения. Но степень этого изменения в различных нервах была очень различна; более всего были поражены нервы нижних конечностей и именно в частях, наиболее удаленных от центра; здесь только изредка можно было встретить волокна, имевшие нормальный вид, тогда как в частях, ближе к центру лежащих, в сплетениях и корешках большинство волокон представлялись нормальными, и только немногие были изменены; это особенно ясно было видно на поперечных разрезах нервных стволов. N. phrenicus представляет очень резкие признаки перерождения, и большинство его волокон было более или менее изменено. Что касается характера изменений нервных волокон, то в некоторых нервах встречались по преимуществу или исключительно волокна, представлявшие все признаки перерождения: распадение миелина и осевого цилиндра, размножение ядер шванновской оболочки, причем, на различных волокнах можно было проследить все степени этого перерождения [вплоть] до полного исчезновения миелина и осевого цилиндра.

Такие изменения встречались более всего в нервных стволах, наиболее удаленных от центра, и притом, чем дальше нерв лежал от центра, тем больше было в нем волокон измененных и в более высокой степени. Но кроме таких перерожденных волокон встречались другие, изменения которых характеризовались утолщением и разбуханием осевого цилиндра, который местами представлялся вдвое, втрое шире нормального. Такое утолщение в различных местах имело различную форму, то цилиндрическую, то веретенообразную, то в виде крупных четок и т. п. Волокна с расширенными осевыми цилиндрами встречались только в нервах, мало измененных, где атрофированных волокон или вовсе не было, или очень мало, — а именно: в нервах, лежащих близко к центру, в сплетениях поясничном и плечевом, а также в корешках преимущественно передних поясничных нервов.

При исследовании спинного мозга в свежем состоянии в различных его отделах были найдены зернистые шары, впрочем в небольшом количестве. На разрезах же, сделанных из уплотненного спинного мозга и обработанных обыкновенными способами, оказалось, что серое вещество везде имеет нормальный вид: клетки как передних, так и задних рогов и Clarke'овских столбов на всех разрезах не представляли уклонения от нормы. Белые же столбы более или менее на всем протяжении спинного мозга оказались измененными. Изменение это не было очень резко, но при помощи различных окрасок видно было несомненно; оно касалось задних столбов и боковых, особенно правого. На карминных препаратах они имели более интенсивную окраску, а на вейгертовских представлялись светлее и имели желтоватый цвет. В задних столбах изменение было выражено главным образом в голлевских столбах: в шейном отделе оно только ими и ограничивалось; в поясничном же и в нижнем грудном оно захватывало и бурдаховские столбы. В боковых же столбах оно захватывало пирамидный пучок, но также и внутренний, прилегающий к серому веществу отдел, а отчасти и прямой мозжечковый пучок; эти изменения резче всего были выражены в нижнем грудном и в поясничном отделе. Исследуя более точно эти изменения и сравнивая между собою различные разрезы, можно было убедиться, что они зависели от расширения кровеносных сосудов, утолщения их стенок, а также и тех перегородок (septa), по которым проходят сосуды; при этом некоторые из нервных волокон представлялись утонченными и атрофированными; коротко сказать, можно было убедиться, что мы имеем дело с хроническим разлитым (интерстициальным) миелитом не в очень высокой степени.

В продолговатом мозгу и варолиевом мосту, несмотря на тщательное исследование очень многих препаратов, не было найдено никаких изменений, кроме некоторого расширения кровеносных сосудов.

При исследовании извилин головного мозга из разнообразных отделов его найдено было, что как кровеносные сосуды, так и периваскулярные пространства артерий значительно расширены; в этих последних во многих местах видно было большое количество зерен пигмента или лимфоидных телец. Количество ядер вокруг многих сосудов несомненно увеличено. Клетки мозговой коры значительно пигментированы.

Наблюдение 3-е. Женщина 32 лет. Продолжительный abusus spirituosorum. Постепенно развивавшаяся слабость ног; резкое ухудшение после купания; паралич нижних и верхних конечностей. Глубокое расстройство психической деятельности; ослабление сердца. По вскрытии: Neuritis multiplex parenchymatosa; значительное изменение n. vagi. Вакуолизация клеток спинного мозга.

Крестьянка Екатерина Ф., 32 лет, поступила в нервную клинику 21 октября 1887 г., умерла 9 ноября 1887 г. Происходит из здоровой семьи; в семействе, по-видимому, не было ни пьянства, ни нервных болезней. В ранней молодости пользовалась хорошим здоровьем; замужем 16 лет, имела 2 детей, последнего — 14 лет назад; выкидышей не было; сифилиса не имела. После последних родов была тяжело больна месяца два; после того долго продолжались сильные бели; сама похудела, стала кашлять, так что явилось опасение относительно чахотки. В это время по совету врача стала употреблять вино; сначала она пила в очень небольшом количестве, а потом

все больше. Здоровье ее поправилось, она очень пополнела; но употребление вина постепенно перешло в злоупотребление, последние 5 лет она выпивала ежедневно бутылки по 2 водки. Сначала здоровье ее было все-таки хорошо; но года два назад она стала чувствовать боль в ногах и слабость в них при ходьбе; вместе с этим она сделалась очень раздражительна, легко волновалась и плакала и за последнее время с нею были раза три обмороки. Нынешним летом она выкупалась в реке, причем ноги ее очень озябли; после этого слабость в них заметно увеличилась; тем не менее больная продолжала очень много пить. Неделю спустя после купания явились очень сильные боли в ногах — в стопах и голенях, так что она могла с трудом ходить по комнате. Слабость ног и боль в них все увеличивались. явился отек на стопах, и вскоре ноги совсем парализовались; явилась слабость и в верхних конечностях, и больная стала заговариваться. В таком состоянии ее поместили в городскую больницу; но и здесь болезнь все прогрессировала; слабость рук до того увеличилась, что больная не могла сама есть. В конце сентября ее взяли из больницы, лечили дома; но так как болезнь все усиливалась, то и поместили в нервную клинику 21 октября 1887 г.

Status praesens. При поступлении в клинику она представляла болезненные явления трех родов: паралич конечностей, глубокое расстройство психической деятельности и расстройства внутренних органов, главным образом сердца и органов пищеварения. Нижние конечности парализованы, больная может только с трудом согнуть ноги в коленях и несколько привести их к животу; разгибание ног для нее уже невозможно, а стопами и пальцами она совершенно не может сделать никакого движения. Подкожный жирный слой развит значительно; но мышцы ног очень дряблы и заметно похудели. Сухожильные рефлексы уничтожены; кожные же, и именно от укола, сохранены, скорее повышены. Электровозбудимость мышц стопы и голени совершенно уничтожена как для индукционного, так и для гальванического тока; на бедре же она для обоих токов значительно понижена, причем получаются вялые сокращения. Больная очень жалуется на боли в ногах — острые, жгучие и колющие — «как на раскаленной плите» или «колются горячими проволоками». Вместе с этим резко выраженная гипералгезия: малейшее давление на ноги заставляет ее кричать и плакать; болезненно давление на кожу стопы и голени; но еще болезненнее давление на мышцы, особенно икроножные, и на нервные стволы. Легкое же прикосновение к коже не болезненно; больная его ощущает; но определить состояние чувства осязания невозможно вследствие большой спутанности сознания у нее. В верхних конечностях — те же явления паралича, но в меньшей степени, нежели в нижних; причем левая рука много слабее, нежели правая. В обеих руках особенно ослаблены движения пальцев и кисти; в плечевом же и локтевом суставах больная может производить движения, хотя сила их очень уменьшена. Когда она поднимает левую руку, то кисть бессильно спускается вниз, и больная может ее поднять. а также и развести пальцы, но и сгибание пальцев и кисти этой руки тоже почти невозможны. Правую кисть она может сгибать и разгибать, а также и двигать пальцами, но далеко не вполне, и при этом сила ничтожно мала. Дрожания в руках нет. Мышцы рук, именно кисти и предплечия, заметно похудели; электровозбудимость в них значительно понижена для обоих токов, а во многих мышцах и совершенно уничтожена, особенно на левой руке. При действии гальваническим током, где еще получаются сокращения, они имеют характер вялый, и при этом замечается равенство сокращений от замыкания катода и анода. Сухожильные рефлексы верхних конечностей значительно понижены. На боли в руках больная не жалуется, а также здесь нет и такой резкой гипералгезии, хотя давление на нервные стволы и мышцы очень болезненно. Относительно осязания и здесь нельзя было получить определенных результатов, хотя несомненно то, что полной анестезии у больной не было. Мышцы туловища ослаблены, но не очень много: больная может свободно держать голову, с небольшою поддержкою может сидеть. Дыхательные мышцы, в том числе и диафрагма, не представляют уклонений от нормы, а также и мышцы лица, глазных яблок и языка нормальны. Тазовые органы —vesica и rectum функционируют правильно; больная может удерживать мочу и ис-

пражнения, и по произволу мочится и испражняется. Органы высших чувств в нормальном состоянии. Психическая же сфера представляет глубокие и очень резкие уклонения от нормы. Прежде всего обращают на себя внимание галлюцинации и иллюзии больной: то она видит кошек и собак, то слышит, как они мяукают и лают; видит тараканов, клопов и т. п. Существуют также и галлюцинации осязания и общего чувства: жалуется, что около нее лежит то или другое, что под нее подкладывают горячие трубы и т. п. Все эти галлюцинации усиливаются ночью — больная тогда беспокойна, кричит и жалуется; но во всяком случае галлюцинации у нее далеко не были так многочисленны и ярки, как при delirium tremens. Память больной чрезвычайно ослаблена: она ничего не помнит о своей последней болезни; время для нее не существует, и она постоянно перемешивает недавнее с давно прошедшим. Сознание затемнено: больная не дает себе отчета, где она и что ее окружает. Соображение тоже очень ослаблено: с ней решительно нельзя вести разговора, хотя на короткие вопросы она иногда дает правильные ответы. Настроение духа большею частью апатичное — больная совершенно равнодушно относится ко всему окружающему и к своему состоянию, или же она плачет, жалуясь на боли в ногах или на свои мнимоощущения. Соответственно этому и выражение лица ее характерно: лицо одутловатое, то плаксивое, то с выражением благодушного бессмыслия. Со стороны других органов найдено было следующее: язык обложен (аппетит очень плох, после еды бывает рвота; [в] последние дни — понос, прежде был запор); печень увеличена, выдается из-под ребер, несколько болезненна; желтухи не было. Моча — в небольшом количестве, очень насыщена, мутна; сахара и белка не содержит. Кашля нет; легкие ничего ненормального не представляют. Сердце заметно увеличено; толчок его слаб; по временам перебои; тоны чисты; пульс слаб, около 70 в минуту.

Первую ночь в клинике больная провела очень беспокойно: много галлюцинировала и жаловалась на боли и различные неприятные ощущения. Затем при помощи опия сон сделался спокойнее, прибавился аппетит и сознание стало несколько яснее; но деятельность сердца, несмотря на возбуждающие средства, в том числе и вино, делалась все слабее. Потом явилась сонливость: больная спала почти целый день, хотя narcotica были уже оставлены; аппетит совершенно исчез; больная мочилась и испражнялась под себя; пульс делался все слабее; конечности холодны; больная впала в коматозное состояние и скончалась 9 ноября 1887 г.

При в с к р ы т и и главнейшие изменения состояли в следующем: довольно значительное скопление жира как в подкожной клетчатке, так и во внутренних органах. Катар зева, хронический катар желудка; печень значительно увеличена, тестоватой консистенции — infiltratio adiposa; остатки бывшей perimetritis. Стояние диафрагмы нормальное; [имеется] краевая эмфизема легких; в обеих верхушках их маленькие узелки, состоящие частью из уплотневших бронхов (перибронхит), частью же — из свежих бронхопневмонических фокусов величиною с маленький орех. Под epicardium большое количество жира; сердце расширено; жировое перерождение сердечной мышцы. В endocardium и на внутренней поверхности аорты ничего ненормального не найдено. Головной и спинной мозг и их оболочки макроскопически представлялись нормальными.

При микроскопическом исследовании оказалось, что мышцы нижних конечностей представляли значительные изменения: в некоторых волокнах поперечная полосатость была слабо выражена или совсем исчезла, эти волокна представлялись мелкозернистыми; количество ядер сарколеммы было увеличено. Особенно резко измененным оказался m. peroneus: в нем встречались волокна, представлявшие резко выраженное восковидное перерождение; они были утолщены; мышечное вещество их представлялось однообразным с матовым блеском; поперечной и продольной полосатости в них совсем не было. Периферические нервы оказались очень глубоко измененными в смысле характерного паренхиматозного неврита — в неврилемме и здесь не было заметно никаких изменений. Но степень повреждения нервных волокон была очень различна в различных нервных стволах: и здесь более всего были поражены нервы нижних конечностей и особенно те, ко-

торые далеко удалены от центра. Так, в n. dorsi pedis почти вовсе не видно было нормальных волокон; напротив, от большинства из них осталась только шванновская оболочка с небольшим количеством мелких миелиновых капелек. Почти то же самое представлял n. peroneus; в седалищном же нерве (на бедре) видно было гораздо более нормальных или мало измененных волокон, хотя и здесь встречалось немало глубоко измененных. В нервах, представлявших большие изменения, при расщипывании встречалось очень большое количество распавшегося миелина в виде более или менее крупных капель, и между ними видны были зернистые шары: по-видимому, здесь изменение нервных волокон, т. е. распадение миелина шло быстрее, нежели в других случаях. Совершенно другую картину представляли поясничные корешки как передние, так и задние: здесь волокна имели нормальный вид, и только при внимательном исследовании можно было найти между ними небольшое число несколько измененных. Нервы верхних конечностей оказались менее пораженными, нежели нижних, и из них более всего n. radialis; в шейных же корешках нельзя было найти никаких патологических изменений. В n. phrenicus большинство волокон было нормально, и только немногие были несколько перерождены, а n. vagus был изменен довольно значительно: в нем очень многие волокна были глубоко повреждены, а некоторые представляли полное перерождение.

При исследовании спинного мозга в свежем состоянии найдены рассеянные зернистые шары, но в очень небольшом количестве. На разрезах уплотненного спинного мозга белое вещество его на всем протяжении оказалось вполне нормальным. Количество клеток в сером веществе, по-видимому, тоже везде было нормально; большинство их представляло вполне нормальную форму, и только в некоторых из них были видны вакуоли — в иных одна, в других же от 2, 3, 5 и даже более. Такие измененные клетки более всего встречались в шейном утолщении; в поясничном утолщении они встречались, но в очень небольшом числе, а в грудном отделе их совсем не удалось найти. В продолговатом мозгу, варолиевом мосту, в больших ганглиях и белом веществе мозга ничего ненормального не было.

При исследовании коры головного мозга из различных ее отделов ни в клетках, ни в нервных волокнах нельзя было найти никаких доказательных уклонений от нормы; видно было только расширение кровеносных сосудов.

Наблюдение 4-е. Мужчина 30 лет. Продолжительный abusus spirituosorum; lues; ранение, после него постепенное развитие паралича нижних конечностей, отчасти и верхних, и ослабление психической деятельности, особенно памяти. Приступ dyspnoe, упадок деятельности сердца, exitus[letalis]. При вскрытии: жировое перерождение сердца; neuritis parenchymatosa multiplex; спинной мозг нормален; очень незначительное изменение мышц конечностей.

Владимир Н., дворянин 30 лет, поступил в нервную клинику 8 февраля 1888 г. с параличом конечностей, преимущественно нижних, и с расстройством психической деятельности. Умер 11 февраля 1888 г. Больной происходит из довольно богатой семьи; относительно его родителей и родственников не удалось собрать никаких сведений. От 16 до 26 лет был на военной службе, а потом жил большей частью в деревне без определенных занятий. С самой ранней юности Н. вел неправильный образ жизни: уже с 12—13 лет он начал пить вино, курить и иметь сношения с женщинами, [—] и всю жизнь свою постоянно предавался всяким излишествам: постоянные кутежи и пьянство, abusus in venere, бессонные ночи и вполне беспорядочная жизнь. Соответственно этому [перенес] целый ряд болезней: несколько раз повторяющийся уретрит, который сделался хроническим; несколько раз [—] ulcera mollia penis et bubones; на 19-м году [—] epididymitis, от которого осталось затвердение правого придатка; на 20-м году [—] ulcus induratum и затем вторичные явления сифилиса, от которого он лечился втираниями и впрыскиваниями. Уже несколько лет у него бывает по утрам рвота, один раз была желтуха; несколько раз после пьянства делались галлюцинации зрения и слуха — по-видимому, delirium tremens. Он женат, но детей не имеет: два раза жена была беременна, но оба раза выкинула. В мае 1887 г. во время ссоры больной наш получил колотую рану в подчелюстной обла-

сти, причем была перерезана art. lingualis: кровотечение было очень большое, понадобилось расширить рану, чтобы перевязать артерию (соответственно этому месту и теперь виден рубец). Вскоре после этого здоровье Н. стало быстро расстраиваться: он стал замечать боль, неловкость, а потом и слабость в ногах; эти явления усиливались, и в начале ноября 1887 г. он уже не мог ходить и должен был слечь в постель. Приблизительно с этого же времени стала изменяться и психическая деятельность его: постепенно стала слабеть память, по временам делались галлюцинации, преимущественно слуховые, очень часто была бессонница, что и заставило поместить его в клинику.

Status praesens. 8 февраля 1887 г. Больной хорошего телосложения, общее питание удовлетворительно; мышцы развиты хорошо; подкожного жира достаточно, но не очень много; общее состояние безлихорадочное. Ни ходить, ни стоять он не может вследствие слабости ног, сидеть же может, хотя не очень долго. Аппетит плох; [беспокоит] жажда, язык обложен; [жалуется на] дурной вкус во рту; после еды [—] тяжесть и кислая отрыжка. Живот несколько вздут, но не болезнен при давлении. Печень слегка увеличена в объеме и немного болезненна; границы селезенки нормальны. Отправления на низ неправильны — то запор, то понос; по временам являются геморроидальные кровотечения. Больной жалуется на одышку и по времени [—] на боли в груди. . При аускультации и перкуссии груди легкие оказались нормальными, дыхание неровно: то замедляется, то учащается. Границы сердца в пределах нормы; тоны его чисты, но слабы; пульс 112 в минуту, слабоват, не совсем правильный, иногда заметны перебои; цианоза нет. Мочеиспускание свободно; моча соломенно-желтого цвета, без белка и сахара, [суточное] количество ее 1200 см^3. Психическая деятельность резко изменена, больной несколько ажитирован и говорлив, настроение духа слегка веселое, главным же образом беспечное. Хотя больной дает правильный ответ на каждый предлагаемый вопрос, но к продолжительному и точному разговору он не способен: он слишком легкомыслен, и суждения его слишком поверхностны. Но особенно резко выражено ослабление памяти: о событиях, давно бывших, больной сохранил еще воспоминания, о недавних же (в особенности начиная с мая [18]87 г.) он вспоминает отрывочно; а мелкие события ежедневной жизни тотчас же забывает, и очень часто не помнит того, что он делал или говорил час или полчаса тому назад. По временам, особенно вечером и ночью, у него бывают галлюцинации как слуха, так и зрения, но не особенно резкие; большею частью [—] бессонница. Органы чувств, а также речь не представляют уклонений от нормы; со стороны головных нервов тоже не заметно ничего ненормального. Больной жалуется на ломящие боли в нижних конечностях, на онемелость в ногах и отчасти в пальцах рук, на чувство покалывания, ползания мурашек и жара преимущественно в стопах и подошвах. При исследовании нижних конечностей оказалось следующее: питание мышц несколько понижено, хотя явно выраженной атрофии их не заметно, но мышцы дряблы, особенно на левой ноге. Пассивные движения ног вполне возможны и безболезненны; произвольные же движения их очень ослаблены; мышечная сила ног значительно уменьшена, а в экстензорах стопы и пальцев почти равна нулю. Сухожильные рефлексы нижних конечностей совершенно отсутствуют, но и рефлексы подошвы тоже почти уничтожены. Фарадическая возбудимость нервных стволов и мышц на нижних конечностях вполне уничтожена; гальваническая же возбудимость сохранена, но ниже нормы, причем сокращения [мышц] крайне вялы. Исследование чувствительности ног показало значительное понижение всех видов ее, причем анестезия увеличивалась по мере удаления от центра. Вместе с этим заметно было ослабление и мышечного чувства. Более точное исследование чувствительности было невозможно вследствие неспособности больного сосредоточить внимание. Мышцы нижних конечностей очень болезненны при давлении, очень болезненны также и нервные стволы как cruralis, так и ischiadicus и их ветви. Мышцы верхних конечностей, особенно на предплечиях и кистях, также несколько дряблы, но заметной атрофии нет. Произвольные движения рук свободны и правильны, но сила их уменьшена, особенно в правой руке; су-

хожильные рефлексы здесь существуют. Электровозбудимость мышц верхних конечностей как от гальванического, так и от индукционного тока сохранена, только сокращения несколько вялы. Чувствительность и в верхних конечностях понижена, особенно в пальцах, но гораздо меньше, нежели в ногах; болезненности при давлении на мышцы и нервы рук почти нет. Мышцы туловища тоже, по-видимому, несколько ослаблены: больной долго сидеть не может, является усталость в спине. Рефлексы [мышц] брюшных стенок и кремастера слабо выражены.

Первые два дня больной провел без особенных перемен, пульс и дыхание были удовлетворительны; ночь с 10-го на 11-е он провел хорошо; утром 11-го пил чай с аппетитом, но вскоре после этого без видимой причины у него сделалось затруднение дыхания. Больной стал метаться и жаловался на недостаток воздуха — все дыхательные мышцы, в том числе и диафрагма, работали усиленно; вместе с этим пульс стал слабеть, конечности сделались холодны и синеваты, явилась тоскливость и страх смерти; сознание же было вполне сохранено. Были употреблены всевозможные возбуждающие [средства]. По временам деятельность сердца и дыхание улучшались, но затем снова пульс слабел, дыхание делалось еще труднее, и увеличивался цианоз. Так продолжалось с колебаниями до 9 час вечера, когда деятельность сердца совсем прекратилась и больной скончался.

Главнейшие результаты вскрытия следующие. Количество подкожного жира небольшое; диафрагма стоит нормально; легкие здоровы, отечны; плевры нормальны. Жировое перерождение мышцы сердца. Стенки левого желудочка атрофированы, правый желудочек расширен. Атероматозные изменения полулунных заслонок аорты в небольшой степени. Селезенка нормальной величины; печень несколько увеличена, особенно левая доля ее, в разрезе ткань желтовато-мраморного цвета — жировая печень. Почки нормальны. Явления хронического катара желудка и кишок.

В центральной нервной системе, кроме малокровия и отечности, никаких макроскопических изменений не найдено. Мышцы как туловища, так и конечностей макроскопически представлялись нормальными. При исследовании спинного мозга в свежем состоянии найдено было в нем несколько зернистых шаров, но в очень небольшом количестве.

Микроскопическое исследование мышц конечностей как при помощи расщипывания, так и на разрезах показало очень незначительные изменения в них: утончение некоторых волокон и увеличение ядер сарколеммы; в некоторых волокнах и поперечная полосатость была выражена неясно; большинство же волокон имело вполне нормальный вид. Из периферических нервов подвергнуты были тщательному исследованию ischiadicus, peroneus, dorsi pedis, cruralis, medianus, ulnaris, а также и передние и задние корешки нервов, выходящих из спинного мозга (к сожалению, кусок n. vagi, взятый для исследования, был утрачен и остался неисследованным). Микроскопическое исследование их показало резко выраженные явления паренхиматозного воспаления. Степень этих изменений была очень различна в различных нервах: наиболее были изменены нервы нижних конечностей и именно в частях, наиболее удаленных от центра — в n. dorsi pedis и в peroneus; на бедре же в n. ischiadicus и cruralis изменения были в гораздо меньшей степени. Нервы верхних конечностей — medianus и ulnaris представляли также явления паренхиматозного воспаления, но меньше, нежели нервы нижних конечностей, — и здесь встречалось гораздо больше волокон, вполне сохранившихся. Корешки спинных нервов как передние, так и задние, исследованные из различных мест, оказались нормальными. В спинном мозгу, несмотря на тщательное исследование многочисленных разрезов из всех его отделов, нельзя было найти ничего ненормального ни в белом, ни в сером веществе его. Из продолговатого мозга тоже было сделано очень большое количество разрезов, но ни в одном из них не оказалось ничего ненормального: в ядрах n. vagi никаких изменений не было. Варолиев мост, ножки мозга и большие ганглии тоже без изменений. В коре мозговой как нервные клетки, так и волокна имели нормальный вид; в невроглии тоже не было заметно ничего патологического, за исключением венозной гиперемии.

Наблюдение 5-е. Мужчина 45 л., давнишний abusus spirit[uosorum]. Паралич конечностей, особенно нижних. Слабость сердца. Паралич диафрагмы. При вскрытии neuritis parenchym[atosa] multiplex, очень резко выраженная. Myelitis diffusa interstitialis в довольно значительной степени.

Андрей О., 45 лет., дворянин, по профессии музыкант и композитор, поступил в нервную клинику 15 сентября 1888 г. вследствие паралича конечностей и некоторого расстройства психической деятельности. Из расспросов лиц, окружавших его, выяснилось, что уже с давнего времени О. злоупотреблял спиртными напитками в виде частых кутежей и ежедневного употребления разных вин и пива в довольно большом количестве. Это злоупотребление усилилось еще более в последние 4 года вследствие различных семейных неприятностей, а с лета 1888 г. О. после неудач на артистическом поприще стал уже пить без перерыва. Сифилиса у него не было; лет семь у него существует паховая грыжа, легко вправимая. Как видно, здоровье его стало расстраиваться постепенно: уже года два или три тому назад он лечился от болей в ногах, что он считал за «ревматизм». В течение последнего года окружающие стали замечать в нем перемену, выражавшуюся апатичностью и отсутствием энергии. С августа же этого года апатичность его стала быстро увеличиваться и к этому присоединилась слабость и боль сначала в ногах, а потом и в руках. В первых числах сентября слабость ног увеличилась до того, что он слег в постель; в то же время и психическое его состояние значительно ухудшилось, явились некоторое возбуждение и спутанность мыслей вместе с галлюцинациями зрительными и слуховыми. Было и задержание мочи, так что пришлось прибегать к катетеру.

Status praesens. Больной очень хорошего сложения и представляется значительно ожиревшим. Обыкновенно он лежит; сидеть может, но с трудом; стоять же и ходить совсем не может вследствие слабости ног. Общее состояние безлихорадочное. Психическая сфера его представляется резко измененной: прежде всего заметна смутность сознания, мысли его часто спутываются, вместе с этим у него существует крайнее ослабление памяти по отношению к недавним событиям. По временам он может правильно вести непродолжительные разговоры, но очень скоро утомляется; по временам же он заговаривается, утверждает, например, что к нему приходили и разговаривали люди, которых у него совсем не было. Несомненно, что у него бывают галлюцинации как зрения, так и слуха, а с другой стороны он, очевидно, смешивает произведения своей фантазии, а может быть и сновидения с действительностью. Что касается настроения духа, то по временам он был несколько возбужден и говорлив, по временам же являлись тоскливость и плаксивость; большею же частью настроение его было апатическое. Последние ночи была бессонница. Что касается нижних конечностей, то пассивные движения в них были вполне возможны, активные же крайне ограничены; больной мог двигать бедра, хотя сила при этом была очень ни незначительна, в голеностопном же суставе и пальцах ног он совершенно не мог сделать произвольных движений. Мышцы ног представлялись несколько дряблыми; сухожильные рефлексы вполне уничтожены, кожные с подошвы значительно ослаблены. Гальванический ток вызывал во всех мышцах сокращения, близкие к норме; от индукционного же тока получались только слабые и вялые сокращения, а в мышцах передней половины бедра и вовсе не получалось сокращений. Больной постоянно чувствовал в ногах [то] боль, то «сплошное тоскливое нытье», то по временам более острые разнообразные боли. Давление на мышцы, особенно же на нервные стволы было значительно болезненно, вместе с этим была и некоторая гипералгезия кожи. Чувствительность кожи ног была заметно понижена во всех ее видах, но точное исследование ее было невозможно. Движения верхних конечностей были гораздо свободнее, хотя сила и в них была заметно уменьшена; похудания мышцы не видно; электровозбудимость несколько понижена, но существует во всех мышцах верхних конечностей как относительно постоянного, так и индукционного тока. Мышцы и нервные стволы и здесь болезненны при давлении, но немного; сухожильные рефлексы верхних конечностей понижены; и здесь существует некоторое понижение чувствительности, но небольшое. Со стороны головных нервов и зрачков ничего

ненормального нет. Аппетит плох, язык обложен; [чувствует] тяжесть под ложечкой и болезненность при давлении. Печень приподнята раздутыми кишками, по-видимому, несколько увеличена, но не прощупывается. Запор. Выделение мочи несколько затруднено, хотя теперь больной все-таки мочится произвольно; белка и сахара нет. При исследовании легких ясно заметны признаки хронического катара бронхов. Сердце значительно увеличено в объеме; толчок его слаб, по временам перебои; шумов не слышно; пульс слаб, большею частью ускорен (88—110).

Первую ночь в клинике больной провел без сна, много говорил, видимым образом галлюцинировал, стонал и был беспокоен; пульс слаб. Назначено: стрихнин, вино и опий на ночь. 17 сентября явился отек ног; дыхание несколько затруднено. 18 сентября отек ног увеличился: явились признаки паралича диафрагмы, высокое стояние ее, изменение типа дыхательных движений; голос слаб, кашель бессильный, много крупных хрипов. 19 сентября — общая слабость; отхаркивание очень затруднено; диафрагма справа по мамиллярной линии доходит до верхнего края 4-го ребра, слева до промежутка между 4-м и 5-м ребрами; 36 дыханий в мин.; пульс 104, слаб, с перебоями. 20 и 21 сентября слабость все увеличивается; дыхание и отхаркивание — еще труднее; вечером 21-го больной скончался при явлениях упадка сил.

Вскрытие. Главнейшие изменения, найденные в трупе, состояли в следующем. Общее ожирение. Hernia scrotalis. Хронический катар желудка. Печень увеличена и жирно-перерождена. Селезенка мала. Почки нормальны. Мышцы груди, а также и конечностей имеют нормальный вид. Высота диафрагмы справа [—] на верхнем, а слева [—] на нижнем крае 4-го ребра. В легких [—] резко выраженный хронический бронхит и краевая эмфизема. Сердце увеличено в объеме раза в полтора, преимущественно в поперечном размере; мышца сердца представляет признаки жирового перерождения; в дуге аорты и выходящих из нее главных ветвях — endarteriitis nodosa. Кости черепа тонки; мягкая мозговая оболочка отечна, местами мутна и утолщена. Сосуды основания мозга сильно склерозированы. Ткань мозга полнокровна и несколько отечна. В спинном мозгу и его оболочках макроскопически ничего ненормального не заметно. Некоторые из нервов нижних конечностей представлялись несколько бледными и дряблыми, n. phrenicus, к сожалению, не был исследован.

При микроскопическом исследовании спинного мозга в свежем состоянии зернистых шаров не удалось найти. На разрезах же, сделанных из уплотненного спинного мозга, оказалось следующее: в сером веществе его на всем протяжении, а также в спинномозговых участках корешков как передних, так и задних никаких патологических изменений нельзя было заметить. Белое же вещество его уже при малом увеличении представлялось ненормальным: оно окрашивалось кармином слишком интенсивно, при вейгертовской же окраске имело желтоватый оттенок. Наиболее была изменена грудная и шейная часть, поясничная же [—] менее; изменение это резче всего было выражено в боковых столбах, но захватывало также передние и задние; в шейном отделе особенно выдавалось изменение голлевских столбов. В боковых столбах был изменен пирамидный пучок, но также и пограничная часть и мозжечковый путь, причем изменение без резких границ переходило на передние и задние столбы, — словом, ясно было видно, что изменение это разлитое. При более тщательном исследовании ясно было видно, что при этом главную роль играло разрастание соединительной ткани: кровеносные сосуды были расширены, стенки их утолщены, а также и сопровождающая их соединительная ткань; местами видно было большое количество паукообразных клеток. Что касается нервных волокон боковых столбов, то большинство их имело совершенно нормальный вид, но по близости утолстевших перегородок видны были также очень тонкие, очевидно, атрофированные волокна, а, с другой стороны, между ними встречались и очень толстые, очевидно, патологически разбухшие, осевой цилиндр которых представлялся ненормально толстым. Судя по всем этим данным, должно думать, что в этом случае было разлитое хроническое воспаление спинного мозга, по преимуществу в боковых, а отчасти в передних и бурдаховских

столбах. Что же касается голлевских столбов, то здесь видимым образом главную роль играло последовательное восходящее перерождение нервных волокон. В нижней части пирамид продолговатого мозга оказались такие же интерстициальные изменения, как и в боковых столбах спинного, только в меньшей степени; эти изменения кверху постепенно уменьшались, и в варолиевом мосту и ножках мозга их уже нельзя было заметить. Ядра продолговатого мозга оказались нормальными, а также в белом веществе большого мозга и больших ганглиях никаких изменений не было найдено. Извилины мозга были хорошо развиты и имели нормальный вид; при микроскопическом исследовании коры мозговой найдено было: расширение кровеносных сосудов, большая пигментация нервных клеток и, по-видимому, увеличенное количество ядер невроглии, особенно на границе между белым и серым веществом.

Что касается периферических нервов, то большинство их оказалось патологически измененными и представляло резкие явления neurit[is] parenchymat[osa]. Наиболее поражен был n. dorsi pedis: в нем почти не было нормальных волокон, все более или менее были изменены, и от многих осталась только шванновская оболочка с большим количеством ядер. Несколько менее были изменены n. peroneus и еще менее n. ischiadicus на бедре; здесь было видно много волокон нормальных, но рядом с ними были и волокна в различной степени измененные. Почти столько же были изменены и волокна в n. cruralis на бедре; в корешках же крестцовых и поясничных как передних, так и задних ничего ненормального не было найдено. Нервы верхних конечностей — radialis, ulnaris и medianus тоже были изменены, но меньше, нежели нижних. N. vagus представлял глубокие изменения: почти все его волокна были более или менее изменены, а от некоторых осталась только шванновская оболочка. В мышцах конечностей нижних и верхних были найдены изменения, но не очень значительные: большинство волокон имело нормальный вид, но некоторые из них представлялись мелкозернистыми, и поперечная полосатость их была неясно видна. Кроме того, были исследованы диафрагма и сердце: в диафрагме некоторые из волокон были изменены и представляли признаки начинающегося перерождения, в мышце же сердца в очень многих волокнах и в очень резкой степени было выражено жировое перерождение их.

Эти пять случаев представляют так много сходства между собою и в этиологическом, и в клиническом, и в анатомо-патологическом отношениях, что не оставляют сомнения в том, что все они относятся к одной и той же болезненной форме, и именно к той, которая теперь известна под именем paralysis alcoholica. Так, в отношении этиологии, хотя больные наши находились в различных жизненных условиях, но для всех них было одно общее — это продолжительное злоупотребление спиртными напитками, и притом не в виде временного кутежа или запоя, а в виде более или менее постоянного и продолжительного пьянства. Соответственно этому у всех наших больных уже задолго до наступления их последней болезни был целый ряд расстройств, свойственных хроническому алкоголизму, а у некоторых из них был вполне выраженный delirium tremens. Что же касается собственно параличных явлений, то у некоторых из них они развились без особой новой причины, — по-видимому, исключительно только от того, что злоупотребление спиртными напитками усилилось у них еще более, дошло до крайних размеров и вызвало соответствующий ряд явлений: обострение катара желудка, рвоту, отсутствие аппетита, бессонницу и т. п. симптомы, ослабившие уже подготовленный организм, — так было, по-видимому, в 1-м, 2-м и 5-м наблюдениях. В других же случаях

поводом к появлению параличей служили еще новые неблагоприятные условия, сильно подействовавшие на организм; таким поводом в 3-м наблюдении служило неосторожное купание в реке, а в 4-м [—] обильное кровотечение вследствие ранения. Должно впрочем заметить, что во всех тех случаях, где удавалось собрать более точные анамнестические данные, можно было убедиться, что болезнь развивалась мало-помалу, и что задолго — за несколько месяцев, а иногда даже лет — до появления вполне выразившейся болезни был ряд явлений, ясно указывавший на ее начало. Основываясь на собственных наблюдениях, особенно из частной практики, я думаю, что такое очень медленное развитие болезни встречается гораздо чаще, нежели острое. Так, мне нередко приходилось видеть больных, которые обращались с жалобами на некоторую слабость ног и на боли в них, что они обыкновенно называли ревматизмом; при исследовании же оказывалось, что сверх того существует некоторое понижение чувствительности в нижних конечностях, отсутствие пателлярных рефлексов и ясно выраженная болезненность при давлении нервных стволов и мышц, преимущественно икряных; из расспросов же выяснилось, что здесь существует давнишнее злоупотребление спиртными напитками. Если такой больной переменял свой образ жизни, переставал пить и делал соответствующее лечение, то явления эти проходили или, по крайней мере, уменьшались; если же больной снова начинал пить или присоединялось какое-нибудь новое неблагоприятное условие, то болезнь быстро усиливалась и нередко доходила до тяжелой формы алкогольного паралича. При этом, видимым образом, особенно важную роль играет всякое ослабление деятельности сердца. У алкоголиков, как известно, очень часто развивается жировое перерождение сердечной мышцы — у всех наших больных мы нашли это перерождение в очень высокой степени. Уже вследствие этого кровообращение, и именно в частях, наиболее удаленных от центра, должно затрудняться; если же к этому присоединится новый момент, ослабляющий деятельность сердца, то условия питания частей, удаленных от центра, сделаются особенно неблагоприятными.

Со стороны клинической, все эти больные во время поступления их в больницу представляли сложную и тяжелую картину болезни, и все имели очень большое сходство между собою, различаясь только постепенно. При этом всю совокупность симптомов можно было разделить на три группы: расстройства внутренних органов, параличи и изменения психической деятельности. Совокупность явлений первой категории ясно указывала на хронический алкоголизм; хронический катар зева, желудка и кишок; изменения печени — гиперемия, жировое перерождение или цирроз ее; хронический катар бронхов; жировое перерождение сердца: в некоторых случаях [—] атероматозное изменение сосудов и общая ожирелость. Психическое расстройство тоже у всех наших больных представляло замечательное сходство: прежде всего обращало на себя внимание ослабление и спутанность сознания, — больные на-

ши крайне слабо воспринимали внешние впечатления и совершенно не могли ориентироваться относительно времени и места. Память их была так значительно ослаблена, что они тотчас же забывали то, что́ говорили или слышали; при этом более или менее у всех были иллюзии и галлюцинации то слуха, то зрения, то осязания или общего чувства. Соответственно этому больные наши постоянно находились в своем фантастическом мире — воспоминания прошлого, слабые впечатления настоящего, сновидения, иллюзии и галлюцинации перемешивались между собою, хотя все это было слабо и бледно. Душевные движения тоже были слабы: большею частью больные находились в апатично-благодушном настроении, что ясно обнаруживалось и в чертах их лица, и только изредка и в слабой степени они или оживлялись или делались плаксивы. Эти изменения психической деятельности слабее всего были выражены в нашем 4-м наблюдении, хотя и здесь они были очень заметны; во всех же остальных случаях они достигали очень высокой степени[77].

Параличи, наблюдавшиеся у наших больных, во всех случаях представляли очень типическую картину: парализованы были все четыре конечности, но нижние гораздо более, нежели верхние; части, наиболее удаленные от центра, поражались раньше и сильнее частей, ближе к центру лежащих, экстензоры более флексоров. Во всех этих случаях были очень ясно выражены характеры периферического паралича: вместе с расстройством движений почти в такой же мере были и расстройства чувствительности — анестезии и вместе с этим [—]гипералгезии, парестезии, боли и очень большая болезненность при давлении как нервных стволов, так и мышц. Сухожильные, а позднее и кожные рефлексы уничтожались. Во многих случаях мышцы представлялись дряблыми и, по-видимому, уменьшенными в объеме. Это похудание мышц не достигало впрочем высокой степени, и в большинстве наших случаев маскировалось сильно развитым подкожным жиром. Электровозбудимость постепенно падала, а потом и совершенно исчезала, во многих мышцах можно было заметить хотя неполную реакцию перерождения. Должно впрочем заметить, что как дряблость мышцы, так и падение в ней электровозбудимости наступали гораздо позднее паралича: в некоторых случаях паралич ног был уже почти полный, а электровозбудимость была еще сохранена, и только впоследствии, так сказать, на наших глазах постепенно понижалась и исчезала. Но несмотря на то, что паралич занимал не только нижние, но и верхние конечности, тазовые органы оставались непарализованными, и если у наших больных и являлись задержание или недержание мочи и испражнений, то это было явление временное, и, по-видимому, оно стояло в связи частью с местными изменениями тазовых органов, главным же образом зависело от затемнения сознания. Зато в двух наших наблюдениях был ясно выражен паралич n. phrenici со всеми его последствиями. Из головных нервов в наших случаях был поражен только n. vagus; по всей вероятности, учащенный пульс и неправильная деятельность серд-

ца, по крайней мере отчасти, находились в зависимости от этого изменения блуждающего нерва. Другие же головные нервы, в том числе и глазодвигательные, в наших случаях оставались в нормальном состоянии. Кроме собственно параличей в 1-м нашем случае мы наблюдали очень резко выраженные беспорядочные, излишние движения в верхних конечностях: движения эти были очень своеобразны и мало походили на обыкновенные атактические движения при спинной сухотке. Весьма вероятно, что они зависели от неравномерного распределения паралича в различных мышцах верхних конечностей, причем, сгибатели как более сохранившиеся резко преобладали над разгибателями; может быть при этом играло роль и изменение чувствительности, особенно мышц. Явление это у нашего больного наблюдалось недолго: по мере того, как увеличивался паралич, беспорядочные движения уменьшались и, наконец, заменялись неподвижностью[78].

Все наши больные уже при поступлении в больницу находились в крайне тяжелом состоянии, и притом болезнь все прогрессировала: паралич все усиливался как интенсивно, так и экстенсивно; вместе с этим все более расстраивалась психическая деятельность, и увеличивалась общая слабость. Особенно грозным симптомом была слабость сердца — она все увеличивалась и служила главною причиною летального исхода. Ближайшим поводом к этому исходу в 1-м наблюдении была кровавая рвота, очевидно вызванная застоем крови в пищеварительных органах вследствие слабой деятельности сердца. В случаях 2-м и 5-м таким моментом служил паралич диафрагмы; в 4-м причиною смерти был своеобразный приступ удушья, продолжавшийся часов 7 или 8; весьма вероятно, что он был вызван ослаблением [деятельности] сердца и вследствие этого [—] неправильным оживлением дыхательного центра; наконец, в 3-м случае смерть наступила вследствие постепенного развивавшегося упадка сил и слабости сердца.

Анатомо-патологические изменения, найденные в наших случаях, можно разделить на две группы: с одной стороны, изменения внутренних органов, а с другой — изменения нервной и мышечной системы. Первые изменения по своей совокупности носили на себе характер хронического алкоголизма: хронический катар зева, желудка и кишки; жировое перерождение или цирроз печени; хронический бронхит; жировое перерождение сердечной мышцы; более или менее выраженное атероматозное изменение сосудов и почти во всех случаях [—] общая ожирелость. Что касается мышц, главным образом, конечностей, то при микроскопическом исследовании оказались признаки начинающегося перерождения их: мелкозернистость, местами исчезание поперечной полосатости, увеличенное количество ядер сарколеммы и утончение волокон. Должно заметить, что изменения эти во всех наших случаях не были очень глубоки: очевидно, это было только начало болезненного процесса, и только в 3-м наблюдении мы нашли более крупные повреждения мышечных волокон, а именно: восковидное перерождение их в m. peroneus. В нервной системе изменения оказались и в головном

мозгу, большей частью и в спинном, и в периферических нервах: изменение этих последних было самым постоянным и наиболее резко выраженным явлением. Во всех случаях изменение периферических нервных стволов носило характер чисто паренхиматозный: были изменены нервные волокна, в сосудах же и в неврилемме никаких уклонений от нормы нельзя было заметить. Степень этих изменений была очень различна: более всего были поражены нервы нижних конечностей, но и здесь была очень большая разница между частями периферическими и лежащими ближе к центру одного и того же нервного ствола. Так, почти во всех случаях в n. dorsi pedis нельзя было найти ни одного нормального волокна, а в n. ischiadicus уже большинство волокон имело нормальный вид; в сплетениях же и еще более в корешках или вовсе не было изменений, или [—] самые незначительные. В некоторых случаях глубокие изменения представлял n. phrenicus; блуждающий же нерв во всех наших случаях оказался более или менее сильно измененным; напротив, другие головные нервы были нормальны. Что касается характера изменений нервных волокон, то главным образом они имели сходство со вторичным, валлеровским перерождением их: распадение миелина и осевого цилиндра во всевозможных степенях, размножение ядер шванновской оболочки, утончение волокон. Но кроме этого, в некоторых местах можно было видеть те изменения, которые описаны Gombault под именем сегментарного периаксиллярного неврита; эти последние встречались только в центральных отделах нервных стволов, где изменения вообще были мало выражены — в сплетениях и в некоторых случаях в корешках как передних, так и задних. Должно, впрочем, заметить, что такие изменения я находил гораздо реже и в гораздо меньшей степени у наших алкоголиков, нежели в других случаях множественного неврита неалкогольного происхождения — при септицемии, при остром туберкулезе и пр.

На исследование спинного мозга было обращено нами особенное внимание, и оказалось, что почти во всех наших случаях оно представляло более или менее значительные изменения, и только в 4-м наблюдении, несмотря на повторные и самые тщательные исследования, в спинном мозгу нельзя было найти никаких уклонений от нормы. В 1-м наблюдении мы нашли разбухание осевых цилиндров как в белом, так и в сером веществе; разбухание это было сходно с тем, которое нередко наблюдается при остром миелите или при сдавлении спинного мозга; нервные клетки, а также сосуды и невроглия в этом случае оказались нормальными. В 3-м наблюдении нами были найдены вакуоли в клетках передних рогов, главным образом, в шейном утолщении; в остальном спинной мозг представлялся нормальным. Наконец, во 2-м и 5-м наблюдениях мы нашли myelit[is] diffusam chronicam, хотя не в большей степени: расширение кровеносных сосудов, утолщение их стенок, а также и соединительнотканных перегородок спинного мозга, паукообразные клетки и последовательные изменения нервных волокон. Изменения эти занимали главным образом боковые стволы,

но переходили и на передние и задние; вместе с этим было и перерождение голлевских столбов.

Что касается мозговой коры, то найденные нами изменения вообще были нерезки: расширение кровеносных сосудов и их периваскулярных пространств, увеличение ядер вокруг сосудов, усиленная пигментация нервных клеток и в некоторых случаях, по-видимому, начинающаяся атрофия их. Весьма вероятно, что эти изменения обусловливались главным образом нарушенным кровообращением и измененным состоянием сосудистых стенок. Другие же отделы центральной нервной системы оказались нормальными.

Теперь рождается вопрос: в каком отношении между собою находятся эти изменения нервной и мышечной системы [?]. Что касается мышц, то едва ли может быть сомнение в том, что изменения их были явлением вторичным, происшедшим вследствие болезни нервной системы. В пользу этого говорит то обстоятельство, что изменения эти были выражены очень слабо сравнительно с повреждением периферических нервов, а также и клиническое наблюдение: в некоторых из наших случаев, хотя паралич был уже выражен очень резко, электровозбудимость мышц была еще нормальна, и только впоследствии на наших глазах постепенно падала, представляя признаки реакции перерождения. Наоборот, изменение в коре головного мозга мы должны считать за явление самостоятельное: нет никаких данных в пользу того мнения, что они обязаны своим происхождением изменению периферических нервов или спинного мозга; на них скорее мы должны смотреть как на следствие одной и той же причины, которая очевидно действовала вредным образом на всю нервную систему.

Гораздо труднее вопрос о взаимном отношении изменений спинного мозга и периферических нервов: составляет ли каждое из них явление самостоятельное, или же одно из них обусловлено другим [?] Во всех наших случаях изменение периферических нервов было очень резко; напротив, повреждение спинного мозга, если оно и было найдено, в общем было неглубоко. Тем не менее слишком мало вероятно, чтобы повреждение спинного мозга могло быть последовательным и произойти вторично вследствие страдания периферических нервов: во всех наших случаях в периферических нервах болезненный процесс был один и тот же. В спинном же мозгу в разных случаях оказались различные изменения: в некоторых [—] чисто паренхиматозные, в других же [—] интерстициальные, а в одном случае их вовсе не было, хотя изменения нервов и здесь были выражены очень резко. Но нет достаточных оснований и для обратного заключения, т. е. для того, чтобы считать изменения спинного мозга первичными, а изменения периферических нервов [—] последовательными. Что изменение периферических нервов в наших случаях не было обыкновенным вторичным перерождением их, в этом, мне кажется, нет сомнения. Против этого говорит, во-первых, то, что изменение чувствующих нервов было приблизительно одинаково, как и двигательных; во-вторых, то, что нами найдены сегментарные, периаксиллярные изменения;

в-третьих, отсутствие всякой пропорциональности между изменениями спинного мозга и периферических нервов, и, наконец, в-четвертых, клинические явления: во всех наших случаях была очень большая болезненность при давлении как в нервных стволах, так и в мышцах. Таким образом, мы по необходимости должны смотреть на эти изменения не как на простое перерождение нервов, а как на воспаление их — neuritis. Но нет доказательств и на то, чтобы смотреть на это воспаление нервов как на последствие измененного трофического влияния спинного мозга: если бы это было так, то мы гораздо чаще встречали бы воспаление периферических нервов при различных разлитых страданиях спинного мозга, однако обыкновенно этого не бывает. Таким образом, мы должны думать, что изменение периферических нервов в наших случаях представляет собою явление самостоятельное и не зависит от изменений спинного мозга, и что следовательно под влиянием алкоголизма может развиться самостоятельно neuritis multiplex parenchymatosa. Мало того, на основании собственных и многочисленных чужих наблюдений мы приходим к заключению, что при болезненной форме, известной под именем алкогольного паралича главную и самую существенную роль играет именно это воспаление периферических нервов: те параличи, которые при этом наблюдаются, происходят именно вследствие множественного неврита.

Само собою разумеется, что не всякий паралич у алкоголика обязан своим происхождением невриту; мы говорим исключительно о той болезненной форме, которая в настоящее время известна клиницистам под именем алкогольного паралича, и главным образом о тех параличах конечностей, которыми она чаще всего обнаруживается. Под влиянием алкоголизма могут быть параличи самого разнообразного происхождения: могут быть и спинальные, и бульбарные, и церебральные. Особый интерес представляют те случаи, где они происходят вследствие polioencephalitis anterior acuta, тем более, что, как показали наблюдения, этот болезненный процесс может быть вместе с множественным алкогольным невритом.

Как известно, эта болезнь впервые описана Wernicke в 1882 г.[79] на основании трех случаев, из которых два последние относятся к алкоголикам. В январе 1887 г. на Втором Съезде русских врачей я сделал сообщение еще об одном случае, наблюдавшемся в нашей клинике[80]. Больной наш с давних времен, особенно же незадолго до его последней болезни, крайне злоупотреблял спиртными напитками; при жизни у него между прочим была ophthalmoplegia exterior, а при вскрытии найдено острое воспаление того центрального серого вещества, которое окружает заднюю часть 3-го желудочка, сильвиев водопровод и отчасти [—] дно 4-го желудочка. В том же 1887 г. Thomsen описал два случая этой болезни тоже у алкоголиков[81], причем, как клиническая картина болезни, так и анатомические изменения представляли замечательное сходство как с описанием Wernicke, так и с нашим случаем. Затем Thomsen в 1890 г. описал еще один случай алкоголизма[82], где вместе с

polioencephalitis anterior acuta было и глубокое изменение в продолговатом мозгу и именно в ядре n. vagi; в этом случае был найден и neuritis multiplex parenchymatosa. Таким образом, в настоящее время не подлежит сомнению, что polioenceph[alitis] ant[erior] acuta чаще всего развивается вследствие алкоголизма и что он может быть одновременно с множественным невритом. Весьма возможно, что и параличи отдельных глазодвигательных нервов, нередко наблюдаемые при paralysis alcoholica, по крайней мере в некоторых случаях, происходят вследствие повреждения не периферических нервных стволов, а соответствующих центров. Наконец, наши наблюдения показывают, что у алкоголиков, видимым образом, вследствие одной и той же причины изменения периферических нервов могут быть одновременно и с изменениями спинного мозга. В большинстве случаев эти последние так малы, что они едва ли в состоянии вызвать заметные нам клинические явления, и мы тогда имеем картину болезни, обусловленную только невритом, соответственно его степени и распространению. Но иногда изменения спинного мозга могут быть настолько значительны, что будут вызывать и соответствующие симптомы; тогда, конечно, мы будем иметь сложную картину, и клиницист, зная это, должен по возможности в каждом отдельном случае определить, какие расстройства зависят от поражения периферических нервов и какие [—] от страдания спинного мозга, так как это может иметь значение в прогностическом и терапевтическом отношениях.

Об исследовании алкоголизма в Московской губернии [83]

Московское губернское земское собрание в нынешнем году, между прочим, поставило вопрос «Об изучении в Московской губернии алкоголизма с общественно-санитарной точки зрения и о вреде, приносимом им». Вследствие этого, губернская управа, зная, что Московское общество невропатологов и психиатров давно уже живо интересуется этим предметом и изучает меры для борьбы с алкоголизмом, обратилась к нему с просьбою о содействии ей в этом отношении. Получив такое приглашение, общество наше, со своей стороны, выразило полную готовность, по мере сил, содействовать Московскому земству в этом деле как теперь, так и на будущее время.

Вопрос об алкоголизме может быть разделен на две половины: 1) распространение алкоголизма со всеми его последствиями, и 2) меры борьбы с ним. Московское земство совершенно правильно поступило, разделив этот вопрос и ограничившись на нынешний год только первою половиною его: действительно, сначала нужно подробно и точно изучить приносимый вред, и только тогда приискивать средства против него. Может быть, мне скажут, что очень большое распространение алкоголизма в Московской губернии и вред, приносимый им, очень хорошо известны: стоит ли тратить

время и силы на изучение этого дела [?] Лучше бы сосредоточить все внимание прямо на борьбе с алкоголизмом, тем более, что в литературе и в нашей русской, особенно же в заграничной, существует целый ряд сочинений, посвященных этому вопросу, так что его [вопрос] можно считать вполне исчерпанным. На это я должен возразить следующее: исследования, произведенные по этому предмету не только в иностранных государствах, но и у нас в России, но в других местностях, далеко не вполне приложимы к Московской губернии. Опыты показывают, что, соответственно местным, национальным и общественным условиям, алкоголизм представляет очень большие особенности как в своем распространении, так и в своих проявлениях; так что для того, чтобы составить себе полную и точную картину у нас и вести против него рациональную и успешную борьбу, необходимо сделать свое собственное исследование. Для этого, впрочем, есть еще и другие мотивы: обыкновенно борьба со злом энергически ведется только тогда, когда зло сознается нами вполне отчетливо и на основании собственных наблюдений; если же мы знаем зло только теоретически, по чужим наблюдениям, то это не может вполне возбудить нашу энергию для борьбы с ним. Для такого исследования собственно в Московской губернии можно привести и еще мотивы: в скором времени у нас будет введена казенная монополия, это [—] во всяком случае крупная мера; она должна произвести большую перемену в способе употребления алкоголя, а следовательно и в последствиях, происходящих от него. Для того, чтобы судить потом, что принесла эта мера, об ее хороших и слабых сторонах, нужно с точностью знать, что было до нее, что изменилось и в какую сторону.

Алкоголизм приносит у нас такую массу зла во всех отношениях, что борьба с ним не только желательна, но необходима, и потому нельзя не приветствовать Московское земство за его решение произвести относительно него исследование в Московской губернии. Но полное и точное исследование алкоголизма в целой губернии представляет собою дело очень обширное, сложное и трудное. Я, впрочем, убежден, что, если Московское земство горячо примется за это дело, то благодаря тем силам и тем средствам, которыми оно располагает, оно будет в состоянии не только вполне изучить этот вопрос, но и успешно вести борьбу против этого зла.

Вполне сочувствуя Московскому земству в этом деле и искренно желая, по мере силы, помочь ему, мы должны прежде всего выработать программу действий, необходимую для этого изучения. Правильнее всего, мне кажется, сначала разделить поставленный вопрос на два отдела: 1) распространение алкоголизма; степень этого распространения соответственно полу, возрасту и условиям жизни местного населения; причины, вызывающие и способствующие распространению алкоголизма и т. п., и 2) вред, приносимый злоупотреблением спиртными напитками. Как в первом, так и во втором отделе задача снова распадается на две части: а) определить то, что нам желательно получить от наших исследований, и

б) указать те способы и средства, которыми можно добыть наиболее полные и точные результаты.

Итак, прежде всего нужно определить распространение алкоголизма и его степень в народонаселении губернии: желательно, по возможности, составить список всего населения с классификацией его по степени злоупотребления спиртных напитков. Задача нелегкая; что касается выполнения ее, то я вполне присоединяюсь к мысли, только что высказанной В. И. Яковенко, что наилучший способ для этого, — это медицинское исследование по семейным спискам. Конечно, для полного исследования всего населения потребуется значительное время — два, может быть, три года; но зато таким образом может быть получена полная и ясная картина распространения алкоголизма во всей губернии. А так как тогда ясно будет видно, где и при каких условиях особенно сильно обнаруживается пьянство, то такое исследование даст указание и на причины развития у нас алкоголизма; этот список в значительной мере облегчит и изучение того вреда, который приносит у нас алкоголь.

Вред этот, как известно, очень велик и очень разнообразен. Для удобства исследования его можно разделить на три категории: 1) вред для жизни и здоровья, 2) вред относительно нравственности, и 3) вред в имущественном отношении.

Что касается первой категории, то, конечно, это исследование может быть собрано только врачами. Здесь нужно определить, насколько алкоголь расстраивает здоровье, вызывая те или другие болезни, и насколько он сокращает жизнь, делаясь причиной смерти, определить продолжительность жизни и смертность у алкоголиков. Болезни, вызываемые злоупотреблением спиртными напитками, очень разнообразны; я не стану перечислять их, так как они хорошо известны практическим врачам. Эти сведения могут быть получены при исследовании тех больных, которые обращаются к врачу; при этом только нужна будет отметка, что данная болезнь, по мнению врача, обязана своим происхождением алкоголю. Но так как значительное число лиц, принадлежащих к губернии, проживает в Москве и за медицинской помощью обращается в московские больницы, то данные, собранные земскими врачами, следует пополнить теми сведениями, которые могут дать московские больницы относительно жителей губернии. Относительно же смертности следует различать: 1) смерть вследствие болезни, вызванной алкоголизмом, 2) смерть вследствие случайных неблагоприятных условий, которые могли действовать только потому, что человек уже находится под влиянием алкоголя (например, человек, будучи пьян, замерз, утонул, упал с высоты, был задавлен какою-нибудь тяжестью, попал под поезд, в машину, сгорел или обварился и т. п.) и, наконец, 3) смерть вследствие самоубийства, обусловленного алкоголизмом. Насколько мне известно, сведения о причинах смерти, особенно же скоропостижной, далеко не всегда доходят до земских врачей, поэтому, как мне кажется, за ними нужно будет обратиться к уездным врачам, а также к священникам и чинам

полиции. При этом исследовании встретится, конечно, немало затруднений: так, смерть или какая-нибудь болезнь у алкоголика может сделаться и совершенно независимо от алкоголизма; например, если сделается крушение железнодорожного поезда, то человек может быть убит или может получить повреждения независимо от того, что он прежде злоупотреблял спиртными напитками. При таких условиях необходимо индивидуализировать каждый случай. Еще чаще могут встретиться случаи, где алкоголь составляет только предрасполагающий момент для развития болезни; например, весьма известно, что вследствие злоупотребления спиртными напитками часто развивается множественный неврит. Но в практике нередко приходится встречать следующее: больной прежде довольно много употреблял спиртных напитков, но не чрезмерно, и в то же время он должен был часто подвергаться простуде, например, работать в холодном и сыром помещении, и вот у него делается influenza, хотя в очень легкой форме, а вслед за нею развивается множественный неврит. Можно ли его назвать neuritis alcoholica? При таких условиях придется придерживаться правила — a posteriori fit denominatio[84]; очень часто, впрочем, вся совокупность болезни и ее особенные черты довольно ясно укажут, произошла ли болезнь вследствие алкоголизма или нет.

Но, кроме этого, особенно большой интерес представляет исследование наследственности по отношению к алкоголизму, и притом, с одной стороны, влияние предшественников (их пьянство, нервные и душевные болезни и пр.) на развитие [патологии] у последующих поколений (выкидыши и преждевременные роды, ранняя смерть детей, идиотизм, эпилепсия и другие нервные и душевные болезни, вырождение физическое и психическое, общее недоразвитие организма, например, негодность к военной службе, душевная неуравновешенность, наклонность к пьянству, праздности, бродяжничеству, преступлениям и т. п.). Ведение записей больных по семейным спискам может дать в этом отношении чрезвычайно ценный материал.

Все это исследование может быть сделано только при содействии врачей, и земство может рассчитывать в этом случае, главным образом, на земских и фабричных врачей. Но московские земские врачи в большинстве случаев и так крайне обременены работою и главным образом потому, что они обязаны не только предупреждать и лечить болезни, но в то же время и вести многочисленные статистические исследования по разнообразным санитарным вопросам. Обременять их, по крайней мере многих из них, еще новым предметом для исследования и новою статистическою работою едва ли будет возможно. А между тем завести полные семейные списки и постоянно вести записи на основании их, и в каждом отдельном случае точно определить, зависит ли заболевание или смерть именно от алкоголизма, — это составит для них очень большую работу. Если земство желает, чтобы это исследование было точно и достаточно быстро подвигалось вперед, мне кажется, необходимо, чтобы оно увеличило свой врачебный персонал, напри-

мер, дало бы ассистентов, по крайней мере, тем из врачей, которые и без того очень обременены работою. Конечно, это повлечет за собою новые расходы, но, мне кажется, расходы эти вполне окупятся, если удастся убавить пьянство в населении; но и помимо этого земский врач, кроме собственного лечения болезней, приносит огромную пользу населению: во многих случаях он является единственным источником света, внося более правильные гигиенические и санитарные понятия в темную среду крестьянства.

Вторая категория вреда, приносимого алкоголем, касается нравственности. Что вследствие злоупотребления спиртными напитками нравы грубеют падает нравственность, и нередко человек доходит до состояния животного и даже становится ниже его, это [—] общеизвестный факт. Но исследование этого вопроса представляет особенные трудности: так, прежде всего очень трудно выразить в цифрах это понижение нравственности. Наиболее точной меркой для этого может служить преступность, т. е. определение того, как часто и в какой форме являются проступки или преступления, совершенные под влиянием алкоголизма. Для этого исследования представляются два пути: 1) составив список алкоголиков, определить по спискам судимости количество совершенных ими проступков и преступлений, и 2) рассмотревши возможно большое число судебных дел или же исследовав возможно большое количество лиц, уже осужденных, например, заключенных в тюрьме, определить, как часто проступки и преступления совершаются под влиянием алкоголизма. Как бы обширно ни было это исследование, оно, конечно, не может дать вполне точного указания на то, как велико вообще количество проступков и преступлений, в происхождении которых главную роль играет алкоголь, потому что, как известно, не только проступки, но нередко и крупные преступления остаются неоткрытыми и, следовательно, не доходят до суда, — ведь судимость и преступность — это два различных понятия. Но все-таки сравнение количества проступков и преступлений, совершенных алкоголиками, с количеством таких же проступков и преступлений, совершенных независимо от алкоголизма, даст понятие о том, какое влияние имеет алкоголь на преступность, а следовательно и на нравственность. И при этом исследовании тоже может встретиться немало затруднений: так, если мы найдем у данного лица преступность и алкоголизм, то нужно будет еще решить, составляет ли последний причину преступности или нет. Опыт показывает, что нередко бывает и наоборот — пьянство составляет последствие упадка нравственности; а еще чаще пьянство и преступность составляют только эффекты одной и той же причины — наследственности или очень дурного воспитания; поэтому и здесь необходимо внимательное исследование каждого отдельного случая.

Кто же может произвести это исследование? Возложить и это на одних только врачей, по моему мнению, было бы неправильно: врачи и так очень обременены собственно медицинскими исследованиями, да и они не вполне компетентны в этом вопросе. Для

этого, мне кажется, нужно будет обратиться к юристам с просьбою выработать совместно с врачами более подробную программу для этого исследования и указать наиболее практические способы для выполнения его. У земства нет такого штата юристов, как например, штат врачей; но в настоящее время у нас достаточно интеллигентных людей, которые готовы бескорыстно жертвовать своим временем и трудом на общую пользу, — наши многочисленные общества научные и благотворительные ясно доказывают это. С уверенностью можно сказать, что и между юристами найдется достаточно людей, которые на призыв земства согласятся из-за идеи заняться этим исследованием.

Наконец, алкоголь крайне вредно действует и на экономическое положение лиц, злоупотребляющих им. Чтобы определить размеры этого вреда в Московской губернии, прежде всего нужно узнать, какая сумма денег тратится населением вообще, в частности отдельными лицами, на спиртные напитки, и какую часть всего заработка составляет эта сумма у рабочих [?] Затем определить, как отражается злоупотребление алкоголем на хозяйственном положении населения: как часто это ведет к нищенству, полному разорению, бездомности, бесхозяйственности и вообще к обеднению? И при этом встретится, конечно, немало трудностей, главным образом, для решения вопроса, произошло ли обеднение данного лица собственно от алкоголизма или же от других причин [?] Опыт показывает, что нередко алкоголизм развивается вследствие обеднения, особенно, если человек дойдет до нищенства, тогда новые условия жизни и вся обстановка невольно тянут его в кабак, так что и это исследование потребует большого внимания и осторожности в деле заключений. В настоящее время Московское земство производит подворное исследование экономического положения всего населения губернии, и есть надежда, что в скором времени это исследование будет доведено до конца. К сожалению, в программу этого исследования, насколько мне известно, не внесен вопрос о влиянии алкоголя на экономическую сторону, и было бы очень желательно, если только это возможно, к данной программе присоединить еще ряд соответствующих вопросов. Если же это уже невозможно, то все-таки исследование, произведенное земством, принесет пользу и для решения занимающего нас вопроса: когда будет окончено это исследование и в то же время будут составлены посемейные списки населения с классификацией его по степени употребления спиртных напитков, то, сопоставляя эти два рода данных, можно будет сделать вывод и относительно того вреда, который приносит алкоголь экономическому положению населения. Для этого исследования придется обратиться к статистикам и экономистам.

Таким образом, разрешение вопроса «об алкоголизме с общественно-санитарной точки зрения и о вреде, приносимом им» представляет дело трудное и сложное. Основанием для всего исследования должна послужить масса населения с классификацией его по степени употребления алкоголя; это могут сделать только вра-

чи, но помимо их потребуется участие и других специалистов; при губернской же земской управе должно быть особое бюро, которое могло бы направлять и объединять всю эту работу. Зная, какими силами и средствами и какою опытностью в подобных делах обладает Московское земство, мы с уверенностью можем сказать, что если только у него будет достаточно сильное желание, то оно в состоянии преодолеть все эти трудности.

Но представим себе, что Московское земство вполне произвело это исследование, что оно с точностью определило степень и распространение алкоголизма в губернии, изучило те условия, при которых развивается алкоголизм, узнало весь тот вред, который приносит злоупотребление спиртными напитками, — как оно поведет борьбу с ним? Предположим, что оно придумает вполне правильные меры для этого, — но как оно приведет [их] в исполнение? Ведь для этого нужна власть, а власть принадлежит исключительно одному правительству. Тем не менее я твердо убежден, что в этом деле очень многое может сделать и земство. История показывает, что борьба с алкоголизмом дело очень трудное, и что оно может рассчитывать на успех только тогда, когда правительство и общество дружно действуют в этом отношении и помогают друг другу; когда правительство издает соответствующие законы, а общество идет навстречу им. Самое главное, что нужно для этой борьбы, — это чтобы в обществе было ясное сознание того, сколько вреда приносит алкоголь, и искреннее желание освободиться от своего врага. Вот в этом-то отношении земство и может принести огромную пользу населению. Теперь не время говорить о соответствующих мерах, так как этот вопрос еще не поставлен на очередь: меры эти очень разнообразны, и многие из них вполне доступны земству. Наиболее сильными деятелями в этом отношении могут быть земские врачи — они своим словом и примером могут иметь огромное влияние на население: когда человек болен и обращается за помощью к врачу, его убедительное слово и добрый совет имеют решающее значение, и он может многих, предающихся пьянству, сразу избавить от их порока; это я знаю по собственному многолетнему наблюдению.

В скором времени в Московской губернии будет введена крупная реформа в винном деле, — это казенная монополия, — и при этом земство может принести много пользы: как известно, вместе с казенною продажей вина учреждаются попечительства о народной трезвости. В числе членов соответствующих комитетов участвуют и представители земства: если они будут относиться к делу не формально только, то, конечно, в состоянии будут многое сделать, особенно же после того, как Московское земство благодаря своим исследованиям близко и практически ознакомится с этим вопросом. Наконец, земство может устраивать лечебницы для алкоголиков: польза, приносимая такими лечебницами, очень велика. Есть немало людей, у которых стремление к пьянству представляет собою явление патологическое; а еще больше таких, которые вследствие пьянства совершенно утратили силу воли и, даже

вполне сознавая приносимый вред, не имеют силы бороться со своим влечением. Вот таким-то людям должна придти на помощь лечебница, и, как показывает опыт, при благоприятных условиях по крайней мере половина таких больных может быть прочно излечена. Но помимо этого такие лечебницы полезны и в других отношениях: они служат для населения постоянным напоминанием, насколько вреден алкоголь и до какого тяжелого состояния он может довести. Вместе с этим они дают возможность на время, а иногда и навсегда, удалить из населения самых вредных членов его, которые иногда хуже и опаснее умалишенных; а такое удаление даст возможность отдохнуть и оправиться семьям их и будет благотворно влиять на все население. Человек ко всему привыкает, так и мы настолько привыкли к проявлениям алкоголизма, что часто самые отвратительные картины пьянства уже не особенно возмущают нас; а в деревнях молодое поколение настолько свыкается с проявлением пьянства, что это не только не возмущает его, напротив, часто служит ему оправданием и даже побуждением к подражанию: часто можно видеть, что дети играют в пьяных. Удаление такого вредного элемента будет полезно, особенно для подрастающего поколения; словом, лечебницы для алкоголиков полезны не только в терапевтическом отношении, но также как экономическая и воспитательная мера; наконец, такие лечебницы послужат местом и средством для разрешения целого ряда очень важных вопросов, касающихся алкоголизма.

Таким образом, не подлежит сомнению, что земство может очень многое сделать и в деле борьбы с алкоголизмом — нужны только знание дела и искреннее желание. А что действительно при дружном содействии правительства и общества борьба с алкоголизмом возможна, это прекрасно доказали нам северные соседи — норвежцы и шведы, а отчасти и наши финляндцы. Еще недавно в Норвегии пьянство доходило до ужасающих размеров, и вот был принят ряд мер для борьбы с ним, и в скором времени произошла резкая перемена: уменьшилось количество потребляемых спиртных напитков, а вместе с этим значительно уменьшилось количество преступлений, тюрьмы наполовину опустели, в деревнях и по дорогам водворилась полная безопасность, и благосостояние населения стало быстро возрастать.

Пожелаем же, чтобы Московское земство достигло еще больших результатов, и будем по мере сил наших помогать ему в этом добром деле.

Сергей Сергеевич
КОРСАКОВ
(1854—1900)

С. С. Корсаков — выдающийся русский психиатр, первооткрыватель амнестического синдрома. Профессор Московского университета. Новатор в организации лечения психических больных (гуманный принцип нестеснения). Автор «Курса психиатрии» (1893). Амнестический синдром описал в диссертации «Об алкогольном параличе» (1887), через 10 лет (1897) на XII Международном медицинском конгрессе в Москве синдром назван «корсаковским».

Расстройство психической деятельности при алкогольном параличе и отношение его к расстройству психической сферы при множественных невритах неалкогольного происхождения[85]

I. В последнее время алкогольный паралич обратил на себя внимание многих невропатологов. Во Франции, Англии и Германии появилось довольно большое число работ, посвященных симптоматологии и патологической анатомии этой болезни. Так как мне пришлось наблюдать довольно большое число случаев алкогольного паралича, то я счел уместным описать как эти случаи, так и вообще сгруппировать все то, что нам известно об этой форме. Работа моя об алкогольном параличе уже закончена и скоро будет напечатана. Занимаясь этой работой и изучая клиническую картину алкогольного паралича, я, между прочим, заметил, что в иностранной литературе сравнительно мало обращается внимания на одну группу симптомов, именно на расстройство психической деятельности; хотя почти все авторы указывают на то, что психическая сфера расстраивается при алкогольном параличе, но большинство из них говорит о психических симптомах мимоходом, и только немногие, как Дрешфельд[86] в своей последней статье, обращают внимание на то, что эти расстройства носят особенный характер. Во многих из тех случаев, которые пришлось видеть мне, психическая сфера была расстроена весьма характерно, вследствие чего я мог составить себе более подробное представление о свойстве этого расстройства; изложение характерных особенностей его и составит предмет этой статьи.

Прежде чем приступить к описанию симптомов расстройства психической сферы при алкогольном параличе, я считаю нужным обрисовать клиническую картину этой болезни вообще.

Алкогольный паралич в тесном смысле слова проявляется в параплегической форме, симметричной на обеих сторонах тела. Поражаются при нем большею частью мышцы конечностей, нижних и верхних; мышцы туловища поражаются лишь в очень тяжелых случаях; тазовые органы тоже поражаются редко. В конечностях паралич обыкновенно сильнее всего выражен в периферических отделах — в ступнях и в кистях рук. Экстензоры поражаются более, чем флексоры. Нижние конечности более поражены, чем верхние. Паралич сопровождается похуданием и атрофией мышц, изменением электрической реакции; пателлярные рефлексы рано исчезают. Наряду с параличными явлениями бывают и расстройства чувствительности в виде болей, гипералгезии и анестезии. Расстройства чувствительности также более всего выражены в периферче-

ских отделах конечностей — в ступнях, голенях и кистях рук. Боли имеют характер болей ломящих или дергающих, стреляющих, рвущих. Гипералгезия выражена частью в коже, частью в мышцах. Особенно характерна для алкогольного паралича болезненность икр и ступней при давлении, так же как и болезненность при давлении на нервные стволы. Парестезии выражаются в чувстве онемения, ползания мурашек или чувства холода в ступнях и голенях. Анестезия обыкновенно бывает не сильно выражена, но в некоторых случаях бывает довольно значительна; при этом довольно характерным является расстройство чувства температуры — нечувствительность к ощущениям тепла и чрезмерная чувствительность к холоду; также характерно понижение электрокожной чувствительности в ступнях и концах пальцев рук. Кроме этого, в пораженных конечностях бывают трофические и вазомоторные расстройства в виде расстройства питания кожи и отеков, иногда очень больших. Ступни и кисти рук большею частью влажны и синеваты. Иногда бывают судорожные подергивания и контрактуры в сгибателях.

Наряду с этими физическими симптомами во всех 20 наших наблюдениях и в большинстве случаев из 114, собранных нами в литературе, было более или менее резко выраженное расстройство в психической сфере — иногда только в начале болезни, иногда же во все течение болезни. Психическое расстройство выражалось то в форме раздражительной слабости, то в форме спутанности, то в форме характерного расстройства памяти. Наряду с этими симптомами, иногда существуют и другие — рвота, учащенный, иногда неправильный пульс, уменьшение количества мочи, общая слабость и другие явления.

Болезнь эта развивается большею частью у лиц, в продолжение долгого времени злоупотреблявших спиртными напитками, и притом большею частью у тех из них, у кого существует невропатическое предрасположение. В большинстве случаев задолго до паралича существуют продромальные симптомы в виде болей, чувства онемения в конечностях, чувства ползания мурашек, судорог (crampi) и т. п. У многих больных бывали приступы белой горячки. Собственно алкогольный паралич развивается большею частью после какого-нибудь повода, нарушающего равновесие экономии организма. Чаще всего это происходит вследствие присоединения какой-нибудь болезни вроде катаральной пневмонии, туберкулеза, диареи; иногда это нарушение равновесия экономии организма вызывается травмой, операцией, иногда геморроидальным кровотечением или нравственным потрясением. Вслед за действием того или другого повода болезнь открывается обыкновенно расстройством в сфере головного мозга: то это приступ галлюцинаторной спутанности, вроде белой горячки, то характерное расстройство памяти, то просто возбуждение и бессонница. Иногда вместе с этим или еще ранее является упорная рвота. Некоторое время эти симптомы стоят на первом плане, затем через несколько дней делается заметна слабость в ногах; больной шатается, быстро утомляется, нако-

нец, совсем не может ходить. В это время пателлярные рефлексы пропадают, и являются более или менее выраженные расстройства чувствительности в виде болей и парестезий. Обыкновенно скоро заметно бывает, что в ногах [m] extensor hallucis и [m] extensor digitorum communis, а также m. quadriceps femoris более всего поражены. В верхних конечностях обыкновенно вначале не заметно паралича, но через несколько времени он является и в верхних конечностях, причем разгибатели кисти и пальцев поражаются всего сильнее. В средних случаях обыкновенно дело и ограничивается поражением нижних и верхних конечностей, но в тяжелых случаях болезнь носит характер восходящего паралича; в конце концов, поражаются глазные мышцы, [нарушаются] глотание и дыхание, и может последовать смерть вследствие паралича диафрагмы; если этого не произойдет, то обыкновенно болезнь, дойдя в течение первого месяца до высшей точки, начинает понемногу ослабевать, причем те области, которые были захвачены болезнью последними, восстанавливаются первыми, так что раньше всего восстанавливаются глотание и дыхание, а потом уже другие пораженные функции. Иногда восстановление идет довольно быстро — в течение 3—4 мес., иногда же затягивается надолго; в таких случаях обыкновенно развиваются атрофии в мышцах и контрактуры; часто является чрезвычайная гипералгезия, боли, особенно по ночам, отеки и т. п. В таких случаях болезнь затягивается иногда на несколько лет; тем не менее, несмотря на затяжное течение болезни, она сама по себе имеет тенденцию к поправлению, и если силы организма позволяют, то во многих случаях наступает полное выздоровление, хотя с большой наклонностью к рецидивам.

Таково течение форм алкогольного паралича в тесном смысле слова. Но во многих случаях болезнь не доходит до такой степени — паралича не развивается, а является только слабость и расстройство правильности движений. Такие формы известны под именем алкогольной атаксии или pseudo-tabes alcoholica. Эти формы иногда тоже сопровождаются расстройством психической деятельности, но не постоянно, и большею частью в небольшой степени.

Анатомическим субстратом алкогольного паралича считается в настоящее время множественный неврит. Довольно значительное число вскрытий констатировало, что в большинстве случаев спинной мозг бывает совершенно здоров, а в периферической нервной системе существуют обширные расстройства. Неврит при алкогольном параличе имеет характер паренхиматозного неврита — выражен он всего более в мелких веточках, кожных и мышечных; в крупных стволах он выражен менее и, приближаясь к центру, все уменьшается в своей интенсивности, т. е. среди данного отрезка нерва попадается все менее и менее больных волокон; наконец, в корешках дегенерированных волокон почти не встречается. Подобные изменения встречаются и в нервах конечностей, и в некоторых из головных нервов, как [п.] vagus и др.

Большинство авторов находило спинной мозг здоровым, однако вакуолизацию клеток передних рогов видели и Калер и Пик, и Эттингер. Кроме того, есть и другие данные считать, что иногда и спинной мозг бывает изменен при алкогольном параличе, хотя очень вероятно, что в основе собственно параличных явлений лежит множественный неврит. На состояние головного мозга было обращено мало внимания. Только Ган в одном из своих случаев нашел довольно значительно выраженную атрофию нервных клеток коры.

Сделав общий обзор сведений, которые мы имеем в настоящее время об алкогольном параличе, мы можем приступить к главной теме настоящей статьи — к описанию расстройства психической деятельности, постоянно встречающегося при алкогольном параличе. Еще раз повторяю, что, вследствие бедности сведений из литературы по этому отделу, я буду руководствоваться в своем описании главным образом собственными наблюдениями.

* *
*

Расстройство психической деятельности в той или другой форме было во всех 20 случаях алкогольного паралича, которые я наблюдал. В 7 случаях оно было только в начале болезни, в остальных 13 оставалось до конца ее. Оно было в разной степени и неодинаково по своему проявлению; в некоторых случаях ограничивалось только резко выраженной раздражительной слабостью психической сферы, в других принимало характер спутанности сознания с галлюцинациями и иллюзиями, в третьих, наконец, принимало характер своеобразного ослабления умственных способностей без резко выраженной спутанности, но с особенно заметным упадком памяти. Нужно, впрочем, сказать, что деление на три эти формы довольно произвольное; оно делается только для удобства изложения потому, что очень часто бывает, что психическое расстройство представляет смешанные черты из различных форм.

Простая раздражительная слабость бывает в тех случаях, когда психическое расстройство выражено слабо. Обыкновенно она проявляется в том, что на больного нападает неопределенное беспокойство, какой-то страх, являются навязчивые мысли, которые так неотступно преследуют больного и ассоциированы с таким сильным аффективным состоянием, что он теряется, постоянно умоляет о помощи, ждет, что вот сейчас с ним что-нибудь случится. Большею частью при этом являются ипохондрические идеи: кажется, что сердце разорвется или случится еще что-нибудь, такое же страшное. При этом каждое, даже небольшое болезненное ощущение, вызывает в больном тяжелое настроение, ажитацию, а если при этом существуют боли, то больной решительно не может с собой справиться — стонет, плачет, зовет к себе на помощь. В таком случае часто приближение к больному вызывает в нем беспокойство,

боязнь, чтобы не усилили его боль. Перекладывать таких больных для перемены белья составляет целую историю; они кричат, что их сейчас уронят, хотя решительно для этого нет никакой возможности. В то же время они боятся и оставаться одни, требуют, чтобы кто-нибудь сидел с ними, утешал их. Обыкновенно есть какая-нибудь личность, на которую обрушивается вся тяжесть их требовательности; эта личность — муж или жена, сестра — не могут ни на шаг отойти; едва их нет, больной или больная посылает послов за ними, раздражается, плачет, при этом уговоры не действуют; часто больные понимают, что нельзя же безотлучно при них находиться, но, как сами говорят, справиться с собою не могут. «Я рад бы не звать, да не могу, сил нехватает», — говорил один больной. От близких лиц такие больные постоянно требуют внимания, утешения, разговора с ними, словом, чтобы чем-нибудь занимали их мысли; если этого нет, они волнуются, хнычут, жалуются на свою судьбу. Всего хуже состояние таких больных бывает ночью. Обыкновенно в начале болезни они не спят, особенно если при этом существуют боли, тоже усиливающиеся по ночам. И вот, тогда начинается мученье — каждое болевое ощущение вызывает стоны, рыдания, слова отчаяния, богохульство, брань окружающих, брань врачей за то, что они не могут вылечить, и т. д. Под утро это обыкновенно проходит, больной засыпает часа на 2, на 3, и просыпается более спокойный, но уже со средины дня беспокойство усиливается, а с вечера опять доходит до очень большой степени. Всякое утомление усиливает это состояние, некоторые способы лечения тоже: особенно дурно чувствуют себя такие больные после сеансов электричества. Обыкновенно подобное состояние в резко выраженной форме существует довольно долго, не менее месяца, иногда более, и только постепенно начинает проходить. Сначала больной становится сдержаннее, не так бранится, [делается] терпеливее, лучше спит, не так подчиняется каждой навязавшейся идее, начинает более объективно относиться к своему состоянию, не испытывает такого страха, и наконец, совсем успокаивается. Это [—] ажитированная форма раздражительной слабости.

Кроме этого, бывает и другая — гораздо более спокойная: больной на вид представляется почти здоровым психически; он обо всем рассуждает, охотно высказывается, нет никакого бреда. Однако если присмотреться внимательнее, окажется, что это совсем не тот человек, что был прежде: он как-то легкомыслен, ко всему относится с юмористической точки зрения, хотя его положение вовсе не наводит на веселое настроение, беспечен. Умственный горизонт сузился, глубины ума почти не проявляется; вся деятельность ума заключается в повторении старого и притом в довольно однообразном повторении; рассказывает старые пикантные анекдоты, интересные по внешности происшествия, но какого-нибудь серьезного обобщения больной сделать не может, вдумывается во все с большим трудом, интересы удовлетворяются очень немногим. При этом очень небольшого внешнего стимула достаточно, чтобы больной

расхохотался чуть не до истерики или пришел вообще в очень веселое настроение, так что готов запеть, хотя это и не совсем удобно в его [положении][87]. Бессонница бывает и при этой форме раздражительной слабости, но она не так мучительна. Обыкновенно в таком состоянии больной и остается до тех пор, пока ухудшение болезни не ухудшит и психического состояния, или до поправления. В последнем случае понемножку ум его делается крепче, активнее, больной делается не так смешлив, как прежде, лучше управляет своим вниманием, начинает интересоваться чтением и т. п., и мало-помалу поправляется.

В некоторых случаях раздражительная слабость нервной системы принимает, вероятно, и другие формы, и на этой почве легко могут развиваться разные неврозы. Между этими неврозами заслуживает внимания самобытный гипноз; хотя я его не видал ни при одном случае вполне выраженного алкогольного паралича, но мне пришлось видеть его у одной больной, которая сильно злоупотребляла спиртными напитками и у которой в значительной степени были выражены продромальные симптомы алкогольного паралича — боли в конечностях, шаткость походки и отсутствие сухожильных рефлексов. У этой больной по временам были судорожные припадки, характерные для алкоголизма, а затем вместо этих припадков стали являться приступы самопроизвольного гипноза; достаточно было, чтобы больная просидела несколько минут в тишине в полутемной комнате, как веки ее смыкались, она впадала в сонное состояние с возможностью появления каталепсии и с возможностью подчиняться внушениям.

Конечно, прежде всего является вопрос, не есть ли это случайное совпадение алкогольного расстройства с истерией? Я сам не берусь решить этого вопроса, но считаю все-таки нужным отметить этот случай, потому что состояния транса и сомнамбулизма описаны у хронических алкоголиков, и самобытный гипноз нашего случая может быть поставлен в некоторую связь с этими состояниями. К этому я могу прибавить еще, что в одном случае *послеродового* множественного неврита мне тоже пришлось наблюдать явления, относящиеся к той же области: больная, перед тем как заснуть, впадала в особенное состояние сна, в котором она, будучи с закрытыми глазами, отвечала на вопросы, разговаривала как бы наяву, а потом ничего об этом не помнила.

Я должен во всяком случае прибавить, что не смотрю на эти симптомы как на непосредственное следствие того заболевания нервной системы, о котором мы теперь говорим, а только как на случайное осложнение, для которого почвой служит раздражительная слабость нервной системы, так часто бывающая при алкогольном параличе.

Вторую форму психического расстройства при алкогольном параличе составляет *спутанность*. Форма эта довольно хорошо известна, потому что она бывает и без паралличных явлений у лиц, злоупотреблявших спиртными напитками. Поэтому подробно описывать картину этой формы нет надобности, а можно только огра-

ничиться указаниями, специально относящимися к проявлению этой формы при алкогольном параличе.

Обыкновенно симптомы этой спутанности довольно определенно выражены уже в начале болезни вскоре после влияния на больного вызывающей причины. Первыми признаками является плохой сон, беспокойное настроение, навязчивые идеи с тревожными аффектами, часто неопределенный, но резко выраженный страх. Наряду с этим заметно еще, что больной делается как-то неясен в выражении мотивов своих беспокойств, неопределенен в своих требованиях и желаниях. Речь его делается непоследовательна: начав говорить одно, он конец приводит совершенно не относящийся к делу, и сам часто не замечает этого. Способность управлять своим вниманием, способность ассоциировать представления резко расстраивается; поступки отличаются какой-то рассеянностью, несообразительностью, нецелесообразностью: больной, например, закуривает папиросу не с того конца, берет вместо одной вещи другую. Говоря о чем-нибудь, высказывается часто так неопределенно, что трудно решить, что он хочет сказать, потому что, начавши говорить про Петра, он потом упоминает что-нибудь, что свойственно не Петру, а Павлу; иногда, начавши что-нибудь говорить, больной останавливается и не знает, как докончить свою фразу; если ему подсказать что бы то ни было, он подхватит это, как будто он именно это и хотел сказать, при этом путает место, время, примешивает к действительности небылицы. Часто вместе с этим является болтливость, желание постоянно быть с людьми, чувство тревоги, когда с ним никого нет. По временам бывает раздражительность, тупое упрямство. К вечеру обыкновенно больному делается хуже. Он больше ажитируется, делается требователен, постоянно зовет к себе, заставляет подавать себе то ту, то другую вещь, требует пунктуального исполнения каждой мелочи, расспрашивает настойчиво о разных пустяках, хочет вставать, выходить на улицу, не слушая при этом никаких уговоров. У некоторых больных при этом является особенный страх, подозрительность; они боятся воров, требуют постоянно, чтобы смотрели, заперты ли окна, двери, нет ли кого под кроватью. Так проходит вся ночь, потому что обыкновенно сна у таких больных нет. Обыкновенно очень скоро спутанность увеличивается — иногда уже в самые первые дни болезни больной примешивает в свои разговоры много фантастического, представляет себя где-нибудь в другом месте, рассказывает, как он ездил в разные места, какие с ним были в дороге происшествия — и при этом с такими подробностями, точно это на самом деле было. Иногда оказывается, что эти рассказываемые события суть отголоски воспоминаний дальних лет, иногда [—] просто фантазия больного, но при этом высказывается это с такой положительной уверенностью, что, очевидно, для больного нет никакого сомнения, что все это было на самом деле. При этом в начале болезни все его рассказы имеют обыкновенно определенный оттенок: то это рассказы, как на него хотели напасть разбойники или как его терзали собаки; соединены они с аффективным состоянием, со страхом.

К вечеру и страх, и фантазии увеличиваются. При этом являются характерные зрительные галлюцинации — в виде собак, кошек, мышей, страшных физиономий и т. д. Больной пугается, ловит их, сгоняет с постели. Иногда спутанность так быстро растет, что больной решительно перестает сколько-нибудь управлять своими мыслями и весь подчиняется бредовым идеям тревожного характера и галлюцинациям устрашающего свойства. Он делается крайне беспокоен, настойчив, говорит отрывочные фразы, из которых и можно понять, что ему кажется, что его сейчас убьют, отдадут зверям и т. д. Иногда спутанность еще более увеличивается: больной начинает повторять одни и те же слова для выражения самых разнообразных ощущений и потребностей, ищет чего-то, разбрасывает вещи, не узнает окружающих, пугается, кричит от малейшего прикосновения, делается крайне упрям.

Как мы сказали, иногда такая сильная спутанность развивается очень быстро, но большею частью она не долго продолжается: через несколько дней, особенно если употребляется соответствующее лечение (главным образом снотворное), больной засыпает, сознание делается яснее, тревога пропадает, и во многих случаях больной совсем приходит в себя, так что психическое расстройство исчезает, а остаются только одни параличные явления. Обыкновенно в этих случаях продолжительность психического расстройства не более нескольких недель и настолько носит характер белой горячки, что обыкновенно в анамнезе таких больных и говорится, что после того или другого повода у больного развилась белая горячка, а вслед за ней параличные явления; но, как мы уже говорили, обыкновенно внимательный наблюдатель может уже в первое время болезни, когда только еще развивается психическое расстройство, заметить начало паретических явлений — слабость ног, боли при сдавлении мышц, похудание мышц, изменение сухожильных рефлексов, а потом и отсутствие их. Во всяком случае, хотя очень может быть, что параличные и психические симптомы начинают развиваться одновременно, но психические раньше достигают степени, резко бросающейся в глаза, но зато часто в таких случаях скорее и исчезают.

Не во всех случаях, однако, эта спутанность протекает так счастливо; бывают случаи, в которых спутанность принимает хроническое, вялое течение. Некоторые из этих случаев начинаются так же быстро и бурно, как мы только что описали; но у них не бывает такого резкого окончания, а мало-помалу ажитация, беспокойство уменьшаются, страх почти прекращается; больной делается вялее, апатичнее; галлюцинации исчезают, но спутанность делается все больше и больше. В других случаях вялая форма спутанности носит такой характер с самого начала: в самом начале является бессонница, неопределенное беспокойство по поводу каких-нибудь явлений, например, по поводу упорной рвоты, которой, как мы говорили, часто начинается болезнь; затем больной начинает смешивать сны с действительностью: рассказывает, например, про какое-нибудь происшествие и говорит, что он это читал в газе-

тах, а на самом деле этого не было. Сначала он сам может вспомнить, что действительно этого не было, а потом с каждым днем он все больше и больше смешивает действительность с фантазиями; наконец, теряет ясное представление о месте, где он находится, о времени, о лицах, среди которых живет, словом, развивается полная спутанность.

Иногда в таком состоянии больные находятся долгое время, и психическое расстройство долго не подвигается ни в ту, ни в другую сторону. Такие больные производят очень своеобразное впечатление. Когда увидишь больного в первый раз, то по приему, который он окажет врачу, трудно даже представить ту глубокую спутанность сознания, которая у него существует: он встретит приветливо, отвечает сначала на все вопросы правильно, несколько времени рассказывает довольно дельно. Но потом заметно, что внимание больного быстро утомляется, истощается и он начинает путать: сначала впутает в рассказ какую-нибудь небылицу — что вот он сегодня ездил туда-то, а потом или сам по себе или на вопрос рассказывает целый ряд фантастических происшествий с рельефными подробностями, со всеми внешними признаками правдивости, причем примешивает лиц давно умерших, представления давних лет, приводит разные несообразности. Например, говорит о пальме в умеренном климате или, например, один больной говорил мне, как его привезли из одной Москвы в другую Москву, совершенно такую же — взяли да через забор и перебросили, — и теперь он выхода не найдет. Иногда, начавши одно, переходит совсем на другое; по мере продолжительности разговора сознание все более и более спутывается: больной сначала узнает гостя, потом уже называет его другим именем по какой-нибудь случайной ассоциации. При этом рассказывает, где он с ним виделся и выдумывает небылицы. Резко заметно, что ход ассоциаций крайне неправильный, и больной пассивно подчиняется всякой навернувшейся мысли. И мысль, явившись в сознании, сейчас же приобретает значение достоверного факта, как бы она ни была противоречива со всем, что́ только что было сказано больным, и со всеми его прежними познаниями; чем больше утомляется больной, тем это делается все более и более. Разговор обыкновенно ведется тихим голосом, довольно медленно, без всякой неуверенности. Больной совершенно спокойно говорит всевозможные небылицы; при этом часто бывает довольно веселая улыбка, больной охотно посмеивается над окружающими, наделяя их по какой-нибудь случайной ассоциации теми или другими комическими свойствами. При этом часто употребляет поговорки, которые он любил в здоровом состоянии, но обыкновенно ни к селу, ни к городу. Если очень долго говорить с больным, то он начинает, наконец, путать слова, вместо одного слова говорит другое и не замечает этого. Разговор делается все вялее и бессмысленнее.

Обыкновенно из разговора с такими больными можно заключить, что память их глубоко страдает. Большею частью они сейчас же позабывают то, что с ними сделалось. Забывают, кто у них толь-

ко что был, то, что они больны и т. д. Но это не у всех. У других, хотя память и слабеет, но далеко не в такой степени. Они и удерживают впечатления лучше и способны иногда припомнить довольно подробно разные факты из их болезни, как из давнего, так и из недавнего: иногда так бывает, что какой-нибудь один факт больной хорошо помнит, а другой, почти одновременный, который, казалось бы, он еще лучше должен бы был помнить, он не вспоминает.

Такого рода больные обыкновенно лежат тихо, спокойно, апатично; когда с ними не говорят и они не говорят; лицо их спокойное, малоподвижное, глаза смотрят в одну точку, лицо носит какой-то мертвенный отпечаток. По-видимому, мышление их совершенно ничем не занято, и непременно нужен какой-нибудь стимул, чтобы заставить мысль работать. Этим стимулом обыкновенно служит разговор, но если существует несколько повышенная возбудимость больного, то такое же влияние имеет всякое движение, приход нового лица: сейчас является какая-нибудь мысль, лицо немного оживляется, но большею частью ненадолго. Иногда, впрочем, больные бывают поживее, и в это время ассоциации их совершаются правильнее; большею частью это бывает после сна или после пищи, или после приема возбуждающего. Иногда такое же действие производит приход того или другого нового лица, особенно если больной и в здоровом состоянии оживлялся в присутствии этого лица; первое время он начинает так говорить, что поражает своей ясностью: все говорит впопад, так что может ввести гостя в заблуждение относительно степени расстройства умственных способностей. Зато потом упадок делается еще резче.

Не все больные бывают, впрочем, покойны. Некоторые больные бывают довольно ажитированы; по вечерам и ночью является требовательность, постоянные приказы принести то или другое; особенно беспокойны бывают те больные, у которых существуют иллюзии зрения (собственно галлюцинации не бывают при этой вялой форме спутанности) или какие-нибудь парестезии, так часто бывающие при алкогольном параличе. Так как для этих больных в их ощущениях всегда есть стимул для того, чтобы мысль возникала, то они очень часто зовут к себе, чтобы отогнать змею или мышь, или паука, которых они видят на постели. Одна больная, у которой было чувство сжатия в животе, которое в ее сознании ассоциировалось с беременностью, ежеминутно звала к себе, уверяя, что она сейчас должна родить. Когда есть такие иллюзии и парестезии, то обыкновенно спутанность приобретает несколько своеобразный характер: кроме резко выраженной спутанности, заметны и довольно стойкие бредовые идеи, т. е. одна группа идей является почти постоянно — именно та, которая связана с парестезиями. К таким бредовым идеям относится, например, представление о беременности и родах, вследствие чего та больная, о которой мы сейчас упоминали, во всех приходящих к ней видела акушеров и акушерок. При этом может произойти и измененное представление о своей личности, о своем общественном положении и т. п.

Течение этой вялой формы спутанности бывает различное. Если физическое состояние организма становится все хуже и хуже, то и умственная жизнь делается все слабее и слабее. Является глубокая апатия, больной едва говорит, мешает слова, впадает в сонливость, прерываемую по временам вздохами или отрывочными криками, или, наконец, умирает.

В тех случаях, когда физическое здоровье поправляется и организм укрепляется, и психическое состояние становится несколько лучше, больные перестают возбуждаться по ночам, становятся ровнее, спокойнее. Понемногу начинают ориентироваться относительно места и времени, начинают запоминать окружающих, хотя все еще часто называют их не принадлежащими им именами.

Быстрота прояснения сознания и восстановления памяти, впрочем, бывает очень различная. В некоторых случаях, когда дело идет о людях молодых, крепких, когда болезнь не очень глубока, восстановление умственных сил совершается довольно скоро. Уже через месяц или два после начала болезни психическое расстройство, достигнув высшей своей точки, более не прогрессирует, а остановившись на несколько дней или недель без перемены, потом начинает во всех отношениях улучшаться и в несколько недель оканчивается полным прояснением сознания, восстановлением памяти и способности сосредоточивать внимание. В большинстве случаев, впрочем, не наступает полного психического здоровья, а обнаруживаются симптомы раздражительной слабости психической деятельности, выражающиеся в капризах, плаксивости, навязчивых идеях, вызывающих легко аффективное состояние, в нетерпеливости и т. п., которые уступают мало-помалу по мере общего поправления больного.

В других случаях дело идет чрезвычайно медленно. Развившись до глубокой степени, спутанность сознания с глубокими расстройствами восприятия представлений и памяти очень долго остается на одном уровне. Больной целыми месяцами представляет признаки глубокого монотонного слабоумия — иногда с временными возбуждениями, иногда с однообразными стойкими, часто абсурдными бредовыми идеями. Только спустя 6—9—12 мес от начала болезни можно заметить, что умственный горизонт начинает расширяться; начинается более правильное восприятие представлений, некоторые обстоятельства из окружающей жизни запоминаются; больной начинает понимать, где он, кто именно его окружает, начинают пробуждаться нормальные интересы, мысль работает более активно. Больные начинают работать, читать; постепенно отходят на задний план бредовые представления, а все более и более приобретают значение действительные факты; в конце концов, развивается критическая оценка и способность устранять из сознания ложные идеи, и, таким образом, нормальная умственная жизнь возрождается. При благоприятных даже обстоятельствах у людей довольно крепких, жизнеспособных возрождение это растягивается на несколько лет, да и то я сомневаюсь, чтобы оно достигло полного восстановления умственных сил. При неблагоприятных же

условиях, когда организм сам по себе уже представляет признаки дряхлости, улучшение происходит так медленно, что и совсем не достигает хотя бы сколько-нибудь сносной даже для обыденной жизни степени.

Третью форму психического расстройства при алкогольном параличе составляет своеобразное ослабление умственных способностей, выражающееся главным образом чрезвычайно резким расстройством памяти, амнезией при относительном сохранении рассудочной деятельности и ясности сознания. Амнезия при алкогольном параличе встречается очень часто. В наших случаях она встречалась в чистой форме 7 раз, а вместе со спутанностью [—] 5 раз. В литературных случаях она тоже отмечена 18 раз из 114 собранных мною случаев алкогольного паралича. В некоторых случаях амнезия маскируется одновременно существующей глубокою спутанностью сознания (как мы это видели в предыдущей форме), но в других она выступает на первый план, и этими-то формами мы теперь займемся. Когда эта форма наиболее характерно выражена, то можно заметить, что почти исключительно расстроена память недавнего; впечатления недавнего времени как будто исчезают через самое короткое время, тогда как впечатления давнишние вспоминаются довольно порядочно; при этом сообразительность, остроумие, находчивость больного остаются в значительной степени. Так, например, больной не может вспомнить, пообедал он или нет, хотя только что убрали со стола, а между тем играет хорошо в преферанс, в шашки. При этом он действует предусмотрительно, наперед видит дурные последствия плохого хода своего противника и может вести игру, руководствуясь во все время одним планом. Если все партнеры сидят на своих местах, он хорошо представляет себе ход игры, но, когда они случайно пересядут, он не в состоянии продолжать игру. Только что убрали шашки или карты, все следы игры скрыли, он позабывает об игре и говорит, что давно не играл. То же самое относительно лиц: больной узнает их, если видел до заболевания, рассуждает, делает свои замечания, часто остроумные и довольно находчивые по поводу того, что он слышит от этих лиц; может поддержать разговор, довольно интересный, а чуть только ушли от него, он готов уверять, что у него никого не было. Если лицо, с которым он говорил минуты за две до данной минуты, снова войдет и спросит, видел ли он его, больной отвечает: «Нет, кажется, не видел». Имен лиц, которых он не знал до начала болезни, он не в состоянии запомнить, а каждый раз эти лица являются для больного как бы совершенно незнакомыми.

Вообще память ограничивается только тем, что́ было до начала болезни. То же, что было после начала болезни, больной совершенно не помнит. Контраст полнейшей амнезии относительно недавнего и сравнительной стойкости памяти давнего поразительный. Так, один больной прекрасно описывал свои путешествия, настолько рельефно и картинно, что каждого увлекал своим рассказом — и все это были не фантазии, а действительные факты; но в то же

время он совершенно позабывал, что этот рассказ он повторяет 10 раз кряду в течение одного часа. Другой больной отлично пересказывал свои литературные работы, которые были до болезни, а о той повести, которую он писал перед самым заболеванием, имел очень смутное понятие: начало ее помнил, а какой конец повести должен был быть — решительно не мог представить. Третий больной, превосходный знаток хирургической анатомии, с педантической точностью описывал расположение сосудов той или другой части тела и в то же время решительно ничего не помнил из того, что́ делается во время его болезни. Больные обыкновенно уверяют, что относительно прежнего они решительно все помнят, и действительно, заставить их вспомнить можно почти все, что доступно памяти среднего человека. Иногда, впрочем, заметно, что и с этой стороны память их несколько ленива: вспомнить они действительно все могут, но большею частью нужно их о подробностях расспрашивать, руководить их вниманием, иначе они и о давно прошедшем будут говорить не ясно, избегая подробностей. Зато те вещи, которые в здоровом состоянии больным очень часто повторялись, например, некоторые поговорки, заученные фразы, теперь повторяются постоянно в одной и той же стереотипной форме: тот больной, который хорошо изучил хирургическую анатомию, каждый раз давал ответы из этой области в совершенно одинаковой, стереотипной форме; описания путешествий, которые делал другой больной, были совершенно в одних и тех же выражениях (нужно заметить, что больной и в здоровом состоянии любил рассказывать о своих путешествиях, и рассказы его во время болезни были повторением прежних рассказов).

Наряду с этим видимым сохранением памяти давно прошедшего, чрезвычайно резко бросается в глаза отсутствие памяти недавнего: часто больной не только не помнит, сколько времени он болел, но даже иногда не помнит, что он настолько болен, что и встать не может. От одного больного приходилось слышать почти постоянно следующее: «Я залежался сегодня, сейчас встану — только вот сию минуту ноги как-то свело — как только они разойдутся, я и встану». У него была длительная контрактура в коленях, но он, не помня о ее существовании, считал, что это только дело данной минуты. Этот же больной категорически утверждал, что у него никаких болей в ногах нет, а между тем у него были очень сильные стреляющие боли: когда стрельнет, он закричит, а потом сейчас же на вопрос ответит, что у него решительно никаких болей нет. Краткость времени, в продолжение которого впечатления уже сглаживаются, поразительна: этот же больной, читая газету, мог десять раз подряд прочесть одну и ту же строчку как нечто совершенно новое; бывало так, что случайно глаза его остановятся на чем-нибудь интересном, пикантном, и он эту строчку прочтет вслух своей матери и рассмеется; но в это время он, конечно, на несколько секунд оторвет глаза от того места, которое он читал, а потом, когда глаза его опять нападут на это место, хотя бы сейчас же, он опять с теми же словами: «Послушай, мама» — читает это

место, и таким образом может повторяться много раз. Один больной в продолжение 10-минутного сеанса электричества раз 5 повторял мне, как он всегда боялся электричества и, когда был гимназистом, бегал из физического кабинета. Каждый раз он говорил это мне, как будто говорил что-нибудь новое, и все в одной и той же стереотипной фразе. Я так уже и знал: как только я прикасался электродом к его коже, сейчас начнется: «Ох, уж это электричество, я его всегда боялся», и т. д. Вообще такого рода больные повторяют постоянно одни и те же вопросы, одни и те же фразы: большею частью бывает так, что какая-нибудь вещь, вызвавши известное замечание больного, уже долго будет вызывать все это же замечание, как только попадется на глаза больному; живущие с такими больными знают, что совершенно одни и те же замечания при каждом событии они могут повторять без конца, совершенно не помня, что они когда-нибудь это говорили.

Вследствие этого, конечно, если долго говорить с больным, то поражавшая с первого раза его находчивость, остроумие окажутся очень небольшими: 1) окажется, что для своих рассуждений больной пользуется исключительно старым, давно накопленным материалом; впечатления же нового времени почти не входят в состав его мышления; 2) и из старого-то у больного возникают по преимуществу рутинные комбинации, давно заученные фразы; 3) круг идей, среди которых вращается мышление больного, делается крайне узок, и в этих узких рамках большею частью совершаются все однообразные комбинации.

Такие больные очень монотонны, мышление их большею частью вызывается не внутренней потребностью, а внешними впечатлениями; начнут с ним говорить — он начинает говорить, увидит вещь — сделает свое замечание, но сам ничем не интересуется. Из данной посылки, впрочем, больные могут делать верные умозаключения, чем и объясняется довольно искусная игра в шашки и карты, когда на столе положение шашек и записи дают возможность больному сразу определить свое положение в данную минуту, не прибегая к воспоминаниям. Но для этих правильных умозаключений всегда нужны впечатления, действующие именно в настоящую минуту, которые и дают базис мыслям. Без этого мыслей почти нет, или если они и есть, то крайне смутны и неясны, и больной о них и не говорит. Поэтому пока с больным не разговаривают, он или молчит, или напевает какой-нибудь один стих или молитву, время от времени призывая к себе окружающих, чтобы дать закурить или дать поесть. Эта слабость продуктивности мысли заметна и тогда, когда под влиянием внешнего стимула заставишь мышление работать: больные, как мы сказали, охотно рассказывают, но при этом никогда не заметно, чтобы больной увлекся, чтобы одна мысль влекла у него целый ряд новых мыслей, представление новых планов или он стал бы делать выводы из того, что он сказал, как это бывает у здоровых людей. У этих больных все одни и те же, как бы заученные, комбинации, и жизненности, вдохновения нет и следа. Интересов решительно никаких нет, кроме интересов физиче-

ских — поесть, попить, поспать, покурить. Да и в этом отношении интенсивность желаний, по-видимому, резко уменьшена: больные хотя часто повторяют: «Вот теперь бы закусить что-нибудь», но это так вяло, так ненастойчиво, что производят впечатление, что этим словам не соответствует очень сильное желание.

К своему положению больные относятся большею частью поверхностно, хладнокровно. Многие из них понимают, что у них памяти нет, но не придают этому серьезного значения. Удивившись, например, что он позабыл, что только что со мной виделся, больной говорит, что, впрочем, всегда у него память была не особенно хороша, и больше об этом не думает. Мучительного процесса неудающегося воспоминания, которое бывает у здоровых людей, у них обыкновенно не существует. У двух больных я, впрочем, видел определенное сознание, что память их очень шатка; поэтому один из них, когда ему скажут, что у него был тот или другой из гостей, спрашивал тревожно: «Не сказал ли я гостю чего-нибудь неприятного, не обидел ли кого, не сказал ли глупости?» Такого рода больные во время разговора довольно старательно наблюдают, чтобы по возможности не впасть в ошибку, не высказать своего беспамятства; поэтому они стараются говорить о вещах неопределенно, в общих чертах, избегая случаев высказываться определенно относительно подробностей. Нужно еще заметить, что иногда у таких больных под влиянием волнения от присутствия какого-нибудь лица, перед которым больному не хочется высказать своего недостатка, действительно память как будто изощряется; больные как будто больше помнят и не впадают в такие ошибки, в какие они впадают, оставшись с людьми, к которым привыкли. Впрочем, это удается больным сравнительно не на долгое время — скоро напряжение их утомляет и они приходят в обычное свое состояние.

Стараясь по возможности точнее определить, что́ именно утрачивается из памяти этих больных, мы могли, как уже сказали, заметить, что позабывается все недавнее; то, что́ было до болезни, помнится, а те впечатления, которые действовали на больного со времени начала болезни или немного ранее начала, исчезают из сознания. У большинства больных воспоминания оканчиваются за месяц или за 2 нед до начала заболевания. Так, в приводимом ниже наблюдении 2 больной не мог вспомнить, что та повесть, которую он начал писать, уже частью напечатана, хотя он ее видел напечатанною за 3 нед до своего заболевания; другой больной (наблюдение 1) не помнил того сильного аффекта, который вызвала его болезнь, хотя помнил хорошо все то, что́ было ранее 2 нед от начала болезни. Так бывает в большинстве случаев.

Итак, в типичных случаях утрачиваются из памяти впечатления, полученные в течение болезни и недели за 2, за 3 до начала болезни. В большинстве случаев в известный период болезни такая утрата памяти касается всех родов восприятий как из органов чувств, так и внутренних процессов мышления. Но, разбирая подробнее некоторые случаи, можно вывести интересные заключения. Прежде всего поражает то, что хотя больной нисколько не созна-

ет, что у него остались следы тех впечатлений, которые он получает, но все-таки следы эти, по всей вероятности, остаются и так или иначе влияют на ход представлений, хотя в бессознательной умственной деятельности. Только этим иногда можно объяснить быструю догадливость некоторых больных; так например, двое больных хотя до болезни совсем не знали меня, всегда догадывались, что я врач, хотя сами решительно уверяли, что видят меня (каждый раз) в первый раз. Другой случай такой: одного больного я электризовал гальваническим током аппарата Шпамера. Както я спросил больного: «Что теперь я с вами буду делать? Что я каждый раз делаю, когда бываю у вас?» Он решительно стал втупик, говорит: «Не помню, не знаю». Я попросил его посмотреть на стол, где стоял ящик с машинкой. Тогда он сказал: «Должно быть, электризовать». Между тем мне известно, что он с этой машинкой познакомился только во время болезни; следовательно, если бы у него не осталось следа, что этот ящик заключает в себе электрическую машинку, он бы и не мог так быстро догадаться. Затем иногда бывает так, что войдешь к больному в первый раз—он подает руку, здоровается. Затем уйдешь и через 2—3 мин опять придешь, больной уже не протягивает руки, не здоровается, хотя на вопрос, прямо поставленный: «Видел ли он меня сейчас?», отвечает, что не видал. Однако из его отношения можно видеть, что как будто след того, что он меня уже видел, остался в его психике и так или иначе подействовал на проявления его душевной жизни. Наконец, в пользу того, что следы впечатлений, действующих во время болезни, при существовании резкой амнезии все-таки остаются, говорит и тот положительный факт, что когда больные начинают поправляться, они рассказывают некоторые события, которые были во время их болезни и которые они, казалось, позабыли; при улучшении здоровья следы этих впечатлений всплывают и делаются доступными сознанию. Так, больной в наблюдении 1, у которого я в тот период его болезни, когда он в продолжение целой зимы позабывал решительно все через 2—3 мин, снимал кривую пульса аппаратом Дэджена, через $1^1/_2$ года от начала болезни как-то вдруг припомнил, что я приносил маленькую машинку и описал мне ее внешний вид. Такого рода фактов у этого больного было много, так что можно было с положительностью сказать, что очень многое из того, что совершалось и говорилось около него в то время, когда, казалось, он все позабывал бесследно, оставляло след, который обнаруживался много месяцев спустя.

Далее, интересно то, что, по-видимому, часто при утрате следов от внешних восприятий и от тех умственных процессов, которые совершаются в голове больного, у некоторых больных сохраняется память того чувства, которое было произведено на больного; по отношению больного к тому или другому предмету бывает иногда заметно, что хотя вид предмета исчез из памяти больного и появление этого предмета не вызывает в больном ощущения, что он уже видел его, но оно сопровождается отголоском того чув-

ства, которое вызвал этот предмет в первый раз. Это заметно на отношениях к людям, которых больные узнали уже в период болезни: лиц их они не узнают, а все считают, что видят их в первый раз; тем не менее к некоторым из них они относятся постоянно симпатично, к другим [—] несимпатично. Точно так же и относительно предметов: одному больному сеанс электризации был очень неприятен, и вот когда он видит электрическую машинку, у него делается неприятное настроение, хотя он готов уверять, что я его теперь только в первый раз хочу электризовать. Мне кажется, этого нельзя объяснить иначе, чем предположением, что память чувства сохраняется несколько более, чем память образов.

Затем, при поправлении больных можно заметить, что вообще болезнь поражает не совсем равномерно память различных представлений, и ход поправления в этом отношении представляет интерес. Обыкновенно сначала расстройством поражена память почти вся сплошь, а потом при поправлении начинает обнаруживаться, что одно восстанавливается скорее другого. В некоторых случаях заметно, что особенно сильно поражается и долго не восстанавливается способность запомнить время, т. е. локализовать представления во времени. Иногда при этом факты сами по себе помнятся порядочно: больной говорит, что он видел тот или другой предмет, у него было то или другое лицо; лиц, с которыми он знакомится, он узнает при встрече, но он решительно не может определить, что́ было раньше и что́ позднее, — было ли данное событие 2 нед. назад или 2 г. назад. Все переживаемые события не представляются в сознании в определенной временно́й перспективе; иногда эта перспектива времени существует, но она очень не глубока, т. е. все давнишние представления кажутся гораздо ближе к настоящему, чем они на самом деле.

Так же глубоко поражается и потому долго не восстанавливается память умственных процессов, совершающихся в голове самого больного: уже будучи в состоянии запоминать новые лица, новые места, он не в состоянии помнить, что́ он говорил и чего не говорил, и потому такие больные долго продолжают повторять одно и то же.

Вообще наблюдение над поправлением тяжелых случаев амнезии может дать много интересного для определения качественных отличий разбираемой нами формы. Нам пришлось наблюдать ход этого поправления в одном случае. У этого больного первоначально была полная потеря памяти недавнего в той форме, как мы ее описали. Затем через год от начала болезни он начинает понемногу запоминать, он уже узнает меня в лицо, может узнавать вещи, предметы; запоминает то, что́ с ним было недавно, но не имеет возможности определить время, когда что было, и по-прежнему часто повторяет одно и то же. Читать он почти не может, так как прочтенное сейчас забывает, хотя теперь при виде того, что́ им уже было прочитано, может сказать, что это уже он читал, — но что именно там написано, определить не может. В то же время ему иногда припоминается и кое-что из того, что́ было в самый

тяжелый период его амнезии: вдруг какое-нибудь событие, совершившееся за это время, явится в его сознании, и он его описывает совершенно согласно с действительностью. Однако эти воспоминания являются еще как-то без всякого влияния его собственной воли и без последовательности между собой. Стимулом для того, чтобы что-нибудь из этого прошедшего явилось в сознании, служит обыкновенно какое-нибудь внешнее сходство впечатлений данной минуты с забытым впечатлением. Произвольно восстановить в сознании целый ряд последовательных событий за протекшее во время болезни время больной не в состоянии; у него есть из этой жизни отдельные эпизоды, но который из них был раньше, который позднее, больной не помнит. Однако, если уже раз больной вспомнил какое-нибудь событие из этого темного для его сознания периода болезни, то это событие он уже потом будет в состоянии и активно вспоминать — оно делается достоянием его сознательной жизни. Таким образом, мало-помалу этот темный период начинает наполняться воспоминаниями о событиях. Эти воспоминания все еще далеко не тверды и не совсем ясны; дело в том, что вспоминаются не только события, но и слова, которые говорились при больном, и, может быть, даже его собственные фантазии, — все это теперь сделалось достоянием сознательной жизни, но все это составляет малосвязный хаос, тем более что когда какое-нибудь событие и вспоминается больному, он не в состоянии решить, действительно ли это было или это только ему думалось. След от реального факта, действительно существовавшего, мало разнится по своей интенсивности от следа, оставленного сновидением или просто мыслью самого больного. Ввиду этого он считает часто за действительность то, что только существовало в его воображении. Когда такого рода воспоминаниями наполнилась до некоторой степени темная область первого года болезни, заметно стало, что больной начал приводить эти воспоминания в известную связь. Однако связь эта выходила совершенно несогласная с действительностью. Это сделалось особенно резко на третьем году болезни, когда больной стал высказывать ложные бредовые идеи. Так, он говорил, что знает, что его отравили. Отравили его свинцом, и он помнит, как именно я сказал это в самом начале его болезни. Он помнит даже, как его отравили — налили уксуса на свинцовую доску. Это ему сказала уже во время его болезни та самая особа, которая его отравила,— она была у него, больного, и говорила ему это (эту особу больной решительно не видал во время болезни). Эта особа будто бы потом умерла от злобы, что не удалось отравить до смерти, и т. п. Больной говорит, что так ему кажется, что он думает, что это так и было, но соглашается, что пожалуй, он смешивает то, что действительно было, с тем, что ему тогда слышалось и что он сам думает в настоящее время. Затем у больного во время его болезни пропали 2 монеты из собранной им коллекции. Когда он стал поправляться, он очень огорчился, узнав, что этих монет нет. Дня через 2 после этого он уже утверждал, что эти монеты взял его

зять, и с большими подробностями рассказывал, как зять приходил к нему, показал ему монеты и сказал: «Не видать тебе их больше». Повторяя этот рассказ, больной совершенно убедился в верности его и решительно не слушал никаких уверений, что этого никогда не было. Таким образом, больной населил фантастическими фактами темную область прошедшего, другими словами, у него развился бред. В то же время собственно память у него восстановлялась. Так, на третьем году он уже хорошо помнил все, что делал в течение дня, хотя читать все еще не любил, так как мало запоминал прочитанное.

Очень может быть, что такое течение поправления амнезии в этом случае было не совсем правильное и именно потому, что больной, поправляясь от своей болезни, мало-помалу стал опять пить вино в порядочном количестве — в третий год болезни он выпивал уже до двух бутылок красного вина в день. Может быть, некоторую долю в развитии бреда у больного можно приписать и этому продолжающемуся злоупотреблению спиртными напитками.

В другом случае поправления от тяжелой алкогольной амнезии, который мне пришлось наблюдать, развития бреда, по-видимому, не было. В этом случае мне пришлось видеть больного только на пятом году после его заболевания. Это был присяжный поверенный, который чрезвычайно сильно пил до 1881 г. В 1881 г. он заболел какою-то лихорадочною болезнью, после которой развилось глубокое расстройство психической деятельности и паралич нижних конечностей. Больной был помещен в больницу, и, по его словам, через несколько месяцев параличи прошли, но с тех пор он страдает глубоким расстройством памяти, которое, впрочем, постепенно проходит. Первое время по выходе из больницы он решительно ничего не помнил из того, что́ делалось вокруг него — все сейчас же позабывалось им. Однако умственные способности его были настолько хороши, что он мог хорошо исполнять должность корректора одной газеты; в каждой данной строчке он мог определить все ошибки, которые в ней есть, а чтобы не терять строки, он делал последовательные отметки карандашом: не будь этих отметок, он мог бы все время читать одну и ту же строчку; место, где он жил, новых знакомых он решительно не узнавал. Когда газета, в которой он принимал участие, прекратилась, то он остался без занятия, и тогда наступили для него тяжелые времена, о которых он сохранил смутные воспоминания. Мало-помалу, однако, память понемногу восстанавливалась, и он через четыре года после начала болезни начал опять вести некоторые дела в качестве присяжного поверенного. В это время мне и пришлось его видеть первый раз. Это был 40-летний мужчина, хорошо сложенный; признаков бывшего паралича у него не было никаких; ноги были крепки, пателлярные рефлексы хотя слабы, но все-таки были; только на подошвенной поверхности большого пальца ноги была нечувствительность к индуктивному току. Что же касается до памяти, то она была очень сильно расстроена.

Вольной с большим трудом вспоминал то, что недавно случилось. Разговор, который он вел вчера, забыт им сегодня. Вчера он занимался, разбирал бумаги данного дела, а сегодня он решительно не помнит, что это за дело, насчет чего оно, и т. д. Если ему нужно что-нибудь сделать завтра, то он, ложась спать, должен написать это и поставить на видное место, иначе он и не вспомнит, что ему следовало делать. Само собою разумеется, что такое постоянное забвение всего, что с ним случается, ставит больного в положение очень тяжелое. Однако он сам заметил, что это не есть полное забвение, а только неспособность воспоминания по собственному произволу — и вот вся его хитрость идет на то, чтобы ставить себя в условия, благоприятные для воспоминания. Так например, идет он защищать дело (впрочем, клиенты его большею частью нетребовательные люди) и когда становится на свое место, то решительно не может припомнить, о чем будет речь, хотя прочел дело накануне. Но, чтобы не быть в неловком положении, он: 1) пишет себе конспектик и, когда его читает, подробности дела восстанавливаются перед ним, и 2) старается говорить так, чтобы избегать фактических подробностей, а говорит общие места, удобные во всех случаях. Он говорит, что ему удается таким образом порядочно проводить дела, тем более, что раз у него есть исходная точка, он может рассуждать правильно и приводить разумные доводы.

Другое тяжелое положение его бывает тогда, когда, например, при встрече с кем-нибудь ему напоминают о вчерашнем горячем споре, который он сам же вел; он решительно не помнит, что это такое, зачем этот вопрос. Но, зная слабость своей памяти, он старается как-нибудь устроить, чтобы тот, кто говорит ему, сам высказал ему, в чем дело. Он отвечает общим местом и ставит сам вопрос, и мало-помалу ему вспоминается вчерашний спор, хотя нерельефно, не образно, но так, что он может продолжать разговор на ту же тему, не высказывая противоречия с тем, что вчера говорил. Однако в его собственной голове постоянно копошится вопрос: «Да то ли это, что я вчера говорил? Может быть, я вчера говорил совершенно противоположное?», но, как говорит больной, все его знакомые уверяют его, что он не ошибается, что он последователен, что он говорит, всегда держась одних и тех же принципов, и противоречия в его словах нет. Это соответствие его слов и догадливость удивляют самого больного; он говорит, что почти ежеминутно бывает в таком положении, что думает: «Ну, черт возьми, теперь совсем попался, — решительно не помню, о чем тут разговор», и все-таки, мало-помалу дело ему выяснится и он скажет то, что следует. Это дает ему некоторую уверенность, и потому за последнее время, хотя мало помнит, но все-таки стал общительнее и не стал бояться встречаться с людьми. Впрочем, он заметил, что теперь он все-таки больше помнит, чем прежде: бóльшую часть событий он помнит, хотя воспоминание это какое-то общее, неопределенное — подробностей, как он ни старается, он не в состоянии припомнить, если же благоприятный случай

встретится, то часть этих подробностей восстановится в его сознании, хотя с такой нерельефной окраской, что он никогда не может утверждать, что так это и действительно было.

Эта слабость памяти касается главным образом событий, т. е. изменений во времени; что же касается до пространственных восприятий и зрительных впечатлений, то они вообще гораздо лучше помнятся. Больной один ходит по улицам и узнает сразу дом, где уже был, может на память нарисовать дом, где живет, дачу, где прожил лето, узнает всех новых знакомых, но разговора, который он вел с этими знакомыми, он решительно не помнит и даже не помнит, что он вел когда-нибудь разговор.

По временам больному припоминаются события, бывшие в период его тяжелого состояния: большею частью какое-нибудь случайное впечатление по сходству вызывает вдруг целый ряд ассоциаций из прежней жизни, и часто это суть воспоминания обид, перенесенных в то время. Больной чувствует эти обиды, но по его уверению как-то вяло, не энергично. Затем эти тяжелые представления исчезнут. Вообще, по словам больного, он «с большим трудом устанавливает непрерывность представлений в себе», представления как будто случайны и отрывочны, но тем не менее — что замечательно — больной все-таки не противоречит себе. С внешней стороны кажется, что он говорит, придерживаясь определенного плана, а он сам только следит за тем, чтобы говорить одно за другим, а если его спросить, о чем начался разговор, то он решительно не будет в состоянии ответить. Ввиду этого и чтение для больного невозможно: он прочтет 2—3 страницы, а потом уж ему нужно возвращаться к началу, чтобы вспомнить, о чем была речь.

Сознавая свое состояние, больной старается анализировать его, но этот анализ его носит черты расстройства памяти: он все вертится около одного и того же, повторяя по нескольку раз высказанное. Эта наклонность к повторениям заметна и в его речи, так что в общем речь его представляется речью сильно поглупевшего человека.

Он сам сознает, что живости, жизненности в нем нет. Вспоминая, чем он был прежде, он чувствует глубокую разницу: прежде он был горячий, энергичный человек, возмущавшийся горячо несправедливостями, теперь он почти не возмущается — в нем какое-то особенное хладнокровие, но не вследствие силы, не вследствие особенной высоты миросозерцания, а вследствие слабости жизненных порывов.

Для более рельефного представления его душевной жизни я привожу письмо его. Нужно заметить, что я много раз просил его описать свое состояние, как он его понимает, но более того, что следует ниже, он не мог написать.

«16 мая 1886 г.

Перед тем как идти к вам, я должен что-то написать о себе. Мне лучше во всех отношениях, но не скажу, что я вполне жизнен. Текущим я заинтересован всегда меньше, прошлое (больное) привлекает к себе больше,

и потому часто бывает так, что какой-нибудь рассказ посторонний вызывает в памяти целый год жизни, такой притом год, когда беспамятство мое было для всех как факт, да и сам я едва ли смотрел на себя как на годное. Бывало так, что события крупного ничтожества волновали меня, ненадолго, конечно; а бывало и так, что очень важный факт, как, например, выгон с квартиры в полночь, я переживаю с образцовым равнодушием, без всякого болезненного сознания собираюсь итти в частный дом с мыслью заявить там, чтобы позволили переночевать, и только... Дальнейших же соображений ровно никаких не было во мне. Меня, конечно, воротят, уложат спать, и на другой день все забыто, искренно забыто. Теперь, когда это и многие подобные факты проходят в моем сознании, я на всю обстановку их смотрю так, как будто они по значению своему так же дешевы, как и пыль на улице: сколько угодно глотай, никто не скажет: «Подожди усердствовать!» Но не скажу, чтоб с этим прошлым я расстался решительно и навсегда. Довольно часто бывает так: окружающие ведут разговоры, не имеющие никакого отношения ко мне, и вдруг фраза какая-нибудь выгоняет из забытья длинный ряд последовательных фактов за месяц и более. Понятно, что на другой день я опять бессвязною с прошлым жизнью живу.. Теперь это очень странным представляется, что, очевидно, зависит от правильного отношения к пережитому (извините за это храброе выражение!). Вообще я с большим трудом устанавливаю в себе непрерывность представлений: выходит все, будто голова моя и я не всегда дружны в мыслях, хотя не могу указать на какое-нибудь резкое противоречие (на несколько минут вышел перерыв и я не мог, садясь вновь за письмо, определить, на чем я остановился). Итак, я выгляжу чем-то заинтересованным, но, право же, жизненно тревожащего или, вернее, встряхивающего ничего нет для меня, хотя в мыслях быстро проходят события когда-то острых беспокойств. Я не объясняю это равнодушием к жизни и себе, на такую стоическую высоту взобраться без сознательного мужества невозможно, я объясняю это более просто: я не в силах охватить текущую жизнь потому, что от прошлой ничего интересного не имею. Очевидно, стало быть, что я на каком-то перепутье или, вернее, в столбняке с стихом: сердце пусто, празден ум (продолжение же не подходит потому, что... «жизни шум» понимаю немножко — он не томит меня тоской), притом же решительно затрудняюсь, что выбрать (для начинки?) заселения этих необходимых для жизни территорий (разумея ум и сердце без сказуемых). Искренно желаю, чтоб трагедия и водевиль отсутствовали, а был бы лишь простой, но величавый эпос. Это я постараюсь положить в основу новой жизни, не определяя заранее ни того, что она (жизнь) сама в себе, ни того, что именно пригоднее для нее. Страшусь лишь злоупотреблений жизнью и в жизни, хотя бы и ясно из прошлого, до каких очаровательных (можно и слово «чумовых» пустить в оборот) прелестей доводят они нашего брата гражданина, щедро увеличивавшего государственный сбор с питий, продаваемых и явно, и тайно. Таким образом для меня вовсе не представится странным, если в данное время жизни я признаю себя лишь формою для личности, но не совсем личностью с определенным «я», и «мое».

Все это, прочитанное мной еще раз, не уяснило, однако, моего положения внутреннего. Для житейского обихода я ни недостаточен, ни достаточен. Просто-напросто жалкая посредственность сказывается. В то же время я представляю, что был еще в горшем положении, когда безнадежность была вовсе не праздною мыслью. Стало быть, теперь мне лучше, и я сам лучше. А раз начало хорошо, мне, уже достаточно искусившемуся, продолжение рисуется более лучшим».

Из этого письма мы видим, что резонерство у больного порядочно развито, что стремление заменить формой действительную сущность очень заметно, заметна склонность к выспренному тону; словом, есть признаки ослабления умственной деятельности.

Действительно, наряду с амнезией, как мы видели, существуют у такого рода больных и другие признаки ослабления умствен-

ной деятельности, именно, прежде всего отсутствие живости интересов, полное отсутствие умственной энергии, доходящее в иных случаях до очень большой степени. Наряду с этим, несмотря на то, что сохраняется способность делать поверхностные суждения как будто правильные — глубина мысли исчезает, делать глубокие выводы больные не могут; умственный горизонт их резко падает, так что присутствие слабоумия в большей или меньшей степени можно констатировать во всех таких случаях.

Что касается до настроения таких больных, то оно бывает разнообразное. Чаще оно индиферентное, но бывает и грустное, и веселое. У одного больного (наблюдение 3) настроение несколько месяцев подряд было апатичное, грустное, плаксивое, затем веселое, но с таким же вялым весельем, как вяла была грусть. Чаще всего заметно, что настроение меняется, смотря по тем впечатлениям, которым подвергается больной в данную минуту: так, если заговорить с ним о печальных предметах, он может сделаться грустным, расплакаться, затем завести разговор о веселом — он сделается весел, расхохочется, начнет и сам рассказывать анекдоты.

У большинства больных заметны резкие признаки неврастении в виде большой утомляемости нервной системы; она выражается или тем, что больной делается раздражительнее после долгого влияния на него впечатлений, или в том, что является какое-то беспокойство, тоскливость. Нужно прибавить, что и эти больные обыкновенно ночью раздражительнее, ажитированнее, чем днем. Они большею частью до утра не засыпают и в это время беспокоят окружающих однообразными вопросами, требованиями и т. п.

К неврастеническим явлениям относится и особенность, встречающаяся часто у таких больных; это особенная боязнь к передвижению: боязнь, что их уронят, что они упадут. Иногда это ощущение долго мучит больного: после того как его положили на место, он все повторяет окружающим: «А что́ — я не упаду?» Некоторые больные, кроме того, бывают довольно упрямы, не хотят принимать лекарство и т. п., большею частью мотивируя это тем, что еще не время, что примут через 5 мин, а проходит 5 мин — они опять повторяют то же.

Описанная форма ослабления умственной деятельности с наиболее выраженной амнезией бывает, как мы сказали, часто при алкогольном параличе. Степень ее, впрочем, далеко не всегда одинакова. В некоторых случаях амнезия бывает чрезвычайно глубокая, в других, напротив, амнезия неглубока: хотя больной и позабывает все очень скоро, но тем не менее не так быстро, как мы только что описали; иногда забывается не все, а самые крупные впечатления остаются в памяти. Бывает и так, что собственно факты помнятся, но теряется способность локализировать их во времени. Словом, степени расстройства варируются; с одной стороны, это происходит от глубины болезни, с другой — от того, в каком периоде мы встречаем больного, потому что, как мы ви-

дели, восстановление здоровья сопровождается увеличением памяти.

Развитие этой формы психического расстройства большею частью тесно связано с развитием параличных явлений. В некоторых случаях оно, впрочем, является раньше параличных явлений, хотя вообще незадолго, и есть, таким образом, первый признак болезни. В редких случаях оно является вслед за состоянием острой спутанности сознания, т. е. первоначально психическое расстройство выражается в спутанности, бреде, галлюцинациях, а потом бред, галлюцинации исчезают и остается расстройство памяти. Дальнейшее течение зависит от интенсивности болезни. В тех случаях, когда дело начинается остро и причина, вызвавшая болезнь, исчезает, организм жизнеспособен и понемногу укрепляется — происходит и восстановление памяти. Дошедши до высшей степени упадка в период наибольшего развития всех других явлений алкогольного паралича, память начинает восстанавливаться; иногда это совершается довольно быстро, в течение нескольких месяцев, после которых нельзя заметить признаков амнезии, а остаются только симптомы раздражительной слабости психических центров. Однако это бывает только в случаях не очень тяжелых. В случаях тяжелых восстановление хотя и идет, но совершается крайне медленно, так что даже через несколько лет можно заметить глубокие расстройства памяти. Примеры того мы приводили. В таких случаях всегда почти можно заметить и порядочно выраженное слабоумие, т. е. слабость соображения, а в некоторых случаях развиваются и бредовые идеи. Мы уже привели такой пример (см. ниже наблюдение 1); в другом случае (3) через год после существования глубокого расстройства памяти также стали заметны признаки понижения уровня миросозерцания больного: он стал впадать то в особенно легкомысленное состояние, — не стесняясь, говорил о своих половых потребностях, — а потом, когда этот период прошел, стал тосковать о грехах своих, причем самый большой грех видел в том, что он вскрывал трупы в воскресенье и на святой неделе; по целым дням читал молитвы и т. п.

В других случаях, когда болезнь сама по себе ведет к истощению организма, расстройство памяти делается все глубже и глубже. Потеря памяти не ограничивается уже только недавними впечатлениями, а захватывает и отдаленные; присоединяется резко выраженная спутанность, сознание делается очень неясным, соображение все вялее и вялее; иногда из всего психического запаса остаются только самые примитивные идеи, давно заученные привычки. Наконец, позабываются слова и значение вещей, развивается спячка и почти полное отсутствие проявления душевной жизни; в конце концов и физическая смерть не заставляет себя долго ждать.

Только что описанная форма амнезии была замечена и другими исследователями, наблюдавшими алкогольный паралич. Еще М. Гусс в некоторых своих случаях отмечал, что память больных

крайне слабела. Затем другие авторы тоже об этом упоминают, хотя большею частью неопределенно. Шарко[88] в своей лекции об алкогольном параличе говорит тоже, что больные позабывают все только что случившееся. Этингер упоминает об этом расстройстве коротко, именно только то, что у некоторых больных очень слабеет память. Более подробно высказывается Бриссо. Вот его слова: «Почти всегда, особенно у женщин, можно заметить расстройство интеллекта, настолько характерное, что по нему можно сделать диагностику в сомнительных случаях. Главным образом характерна потеря памяти: неполная — по отношению к давнишним вещам, и полная — к недавним. Больные вследствие этого делаются равнодушны ко всему, что их окружает; понимают они, однако, все, что им говорят, и отвечают осмысленно, но они тотчас же забывают разговор и, если к ним обратиться снова с тем же вопросом, на который они сейчас ответили, они отвечают совершенно то же самое, не сознавая, что уже дали ответ на этот вопрос. Эта амнезия напоминает старческую амнезию».

В диссертации Руйара, в которой, между прочим, рассматриваются и алкогольные амнезии, и в диссертации Бабиле, специально посвященной алкогольным амнезиям, мы не находим сведений по интересующей нас форме. У Бабиле, впрочем, в двух случаях описаны аналогичные расстройства памяти, но так коротко, что можно только заключить, что у этих больных это расстройство памяти было, но о его характерных свойствах нельзя составить никакого представления. Более характерно описано расстройство памяти Дрешфельдом в его последней заметке по алкогольному параличу, но все-таки очень коротко.

Такая краткость сведений, которые мы имеем относительно этого рода амнезий, и заставила меня остановиться подробно на описании ее. Я не стану здесь вдаваться в подробное изложение теории описанной амнезии, скажу только несколько слов о том, каким образом объяснить себе то, что в известный период болезни решительно ничего не запоминается из недавнего, только что случившегося, а потом, когда больной начинает поправляться, все то, что казалось позабытым, не оставившим следов, может быть вспомянуто. Мне кажется, что условия для такого явления лежат главным образом в расстройстве ассоциационного аппарата. Вследствие расстройства этого аппарата впечатление, только что полученное, если и вступает в ассоциационную связь с впечатлениями, раньше бывшими, то во всяком случае в весьма небольшую, так что два даже последующие один за другим впечатления не находятся друг с другом в прочной связи. Вследствие этого достаточно только перевести внимание больного с одного предмета на другой, чтобы он совершенно позабыл о первом. Этим объясняется и то, что хотя следы воспринимаемых впечатлений и хранятся, но ходом ассоциации идей они не могут быть восстановлены. Однако в дальнейшем течении болезни, при поправлении и ассоциационный аппарат восстанавливается, и тогда ассоциационные связи между следами впечатлений, бывшие прежде слишком слабыми

для того, чтобы проявлять функцию достаточной интенсивности, становятся крепче, а функция их может быть уже достаточно сильна. И вот те следы, до которых прежде иннервационный процесс не доходил, делаются доступны иннервационному процессу и могут, благодаря этому, восстанавливаться.

В самом деле, если нервные элементы, довольно прочно хранящие следы воспринятых впечатлений, и будут удерживаться, но если ассоциационные связи их будут обладать дурною проводимостью, то иннервационный процесс или совсем не будет доходить до этих элементов, или будет доходить в такой небольшой степени, что хотя и вызовет восстановление этих следов, но не в такой степени, чтобы они могли сделаться доступными сознанию. Впоследствии же, когда при благоприятных условиях, при возрождении нервной системы, проводимость ассоциационных путей станет лучше, иннервационный процесс будет доходить к этим элементам в большей степени, и интенсивность возбуждения их будет больше, вследствие чего и следы, хранимые ими, будут восстановляться уже в сознании.

Что такая особенность касается только следов тех впечатлений, которые восприняты во время болезни, а не тех, которые были задолго до болезни, объясняется, мне кажется, тем, что прежние следы уже закрепились довольно прочными и многочисленными связями, и потому иннервационный процесс находит к ним, если не тот, то другой путь, а новые впечатления уже воспринимаются таким мозгом, который не способен образовать в данную минуту прочных связей.

Итак, главное условие развития описанной формы амнезии, мне кажется, лежит в расстройстве аппарата, заведующего ассоциацией представлений. При этом, конечно, могут одинаково быть поражены и конечные нервные клетки этого аппарата, и соединяющие их волокна. Какие из этих элементов более поражаются, мы не можем сказать, но во всяком случае для многих случаев нужно допустить, что это поражение такого свойства, что оно может изгладиться, так как восстановление описанной формы амнезии, как мы видели, возможно. Притом нужно предполагать, что ассоциационный аппарат страдает при этой амнезии не в полном своем составе, а по частям: вследствие этого делается возможным сохранение памяти для давних впечатлений и отсутствие ее для недавних. Этим же, конечно, и объясняется то относительно хорошее сохранение рассудочной деятельности, которое бывает при этой форме амнезии.

Допуская расстройство ассоциационного аппарата для объяснения механизма развития амнезии, наблюдаемой при алкогольном параличе, мы должны прибавить, что и другая форма психического расстройства при алкогольном параличе — та, которую мы рассматривали как вторую, т. е. форма спутанности, — тоже имеет в основе своей поражение ассоциационного аппарата. В самом деле, что мы видим в той форме? Тоже глубокое расстройство памяти и, кроме того, спутанность сознания, проявляющуюся в непра-

вильном сопоставлении, часто в полном несоответствии представлений, в расстройстве гармонии идей, в глубоком расстройстве внимания. Все это особенно резко выраженное расстройство сопоставления представлений и есть не что иное, как расстройство ассоциаций, и действительно, ассоциации идей у больных этой категории совершаются крайне неправильно, так что и для них нужно допустить существование глубокого расстройства ассоциационного аппарата в основе их психического расстройства. Почему в одних случаях психическое расстройство проявляется в своеобразной амнезии, в других — в спутанности, конечно, мы не можем сказать; вероятно, разница зависит частью от количества пораженных ассоциационных путей, частью [—] от способа развития болезни и от интенсивности процесса. Во всяком случае сходством основных условий происхождения обеих форм объясняется возможность перехода одной формы (т. е. амнезии) в другую (спутанность) и то, что резких существенных границ между этими двумя формами нет.

Как я уже сказал, выводы мои относительно расстройства психической деятельности при алкогольном параличе основываются на 20 случаях этой болезни, которые мне пришлось наблюдать. Истории болезней этих случаев будут описаны в работе «Об алкогольных параличах»; здесь же я приведу три наблюдения, в которых расстройство памяти было выражено особенно характерно.

Наблюдение 1. Больной Ш., 25 лет, приехал из Я. в июле 1883 г. с следующим анамнезом. Больной происходит из семьи впечатлительной. Воспитание получил крайне избалованное: хотя были способности, но он нигде не доучился, так как волю больного нисколько не старались развивать. Он вследствие этого рано познакомился со всеми житейскими соблазнами, рано стал пить; сифилиса никогда не было. За последние годы жизнь была крайне неправильная: ночи проходили в кутежах с женщинами, днем спал или пил вино, но пил помногу, так что выходило бутылок пять красного вина в день; кроме того, выходило около бутылки простой водки. Весной 1883 г. он уже стал чувствовать некоторую слабость; так, иногда чувствовал шаткость в походке, по утрам часто тошнило, однако он не обращал на это внимания. Больной проводил лето 1883 г. в деревне на Волге. 26 июня около его поместья проезжали плоты, которые зацепили за купальню и сломали ее. Больной крайне вскипятился, узнав это, бросился на плоты, схватил топор и начал рубить связи. Целый час кричал, ругался, причем все время ноги были в воде. Наконец, он ослабел так, что его на горку ввели с поддержкой, после чего он упал. Хотя он и успокоился, но после этого вообще был слаб, а дней через пять почувствовал, что у него двоится в глазах. Хотя он продолжал немного ходить, но ходил, очень сильно шатаясь; около 10 июля совсем слег. Двоение в глазах исчезло, но взамен этого развивалась слабость в ногах. Слабость эта быстро увеличивалась, так что больному сделалось невозможным вставать с постели; явились сильные боли в ногах; дергающие, стреляющие. Через неделю или две явилась слабость в руках. В начале августа было дня два трудно глотать — затем ноги чрезвычайно похудели, явилась контрактура в коленях. Вместе с этим память больного чрезвычайно ослабела. В таком состоянии больной приехал в Москву, и я его в первый раз увидел 10 августа.

В то время он был в таком состоянии. Больной — молодой человек хорошего сложения. Цвет лица и кожи крайне бледный с желтоватым оттенком. Говорит слабо. Исследование различных органов показывает следующее:

язык чист (аппетита решительно нет, что ни съест больной — его рвет; кроме того, бывает самостоятельная рвота слизью). Живот вздут ([имеется] наклонность к запорам, так что ставится клизма через неделю). Моча идет правильно, очень сильно окрашена; белка и сахару нет. Печень не представляет изменений, легкие также. Пульс очень слабый, неправильный, тоны сердца слабы; изменений никаких в тонах нет.

Со стороны нервной системы такие изменения. Больной постоянно лежит, сидеть решительно не может, ноги сведены в коленях под очень острым углом. Движения в них очень слабы; в голеностопном суставе и в пальцах ног движений совсем нет, ступни отвисают, если приподнять ногу. В коленном суставе возможно сгибание в ограниченных пределах. Разгибание активное невозможно, пассивное [возможно] в очень небольшой степени; пассивному разгибанию препятствует контрактура сгибателей: если стараться усиленно разогнуть, больной кричит от боли. В тазобедренном суставе нога тоже согнута. Движения в тазобедренном суставе, однако, все возможны, хотя очень слабы. Мышцы крайне похудели; на голенях и стопах [—] одна кожа; мышцы стопы и голени вполне атрофированы, икры чрезвычайно тонки и дряблы. [M.] Extensor femoris quadriceps также. Мышцы, сгибающие голень, очень тонки, [mm.] glutaei также. Сократительность от индукционного и гальванического тока совершенно отсутствует в мышцах нижних конечностей. Сухожильных рефлексов нет. При щекотании подошв является отдергивание ноги в тазобедренном суставе. Сдавление мышц бедер, икр и стоп вызывает очень сильную болезненность. Давление на нервные стволы не так болезненно. Чувствительность кожи понижена, но не очень; расстояние ножек циркуля плохо различается больным только на подошвах, а на ногах и бедрах [—] хорошо. Чувство давления и чувство температуры также порядочно сохранено; только на подошвах не может различать температуры, разнящейся на 3° R^{89}, а на голенях — $1^1/_2$° [R]; на бедрах различает менее 1° [R]. Болевая чувствительность сохранена.

Больной жалуется на боли в ногах; так как у него замечается особенное состояние памяти, вследствие чего он не помнит прошедшего, он иногда отрицает эту боль совсем, так как не чувствует ее в данный момент, но когда она есть, он вскрикивает и говорит, что ему стреляет то в ту, то в другую голень или стопу. Иногда он довольно долго жалуется на колющую боль в одном месте, и все спрашивает, не попала ли в постель булавка. Ноги холодны, особенно стопы, всегда влажные, синеватые. В верхних конечностях тоже значительная слабость. Слабость главным образом в мышцах кисти и пальцев. Наиболее поражены разгибатели кисти и пальцев, вследствие чего рука отвисает, причем пальцы остаются несколько согнутыми в первой фаланге и разогнутыми во второй и третьей. Эта флексия первых фаланг более в III и IV пальцах, менее во II и V, вследствие чего оба последние пальца немного выстоят. Пальцы несколько раздвинуты, и вся кисть отклонена немного к локтю. Движение всеми мышцами возможно, но слабо. Особенно слабо действуют m. extensor carpi rad[ialis] и [m.]extens[or] digitor[um] comm[unis]. Действие [mm.] interossei также слабо; мышцы, сгибающие пальцы, слабы, схватывать предметы больной не может. Супинация возможна, хотя слабее нормальной. Флексия и экстензия в локте тоже. В плечевом суставе мышцы действуют порядочно. Мышцы похудели, атрофированы, но не так, как в ногах. От индукционного тока сокращения слабы, постоянный ток вызывает сокращения довольно обширные. Извращения в отношении к полюсам нет. Чувствительность притуплена только в концах пальцев. Субъективные жалобы на онемение, на чувство, что «что-то лежит». В руках болей почти нет, но давление на мышцы болезненно. Кисти рук также влажны и холодны. В мышцах туловища слабость — сидеть не может. Мышцы живота тоже ослаблены, живот вздут. Диафрагма работает порядочно. Мышцы шеи хорошо действуют, голову больной вертит свободно. В мышцах лица никаких уклонений нет, то же в глазодвигательных. Глотает больной совершенно хорошо. Речь не изменена.

Со стороны психической на первом плане чрезвычайный упадок памяти недавнего. Больной позабывает все, что только перестает действовать на его органы чувств. Стоит кому-нибудь уйти от него на минуту, и он уже поза-

бывает, что это лицо он только что видел, и здоровается, как в первый раз. Прочтет газету, обратит внимание на что-нибудь интересное, скажет об этом матери, а потом опять попадает глазами на это место и опять расскажет матери и т. п. Вследствие этого он повторяет одно и то же, решительно не сознает времени и не отдает себе отчета в своей болезни; он не представляет себе, что лежит давно, а не улегся сейчас; говорит, что ему только теперь свело ноги, а то он недавно ездил туда-то и туда-то и скоро опять поедет. Рассказывает о своих воображаемых поездках с большими подробностями. То, что он видит, в данный момент он обсуждает хорошо, часто бывает довольно находчив и остроумен, но так как у него решительно нет посылок из недавних восприятий, нет способности ориентироваться относительно времени — он и не в состоянии делать правильных умозаключений относительно своего состояния. О прежнем он хорошо вспоминает, хотя и тут заметно несколько более общее запоминание фактов, а мелочные подробности не так легко вырисовываются из старого; понятия вспоминаются чаще, чем представления. По-видимому, больной помнит [события] до половины мая 1883 года, а что дальше мая — не помнит. На вопросы отвечает: «Не помню, решительно забыл». По-видимому, у него нет мучений от этого; мучительного процесса неудающегося воспоминания у него нет. По-видимому, однако, некоторые общие следы остаются; так, например, все-таки он всегда ко мне относится как к доктору, хотя прежде меня не знал. Он говорит, что это потому, что когда я позвонил, то сказали, что [я] доктор; но иногда этого не бывало, а отношение его такое же, как к доктору. Ему не нужно постоянно вновь рекомендовать меня или сиделку, которую тоже он узнал только во время болезни. По-видимому, общее понятие оставляет свой след гораздо более, чем представление мелочей. По-видимому, воспоминание, например, о чувстве неприятном, тоже сохранено. Когда начинают электризовать, он говорит, что это теперь не так сильно, хотя не может сказать, что было когда-нибудь сильнее; в действительности же бывало, что он за несколько дней до этого просил убавить силу тока вследствие болезненности. Далее, догадливость часто бывает очень быстрая. «Скажите, что я буду делать?», — спросишь его. — «Решительно не помню». — «Посмотрите», — и только что взгляд его остановится на ящике с электрической машинкой, далеко отстоящем от него, скажет: «Электризовать». На вопрос, что он припомнил или нет, говорит, что он догадался. Вместе с неопределенным воспоминанием о болезни и ложным представлением о своей способности вставать, у него существует все-таки постоянное опасение, что ему сделают больно при пассивных движениях ногами или при перенесении с одной постели на другую. Он кричит тогда, что его уронят, просит оставить его в покое. Настроение духа раздражительное, нетерпеливое, особенно, когда боли в ногах сильнее. По ночам не спит, и ночью раздражение всего сильнее. Больному назначено было $^1/_3$ gr. Opii pur. и Chinini hydrobromic. gr. j.

Через неделю рвота прекратилась, явился небольшой аппетит. Понемногу боли стали делаться реже и не так сильны, так что больной стал несколько покойнее спать. Тогда было назначено употребление Sol. Fowleri. К ноябрю самостоятельные боли совершенно исчезли, оставались только боли при сдавлении мышц. Запоры стали меньше, пульс стал немного полнее, хотя все так же неправилен. Параличные явления не увеличивались, а, напротив, уменьшались. Прежде всего стало заметно, что руки стали лучше действовать, чем прежде; это было констатировано уже в начале октября 1883 г. Атрофия мышц заметно увеличивалась в первое время наблюдения. Мышцы предплечья и кисти резко похудели в августе; в мышцах ног похудание дошло до того, что оставались почти одни кости, обтянутые кожей, В руках электросократительность [мышц] не исчезала совсем, а только значительно уменьшилась, а потом скоро (уже в октябре) пришла к норме, но в ногах незаметно было никаких следов электросократительности до марта 1884 г. В этом месяце в первый раз стали являться сокращения в m. extensor digitor[um] communis на обеих сторонах, правда, не всегда, и правда очень слабые. Они являлись при замыкании катода. В это время руки уже действовали совершенно хорошо, мышцы рук стали полнеть, ноги же продолжали быть согнуты под острым углом в коленях. Чувствительность была

нормальна, только больной жаловался на то, что в пальцах и подошвах как будто «что-то положено». Психическое состояние оставалось одинаково. Силы вообще [стали] крепче, хотя пульс все был неправильный. В таком состоянии больной был отпущен в деревню, где провел все лето до октября 1884 г., пользуясь тепловатыми солеными ваннами.

Вернулся он в таком состоянии. Весь он значительно пополнел: в подкожной клетчатке скопилось довольно большое количество жира. Аппетит хорош, отправления кишечные правильны; моча светла, выводится вполне свободно. Пульс все еще неправильный, хотя значительно полнее прежнего. Руки совершенно хорошо действуют. Сидит больной хорошо.

Ноги в таком состоянии. 1) Контрактура гораздо меньше в колене. Ноги согнуты не под острым углом, а под тупым. В стопе контрактура резко выражена. Нога в положении pes equino-varus, причем поверхность подошвы вогнута более нормального. Пальцы ног имеют положение «когтей». 2) Стопы еще холодны, часто покрываются холодным по́том. 3) Мышцы бедра крепки, полны; хотя сгибатели все еще резко сильнее разгибателей. Мышцы голени слабее, но тоже движения их довольно сильны. Мышцы стопы еще очень худы. 4) Электросократительность от индукционного тока очень слаба; вызываются сокращения очень слабо в mm. tibial[is] antic., extensor digitor[um] commun[is], peronei — и то не всегда. В мышцах бедра сокращений не удается вызвать. 5) Чувствительность нормальна. 6) Болей в мышцах бедра и в икрах нет. Есть небольшие боли при сдавлении стопы. 7) Пателлярных рефлексов нет. 8) Память больного значительно лучше.

Он теперь значительно дольше удерживает воспринятые впечатления, хотя все-таки далеко не так, как следует. Так например, он теперь хорошо знает всех, кто у него бывает и с кем он даже недавно познакомился. Но то, что́ прочтет, забывает скоро; поэтому чтение романа ему не доставляет удовольствия, потому что он, читая одно, мало помнит предыдущее. Однако заметно, все-таки, что если больной и помнит полученные впечатления, все-таки самостоятельное припоминание затруднено. Нужно навести его на мысль или нужно очень сходное внешнее возбуждение, чтобы вызвать прежнее представление. Отдаленные ассоциации не могут вызывать еще воспоминания. Если же под влиянием случайной ассоциации вызовется воспоминание, то явление припоминается у него с довольно большими подробностями, и он ясно себе его представляет. Однако при этом резко бросается в глаза, что он, помня факты, решительно не может определить их время: ему все кажется гораздо недавнее, чем на самом деле. Он и сам сознает, что он решительно не помнит времени.

Круг интересов его несколько расширился, но все-таки он остается очень ограниченным; потребностей, желаний очень мало, но больной и не чувствует их недостатка. Он, по-видимому, совершенно довольствуется тем ограниченным кругом умственной жизни, которая теперь существует, своего положения ясно не сознает, т. е. представляет его себе лучше, чем на самом деле. Ждет в очень скором времени, что встанет. Сон хорош.

Интересно, что, несмотря на некоторые обстоятельства, которые могли бы действовать на него возбуждающим образом в эротическом отношении, поллюции у него ни разу не было, эрекции тоже незаметно; по его признанию половых желаний нет.

Лето 1885 г. больной опять провел в деревне и приехал в Москву только в октябре 1885 г. Он значительно поправился: может один ходить, хотя должен носить для этого довольно высокие каблуки, потому что pes equinus все еще остается. Стопы все еще не пришли в нормальное состояние: они худы и положение стоп неправильное; кроме pes equinus, заметно еще, что свод стопы круче, чем следует, подошва более вогнута; большие пальцы все еще несколько оттянуты от II пальца и несколько повернуты, так что тыльная поверхность обращена кнутри более, чем в нормальном состоянии. Другие пальцы еще находятся в состоянии «когтя». Подошвы холодны, влажны. В коленях никакой контрактуры нет, мышцы бедер и голеней сильны, хорошо развиты. Руки хороши. Болей никаких нет.

Со стороны психической состояние больного значительно изменилось; память больного стала значительно лучше; он хорошо помнит лица, собы-

тия, может обо всем разговаривать; тем не менее он не может правильно сопоставлять события, так как, с одной стороны, смешивает их относительно времени, а с другой — не может ясно отличить среди своих воспоминаний то, что действительно было, от того, что являлось только в его воображении или о чем при нем говорили.

Вследствие этого больной рассказывает небылицы; он говорит, что его хотели отравить, что это ему сказала одна женщина, которую он будто бы встретил во время одной из своих прогулок, что обо всем этом ему говорила даже сама отравительница. Ничего этого в действительности не было: кое-что об этой особе говорилось при нем в самое тяжелое время болезни, тут же говорилось об ядах — это оставило у больного след в голове, который и представляется в его голове как след от действительного события. Таких вещей больной говорит довольно много, так что производит впечатление, что у него есть бред. Он высказывает с убеждением все это, но если ему приводить основательные доводы против этого, соглашается, что может быть, он это и перепутал, так как «память у меня очень слаба». Больной все-таки очень мало активен: он не читает, не занимается ничем, а большей частью сидит, как будто отдыхая, даже мало говорит. Если с ним разговориться, он охотно отвечает, говорит свои суждения, но сам не имеет активных жизненных интересов и нет у него потребности чем-нибудь заняться. Спит хорошо.

Нужно заметить, что слабохарактерная мать, ухаживавшая за больным, не могла найти в себе достаточно силы, чтобы отказывать больному в вине, и с лета 1885 года он опять стал выпивать в день около 1—2 бутылок красного вина, что́, вероятно, значительно задерживало поправление.

В продолжение 1886 г. улучшение шло медленно; психическое состояние оставалось приблизительно такое же, т. е. память улучшилась, но все еще была довольно слаба; больной был вял, не имел ни живых желаний, ни обширных интересов. В то же время были некоторые ложные убеждения. Так, больному, например, показалось как-то, что во время его болезни его зять взял его древние монеты, — и вот он утверждает, что это действительно так и было, и рассказывает все происшествие с такими рельефными подробностями, точно это было на самом деле. Таких ложных убеждений существует, впрочем, немного, в остальном же больной рассуждает вполне правильно. Сон все еще нехорош. Ходит он лучше, но походка несколько напоминает походку аиста. Контрактуры в стопе еще есть, особенно в левой. Болей в мышцах нет. Сила мышц хороша. Индукционная электросократительность [мышц] восстановилась. Пателлярных рефлексов все еще нет. Пульс неправильный.

В этом случае у молодого человека, сильно злоупотреблявшего спиртными напитками, развился быстро паралич четырех конечностей и туловища. Было кратковременное поражение глазных мышц. Было резкое изменение деятельности сердца. Вместе с этим были сильные боли в ногах, затем развилась атрофия мышц в чрезвычайно большой степени, электросократительность [мышц] в ногах исчезла, пателлярные рефлексы — также. Вместе с физическими симптомами развилось психическое расстройство в форме характерного расстройства памяти недавнего.

После того, как болезнь в течение первого месяца все усиливалась, она потом остановилась и стала понемногу уменьшаться, причем улучшение физической сферы шло параллельно с улучшением психической.

Что болезненные симптомы со стороны физической сферы были симптомами множественного неврита, мне кажется, не может быть сомнения. Происхождения этот неврит, вероятно, смешанного, т. е. тут могла влиять и простуда, и аффект (гнев), но глав-

ным образом, вероятно, имело значение предшествовавшее злоупотребление спиртными напитками, потому что уже до появления собственно паралитических явлений у больного были признаки хронического алкоголизма — рвота, шаткость походки и др.

Наблюдение 2. Больной О., 37 лет. Анамнез: больной всегда пользовался хорошим здоровьем, был человек очень крепкого сложения. В жизни своей делал большие поездки, путешествовал по России, живал в Сибири. В последнее время жил литературным трудом. С очень давних лет стал пить много, сколько именно — трудно сказать, но штоф водки в день вовсе не составлял для него редкости. Водка почти не сходила с его стола. Он был очень крепок к вину и сильно пьян не бывал. Припадков белой горячки не было. За последние года два он стал все-таки чувствовать, что вино сильнее действует на него, и уменьшил количество выпиваемого вина; впрочем, все-таки выпивал рюмок 15 в день водки, да иногда бутылки две пива.

За последний год приятели больного замечали, что память его стала слабее прежнего, так что ему часто приходилось напоминать, что́ ему нужно делать в тот или другой день; тем не менее он продолжал работать — писал в разных изданиях оригинальные и интересные повести. Кроме забывчивости, заметно было, что он стал не так твердо ходить. Так шло дело до 25 июня 1884 г. В этот день больной почувствовал себя нехорошо и резко уменьшил количество выпиваемой водки. Для окружающих казалось, что он просто забывал о том, чтобы пить, так как сам он ничем не мотивировал, почему он стал вдруг пить гораздо меньше. Ночью на 26 июня он плохо спал, был взволнован, тревожен, часто задавал одни и те же вопросы, просил сидеть с ним. На следующий день такое состояние продолжалось, но волнение усилилось; забывчивость тоже усилилась. Видимо, больной потерял способность запоминать только что происшедшее событие, не помнил, что́ ему говорили, вследствие этого спорил с окружающими; ночью не спал, чего-то боялся.

Я увидел его 30 июня. Он представлял из себя мужчину очень крепкого сложения. Лицо несколько одутловатое, с небольшим желтоватым оттенком. Главные явления, обращавшие на себя внимание, были со стороны психической деятельности. В этом отношении замечено было следующее. Резко выраженное расстройство памяти. Больной совершенно забывал то, что случалось с ним в самое недавнее время; он не мог ответить, ел ли он сегодня или нет, был ли у него кто-нибудь или нет. То, что было с ним за 5 мин до данной минуты, он не мог вспомнить, и если ему напоминали, готов был горячо спорить, что этого вовсе не было. Иногда, впрочем, соглашался, говоря, что, может быть, он и позабыл, так как говорил он, «у меня всегда память была слабая». То, что было задолго до болезни, больной хорошо помнит, рассказывает с подробностями; но то, что было уже около времени начала болезни, приблизительно за весь июнь месяц, больной помнит довольно плохо. Так, например, он в июне писал повесть и довел ее до половины, а теперь позабыл, чем она должна кончиться. Кроме того, он получил в июне несколько важных для него писем из редакций, а теперь об этом не помнит, и когда ему напоминают, весьма удивляется и говорит: «Не может этого быть».

Вследствие этого, конечно, кругозор его значительно сужен; тем не менее, рассуждения его правильны — из данных посылок он делает совершенно правильные выводы, всем вещам придает их настоящее значение, относится ко всему совершенно правильно; при этом мысль его не ограничивается одним суждением, а является целый ряд последовательных суждений, правильно вытекающих одно из другого и не лишенных находчивости и остроумия. Но если прервать нить его разговора, он совершенно позабывает, о чем он говорил, и сейчас же готов повторить все то, что́ говорил; то, что в его голове происходил тот или другой процесс, он совершенно позабывает и вследствие этого очень часто повторяет одни и те же рассказы, одни и те же фразы, и все как будто новое. Эти фразы иногда поражают своей стереотипностью: одно и то же впечатление у него вызывает стереотипную

фразу, которая произносится таким тоном, точно больной только что эту фразу придумал, как будто это новый продукт его мысли, до этого не бывший в голове.

Направление хода мыслей большею частью подчиняется внешним влияниям и, отвлекши на минуту больного от данной темы, можно очень скоро направить его совершенно на другую, поставив перед его глазами предмет, который вызовет у него новое направление мыслей. Материал для суждений, для мыслей, высказываемых больным, черпается, конечно, из прежде добытого умственного капитала, из прежде усвоенных впечатлений, так как новое не оставляет у больного заметного следа.

Однако в этом отношении было несколько фактов, указывающих, что, очень вероятно, в бессознательной сфере душевной жизни оставались следы и от недавних впечатлений. Так, например, меня он до своего заболевания не знал, а когда я бывал у него, все-таки сразу принимал за врача, только положительно утверждал, что лица моего не знает и фамилии не помнит. Отношение его, довольно симпатичное, тоже оставалось всегда; из этого можно подозревать, что память чувства и тех бессознательных восприятий, которые в совокупности дают представление о значении человека или вещи, у него более сохранилась, чем память времени, места и формы.

О том, что́ он сам делал, больной решительно не помнит и говорит о себе то, чего никогда и не было; так, говорит, что он написал такую-то повесть, а он ее еще только думал писать; рассказывает с подробностями, куда он вчера ездил, а он давно в это место не ездил и все подробности суть просто плод его воображения; когда же ему сказали, что это его фантазия, никак не хотел верить.

Сознание своего состояния довольно смутное. Он говорит, что голова его не так ясна теперь, как прежде, но все-таки говорит, что ничего особенно не чувствует, а «память у меня и давно слаба». Настроение духа меняется; тоскует и чего-то боится, когда остается один, зовет к себе, хочет, чтобы его занимали или слушали то, что́ он говорит. Водки не спрашивал. Лекарство принимает неохотно, говорит, что́ ему не нужно и что только что принимал. Воспоминания о вкусе лекарства нет, но смутное нерасположение к лекарству чувствует (лекарство горькое).

С физической стороны — небольшая шаткость походки; впрочем, ноги крепки и довольно сильны; мышцы не худы, пателлярные рефлексы сохранены. Сдавление икроножных мышц немного болезненно. В руках небольшое дрожание, едва заметное изменение почерка. Аппетит плохой, иногда бывает тошнота. Печень болезненна при давлении, размеры тупого звука ее увеличены. Запора нет. Моча красна. Пульс за 100, довольно мягкий. Больному назначено было употреблять Chin. gr. j, Opii puri gr. j 3 раза в день. В течение следующих дней память его оставалась совершенно без перемены, но беспокойство по ночам, чувство безотчетного страха и тревоги усилилось, так что больной не давал окружающим спать. Аппетита не было. Рвота бывала довольно часто. Больной был помещен в Мариинскую больницу, где и продолжал лечение.

Рвота довольно скоро прекратилась, беспокойство по ночам — тоже, но память не восстанавливалась. Больному давали железо, ставили мушку. Последняя мушка была в начале августа 1884 г. Вскоре после нее стала слабеть сначала левая нога, потом, на другой или третий день, правая нога. Парез ног увеличивался постепенно, но не очень быстро. Вместе с этим сохранявшиеся долгое время пателлярные рефлексы исчезли, боли в икроножных мышцах усилились. Парез усилился до того, что в половине августа больной уже в постели плохо мог двигать ногами, и в это время явился парез сначала в левой руке, а через два дня [—] в правой.

В таком состоянии я видел больного 22 августа. Параличные явления в этот день были в таком виде: больной лежал в постели и с трудом ворочал ногами. Мышцы, разгибающие стопу и пальцы на обеих ногах, совершенно парализовались. Мышцы икроножные чуть-чуть действуют. Сгибание и разгибание голени возможно, но слабо, при этом сгибание сильнее. Полное разгибание в колене очень затруднено вследствие того, что в сгибателях заметна наклонность к контрактуре. В тазобедренных суставах движения все воз-

можны, хотя не сильны. Мышцы похудели. Удары молоточком по ним вызывают их сокращение. Сухожильные рефлексы колена отсутствуют. Кожные с подошвы сохранены. Чувствительность сохранена; прикосновение к ногам больной хорошо чувствует и правильно локализирует. В левой руке паретическое состояние сильнее, чем в правой. Оно особенно заметно в разгибателях пальцев и кисти. Межкостные мышцы действуют, но слабо и неправильно. Мышцы, сгибающие пальцы и кисть, значительно сильнее, но тоже слабы. Супинация слабее, чем пронация. [М.] biceps действует порядочно. Мышцы несколько похудели. Удары молоточком вызывают в них сокращение. В правой руке заметно только небольшое уменьшение силы сжимания и разжимания. Распределения парезов по группам мышцы незаметно. Чувствительность в обеих руках нормальна. Сдавление мышц рук и ног очень болезненно, особенно при сдавлении икр и ступней. Мышцы туловища и лица не парализованы; больной сидит хорошо, ворочается тоже. Глотание и речь вполне хороши. Моча выводится свободно; испражнения правильны.

Больного я больше не видал, но сведения, полученные мною о нем, были такие: через несколько дней после 22 августа резко ослабела и правая рука, а левая рука и ноги парализовались совершенно; потом вполне парализовалась и правая рука, резко ухудшились дыхание и глотание. Речь оставалась довольно внятною. Мышцы туловища тоже резко ослабели. У больного стали являться приступы удушья, и при явлениях затруднения дыхания он скончался 4 сентября 1884 г. Сознания он не терял до последней минуты, хотя вообще сделался в последние дни жизни сонливее, чем был прежде.

В этом случае злоупотребление спиртными напитками было чрезвычайно сильное, и болезнь была, по-видимому, в прямой зависимости от хронического отравления алкоголем; после некоторых признаков, которые могли указывать на готовящуюся опасность, болезнь, наконец, проявилась в резкой форме и сначала именно выразилась в расстройстве памяти недавнего. Затем по истечении месяца от начала болезни к психическим расстройствам присоединились параличные явления, которые, начавшись в нижних конечностях, постепенно распространялись вверх; по истечении месяца расстроилось дыхание, и больной помер от паралича диафрагмы.

Течение подобного рода встречается в очень тяжелых случаях алкогольного паралича (как случай) Бродбента и, мне кажется, нет основания сомневаться, что и в нашем случае паралич обязан своим происхождением хроническому алкоголизму.

Наблюдение 3. Больной 49 лет. Анамнез: больной принадлежит к семье, в которой у 2 членов был рак. Сам больной с детства был золотушен и затем постоянно страдал накожными болезнями; у него постоянно были угри, воспаление сальных желез, атеромы в разных частях тела, особенно на шее. Всегда был своеобразный, несколько односторонний человек, очень трудолюбивый и педантичный в исполнении обязанностей. Образ жизни вел очень монотонный; человек он был холостой. Злоупотребления in venere не было. Занимался много и большею частью по ночам. Водку и пиво пил, сколько именно — трудно определить; по некоторым сведениям [—] $^1/_2$ бутылки водки и бутылок 5 пива в сутки, иногда случалось пить и больше, хотя это, по-видимому, никогда не мешало ему правильно исполнять свои обязанности. Года 2 назад он несколько уменьшил количество выпиваемого вина, так как стал чувствовать, что оно на него стало дурно действовать; тем не менее все-таки продолжал пить как водку, так и пиво. Вечерние занятия обыкновенно соединялись с употреблением пива, причем почти всегда выходило 3—4 бутылки. За последние года $1^1/_2$ он стал жаловаться на плохое состояние желудка, на дурной вкус во рту; с год, как по утрам стала

делаться рвота слизью. Он стал угрюмее, стал чаще поговаривать, что у него делается рак, но, несмотря на мнительность, боялся лечиться. Вместе с этим он стал чувствовать усталость больше, чем прежде, и силами стал слабее, чем прежде; так что, например, последний год по утрам не мог писать вследствие трясения в руках.

Из прежних болезней нужно отметить, что в 1861 г. у него была специфическая язва на [половом] члене и после нее [—] сыпь, которую пользовавшие его в то время врачи считали сифилитической, лечили ртутью. Больной, однако, сам не считал, что у него был сифилис, и с того времени ни на какие симптомы сифилиса не жаловался. Кроме того, он давно кашляет вследствие хронического бронхита и эмфиземы.

Начало настоящей болезни нужно считать с апреля 1884 г. Он как-то ехал на извозчике в пролетке; пролетка упала, и больной упал на мостовую, причем получил ушиб левого плеча с кровоподтеком. Потери сознания не было, больной сам приехал домой и первое время жаловался только на боль в плече. Мнительность его при этом усилилась: он стал говорить, что это может быть перелом, засел дома. Он жаловался при этом на общую слабость, нездоровье. Знакомые его спрашивали, чтó именно заставляет его так сидеть и так бояться пустой болезни? Он отвечал, что болит плечевой сустав; но потом оказалось, что боль в суставе совсем прошла, а больной все не решался выйти из дому. Серьезное внимание на болезнь было обращено, когда больной сказал одному из знакомых: «Я сегодня уж в зало не выйду, потому что ноги ослабели». Попробовали провести — действительно оказалось, что ходит он очень плохо. Однако это случилось не вдруг, а можно было добиться, что ноги слабели в течение нескольких дней. Констатировано ослабление ног было в июне 1884 г. С того времени ноги делались все более слабее и слабее, так что в начале июля больной уже совсем не мог вставать с постели; в половине июля появился отек в ногах. Вместе с этим менялось и психическое состояние: больной стал плаксив, тупее, память его заметно стала слабеть.

Так шло дело до 20 июля, когда я в первый раз исследовал больного. Status praesens в то время был такой: лицо больного несколько одутловатое, покрытое угрями. На шее много больших мешетчатых опухолей. На коже спины и груди множество угрей и расширенных и увеличенных сальных желез. Больной сидит в постели, жалуется на слабость, на свое скверное положение. Встать с постели не может вследствие пареза ног.

Ноги в таком состоянии: мышцы, разгибающие стопу и пальцы, очень слабо действуют, так что стопа большею частью отвисает. M. extensor quadriceps тоже очень слаб. Немного сильнее икроножные мышцы, еще посильнее мышцы, сгибающие голень. В тазобедренном суставе движения значительно сильнее. Вполне разогнуть ногу в колене нельзя, потому что мускулы, сгибающие голень, напрягаются сильно, и растяжение их вызывает резкую боль (контрактура сгибателей в слабой степени). Мышцы все очень дрябл ы, очень худы. Сокращения в них получаются только при употреблении сильных токов. Ступни и голени немного отекли. Давление на мышцы икроножные, мышцы стопы и бедра вызывает резкую роль. Давление на нервные стволы тоже болезненно. Кроме того, больной жалуется иногда самостоятельно на боль около tuber ischii. Анестезии нет. Все виды чувствительности порядочно сохранены. Пателлярных рефлексов в обеих ногах нет. При щекотании подошвы нога отдергивается [и сгибается] в тазобедренном суставе. Обе ноги расстроены совершенно одинаково.

В верхних конечностях паретические явления заметны в кистях. Сгибание и разгибание пальцев слабо, причем незаметно, чтобы разгибатели были слабее, чем сгибатели. Мышцы рук похудели, но не очень. Сокращения от индукционного тока хорошие. Сдавление мышц болезненно, но не так, как в ногах. Сдавление нервных стволов тоже болезненно. Анестезии нет.

В мышцах туловища паралича нет, но заметна большая утомляемость. В мышцах лица и глазодвигательных паралича нет. Глотает хорошо. Произношение правильно. Дыхание тоже. Выведение мочи совершенно правильно, моча красная, белка и сахара не содержит. [Имеется] наклонность к

запору, так что дня через 4 дается слабительное. Пульс около 100 в минуту, мягкий, наполнение ниже среднего. В сердце никаких шумов нет; больной кашляет, но не больше, чем обыкновенно — скорее меньше. Много сухих хрипов в обоих легких. Небольшая эмфизема. Лихорадочного состояния нет.

Со стороны психической больной представляет очень резкие симптомы. На первом плане стоит расстройство памяти. Больной совершенно позабывает то, что́ только что случилось, и вообще не помнит того, что́ случилось за последнее время, за время его болезни. Впечатления исчезают из головы очень быстро: он позабывает совершенно все, что́ он видел за 2 мин до настоящего, что он слышал, что он сам говорил. Между тем рассуждает он довольно правильно: найдя какой-нибудь исходный пункт, он строит последовательно умозаключения довольно правильно; так, если его спросить что-нибудь из предмета, который составляет его специальность, он ответит совершенно правильно, без малейшей ошибки. Если спросить его мнение о какой-нибудь вещи, он его выскажет правильно. Если спросить, которое нынче число, то он не скажет; но если в комнате есть какой-нибудь предмет, который может дать возможность расчесть, какое число, например, газеты, — он спросит газету и назовет, какое число. Таким образом, способность делать правильные умозаключения вполне сохранена, но только в эти умозаключения совсем не входят данные, добытые из представлений, полученных уже во время болезни. Кроме того, так как больной позабывает о тех выводах, которые он делал, и о том, что́ он говорил, то его рассуждения постоянно повторяются. Так, при виде одной и той же вещи больной может несколько раз подряд повторить одну и ту же стереотипную фразу: так, например, он в продолжение 10-минут[ого] сеанса электризации повторял мне 5 раз, как он в детстве боялся электричества и [у]бегал из физического кабинета в гимназии. Каждый раз он эту фразу повторяет как новую. Всех знакомых узнает, называет по имени, но едва только кто-нибудь уйдет, он готов уверять, что никто у него и не был. Когда к нему приходят, он разговаривает охотно, хотя сам редко спрашивает и редко что говорит, а если говорит, то большею частью все одно и то же — одни и те же рассказы из прошлого. Иногда делает замечания по поводу того, что видит перед глазами; большею же частью довольно вял и апатичен. Довольно охотно играет в карты, в преферанс, и хорошо ведет запись и может подвести итоги, если все данные у него налицо и все партнеры сидят на своих местах.

Свою забывчивость больной отчасти сознает и старается так ответить, чтобы другие не могли его поймать на ошибке; старается избегать подробностей, употребляет в разговоре общие места; по окончании разговора спрашивает бывших при этом, не сказал ли он чего-нибудь неправильно, не обидел ли кого-нибудь. Иногда, однако, все-таки прорывается: так, больной, позабыв, что он болен уже давно, рассказывает, что он на днях ездил в гости в Петергофский парк, как там его встретили, радушно угостили. Ничего этого, конечно, не было. Вследствие всего вышеописанного больной вял, апатичен, энергии мысли почти никакой нет. Лицо выражает скуку, мало осмысленно.

Настроение духа часто меняется, большею частью оно индиферентно, меняется от влияния внешних впечатлений: так, если спросить его о болезни, он начинает плакать, хныкать, что вот он какой калека; если же перевести разговор на веселое, он скоро начнет смеяться. На вопрос, что́ он сам чувствует, отвечает, что у него тоска, в голове неясно, и печальные мысли не выходят из головы.

Кроме описанного, заметна еще особенная боязливость: когда его начнут сажать, он кричит, что его сейчас уронят; часто бывает, что он неловко повернется и начнет кричать, что он сейчас упадет. Сна почти нет. Ночью бывает большею частью тревожен, зовет к себе, плачет.

Течение болезни. Больному назначено было употребление небольших доз морфия ($^1/_{12}$ gr.) с хинином (gr. j) и индукционный ток на ноги. Питательная пища.

В течение нескольких дней состояние его стало лучше, явился аппетит, отправления кишечника стали правильнее, отеки стали значительно мень-

ше. 2 августа назначено было [Sol.] Natrii jodati. Уже 5 августа аппетит стал хуже, а 6 больной совсем не ел и очень ослабел. Температура вечером была 37,8 °[С], что для него было [как] лихорадочное состояние. Констатировано было притупление [перкуторного звука] в области верхней доли правого легкого. Кашель усилился. С этого дня на первый план выступили пневмонические явления — притупление увеличивалось, явились хрипы, довольно обильные, бронхиальное дыхание, мокрота с кровью. Лихорадочное состояние было небольшое — не более 38 °[С] по вечерам, но больной очень ослабел, потерял вполне аппетит, сделался еще вялее и апатичнее. Пульс сделался част и слаб. Во рту появилась молочница, так что казалось, что больной не далек от кончины. Мокрота была исследована, — ни туберкулезных бацилл, ни диплококков замечено не было. Так шло дело до 20 августа.

С 20 августа стало меньше мокроты, она сделалась обыкновенная слизисто-гнойная, хрипов стало значительно меньше. Общее состояние при этом, однако, продолжало быть плохим — пульс сделался неправильный, явились перебои; больной был в сонливом, апатичном состоянии. Временами являлась икота, не прекращавшаяся по нескольку часов. Аппетита не было до 1 сентября. С первых чисел сентября явился аппетит, и вместе с тем больной стал поживее. Хотя притупление в области верхней доли оставалось, но хрипов стало гораздо меньше. Пульс стал немного получше. Однако в это же время паретические явления довольно резко ухудшились.

С 5 сентября стало заметно довольно быстрое усиление степени параличей, так что в течение 5 дней, т. е. к 10 сентября, паретические явления были уже в такой степени: стопы совершенно отвисли, никакого движения той и другой стопой больной произвести не мог: разгибание ноги в коленях было очень слабо, сгибание [—] посильнее, в тазобедренном суставе движения были тоже слабы; [возникла] небольшая контрактура в мышцах, сгибающих колено. Мышцы очень похудели, при давлении [—] очень болезненны. В руках тоже паретические явления усилились. Сначала в правой руке, а через 2 дня и в левой стало заметно, что разгибатели кисти и пальцев очень резко ослабели, рука отвисла, как при параличе n. radialis. Сгибатели кисти и пальцев тоже ослабели, но не так сильно. Больной потерял способность удерживать вещи в руках. Мышцы, двигающие в локтевом суставе, тоже ослабели, но не так резко; мышцы похудели, очень болезненны при давлении. Мышцы туловища несколько ослабели. Больной очень устает сидеть и большею частью лежит на правом боку. В мышцах лица парезов нет. Моча выводится свободно. [Имеется] наклонность к запору. Чувствительность совершенно нормальна. Самостоятельных болей нет. С психической стороны заметен значительный упадок умственной деятельности — вялость, отсутствие интересов, потеря памяти такая же, но свои замечания по поводу видимых предметов больной делает гораздо меньше, чем прежде, сам почти не вмешивается в разговор и отвечает на вопросы всегда коротко. Менее сознает свое положение. Ночи все продолжает плохо спать.

Вместе с усилением параличных явлений увеличился и отек в ногах. В то же время отек явился и в руках. Около 10 сентября отек в руках выражался только в опухлости кистей, но с 10 сентября заметно было резкое увеличение отека в левой руке (т. е. не на той стороне, на которой обыкновенно спал больной). Отек довольно быстро — в 3—4 дня — достиг очень значительной степени, но резко ограничивался локтем, выше локтя не шел. В правой руке отек долго держался только в кисти, но в конце сентября стал распространяться и на предплечье. В ногах отек был в голенях и бедрах. Белка в это время не было в моче; в сердце шумов не было, так что отек нельзя было объяснить расстройством сердца или почек.

Электросократительность парализованных мышц трудно было в точности определить в это время. С одной стороны, отек мешал проводимости тока, а с другой стороны, повышенная болевая чувствительность мешала употреблению токов большой силы; та же сила тока, которую можно было применять, не очень мучая больного, не вызывала сокращений в ногах и мышцах кисти и предплечья. Больной принимал в это время горькие капли и немного вина. Аппетит держался небольшой. Лихорадочного состояния не было.

Так шло дело до 5 октября, когда опять появилось лихорадочное состояние, вызванное правосторонним плевритическим экссудатом, развившимся без всякой видимой причины. Экссудат был небольшой, по-видимому, серозный. Появление его сопровождалось лихорадкой, которая доходила до 39 °[C], но через 4 дня прекратилась. Аппетит оставался довольно хорошим. В параличных явлениях никакого изменения не было.

В половине октября некоторыми из товарищей ввиду крайне тягостного положения больного и ввиду данных, указывавших, что когда-то больной имел сифилис, предложено было попробовать впрыскивания Pepton-sublimat'a по $^1/_6$ gr. через день. Впрыскивания начаты были 17 октября, но можно было произвести их только три, потому что в состоянии больного произошла резкая перемена: у него чрезвычайно быстро стали прибавляться отеки. Ноги отекли до высшей степени, руки — тоже. Подкожная [жировая] клетчатка живота, спины и груди представляла тоже отек высшей степени; мошонка растянута до крайности. В лице отек был, но в значительно меньшей степени. Отек достиг таких размеров, что больной уж не мог лежать, должен был сидеть в кресле. Интересно, что асцита у больного не было. Живот был раздут газами. Общее состояние больного тоже резко ухудшилось. Пульс сделался очень слаб, аппетита никакого не было, мочи очень мало. Состояние психическое крайне вялое, апатичное, вполне индифферентное; наклонность к сонливости, особенно днем. Отеки увеличивались до первых чисел ноября. В то же время был без видимой причины легкий понос. В конце октября казалось, что больной должен умереть на днях: явилось задержание мочи (на один день, впрочем), судорожные подергивания в мышцах шеи. Однако, к счастью, после этого неожиданно стало наступать улучшение.

В первых числах ноября отек стал как будто поменьше; в то же время больной стал охотно пить молоко, и пользовавший его врач воспользовался этим, чтобы назначить молочное лечение, которое и удалось применить. Отеки стали исчезать довольно быстро при увеличенном количестве мочи, и к 20 ноября отеки оставались только в ступнях и голенях. Молоко больной стал пить в большом количестве — стаканов 15 в день. С этого времени общее состояние его стало видимо поправляться. Он сам стал поживее, пульс полнее, паретические явления стали значительно меньше. Они равномерно уменьшились в руках и ногах, но так как в ногах парезы были сильнее, то руки поправились раньше, чем ноги.

К концу декабря руки больного поправились настолько, что он уже мог писать; в руках оставалась только небольшая слабость мышц кисти и пальцев, и никакой резкой разницы между силой разгибателей и сгибателей не было заметно. В ногах все движения стали возможны, хотя мышцы стопы и пальцев все еще были слабы и разгибатели слабее сгибателей. Контрактура стала меньше. Боли при сдавлении мышц стали гораздо меньше, а в руках совсем исчезли. В конце декабря отек оставался только в небольшой степени в ступнях. Плевритический экссудат начал всасываться. В дальнейшем течении продолжало идти улучшение. Мышцы рук стали вскоре порядочно сильны, причем правая рука была слабее левой. Мышцы ног все более укреплялись, и полнели, однако и в марте все еще оставалась порядочная слабость в ногах, особенно в левой ноге. Легкая контрактура еще держалась в правой ноге (при движениях колена этой ноги слышался небольшой треск). Мышцы стали полнее, болезненность при сдавлении исчезла. Электросократительность, однако, не появлялась еще в мышцах ног, а в руках была очень понижена, так что едва выносимый ток вызывал только очень небольшие сокращения.

Со стороны психической перемены шли медленнее. Правда, больной стал живее, повеселее, но память его все оставалась крайне расстроенною относительно недавнего, так что психическое состояние все продолжало быть похоже на то, какое было в июле 1884 г. Впрочем, больной стал покойнее по ночам, стал спать хорошо, плаксивости не было.

Во все время болезни поллюции и эрекции у больного не было, хотя о половых потребностях больной говорил довольно часто.

В мае 1885 г. больному стало опять немного похуже. По-видимому, ему пришлось в день своего рождения выпить вина больше, чем он обыкновенно пил. На другой же день он стал как-то тоскливее, беспокойнее, стал жаловаться на головную боль; несколько ночей не спал. Потом это удалось, и он пришел в относительно спокойное состояние, но все-таки стал мрачнее прежнего, чаще вздыхал, больше молился.

С июля особенно стало заметно изменение в настроении больного, именно явилось особенное религиозное настроение: больной при всяком слове говорил какие-нибудь молитвенные слова, часто крестился, напевал псалмы. В разговорах говорил о том, что он грешник и должен свои грехи отмаливать; при этом, впрочем, не было особенной тоскливости, а было только монотонное повторение фраз о том и другом грехе, в котором он считал нужным каяться. Это религиозное настроение проникало довольно последовательно во все проявления душевной жизни больного: в разговор, поступки. Он крестился, отказывался в некоторые дни от скоромной пищи, отказывал себе в некоторых удовольствиях и т. д. Память все продолжала оставаться в том же состоянии, т. е. больной сейчас же позабывал те представления, которые исчезли с глаз.

Умственный кругозор стал очень узок; суждения его стали крайне односторонними, не соответствовали прежней степени интеллекта. Больной разговаривал очень неохотно, равнодушно относился к приходу знакомых и приятелей. Апатия. При этом высказывал противодействие всякой перемене в своей обстановке, не слушая никаких убеждений, ни за что не соглашался переехать на дачу, брать ванны, протестовал против электризаций. Слабоумие стало крайне резко заметно. Упадок умственных сил продолжался до марта 1886 г., когда бронхит усилился и он, ослабев, скончался 17 марта.

В этом случае у больного, значительно злоупотреблявшего спиртными напитками и у которого были уже некоторые признаки хронического алкоголизма, после ничтожного повода развились симптомы как со стороны психической сферы, так и со стороны физической. Со стороны психической дело началось с вялости, апатии, меланхолического настроения и глубокого упадка памяти. Со стороны физической сначала была только слабость в нижних конечностях, потом явился небольшой отек и парез мышц голени. Сухожильные рефлексы исчезли. Боли были небольшие. Затем болезнь усиливалась, причем ухудшение шло скачками и совпадало с ухудшением общего состояния организма и появлением осложнений со стороны грудных органов. Таким образом, в течение нескольких месяцев болезнь достигла высшей точки своего развития, причем был паралич нижних конечностей, парез верхних, атрофия мышц и уничтожение электросократительности, слабое расстройство чувствительности. Замечательное явление составлял в этом случае громадный отек подкожной [жировой] клетчатки во всем теле. Достигнув высшей точки развития, болезнь стала уменьшаться: отеки исчезли, и парезы уменьшались. Однако психическая сфера не улучшилась: память оставалась резко расстроенною и, кроме того, явились признаки глубокого слабоумия. В последний год болезнь оставалась стационарной, не представляя наклонности к улучшению.

Болезнь носила характер полуострого (почти хронического) восходящего атрофического паралича с глубоким расстройством психической деятельности. По громадности отеков она очень напоминала описываемые случаи beri-beri [90]. Но ввиду того, что этой

болезни у нас нет, а те самые изменения, которые лежат в основе beri-beri, бывают и при алкогольном параличе, я и счел возможным допустить, что одним из главных условий для развития болезни у этого больного, кроме общего предрасположения, был хронический алкоголизм. Другой причины для развития болезни у него решительно не было, разве только можно предположить развитие какого-нибудь яда внутри самого организма. Но это было бы уже очень смелое, почти ни на чем не основанное предположение.

* *
*

II. Расстройство психической деятельности в формах, выше описанных, встречается не при одном только алкогольном параличе. Мы встречаемся с такой же спутанностью, с такими же особенностями расстройства памяти и при различных органических заболеваниях головного мозга — опухолях, кровоизлияниях, при травмах головы, при старческом слабоумии и т. п. Правда, в группировке симптомов всегда есть при этих формах некоторые отличительные черты, но тем не менее в общем психическое расстройство, присоединяющееся иногда к этим страданиям головного мозга, имеет много общего с тем, что́ мы наблюдаем при алкогольном параличе. Это и понятно: как при алкогольном параличе, так и при органических болезнях головного мозга психическое расстройство зависит от глубокого нарушения питания в одном и том же органе — в коре полушарий, и потому симптомы должны быть в значительной степени сходны. Тем не менее смешивать эти симптомы нельзя уже потому, что как развитие болезни, так и соединение симптомов психического расстройства с определенными физическими симптомами при алкогольном параличе представляют большие отличия от органических страданий головного мозга. Характерными признаками для расстройства при алкогольном параличе является соединение психического расстройства с целым рядом признаков, характеризующих множественный неврит, т. е. своеобразное распределение парезов в конечностях, парестезии, анестезии, боли самостоятельные и при сдавлении мышц, отеки и потеря сухожильных рефлексов. Степень, в которой проявляются все эти физические симптомы при существовании данного психического расстройства, бывает очень различна. Иногда физические симптомы чрезвычайно резко выражены, так что выступают на первый план, оставляя в тени психическое расстройство. Иногда, наоборот, психическое расстройство чрезвычайно выражено, а физические симптомы сведены до минимума и могут остаться незамеченными; в таких случаях дело ограничивается только небольшой слабостью в ногах, похуданием мышц, легкими отеками в ступнях и изменением пателлярных рефлексов. Этот последний признак — изменение пателлярных рефлексов — один из самых драгоценных во многих случаях, когда симптомы паралича не резки, когда существуют основания думать, что слабость в ко-

нечностях не есть паретическая слабость, а есть выражение общего упадка сил; тогда исследование пателлярных рефлексов, их исчезновение или крайнее ослабление может указать на то, что, кроме общей слабости, есть еще процесс — множественный дегенеративный неврит. Этим же отличается расстройство психической деятельности при алкогольном параличе от тех функциональных расстройств головного мозга, происхождение которых приписывается истощению головного мозга. По совокупности психических симптомов эти формы иногда могут быть сходны с тем, что́ мы описали для психозов при алкогольном параличе; но если при этом не будет признаков расстройства периферических нервов, их в большинстве случаев нельзя смешивать. Итак, соединение психического расстройства с симптомами множественного неврита, выраженного в большей или меньшей степени, является характерным для симптоматологии расстройств психической сферы при алкогольном параличе. Это соединение замечено было, как мы говорили, многими авторами.

Естественно возникал вопрос, в каком отношении находятся друг к другу эти две группы явлений, т. е. психическое расстройство и симптомы множественного неврита? Большинство авторов, как Фишер, Левенфельд, Штрюмпель и др., считают это соединение почти случайным, т. е. считают психическое расстройство за самостоятельное выражение алкоголизма и связывают его именно с алкоголизмом, а не с множественным невритом. Однако Мюллер при описании своего случая множественного дегенеративного неврита указывает на то, что связь между психическим расстройством и множественным невритом может быть более тесная. Хотя он относительно своего случая и высказывается, что в нем «расстройство психической деятельности достаточно объясняется старческим возрастом больной, так же как алкоголизмом и предшествовавшим ревматизмом», однако указывает и на то, что вообще совпадение множественного неврита с психическим расстройством наблюдалось. Так, «Жоффруа и Грэнджер Стюарт наблюдали каждый по одному случаю с резко выраженным слабоумием. В одном наблюдении Лейдена перед появлением множественного неврита в продолжение двух лет были своеобразные припадки потери сознания. Дено и Пьере описывают приступы потемнения сознания, явившиеся к концу остро развившегося множественного неврита.

С другой стороны, клиницисты легко могли заметить, что совершенно аналогичное психическое расстройство может быть не только при алкогольных параличах, т. е. при алкоголизме, но и при самых разнообразных условиях, могущих вызвать множественный неврит: после тифа, после оспы, при различных хронических интоксикациях (мышьяк, сероуглерод и т. д.); наконец, психическими симптомами иногда сопровождается и та эндемическая форма множественного неврита, которая известна под именем beri-beri. Все это указывало на то, что интересующее нас психическое расстройство находится в связи не только с алкоголизмом,

но и вообще со всякими условиями, могущими вызвать множественный неврит. Правда, в большинстве случаев при этом связь между психическими и физическими симптомами не отмечалась рельефно и потому не останавливала на себе внимания клиницистов; но тем не менее она есть, и всего яснее она доказывается теми случаями множественного неврита, которые не связаны с интоксикациями. В случаях интоксикационных невритов можно ведь всегда предполагать, что это случайное соединение; но если мы увидим, что совершенно такое же психическое расстройство развивается при множественном неврите не прямо интоксикационном, то можно будет сказать, что связь между ним и множественным невритом более тесная, что обе эти группы явлений составляют две стороны выражения одной и той же болезни.

На возможность такого соотношения намекал, как мы сказали, Мюллер. Я надеюсь, что некоторые виденные мною случаи поставят это соотношение вне всякого сомнения. Случаи множественного неврита, которые я сейчас приведу, не находились в связи с введением какого-нибудь яда, а первый из них развился даже без всякого предшествующего истощения организма, которым бы, пожалуй, можно было тоже в некоторых случаях объяснить появление психических расстройств как случайное выражение истощения.

Наблюдение 4. Больная — замужняя женщина 28 лет. Анамнез таков: наследственное невропатическое расположение; у одной из сестер есть явления, указывающие на наследственный сифилис. Несколько лет назад перелом patellae, не сросшийся, так что больная хромала. Вышла замуж 25 лет. Первого ребенка родила на первом году после замужества — 8-месячного, мертвого. Во время второй беременности, предшествовавшей настоящей болезни, больная очень береглась, чтобы выкидыш не повторился. Под конец беременности ей предписано было лежать в постели. Больная жаловалась на ломящие боли в ногах и крестце; ноги несколько отекли и ослабели. Все это приписывалось беременности и довольно полному сложению больной. 3 октября она родила недоношенного ребенка (8-месячного); движения ребенка прекратились дня за три до этого, так что ребенок умер еще в полости матки. При родах кровотечение было небольшое. После родов первое время была довольно покойна, но всю ночь не спала, а посылала узнавать, не беспокоится ли ребенок (она не знала, что он мертвый). На другой день, ей, однако, это сообщили; она приняла это как-то слишком спокойно, спросила только, окрестили ли его, и, получив удовлетворительный ответ, больше не спрашивала. На следующий день, т. е. 6 [октября], жаловалась на боли, особенно в левой ноге, а к вечеру явилось вдруг необыкновенно сильное чувство страха (панфобия), боязнь смерти, беспокойство; в то же время жаловалась на сильные боли в крестце, в ногах и руках. Возбуждение продолжалось всю ночь, но потом стихло. Но с того времени стало заметно ослабление памяти, неясность сознания. Боли все усиливались в ногах, так что больная кричала от болей. 10 октября были поставлены 3 пиявки к копчиковой кости без всякого эффекта; 12 [октября] стала жаловаться на онемение в руках и ногах, можно было заметить парез m. extens[or] cruris utriusque. К вечеру — тоска, сильный страх. Сна совсем нет. 13 [октября возникло] задержание мочи, [сделана] катетеризация [мочевого пузыря]; запор. 14 [октября жаловалась на] очень сильные режущие боли в конечностях; моча задерживается. 16 октября появилась резь в отверстии мочеиспускательного канала, частый позыв на мочеиспускание; но не может вывести мочу. 17 [октября наблюдали] судорожные подергивания в ногах, вечером —

в руках; опоясывающие боли. 19[октября]: сознание все хуже, капризы, крики; боли в разных частях тела, подергивания [мышц]; сидеть еще может, 20 [октября развилось] маниакальное возбуждение с галлюцинациями, спутанностью сознания. Сильный пот. 21 [октября] были припадки удушья и сердцебиения; [больная] повторяет одни и те же вопросы. Парез аддукторов бедра и левой стопы. 22 [октября]: моча выводится свободно. Ночью рвало желчью. Сидеть не может. 23—24 [октября] [испытывала] чувство сжатия в горле; [продолжались] подергивания [мышц], похожие на хореические, в руках. 25—26 [октября были] головная боль, кратковременное расстройство речи, судорожные подергивания в лице.

27 октября 1880 г., когда я в первый раз увидел больную, я нашел следующее. Это была женщина порядочного сложения, полная. Из симптомов на первом плане было расстройство психической деятельности. Больная лежит в совершенно темной комнате, так как всякий свет ее раздражает. Когда я вошел, она вдруг испугалась, начала пристально вглядываться, говорить: «Кто это, кто это... нет, я не знаю... кто это?». Ей сказали. Она все продолжала вглядываться. Ей припомнили, что я лечил ее двоюродную сестру. Она как будто не поняла, ничего не припомнила и продолжала говорить, обращаясь к мужу: «Ваня, это Иван Яковлевич? Да, да, это Иван Яковлевич». Через минуту опять начинает спрашивать то же самое: «Кто это? Это Иван Яковлевич?». Опять всматривается. Потом вдруг вскрикивает от боли и начинает бранить сердобольных, которые ей подкладывали за $^1/_4$ часа до этого судно: «Ваня, прогони их; как они мучили меня, ломали, не давай им меня, Ваня, не давай, не давай, не давай...» (громко кричит и плачет). Потом замолчала, а через минуту взглянула на меня, опять повторяет: «Кто это?» и т. д. Вдруг вскрикивает: «Ваня, Ваня! Вынь у меня из руки булавку, тут что-то есть». Ей сказали, что вынули, — успокоилась. Через несколько секунд опять крик: «Ваня, Ваня, что это у меня в щеке — нарыв, нарыв, ух как больно!» Когда ей напомнили о ребенке, зарыдала: «У меня отняли второго, отняли подлецы, мерзавцы». Но плач продолжался недолго — явилась новая мысль, быстро сосредоточившая на себе все внимание больной. Только что мы вышли из комнаты, она потребовала к себе с криком: «Что такое у меня в сердце? Ах, какой ужас у меня в сердце!» Двух слов достаточно, и мысль о сердце исчезает совсем из памяти. Так продолжается целый день: каждая боль, какое-нибудь новое ощущение сразу вызывает у нее страх, крайнее беспокойство, крик. Она кричит, что умирает, не отпускает мужа. Несмотря, однако, на интенсивность психической реакции, которой сопровождается всякое ощущение, оно не оставляет долгого следа: стоит отвлечь внимание, и оно исчезает, хоть новое ощущение в том же роде снова вызывает такую же интенсивную психическую реакцию. Вследствие этого психическая жизнь больной находится постоянно в подчинении какой-нибудь одной интенсивной идее, но эти идеи постоянно меняются; большею частью эти идеи неприятного свойства, и материалом для них служат болевые ощущения, которые существуют у больной.

В то же время у больной заметна некоторая спутанность сознания, представления о людях у нее перемешиваются. Память глубоко расстроена: хотя больная и помнит бо́льшую часть фактов, но очень неясно. Вопросы она повторяет постоянно, не помня, что уже она их делала. Ответы, которые, ей дают, как будто не оставляют никакого следа в ее сознании. Ночью бессонница: в это время возбуждение и страх достигают высшей степени особенно, если боли в конечностях очень сильны.

Со стороны физической на первом плане стоят боли. Больная постоянно жалуется на боли в той или другой части тела (в ногах, руках, туловище и лице). Боли эти то жгучие, то режущие, то дергающие; то иногда является ощущение постороннего тела, приложенного к коже. Боли эти отчасти постоянные, небольшие; отчасти моментальные, заставляющие больную вскрикивать. При исследовании оказывается, что кожа нигде не болезненна, кроме правой ягодицы, где находится поверхностный струп; но давление на мышцы и на нервные стволы вызывает резкие боли в стопе, голенях, бедрах и предплечьях. В спине боль при давлении невелика: чувствительны преимущественно верхние грудные позвонки. Кроме болей, больная жалует-

ся на какое-то неприятное чувство в пальцах рук: «Там песок, насыпано что-то», — постоянно повторяет она. Анестезия и аналгезия заметны на внутренней и передней стороне бедер и по внутренней стороне голени (область нервов поясничного сплетения). В других местах, если есть анестезия, то она гораздо меньше. По-видимому, кожа нижней части живота менее чувствительна, чем верхней. В области нервов поясничного сплетения чувствительность настолько понижена, что больная иногда совсем не чувствует прикосновения.

Кроме того, существует расстройство движений. Больная лежит постоянно с разведенными ногами. Свести бедра активно не может, развести может. Пассивно сдвинуть бедра можно, но они потом опять раздвигаются. Ротаторные движения бедра внутрь и кнаружи совершаются, но слабо. Согнуть в колене ноги больная может немного, разогнуть тоже.

Почти нет движений пальцами ног, стопы повернуты подошвою кнутри. Таким образом, в ногах вполне парализованы mm. adductores, gracilis и pectineus; неполный паралич в mm. quadriceps femoris, sartorius, semitendinos [us], semimembran[osus], biceps femoris; мышцы glutaei, quadratus lumbor[um], gemelli действуют слабее нормального, так же как и [m.] iliopsoas. Мышцы голени действуют едва заметно. Сидеть больная не может. Сама не может поворачиваться. Мышцы живота действуют слабо. Руками производит все движения, но сила сгибания рук очень невелика.

Сухожильные рефлексы отсутствуют, кожные есть. По временам бывают судорожные явления: они являются в мышцах рук и лица. Начинается подергивание, вроде гримасы, в лице и дергание рукою, имеющее такой вид, точно больная от чего-то отмахивается. При этом сознание иногда затемняется, иногда больная резко вскрикивает. Иногда затемнение сознания бывает и помимо судорог; при этом иногда бывают галлюцинации зрения. Иной раз бывают припадки удушья и сердцебиения с интенсивными ощущениями страха смерти. Фотофобия очень резкая.

Моча очень темна, сахара и белка не содержит, теперь выводится самостоятельно. В сердце небольшой анемический шум, пульс около 120 в минуту. Температура все время нормальна. Аппетит есть; запор.

Дальнейшее течение болезни было такое. Больная несколько дней оставалась все в таком же состоянии, но судорожные явления стали уменьшаться и к 1 ноября совсем исчезли. Анестезия в области поясничного сплетения тоже стала меньше выражена. Психическое состояние было крайне однообразно: постоянные крики, страхи, плач. Повторение одних и тех же жалоб и вопросов. Очень слабая способность припоминать. Мочу иногда приходится выпускать катетером; она светла. 31 октября замечено, что правая нога наклонна принимать положение, согнутое в колене. Пассивное разгибание вызывает боль под коленом. Позывы на моч[еиспускание] и испражнение остаются очень долго после катетеризации и послабления. Левая рука слабее прежнего. 1 ноября [больная] несколько более может владеть собой, не так много кричит. Моча испускается катетером. [Жалуется на] боль в груди, руках и ногах. 2[ноября] парез левой руки усилился, поражены особенно разгибатели кисти и пальцев. [Чувствует] боль в спине, шее и нижней челюсти, зуд в промежности. Анестезии почти не заметно. 3[ноября] левая рука еще более ослабела. [Продолжает жаловаться на] боль в нижней челюсти, чувство сдавления в груди. Глотает не совсем хорошо. Исследование электросократительности [мышц] (крайне болезненное и мучительное для больной) показало, что в мышцах ног фарадическая сократительность уничтожена. В левой руке разгибатели слабее сокращаются, чем в правой. В руках заметна анестезия пальцев. 4[ноября] боли в нижней челюсти и в шее [беспокоят] меньше. Мочится сама. Глотает хорошо. 6 [ноября стала] несколько лучше поворачиваться, [ведет себя] спокойнее, сон [стал] лучше. Контрактура правой ноги установилась. 7 [ноября жалуется на] чувство сдавления в груди и удушье. Диафрагма работает, живот вздут. 8[ноября—] бессонница, опять задержание мочи, постоянная отрыжка. 10 [ноября сохраняется] сильное вздутие живота, постоянная отрыжка. 11 [ноября отмечены] параличи в той же степени, легкое изменение чувствительности (ощущение, что что-то лежит между прикасающимся телом и кожей) доходит до шеи.

12 [ноября беспокоит] головная боль и [наблюдали] судорожные подергивания в лице; мочилась сама. 14 [ноября заметны] хореоподобные движения в руках, являются приступами. Остальные явления также [сохраняются]. 15 [ноября сохраняется] отрыжка, [появилась] икота непрерывная. [По-прежнему жалуется на] чувство сдавления в груди и животе. [Отмечено] монотонное ипохондрическое настроение, капризы. Память очень плоха. Сегодня опять [вы]пускали мочу катетером. В руках бывают движения, похожие частью на хореические, частью на атетоз. Гальваническая реакция в мышцах ног отсутствует, в руках есть. Реакции перерождения незаметно. Движения в левой руке стали лучше. Заметно похудание мышц нижних конечностей. 16 [ноября начались] регулы. 18 [ноября] замечено активное движение аддукторов бедра. 23[ноября] регулы прекратились. Психическое состояние то же; [продолжаются] отрыжка и икота. Вздутие живота [сохраняется], жалоб на боли в ногах и руках [стало] меньше. Но при поворачивании и давлении на мышцы болезненность очень велика. 25[ноября] движения в руке [стали] лучше. Атрофия заметна и в мышцах рук, особенно в mm. interossei. В ногах похудание мышц идет быстро. Сама больная [ведет себя] покойнее, но остается тоскливое ипохондрическое настроение. Страх перед началом каждого нового дела [сохраняется]. Боится начать есть, потому что «в животе будет хуже», боится мочиться, потому что «боль в мочевом пузыре будет». Перемена белья вызывает всегда беспокойство и крики. Спит все плохо. 26—30 [ноября] атрофия увеличивается: в руках [она] заметна в mm. interossei, extens[or] carpi ulnaris, в [областях] thenar, hypothenar. В ногах мышцы дряблы. По временам бывает еще задержание мочи. 1 декабря замечено, что при альтернативе m. tibialis anticus сокращается. Движения в руках улучшаются. 7 [декабря] появилась сократительность в [mm.] extensor digitor[um] commun[is] обеих ног. Моча иногда задерживается. 10 [декабря больная] говорит, что не чувствовала, как выходят испражнения. 11[декабря] чувствительность в ногах [стала] больше. 20—31 [декабря] в бедрах вместо анестезии [отмечена] резко выраженная гипералгезия. Контрактура в колене менее [выражена]. Психическое состояние [стало] покойнее, но крайне монотонно. Все внимание сосредоточено на различных субъективных ощущениях.

К 1 января 1881 г. состояние было такое. В ногах — полный паралич мышц, двигающих пальцами и стопою. В коленях возможны небольшое сгибание и разгибание. В тазобедренном суставе небольшие движения возможны. В правом колене — контрактура сгибателей. Мышцы атрофированы. Сухожильные рефлексы отсутствуют. Электросократительность [мышц] от гальванического тока есть, только незначительная в mm. extensor digitor[um] commun[is], extensor hallucis и tibialis anticus. Осязательная чувствительность понижена на подошвах и на пальцах ног. На бедрах и голени — гипералгезия. Давление на мышцы и нервы крайне болезненно. В руках — парез мышц кисти, преимущественно межкостных мышц, значительная атрофия их, вследствие чего резко выраженная main en griffe[91], особенно на левой руке. На предплечье мышцы дряблы, сокращения [их] от индукционного тока есть, но болезненны. В пальцах рук чувств[ует] ползания мурашек, покалывания иголок, ощущение, «точно они перебинтованы»; [отмечена] небольшая анестезия. В туловище — парез мышц спины и живота; [больная] живот немного напрягает, но слабо. Большею частью он вздут. Запор; послабления происходят через 5—6 дней и от от Ol. ricini; часто не чувствует, как выходят испражнения; моча все еще часто [вы]пускается катетером. Пульс 88 в минуту. Субъективных ощущений очень много, особенно мучат больную боли в руках и ногах: боли стреляющие, рвущие, тянущие. При перемене положения — сильнейшие боли во всех членах. При глотании — боль в стороне пищевода и ощущение «точно пища останавливается». Испытывает постоянное ощущение сдавления в груди «точно пуды лежат». [Беспокоит] постоянная отрыжка и икота, в животе — боль. Позывы на мочеиспускание часты, но моча не идет. В психическом отношении [отмечена] крайняя степень раздражительной слабости: больная легко приходит в состояние бешеной злости, главным образом это бывает после всяких переворачиваний, перемены белья — очевидно, боль вызывает в ней сильное раздражение. Содержание мыслей крайне однообразное. Хотя она теперь вос-

принимает все представления правильно и отчасти запоминает их, но смешивает их во времени: не помнит, были ли они день назад или много месяцев. Время своей болезни не помнит. Сон большею частью хорош, но [больная] не сознается, что спит. Принимает Chinin[um] hydrobrom[icum]. [Назначены] электризация рук и ног и ароматические ванны.

В течение января состояние немного улучшилось. К концу января больную можно было посадить (конечно, опираясь на подушки). Психическое состояние то же, по временам приступы несдержанной злости. Анестезия в ногах [стала] меньше, гипералгезия [—] больше. Часто гальванизация становится невозможной вследствие болей. Иногда после гальванизации бывают головокружения.

В феврале улучшение продолжалось. Боли вообще стали меньше, хотя все-таки очень сильны; переворачивание не так болезненно. В ногах — гипералгезия. При прикосновении холодным предметом чувство холода ощущает не только в месте прикосновения, но и вверх и вниз. Движения руками [стали] значительно лучше. С 5 февраля к катетеру не прибегали. Психическое состояние — лучше: хотя приступы раздражительного гнева бывают, но не так часто. Круг мыслей [стал] пошире, с больной можно разговаривать о различных вещах, кроме ее болезни. Суждения правильны, хотя односторонни. Память слаба: факты помнит, но локализировать их во времени не может. Не представляет себе всей картины болезни, живет только данной минутой и не хочет верить, что ее состояние было еще хуже. Контрактура в коленях исчезла. Из новых симптомов появился отек в ступнях. Регулы правильны.

В течение марта 1881 г. улучшение продолжалось. Боли [беспокоят] меньше, [непроизвольные] движения в руках [выражены] значительно меньше; отрыжек, изжог нет. Психическое состояние такое: приступы гневного раздражения бывают реже. Иногда [больная] бывает весела — смеется, охотно разговаривает; но после всякого значительного передвижения, которое очень болезненно, является приступ гнева, злобы: ругает всех окружающих, на подходящих близко плюет, бросает [в них] подушки, старается укусить. Такой приступ продолжается от $^1/_2$ до 2 часов. При этом [больная] часто говорит, что удавится цепочкою от креста. После прекращения приступа [она] делается покойнее, но мышление все-таки крайне монотонно и односторонне: почти исключительно говорит про свои болезненные ощущения, других интересов нет. Память стала лучше, но все еще очень плоха: не помнит, был ли данный факт вчера или 3 мес назад; забыла, что нога была согнута. Соображение [стало] лучше, но сдержанности никакой нет. Эгоизм очень развит: ей нет дела ни до кого, ни до чего.

В апреле и мае движения в руках стали лучше. В правой руке движения свободны; в левой «гриф» еще резко заметен. В ногах движения [возможны] немного обширнее. Мышцы все еще очень худы. [Больная] лучше сидит, может лежать на боку. Давление на мышцы очень болезненно. Живот менее вздут. Отрыжка менее [выражена]. Жалобы на стеснение в горле и в груди те же. Боли не так сильны, но парестезии сильны. [Сохраняется] ипохондрическое монотонное настроение, по временам — вспышки злобного гнева. Были сделаны прижигания вдоль позвоночника термокаутером, но больную это так взволновало (лишило сна), что более двух раз [их] не делали. 26 мая состояние больной было настолько лучше, что ее можно было перевезти на дачу, правда, в очень удобной повозке.

На даче в течение июня, июля и половины августа поправление шло гораздо скорее. Боли почти исчезли; самостоятельных болей почти нет, а боли при давлении на мышцы [стали] гораздо меньше. Больную можно свободно перекладывать и пересаживать. Сидеть [она] может без всякой поддержки, может двигать туловищем вперед и назад. Руки довольно хорошо действуют, так что больная может писать; похудание в руках почти незаметно. В ногах движений [стало] значительно больше. Ягодичные мышцы работают довольно сильно. В коленях ноги сгибаются и разгибаются порядочно (правая нога лучше левой). В правой ноге заметно небольшое сгибание и разгибание стопы. В левой действуют только икроножные мышцы. Мышцы ног все еще худы. Pes equinus. Анестезии нет. Прежней гипералгезии на бедрах

тоже нет. Парестезии еще есть. Жалобы на сдавление в груди [высказывает] менее. Отрыжка и чувство удушья меньше [стали]. Запоры небольшие, мочится сама. Со стороны психической — более спокойное отношение к окружающему, круг интересов [стал] больше, рассудительности и сдержанности — значительно больше. Но ипохондрическое настроение остается. Помнит факты, но время не помнит: я не видал больную более 2 мес., а ей кажется, что только неделю.

Затем больная была отправлена в Ялту, где лечилась электричеством, ваннами и массажем. Состояние ее понемногу улучшалось.

Осенью 1884 г. она приехала в Москву в несравненно лучшем состоянии. Никаких болей уже не было, движения рук были совершенно хороши; руки сильно пополнели. Движения в ногах все еще недостаточны. Больная может передвигаться только опираясь крепко на обе руки, да и то [лишь на] несколько шагов. Хотя бедра и голени пополнели чрезмерно, но сила мышц еще не вполне восстановилась: слабее всего m. rectus femoris; кроме того, мышцы стопы еще слабы. Стопы находятся в состоянии pes equinus; они еще очень худы сравнительно с голенями и бедрами. Психическая сторона больной [стала] несравненно лучше: кругозор больше, интересов больше. Она любит общество, говорит много, но все-таки видно, что умственных сил у нее меньше, чем было в нормальном состоянии. Сосредоточиться на чтении не может, серьезных интересов [нет] никаких. Память стала много лучше, но локализация во времени все еще не вполне хорошая, хотя много лучше.

В апреле 1885 г. движения в стопе стали лучше; больная могла более ходить (опираясь на обе руки), но pes equinus все еще оставалась. Пателлярные рефлексы явились снова. Больная снова уехала в Ялту, и я более не видал ее, хотя по получаемым известиям улучшение все еще продолжается.

Итак, в этом случае после родов мертвым, несколько разложившимся ребенком, через 2—3 дня развились симптомы как со стороны психической, так и со стороны физической. Со стороны психической симптомы сначала выражались довольно бурно: панфобией, возбуждением, спутанностью, галлюцинациями, бессонницей; затем возбуждение стало стихать, но развилось очень характерное расстройство памяти относительно недавнего и особенно расстройство памяти времени. Вместе с этим были резко выраженные симптомы раздражительной слабости в психической сфере.

Параллельно с этим развивались и физические симптомы — параличи в конечностях, сначала в нижних, потом в верхних. Параличные явления развивались в восходящем направлении; были поражены и мышцы туловища и отчасти мочевой пузырь (задержание мочи). На короткое время было расстроено глотание и речь. Паралич был более выражен в экстензорах конечностей, чем во флексорах. Он сопровождался чрезвычайно сильными болями, гипералгезией кожи и мышц и небольшой анестезией. Мышцы были атрофированы и потеряли электросократительность. Была контрактура сгибателей. Начавшись остро, протекая вначале как полуострый восходящий паралич, болезнь, дойдя до высшей точки своей, стала уменьшаться и приняла хроническое течение с наклонностью к выздоровлению.

Мне кажется, нельзя сомневаться, что физические симптомы у этой больной объясняются существованием множественного неврита. По крайней мере более характерный случай трудно найти.

Между тем мы видели, что психическое расстройство в нем развивалось совершенно параллельно с физическими симптомами: никак уже нельзя было сказать, что психическое расстройство есть осложнение множественного неврита; все течение болезни указывало на то, что оно и явления неврита суть две стороны одной и той же болезни, две группы симптомов, обязанные своим происхождением одной и той же болезнетворной причине. В чем заключалась эта болезнетворная причина? Тут не было ни интоксикации, ни даже общего истощения, ни какого-нибудь лихорадочного процесса; единственное условие, на котором невольно приходилось останавливаться, было пребывание в матке больной разложившегося плода. Может быть, развивающиеся при разложении вредные продукты (птомаины?) могли быть причиною болезни в данном случае и, как очевидно, эта болезнетворная причина одновременно вызвала поражение периферических нервов и психической сферы (а может быть, также и спинного мозга). При этом поражение психической сферы, как мы видели, было совершенно своеобразное и очень характерное, близкое по своей картине к тому, которое мы описали при алкогольных параличах.

Наблюдение 5. Больная 22 лет. Анамнез: больная из невропатической семьи, до замужества была всегда здорова. По выходе замуж вскоре забеременела, перенесла беременность хорошо, только ноги отекли в последние 2 мес (белка [в моче] не было). 26 августа 1885 г. родила здорового ребенка. Было задержание последа, который был вынут довольно поздно. Вслед за этим явилась септическая лихорадка (температура — 40—40,5 °[C]). Лихорадочное состояние продолжалось весь сентябрь. В октябре можно было прощупать параметрический экссудат. В конце октября через задний проход выходила гнойная масса. В самых последних числах октября (при продолжавшейся еще повышенной температуре) явились рвоты, очень упорные. Больная очень ослабела. 1 ноября был резко выраженный бред. В первых же числах ноября двоилось в глазах; затем развился парез рук и ног, на который, впрочем, не было обращено внимания, так как состояние больной было крайне тяжелое. Пульс был около 200 в минуту, а 11 ноября [он] был неправильный, интермиттирующий, так что ждали смерти. В то же время сознание было затуманено, был бред, полная забывчивость. Были сильнейшие боли в конечностях, от которых больная вскрикивала; задержание мочи (катетер), моча очень красна. После 11 ноября состояние больной стало улучшаться: температура стала ниже (38,5 °[C]), пульс стал правильнее и реже. Однако спутанность сознания, галлюцинации зрения, бред все продолжались. К декабрю, впрочем, психическое состояние улучшилось в том отношении, что бред был только исключительно ночью; днем бреда не было, но было заметно резкое ослабление памяти: больная тотчас же забывала, что́ происходило перед ее глазами. Ноги были совершенно неподвижны, руки почти совершенно парализованы. Боли чрезвычайно сильны, особенно по ночам. В конце ноября начала развиваться атрофия в мышцах рук и ног, которая все прогрессировала. В декабре же стал появляться иногда отек в ступнях и тыле кистей рук. В течение января температура стала гораздо лучше, изредка подниматься за 38 °[C], большею частью была 37,5 °[C]. Гной выделялся иногда с испражнениями, но в полости таза гинекологи уже не находили ничего патологического. Силы больной улучшались, вместе с этим улучшалось и психическое состояние. Бред по ночам стал редкий и стал носить другой характер: больная говорила как бы в сомнамбулическом сне и, будучи с закрытыми глазами, как бы спящая, могла отвечать на вопросы окружающих. Память становилась лучше; больная значительно больше удерживала в памяти. Боли в ногах оставались еще очень сильные, но движения в руках стали значительно лучше.

Я видел больную только один раз и нашел следующее. Паралич в ногах почти полный: может чуть-чуть отводить бедра, сближать их не может. Ноги вытянуты в коленях, согнуть их не может. Ступни вытянуты, свод стопы больше, чем в нормальном состоянии. Пальцы флексированы к подошве. В левой ноге pes equino-varus. В голеностопных суставах пассивные движения ограничены сильно натянутым ахилловым сухожилием. В колене контрактур нет, но пассивные движения крайне болезненны. Мышцы чрезвычайно атрофированы, механической и электрической возбудимости нет вовсе. Рефлексов пателлярных и кожных нет. [Отмечена] чрезвычайная болезненность при давлении на мышцы и на нервы. Больная ужасно боится всякого неосторожного прикосновения к ногам. Иногда бывают самостоятельные боли в ступнях; ломящие, дергающие, стреляющие. Бывают они приступами, чаще всего по ночам. Во время этих болей является тягостное, крайне раздражительное душевное настроение. Анестезия, неполная, впрочем, заметна на подошве и на стопе; выше к туловищу она исчезает. В руках возможны движения в плече и локте, хотя очень слабые: кисти рук отвисли, экстензоры кисти и пальцев на обеих руках совсем не действуют. Супинация и пронация совершаются, но в ничтожных размерах. Из движений пальцами существует только небольшое сгибание большого и указательного пальцев, небольшое отведение указательного пальца (только 3 дня, как это движение явилось). Атрофия в мышцах резко выражена, механической и электрической сократительности нет. Давление на мышцы и нервы крайне болезненно, пассивные движения чрезвычайно болезненны, так что больная с ужасом смотрит, когда дотрагиваются до ее руки. Парестезии — чувство связанности пальцев, чувство ползания мурашек, чувство покалывания и т. д. Сидеть больная не может, даже с поддержкой. Мускулы спины слабы. Давление на мускулы туловища вызывает сильную боль, точно так же, как давление на грудную часть позвоночника. Мочится произвольно, но после мочеиспускания остается часто очень долго чувство жжения в области мочеиспускательного канала.

Больная решительно не может выносить сильного света, громкого разговора — это ее крайне волнует. Со стороны психической во время моего посещения явления были уже не очень сильны: больная совершенно ясно сознавала окружающее, сознавала свое положение, отвечала на вопросы охотно. Но, однако, память ее представляет резкие дефекты; хотя она бóльшую часть фактов помнит и даже вспоминает то, чтó было в самый тяжелый период ее болезни, но сама вспоминать их может только с трудом. Почти всегда нужно наводить ее на воспоминание, при этом иногда больная сначала совершенно отрицает, что помнит тот или другой факт, а потом он вдруг возникает в ее сознании со всеми подробностями. Лучше всего больная помнит лица и вообще зрительные впечатления, хуже всего — время; когда что было решительно не помнит, не представляет ясно, сколько времени она больна. Нарушение памяти касается только недавнего. Давнее, бывшее до болезни, она все помнит, а то, чтó было перед началом болезни, и течение самой болезни не помнит, хотя, как я уже сказал, теперь некоторые эпизоды из этого темного для нее периода вдруг вспоминаются верно. Большею частью настроение больной довольно индиферентное; она любит, чтобы около нее сидели, особенно муж. Иногда, впрочем, бывают периоды общей раздраженности: она не выносит никакого звука, плачет, приходит в отчаяние. По вечерам вообще она беспокойнее; иногда вечером нападает безотчетный страх, иногда при этом вдруг представления начинают путаться, и она говорит вздор, вроде того, что горничная выходит за турецкого пашу и т. п. Иногда при этом вдруг начинает петь, после этого засыпает и утром частью помнит, что было ночью, частью позабывает. Иногда этого нет, а больная как будто спит, но отвечает монотонным голосом на вопросы, которые ей делают. Однако в это время она спит, и нужно употребить усилие, чтобы ее разбудить.

Общее состояние больной удовлетворительное. Ест хорошо, запоров нет. В груди в порядке все. Пульс 120 в минуту, маленький. Температура все иногда поднимается до 37,7 °[С], что, вероятно, еще указывает на продолжение процесса в полости таза.

Больше я больную не видал, но по сведениям, которые я имел, состояние здоровья ее все улучшалось. Память почти восстановилась к июню 1886 г.; боли стали гораздо меньше, движения рук стали улучшаться.

В этом случае множественный неврит развился также вслед за послеродовым процессом, но здесь ему предшествовали гнойный параметрит и пиемия. По истечении более 2 мес начался множественный неврит; сначала явилась рвота, затем психическое расстройство в виде спутанности сознания, страха, иллюзии, возбуждения, особенно по ночам. Вскоре к этому присоединились резко выраженные физические симптомы — парез нижних и верхних конечностей, глубокая атрофия мышц, характерная гипералгезия. Болезнь после 3-недельного полуострого развития остановилась и перешла в длительное хроническое течение, причем психические симптомы шли параллельно с физическими. И в этом случае не остается сомнения, что одна и та же болезнетворная причина вызвала психические симптомы и симптомы множественного неврита; и всего вероятнее, причина этого лежала в предшествовавшей пиемии. Если мы обратим внимание на характер психического расстройства, то и в нем заметим те характерные черты, которые мы отметили для психического расстройства при алкогольном параличе — начальный период спутанности [сознания], страх, иллюзии, затем спутанность с глубоким расстройством памяти, затем поправление со значительным ограничением умственного кругозора и высокою степенью раздражительной слабости. Нечего говорить, что злоупотребления алкогольными напитками здесь не было (больная пила вино только в тяжелое время болезни как лекарство).

Наблюдение 6. Больная 28 лет, замужняя, бездетная. Больная вина не употребляет, но происходит из семьи, в которой много пьяниц. Много лет, как изредка повторяются припадки с характером эпилептическим. Несколько лет назад была больна сифилисом (язвы и roseola). Больная пользовалась хорошим здоровьем до октября 1884 г. Была женщина полная, веселая, работающая (портниха). 17 октября 1884 г. [возникла] сильная боль во всем животе, особенно внизу. Температура поднялась до 40,2 °[C]. В продолжение нескольких дней температура все держалась за 40 °[C], затем в течение ноября месяца была между 39 °[C] и 40 °[C], в декабре спустилась ниже 39 °[C], в течение января 1885 г. редко переходила за 38 °[C], но иногда переходила.

Болезнь сначала определялась как воспаление в матке. Через неделю после начала болезни явилась сильная рвота, не уступавшая никаким лекарствам. Ввиду всех этих симптомов врачи, видевшие больную, смотрели на ее болезнь весьма различно. Одни говорили, что она беременна и простудилась; другие — что она беременна, но неправильно, т. е. что у нее внематочная беременность; третьи считали, что у нее вообще воспаление брюшины. Большинство, впрочем, склонялось к тому, что у нее гнойник в полости таза и лихорадка пиемическая. Как бы то ни было, сущности болезни ясно себе не представляли, тем более, что каждый из врачей-гинекологов видел ее по одному разу, а лечил больную фельдшер. Для успокоения рвоты и болей он делал больной впрыскивания морфия, иногда до $^1/_2$ gr. 2 раза в день; для укрепления давалось вино. В декабре, как мы сказали, лихорадочное состояние стало поменьше, но больная, которая до этого могла ходить, в половине декабря стала слабее на ноги, сделалась очень раздражительна, не могла спать по ночам. В конце декабря слабость в ногах настолько усилилась, что больная с трудом передвигалась, а в начале января 1885 г.

совсем слегла в постель. Паралич ног все увеличивался, сделался почти полным; в них явились чрезвычайно сильные боли. В половине января резко ослабели и руки, и больная резко похудела. В то же время у нее стало сводить ноги в коленях, развились резко выраженные контрактуры.

Параллельно с параличными явлениями развивалось и расстройство психической деятельности. Сначала, в половине декабря, явились раздражительность, нетерпеливость, полная бессонница. Затем больная сделалась крайне ажитированною, особенно вечером и ночью: она делалась крайне требовательна, кричала, звала к себе, просила сделать ей впрыскивание морфия, жалуясь преимущественно на боли в ногах; при этом возражений никаких она не слушала, как будто бы эти возражения совсем не относились к ней. Воспринимала все как-то тупо, упрямилась, говорила не своим голосом. Мало-помалу сознание стало очень путаться, явилось глубокое расстройство памяти; больная постоянно заблуждалась в отношении места и времени, уверяла, что она куда-то разъезжает, видится с знакомыми. По временам воображала себя в каких-то собраниях, пела, хохотала. К вечеру обыкновенно настроение резко менялось: она делалась ажитированной, постоянно звала мужа, ругала его, обвиняла в неверности. Рыдала, приходила в исступление. Часто при этом бывали иллюзии, галлюцинации зрения и ошибки воспоминания. Ночи большею частью проводила без сна, засыпала часа на 3 только под утро.

Рвота прекратилась у больной в конце декабря. С развитием всех вышеописанных явлений она вообще очень ослабела; пульс сделался мал и част, иногда затруднялось дыхание. Больная ела очень мало. В половине января появился небольшой пролежень. Регулы не являлись от начала болезни.

Я увидал ее в первый раз 12 февраля 1885 г. и нашел ее в таком состоянии. Больная — крайне исхудалая женщина с очень бледным лицом, со слегка желтоватым оттенком кожи. Слизистые оболочки очень бледны. Постоянно лежит в постели. Ноги сведены в коленях. Разогнуть их вполне нельзя вследствие напряжения мышц сгибающих; если разгибать далее известного предела, то больная кричит от боли. Движения ногами очень слабы: едва заметное сгибание пальцев ног и сгибание стопы. Разгибание абсолютно невозможно. Движения в коленном суставе более обширны, хотя также очень слабы. В тазобедренном суставе посильнее. Мышцы очень дряблы, худы; икры, точно мешки. Сдавление мышц крайне болезненно. При постукивании молоточком по мышцам голени сокращения в них появляются очень слабые. Электросократительность в mm. extens[or] digit[orum] comm[unis] и extens[or] hallucis глубоко изменена: от индукционного тока сокращения не получаются (при едва выносимом больною токе); от гальванического же получаются сокращения довольно живые при 4 мА как при AS, так и при KS. Нужно заметить, что в руках ток такой же силы сокращения не вызывает. Пателлярных рефлексов нет, кожные — с подошвы — есть. Руки очень слабы, но все-таки много сильнее ног. Кисти рук слабее других частей, резкой разницы между параличом сгибателей и разгибателей нет. Параличей мышц туловища, языка, лица, глазных мышц нет. Дышит больная очень часто, 30 дыханий в минуту; диафрагма работает слабо. Чувствительность, по-видимому, несколько притуплена, но больная все-таки в большинстве случаев узнает, когда прикасаются к ней, даже на подошвах. Ввиду психического состояния больной трудно определить степень поражения чувствительности. Во всяком случае чувствительность расстроена гораздо менее, чем движения. Чувство температуры тоже не очень расстроено: на подошвах различает разницы в $1^1/_2$ °[R], а на кистях рук — менее 1 °R. Кроме небольшой анестезии, у больной существует резко выраженная гипералгезия кожи и мышц. При сдавлении мышц нижних и верхних конечностей больная кричит от боли. Пассивные движения тоже очень болезненны. Прикосновение к коже стопы очень болезненно. Кроме того, больная постоянно жалуется на холод в ступнях, старательно кутает их. По временам жалуется на самостоятельные боли в ногах большею частью ноющего характера. Мочевой пузырь функционирует правильно. Пульс 140 в минуту, правильный, но очень слабый.

Психическое состояние резко изменено. Когда подойдешь к ней, она сначала отвечает правильно, кое-что припоминает из своей болезни, высказывает довольно правильные суждения относительно разных обстоятельств. Но чем дальше говорить с ней, тем все больше и больше начинает она путать: говорит, что она теперь здорова, что недавно ездила в город за покупками, покупала себе бурнус[92], который будто бы лежит в соседней комнате; на дороге встретила знакомого, тот звал ее на бал — она хочет ехать, хочет танцевать. Память глубоко расстроена; если, поговоривши с ней полчаса, уйти от нее, а через 5 минут опять прийти, она не помнит, что уже видела это лицо. Смешивает знакомых лиц одних с другими, хотя, впрочем, часто вначале и определяет правильно, кто именно пришел к ней. Когда остается одна, то есть она в хорошем настроении духа, поет песни, улыбается, хохочет. Иногда настроение резко меняется; она вдруг делается беспокойна, на нее нападает страх, она требует, чтобы кто-нибудь сидел около нее; иногда кричит, что сейчас свалится с постели и расшибется. Иногда возбуждение доходит до неистовства. Обыкновенно состояние ухудшается к вечеру, тут являются страх и галлюцинации зрения; больной представляются различные рожи, звери. Она требует, чтобы их искали, хочет сама вставать; когда ее удерживают — ругается. Так проходит большая часть ночи; только под утро больная засыпает, а проснувшись, решительно ничего не помнит, что́ было ночью.

Кроме всех этих явлений, у больной был мною замечен плевритический экссудат на левой стороне, неизвестно когда появившийся. По исследованию гинекологов в полости таза оставалась какая-то опухоль, которую одни толковали как параметрический экссудат, другие — как внематочную беременность. Температура все по временам повышалась до 38,5 °[C].

Дальнейшее течение было такое. Наркотические [средства] (впрыскивания морфия и большие дозы хлорала) были постепенно оставлены. Больная первое время совсем не спала, сильно кричала, но затем стала покойнее. Уже в марте 1885 г. она стала меньше путать, стала правильнее относиться к людям, не стала петь днем, стала лучше запоминать. В апреле в течение дня она уже могла хорошо разговаривать, память была хороша. Только по ночам появлялись беспокойство, страх, нетерпеливость и иногда галлюцинации. Наконец и это прошло, так что в мае больная с психической стороны стала совершенно здорова, только бессонница оставалась, да и то главным образом вследствие того, что ночью являлись особенно сильные боли в ногах. Физическое состояние ее улучшалось значительно медленнее. В первое время, т. е. в феврале, состояние ее даже ухудшалось: гипералгезия увеличивалась, самостоятельные боли по ночам сделались очень мучительны; также увеличилась контрактура в коленях. В марте также постепенно развивалось неправильное положение стопы: развилась pes equinus, и пальцы приняли положение когтя. Нужно, впрочем, отметить, что степень неправильности этого положения постоянно менялась: то она была очень велика, то слаба; особенно усиливало эту неправильность влияние внешнего холода. Впоследствии иногда случалось замечать, что изменение в положении пальцев развивается на глазах: пальцы то сгибаются, то несколько разгибаются, стопа то больше скрючится, то меньше; эти изменения развивались непроизвольно и несколько напоминали движения при атетозе. Лихорадочное состояние хотя становилось меньше, но все еще не прекращалось. Плевритический экссудат исчез только к маю. Руки улучшались быстрее, к лету они уже были почти здоровы. Впрочем, к лету и ноги стали уже поправляться: движения в бедрах и коленях стали обширнее, бедра стали немного полнеть.

Летом можно было перевезти больную из Москвы, и я с тех пор не видал ее; по сведениям, которые я имею, улучшение постепенно прогрессировало, и в течение зимы 1885—86 гг. больная стала ходить, хотя ступни все еще оставались очень слабы. Со стороны психической, кроме явлений раздражительной слабости, ничего не оставалось.

В этом случае картина болезни очень походила на описанную в 5-м наблюдении: также вслед за каким-то заболеванием в поло-

сти таза, заболеванием, соединенным с высокой лихорадкой, явилась упорная рвота (которая, впрочем, в этом случае продолжалась очень долго), а затем развилась классическая картина множественного неврита. Параллельно с невритическими явлениями развивалось расстройство психической деятельности. Оно так походило на то, что мне случалось видеть при алкогольных параличах, что я старательно допытывался узнать, употребляет ли она вино или нет. Однако мне удалось только узнать, что в семье ее действительно много пьяниц, отец и мать сильно пили. Сама больная употребляла прежде вино, но уже 6 лет, как совсем ничего не пьет. Во время болезни действительно давали портвейн, но только по предписанию врача. Правда, кроме алкогольной интоксикации, здесь могла быть интоксикация морфием, но как бы то ни было, если это и имело влияние на развитие болезни. все-таки как психические симптомы, так и физические (неврит) развились параллельно, и, вероятно, от действия одной и той же болезнетворной причины.

Наблюдение 7. Больная А., девица 19 лет. Поступила в мою лечебницу 23 января 1886 г. (приезжая из К.) с таким описанием болезни, подписанным видевшим ее местным врачом.

«В начале 1885 г. упала во время танцев. С тех пор регулы стали запаздывать в своем появлении, иногда бывали болезненны. В начале августа, ради шутки, сразу спустили на землю поднятую доску весов, на которой стояла больная. Она почувствовала сильный толчок болезненным ощущением в животе и с трудом дошла до своей постели. Через день она встала и, по-видимому, последствия падения перестали ее беспокоить. Около половины августа она вышла потная из церкви, не одевшись; было прохладно. Вскоре за этим почувствовала сильный озноб и жар; слегла в постель. Лихорадочное состояние, по-видимому, скоро прошло, но у больной осталась упорная и постоянная рвота, вызывавшаяся каждым введением пищи, часто и без него. Чувствуя сильную слабость, больная скоро совсем слегла в постель. В сентябре я видел ее раз на консилиуме, на котором предложил пользующему врачу, между прочим, исследовать и мочу; по его словам, было найдено много белка. Лечение он вел сильное, изменяющее. Во второй раз я видел больную в конце октября. Рвота попрежнему продолжалась. Больная представляла сильную степень исхудания; мышц почти не было. не говоря уже о подкожном жировом слое. Она лежала в постели, была немного апатична, но не обнаруживала никаких расстройств в психической сфере. Еще ранее, на консилиуме, была указана возможность связи болезней с половою сферою, со стороны которой были и тогда некоторые явления, именно: прекращение регул с половины августа, бели, чувствительность при давлении на живот. Так[ие] явления представлялись и в конце октября; в особенности была сильно выражена боль в животе, до которого нельзя было дотронуться, не вызывая сильной боли. Приглашенная женщина-врач нашла значительные изменения в матке (endometritis catarrhalis) с увеличением и расширением полости ее. Лечение, направленное против этих изменений, сразу остановило рвоту. При помощи горьких [лекарственных] средств восстановился аппетит, больная успокоилась, и боль в животе стала проходить. Около 26 ноября у больной вдруг сделался приступ психического возбуждения, выразившийся беспокойством, бессонницей, бредом. Было задержание мочи. Это совпало с намазыванием Collod[ium] cantharid[inis] места на животе величиною в серебряный рубль.

Меня поражало при осмотре то обстоятельство, что, несмотря на хороший аппетит, она попрежнему была худа, попрежнему с резко атрофированными мышцами. Тут же при исследовании больной обнаружена контрактура в коленях (под прямым углом). Задержание мочи продолжалось

7 дней. Такое же время продолжалось и сильное психическое возбуждение. Затем она успокоилась: стала спать, совершенно правильно рассуждала; только по временам можно было заметить, что ее интересуют вещи, мало связующиеся с ее положением и возрастом. Около 20 декабря опять повторился приступ сильного психического возбуждения, сопровождавшийся бессонницей, но при отсутствии явлений со стороны мочевых органов. В настоящее время больная спокойна, ест и спит хорошо, правильно отвечает на вопросы; хорошо помнит, что происходит вокруг нее».

Мнение докторов, пользовавших больную, было различное. Вначале допускалось страдание почек; потом белка в моче не находили, и все объясняли расстройством половой сферы. Затем остановились на[мнении о] страдании головного мозга, и, наконец, на [мнении о] страдании спинного мозга.

К сообщенным сведениям удалось добавить еще следующее: «Больная совершенно перестала вставать с начала ноября. В ноябре же начали развиваться и контрактуры. Приступ беспокойства развивался так: 26 ноября были сильные боли в животе, она голосила, кричала, стала ругать Спасителя. То же продолжалось и на другой день — ругала Спасителя, приподнималась на постели, но ногами не могла двигать. Через два дня хуление бога прекратилось. После этого стало развиваться слабоумие. Часто говорила сама с обой, возбуждение бывало около периода, когда должны быть регулы, [но] которых нет с августа. Галлюцинации зрения были, хотя мало, видела «божество». Вина не пила. Никакими острыми болезнями, кроме описанной, не страдала. Была довольно полна. При лечении употребляла и морфий, и вино. В течение болезни были и б о л и, именно в декабре и январе. Больная сильно жаловалась на чрезвычайно сильную болезненность под ногтями: дотронуться до них было больно. В последнее время болезненность стала уменьшаться, и [в] последнюю неделю ее почти совсем нет».

S t a t u s p r a e s e n s 23 января 1886 г. Больная лежит в постели. Лицо немного одутловатое, хотя исхудалое. Все тело представляет признаки сильного похудания; похудание распространяется и на мышцы, и на подкожный жировой слой. Сознание больной довольно смутно; умственный кругозор очень ограничен. Когда к ней подходят, она здоровается, как будто давно знакома; иногда она и говорит, что знакома, называет какое-нибудь имя и отчество, говорит, что видала [этого человека] прежде, давно. Лицом делает гримасы — то зажмурит глаза, то закатывает их кверху; руками производит разные движения — то поднимает их кверху, то выворачивает руки, перебирает пальцами. Лицом делает умильную физиономию, часто берет руку, целует (очень любит целоваться). Просьбу сделать то или другое исполняет не всегда; иногда исполняет, но неумело. [Если] попросить [ее] показать язык — раскроет рот во всю ширину и долго держит высунутым язык, несмотря на то, что говоришь ей, что пора его спрятать. То смеется сама с собой, то плачет; но и смех, и слезы имеют характер самый поверхностный. Сама не может сказать, отчего у нее настроение плаксивое или смешливое. Иногда говорит особенным дурачливым жаргоном. По-видимому, мало отдает себе отчет, где она, что с ней; по крайней мере активно она не отдает себе в этом отчета. На вопросы же отвечает иногда довольно правильно, что она больна, заболела в августе. Но иногда вдруг говорит, что ей нужно ходить, хочет встать; но когда ей напомнят, что ноги ее плохи, скажет: «Действительно, стали опять плохи»; через несколько времени опять повторяет то же. Вообще часто повторяет одно и то же, хотя иногда вспоминает многие вещи хорошо. Но ясного представления о времени, о событиях, об их связи, пространстве решительно нет. Вопросов «зачем» и «почему» совсем нет. Ответы большею частью короткие, иногда правильные, иногда совсем не соответствующие. Иногда вовсе не отвечает, а только кривит лицо какой-нибудь гримасой и закатывает глаза кверху. Это продолжается и тогда, когда остается одна. При этом иногда, впрочем, начинает разговаривать тихо, как будто с кем-то разговаривая. Разговоры эти состоят из набора слов. Вот образец разговора: «А я умею тоже говорить по-польски» (смеется, кривит лицо, жмурит глаза, закатывает их кверху). «То же, — ну, что же, приходите... и я приду» (руки поднимает кверху, пе-

ребирает пальцами). На вопрос: «Знаете меня?» — «Знаю, как не знать». — «Где вы меня видели?» — «В Херсоне». — «Когда?» — «Я знаю, когда... Видела, вы Иван Иваныч». — «Да вы разве бывали в Херсоне?» — «Была, я знаю когда». — «Зачем?» — «Я знаю зачем». — «Когда вы сюда приехали?».— «Приехала, сюда приехала, приехала, приехала». — «Вы откуда приехали?»— «Из К. приехала, из К. приехала, в Москву приехала» (хохочет потихоньку, что-то шепчет). — «Зачем приехали?» — «В гости, погостить» — «Давно ли вы здесь?»—«Давно приехала».—«А вы не лечиться [ли] приехали?» — «Не лечиться, — лечиться». — «Что у вас болит?» — «Зубы болят, нет не болят, ножки болят». — «А они двигаются?». — «Двигаются хорошо». — «Попробуйте» (пробует). — «Ну, вот не двигаются, опять не двигаются, прежде было, опять стали не двигаться» (говорит равнодушно, смеется с глупым видом).— «Давно вы больны?»—«Именины были, и уехала в Москву». — «А сначала что было?» — «Сначала постилась, что съем — то назад, шесть недель». — «Отчего?» — «Постилась, живот болел». — «Где?» (показывает под ложечкой). — «А низ живота?» — «Болел, Александра Филипповна говорила, говорила; докторша... в августе, да...». Потом потихоньку одна говорит сама с собою, вертит голову, руки, шепчет: «богородица, святители» и т. д.

По-видимому, по временам бывают галлюцинации зрения и слуха; при этом видит или злых духов, или святых. Оставшись одна, больная или лежит молча, закатив глаза кверху, или шепчет, причем смысла в словах ее никакого нет; это просто набор слов, имен святых и т. д.

Со стороны физической состояние такое. Больная постоянно лежит в постели, так как обе ноги сведены в коленях. Контрактура под острым углом около 60°. Выпрямить далее 60° не может. Пассивному разгибанию представляется сильное сопротивление со стороны сгибателей голени. Если делать разгибание далее, то является сильная боль. В тазобедренном суставе пассивные движения возможны вполне. В голеностопном тоже довольно свободны, хотя небольшая ригидность в ахилловом сухожилии существует. При обыкновенном положении ступни подошва представляется несколько более вогнутой, чем в нормальном состоянии. Пальцы не представляют ригидности, положение их слегка согнутое. Активные движения возможны в тазобедренном и голеностопном суставах, и разгибание далее 60° невозможно. Сила всех движений значительно ослаблена, хотя полного паралича нет ни в одной мышце. Всего слабее сила в [m.] extensor cruris. Мышцы стопы и пальцев действуют, хотя сила также ослаблена. Мышечная сила в руках тоже ослаблена во всех мышцах равномерно. Сила сжимания кисти очень невелика, на динамометре не дает почти никакого отклонения указателя. Сидеть больная может, хотя, по-видимому, скоро устает и предпочитает лежать. Брюшные мышцы работают, но сила их небольшая. Голову держит прямо. В мышцах лица параличей незаметно. Движения глаз совершаются во все стороны. Иногда при движении глаз вверх заметен легкий нистагм. Язык не дрожит; глотание правильно, но иногда после глотания являются движения, похожие на тошнотные. Диафрагма действует нормально. Питание мышц очень расстроено. Все мышцы дряблы, худы; особенно резкое похудание в нижних конечностях, где многие мышцы представляются резко атрофированными. Наиболее похудели [mm.] rectus femoris, vastus internus, vastus externus, gastrocnem[ius], extens[or] digitor[um] commun[is] и extensor hallucis. В руках похудание мышц очень большое, но совершенно равномерное [(табл. 1)]. Похудание на обеих сторонах почти равномерно, хотя немного более оно выражено в правой руке и левой ноге.

Сократительность от индукционного тока вполне хороша во всех мышцах верхних конечностей, в лице и туловище. Совершенно иное в нижних конечностях. Сокращения от индукционного тока вызываются легко во всех mm. glutaei и в мышцах стопы, не исключая и [mm.] interossei. В мышцах, сгибающих и разгибающих бедра, а также в икроножных, mm. peronei, extensor digit[orum] commun[is], extens[or] hallucis и tibialis anticus сокращения от индукционного тока не получаются. В тех мышцах, в которых нет сокращений от индукционного тока, их нет и от гальванического даже при 20 мА. В mm. glutaei сокращения вызываются при 8 мА (катод раньше анода), а в мышцах ступни — при 7 мА (тоже катод раньше анода). В мыш-

[Таблица 1]. [Длины окружностей конечностей больной А., см]

Часть конечности и уровень измерения	Правая		Левая	
	при поступлении	при выходе	при поступлении	при выходе
Antebrachium у мыщелка	124	150	130	145
Antebrachium у локтя	175	243	178	235
Середина плеча	165	260	168	260
Середина бедра	235	440	230	435
Середина икры	209	300	202	290
Подъем стопы	200	240	200	230

цах верхних конечностей сокращения вызываются при 2,5 мА почти одинаково катодом и анодом.

Чувствительность везде сохранена. Хотя, ввиду психического состояния, исследование всех видов чувствительности невозможно, но все-таки можно убедиться, что всякое прикосновение больная чувствует в руках и ногах. Тепловые ощущения тоже различает; болевые раздражения вызывают боль. Индукционный ток вызывает боль, хотя не очень сильную; гальванический ток вызывает боль довольно сильную, так что исследование очень сильными токами невозможно. При исследовании болевого чувства получается впечатление, что проведение болевых ощущений замедлено.

На самостоятельные боли жалоб нет. При давлении на мышцы бедра и икроножные вызывается порядочная боль, по-видимому, значительно бо́льшая, чем при давлении на мышцы верхних конечностей; впрочем, судить о степени этой боли приходится по выражению лица и стону больной, а не по ее словам. Кожные рефлексы сохранены. Пателлярные рефлексы отсутствуют. Механическая возбудимость в мышцах как верхних, так и нижних конечностей существует. Отека в ногах нет, но лицо, слегка припухлое, как будто отекшее. Ступни большею частью холодные, влажные. На кистях тоже холодный пот.

Речь довольно ясная, только больная немного картавит. Аппетит порядочный. Иногда — тошнотные движения. Живот втянут. При давлении на живот боль в подвздошной области. Моча идет свободно, но иногда больная мочится под себя. Один раз пустила стул под себя. Пульс 135, очень слабый, изредка перебои. Тоны сердца слабы, чисты. Кашель небольшой. Объективное исследование не показывает ничего ненормального. Вес [(масса тела)] 35 650 г. Температура 37 °[C].

24 [января] не спала ночью, говорила много, пела молитвы, говорила, что она богородица, крестилась. Днем довольно спокойна, целуется. Мышление очень вяло; сама ничего не говорит; на вопросы отвечает ужимками, гримасами, закатыванием глаз. Температура 37,4° [C], вечером температура 37 °[C]; 25 [января] спала 4 часа. Ела порядочно. Лежит, мало говоря; выражение лица мало осмысленное; часто повторяет одни и те же слова; смотрит в одну точку, закатывает глаза вверх. Температура утром 36,4 °[C], вечером 37,4 °[C]. 26 [января] спала 5 часов. Ела хорошо. Слабило в кровати. Мочи 700 см³: белка и сахара нет, ацетона тоже нет (реакция с нитропруссид[ом] натрия). Температура утром 37,2 °[C], вечером 37,6 °[C]. Говорит мало, целуется. Спустила ноги с кровати, как будто желая ходить. 27 [января] не спала. Была несколько беспокойна, галлюцинировала, хотела вскакивать с постели. Днем поспокойнее; но когда пришла мать, расплакалась. Небольшая катаральная ангина. Температура утром 37,8 °[C], вечером 38,4 °[C]. 28 [января] ночью сильно беспокоилась, [были] страшные галлюцинации: ей представлялся сатана с огненными глазами — кричала страшно. С утра поспокойнее, но тоже [были] галлюцинации и смутное сознание. Прислугу принимает за что-то страшное.

Вот образец бреда: «Пошла ты... (к прислуге), как огнем жгет. Ай, ай... она задушит меня (молчит, потом говорит в сторону)... Да, как же... Убирайся вон, будет гвоздить (слышит стук в соседней комнате)... А может купеческая дочь (закатывает глаза кверху, руки складывает крестом)... Иисус бог, отец, творец, а ты только говоришь, вешаешь отца и мать на ветку... Страх..., то-то чудеса... Хорошо, ты говоришь... Собака... Я тебе дам, собака... Зась, зась, я тебе дам, зась... Через тебя я голос потеряла... Ты на квартире стояла у нас... Иисус хорош—еще бы. Ах, противный какой (как будто отвечает кому-то)... Татьяна и Евпраксия... 25 июля Олимпиада и Евпраксия... а ты кто? А голубые глаза у папаши, у Спасителя... прокляну?.. Я тебя скорее могу проклясть; ты глупый, на квартире у нас стоял, и ровен ты? Из деревни (вздыхает)... Убирайся вон (закатывает глаза)... Молчи ты... Верующие в Спасителя так не погибнут никогда, а ты только чепуху говоришь. О-лимпи-а-да... Небо-вос-пе-ва-тель-ница... (открывает широко рот, дышит напряженно)... Чего он там плюет? Нечего плевать, я может подороже тебя стою... дрянь какая... (хрипит, хочет откашлять мокроту)... Охрипла через это, через него... (таращит в ужасе глаза, руками хватается, трясет, указывает пальцем в пространство, говорит торопливо)... Смотрите — у... у... страшно, страшно... Крест Христов просвещает всех (крестит)... Да воскреснет бог! Бог-отец — земли творец... (указывает на сиделку)... Страшная, огненная... А... а (стонет, стучит зубами)... Лицо, как огонь... Лица огненные... (говорит молитвы; читает стихи религиозного содержания, несколько строк подряд) и т. д.».

Потом уснула. 4 часа спала. Слабило. Вечером [стала] поспокойнее; ангина меньше. Пульс 140. Температура утром 36,4 °[С], вечером 36,7 °[С]. 29 [января] ночью немного галлюцинирует. К утру спала 4 часа. Температура утром 37,9 °[С], вечером 37,9 °[С]. Пульс 128. Днем [была] спокойнее, не галлюцинирует, улыбается, кривляет лицо, разводит руками. Стыдливости мало: ноги и низ живота почти голые, и она не старается прикрыться. Памяти мало: имен совсем не помнит. Слабило. 30 [января] целует руки, 31-го то же.

Дальнейшее течение можно передать в общих чертах. Галлюцинации и возбуждение по ночам продолжались недолго; в течение февраля они уже исчезли, и больная впала в довольно монотонное состояние апатического слабоумия. Она почти ничего не говорила, хотя на вопросы отвечала; чаще всего лежала тихо с обращенными кверху глазами, с умильной улыбкой на лице. Решительно не могла сказать, где она, кто ее окружает. По ее представлению, она где-то в гостях. Окружающих людей называет именами своих знакомых. Не может запомнить по имени ни одного из присутствующих и живущих с ней вместе. Иногда глупо хохочет. Спать стала много. В марте явились регулы после долгого отсутствия; появление их сопровождается ажитацией, бессонницей. Опять явилось беспокойство по ночам; затем больная опять сделалась такой же благодушной, слабоумной, как прежде. Ела она хорошо. Пульс делался покрепче. Сама она постепенно прибывала в весе. В таком состоянии провела она март и апрель.

В апреле она стала слегка работать и называть по имени некоторых из служанок, хотя моего имени все еще не могла запомнить. Нужно заметить, что у больной все-таки нельзя было констатировать именно то расстройство памяти, которое характеризуется забвением решительно всего только что случившегося: она некоторые вещи могла запоминать, другие же сейчас позабывала. Но в общем все-таки ослабление памяти было очень резко.

В течение мая, июня и июля память, хотя понемногу, но все-таки улучшалась, хотя до самого августа больная не знала моего имени. Она стала восприимчивее к окружающему, стала больше обращать внимания на других больных и стала ориентироваться: сознала, что она в лечебнице; стала понемножку работать и читать, хотя скоро забывала прочитанное. Говорила, впрочем, мало и большей частью одни и те же стереотипные фразы. По-прежнему, она была спокойна, но только перед регулами делалась особенно впечатлительна, легко волновалась, жаловалась на тоску; иногда в это время бывали ощущения дурноты, чувство сдавления в груди и в горле. Всякое утомление, даже продолжительная прогулка в кресле на колесах, в эти периоды выражалось усилением нервных симптомов, иногда рвотой. Больная

очень полнела, в весе прибавилась очень значительно, но, по-видимому, полнота обусловливалась большим развитием жира, мышцы же восстановлялись медленно. Правда, еще в мае появилась электросократительность в мышцах нижних конечностей, но чрезвычайно слабая, и такою оставалась она до выхода больной из больницы. Сила в руках и ногах увеличилась, но все еще была невелика. Контрактуры уменьшились. Нистагм исчез еще в марте. Летом она брала соленые ванны и употребляла Sol. Fowleri.

В течение августа и сентября при лечении электричеством и легким массажем поправление пошло быстрее. Больная стала довольно хорошо запоминать; так что могла заучивать стихи, стала гораздо восприимчивее к окружающему, интересы стали шире, круг идей гораздо обширнее. Она стала рассуждать хорошо, так что родственники ее уверяли, что почти такая она была и здоровая. Во всяком случае, все-таки кругозор был узок и интересы не обширны. Кроме того, резко заметна была значительная утомляемость: после всякого сильного впечатления больная быстро утомлялась, и это выражалось у нее в ощущении неопределенного беспокойства и плохом сне.

Со стороны физической: 1) она значительно окрепла и пополнела. Вес [(масса)] тела при выходе был 76 610 г; следовательно, она прибавилась на 40 960 г. Объем конечностей очень увеличился, именно: [(см. табл. 1)]. 2) Сила мышц [стала] значительно больше, однако все еще она не достигла нормы, так же как и объем мышц. Электросократительность едва заметна. 3) Контрактуры в коленях стали гораздо меньше: при поступлении ноги были согнуты под углом в 60°, а при выходе — под углом в 110°, и увеличение угла все продолжалось. 4) Пателлярных рефлексов нет.

В таком состоянии больная вышла из лечебницы в сентябре 1886 г., и я уверен, что улучшение будет все продолжаться как со стороны психической, так и со стороны физической.

В этом случае диагноз болезни поставить было довольно трудно. В самом деле, болезнь началась какою-то болью в животе, затем явилась упорная рвота и затем при крайнем истощении явились психическое расстройство и контрактуры. При первом взгляде на больную легко было подумать, что она страдает истерией. В самом деле, было какое-то странное психическое состояние — то она скажет дельно, то путает, иногда хохочет, иногда плачет; при этом контрактуры без резко выраженных параличей. Однако при внимательном наблюдении легко было заметить, что психическое расстройство носит характер глубокого слабоумия и резко выраженной раздражительной слабости. Физические же симптомы совсем не соответствовали истерическим, так как пателлярных рефлексов не было; не было и электросократительности, и мышцы были очень худы, дряблы. Хотя в этом случае очень значительных болей и не было, но, зная, как часто даже самые тяжелые множественные невриты протекают без болей, я все-таки остановился на диагнозе множественного неврита у нашей больной и на предположении, что психическое расстройство вызвано тою же причиною, которая вызвала и множественный неврит.

* *
*

Аналогичные этому случаи, как мы сказали, есть и в литературе. О некоторых из них, как мы видели, упоминает Мюллер. Из случаев, им упоминаемых, мы отметим главным образом два: один Жоффруа и Дено и другой Грэнджера Стюарта.

Случай Жоффруа и Дено касался 33-летней туберкулезной женщины, у которой были частью параличи в нижних конечностях, особенно экстензоров, частью — расстройство координации движений. Была атрофия мышц, ослабление пателлярных рефлексов. Умственные способности были резко ослаблены. Микроскопическое исследование показало целость нервных центров и присутствие паренхиматозного неврита в нервах конечностей.

Случай Грэнджера Стюарта касался 31-летнего мужчины, у которого сначала явились боли в ногах, потом — в руках; [явилось] чувство ползания мурашек, ослабление чувствительности с замедлением проводимости болевых ощущений. Произвольные движения мышц стопы и кисти были очень ослаблены. Электросократительность [мышц] уменьшена. Давление на мышцы болезненно. Вместе с этим было резкое расстройство умственной сферы: вялость, сонливость, глубокое ослабление памяти. Смерть — от пневмонии. Микроскопическое исследование показало резко выраженные изменения в периферических нервах верхних и нижних конечностей. Кроме того, были и изменения в спинном мозгу (в голлевых и боковых столбах), на которые автор смотрит как на последовательные.

К этим случаям мы можем прибавить еще 4 случая.

Случай Фирордта. У больной 23 лет, туберкулезной и страдавшей сифилисом, развилась параплегия с резко выраженной гипералгезией, болями и анестезией. Пателлярных рефлексов не было. С течением времени развилась атрофия в нижних конечностях, а параличные явления распространились на мышцы верхних конечностей и туловища. (Смерть последовала при явлениях паралича диафрагмы.) Пульс учащен; температура нормальна. В последний период болезни явилась спутанность сознания; больная путала имена, позабыла, сколько времени она в больнице. При вскрытии констатирован множественный дегенеративный неврит.

Случай Роже. У человека 18 лет болезнь началась без видимой причины сильными болями в конечностях и гипералгезией; затем присоединились параличные явления, развивавшиеся в восходящем направлении. Через 6 нед от начала болезни присоединились новые симптомы — рвота, конвульсии и бред. Эти явления повторились опять через 2 нед. После уменьшились, хотя полного выздоровления не наступило.

Случай Ремака. Больная 30 лет заболела, по всей вероятности, ревматизмом. Через 3 мес после этого [возникли] невритические боли в конечностях, диплопия, чувство онемения в конечностях и парезы в ногах и руках. Параличи в конечностях носили резкий периферический характер. Пателлярных рефлексов не было. В пальцах рук были своеобразные судорожные явления, а в лице был заметен паралич обоих nn. facialis. В то же время при общем хорошем состоянии питания, при отсутствии лихорадочного состояния у больной заметно было изменение в психической сфере, выражавшееся в плаксивом, подавленном настроении, в безразличном отношении к окружающему и в значительном ослаблении памяти. Произношение с резкою запинкой напоминает несколько расстройство речи при прогрессивном параличе.

Случай Бука. Больной 34 лет. За 8 лет до настоящей болезни имел сифилис без последующих рецидивов. С февраля 1884 г. — чувство онемения в нижних конечностях; в июле походка стала неверная; сам больной сделался из спокойного и оживленного вял и печален; по временам делался очень странным, а в августе явились бредовые идеи. В то же время явились стреляющие боли в ногах. 20 августа — ptosis oculi dextri, зрачки равномерны. Мускулатура конечностей очень болезненна при давлении. Чувствительность кожи ослаблена снизу до колен. Параличные явления в конечностях были резко выражены; электросократительность уничтожена в мышцах стопы, голени, кисти и предплечья. Параличные явления и расстройство чувствительности постепенно распространялись с периферических отделов конечностей на более центральные. Мышцы туловища оставались не поражены. Мочевой пузырь и прямая кишка тоже не были расстроены. 7 сентября: pares. n. abducentis sin., 9-го — смерть. При вскрытии исследованы только периферические нервы верхних и нижних конечностей. Микроскоп показал расширение и переполнение сосудов perineurii и всевозможные степени де-

генерации нервных волокон с умножением ядер. В крупных стволах перерождены были только некоторые волокна. Дегенеративные изменения в мышцах.

Хотя в этих случаях, собранных нами в литературе, расстройство психической деятельности описано очень коротко, но зато в некоторых [из них] присутствие множественного неврита доказано вскрытием, и если их присоединить к нашим 4 случаям, то мне кажется, что этого будет достаточно, чтобы прийти к заключению, что в некоторых случаях та болезнь, которая известна под именем множественного неврита, сопровождается психическим расстройством, если этот неврит и неалкогольного происхождения.

Мы нарочно описали подробно наши 4 случая, так как в них особенно резко бросается в глаза, что физические симптомы множественного неврита и психическое расстройство развиваются параллельно, и притом во всех случаях решительно не было данных предполагать хроническую интоксикацию алкоголем. Если вино и другие наркотические [средства] и употреблялись, то уже во время болезни; следовательно, происхождение болезни вряд ли можно было приписать им. Пожалуй, можно бы еще сказать, что в некоторых из этих случаев к симптомам множественного неврита присоединился бред от истощения (или лихорадочного состояния), так как 3 из наших больных были действительно очень ослаблены в период развития множественного неврита и лихорадки, но первая больная (наблюдение 4) вовсе не была истощена, напротив, она была в полном здоровье; лихорадочного состояния тоже не было у нее ни одного дня. Таким образом, остается одно принять, что психическое расстройство составляло такой же симптом болезни, как и параличи, боли и т. д.; другими словами, что та болезнь, которую мы привыкли называть множественным невритом, в этих случаях выражалась двумя группами симптомов со стороны нервной системы, из которых одну составляли симптомы собственно множественного неврита, а другую — психическое расстройство.

Спрашивается, в каком взаимном отношении находятся эти две группы симптомов? Нельзя ли как-нибудь объяснить психическое расстройство как последовательное вслед за невритом [?] Например, нельзя ли думать, что вследствие болей, сопровождающих неврит (рефлекторным путем), расстраивается кровообращение в головном мозгу, и таким образом развивается психоз [?] Но против этого предположения говорит то, что во многих случаях именно психозом и открывается серия нервных симптомов, а боли являются уже впоследствии. Таким образом, остается одно признать, что при той болезни, которая называется множественным невритом, может расстроиться психическая деятельность так же первично, как могут расстроиться периферические нервы. Другими словами, болезнетворная причина, вызывающая «множественный неврит», может поразить различные отделы нервной системы как центры, так и периферические нервы; и смотря по тому, где она локализуется, будут или симптомы со стороны периферече-

ских нервов, т. е. симптомы собственно неврита, или симптомы со стороны головного мозга — психическое расстройство. Припомним, что к этому же выводу пришли в настоящее время и те невропатологи, которые занимались вопросом об отношении заболевания спинного мозга к множественному неврите. Именно, ввиду того, что существуют случаи множественного неврита с несомненными, хотя и не эквивалентными изменениями в спинном мозгу (случай Эйзенлора и Оппенгейма) [93], нужно полагать, как особенно резко высказал Штрюмпель, что болезнетворная причина, вызывающая множественный неврит, хотя всего чаще поражает периферические нервы, но во многих случаях может поразить и центры. А так как эта болезнетворная причина почти для всех так называемых множественных невритов есть влияние на организм какого-нибудь вредного вещества, т. е. или яда в тесном смысле слова, или миазмы, или, наконец, яда, развивающегося в самом организме (множественные невриты после утомления — Гирта), то становится понятным, каким образом может эта болезнетворная причина иметь такое распространенное влияние на нервную систему.

После всего сказанного, мне кажется, мы имеем основание допустить, что психическое расстройство во многих случаях является как одна группа симптомов той болезни, которую называют множественным невритом. Одну группу симптомов этой болезни составляют собственно невритические симптомы, другую — расстройство психической деятельности. Правда, последнее бывает не всегда при множественном неврите, но все-таки довольно часто, а при происхождении множественного неврита в зависимости от некоторых этиологических моментов — даже почти всегда. К таким этиологическим моментам принадлежит алкоголизм; и действительно, множественные невриты алкогольного происхождения сопровождаются всегда бо́льшим или меньшим расстройством психической деятельности. Затем очень часто сопровождаются ими, как мы видели, некоторые поражения в полости живота или таза; какого рода эти поражения, мы не можем сказать, но что при них развивается какой-нибудь яд, поражающий нервную систему, это мне кажется вполне вероятным. Да, впрочем, и почти все другие этиологические моменты, могущие вызвать множественный неврит, могут вызвать вместе с этим и психические расстройства. Начнем хоть с настоящих ядов: при мышьяковых параличах, которые тоже мы имеем право причислять к невритическим, могут быть психические изменения. Правда, они не часты и не достигают той степени, как при алкогольных, но все-таки они бывают: выражается психическое расстройство при мышьяковых параличах после острого отравления или в виде галлюцинаторной спутанности в начале болезни (вроде delirium tremens), или в виде резко выраженной раздражительной слабости. При параличах вследствие хронического отравления мышьяком Кирхгассер описывает изменение настроения, тоскливость, раздражительность, депрессивное состояние. У многих, говорит Кирхгассер,

пропадает память относительно недавнего, только что случившегося, тогда как прошедшее помнится довольно хорошо. При свинцовых параличах, при которых множественный неврит тоже доказан, тоже бывают психические расстройства, большею частью в виде галлюцинаторной спутанности, сопровождающей эпилептические припадки. При отравлении сероуглеродом тоже бывают психические расстройства. Хотя влияние этого отравления на развитие множественного неврита и не доказано, но картина болезни так похожа на алкогольные заболевания, что почти нельзя сомневаться, что вскрытие показало бы и при отравлении сероуглеродом изменения в периферических нервах. При этой болезни также бывают паретические явления в конечностях, сопровождающиеся ланцинирующими болями и потерею сухожильных рефлексов. Часто бывает характерное психическое расстройство: глубокая апатия и глубокое расстройство памяти. При отравлении окисью углерода бывают и поражения периферических нервов, иногда клинически протекающие как множественный неврит; при этом же отравлении иногда бывают глубокие расстройства психической деятельности, частью в форме слабоумия, нередко излечимого (как случай Гнаука), частью в форме резко выраженного расстройства памяти, особенно к недавнему, с относительно хорошим сохранением рассудочной деятельности. Таковы случаи Маньяна, приведенные в работе д-ра Хардина.

Мы не станем останавливать [внимание] на других интоксикациях, при которых, хотя и можно предположить поражение периферических нервов, но оно не доказано (хлорализм, отравление табаком и т. п.), а перейдем к [рассмотрению] другой группы множественных невритов, именно тех, которые развиваются после острых болезней или вообще при тяжелых острых болезнях. При них также являются психические расстройства и иногда очень характерные.

Из них на первом плане стоят послетифозные заболевания. Известно, что тиф располагает к появлению множественных невритов. Иногда при этом невриты бывают неглубокие, скоропреходящие; иногда, наоборот, поражение захватывает глубоко нервные стволы, распространяется на массу нервов и вызывает клиническую картину полуострого восходящего паралича с расстройством чувствительности (с мышечной атрофией, потерей электросократительности); иногда — с поражением мочевого пузыря, мышц глазных, дыхательных и глотательных. Очень часто параллельно с физическими симптомами развиваются и психические.

Это было, например, в случае Рудова, где у больной, при резко выраженных симптомах множественного узлового неврита, была бессонница, слабая память, особенно относительно недавнего, и явления церебральной неврастении. Мне тоже приходилось видеть несколько случаев, где после тифа психические симптомы развивались параллельно с невритическими. Особенно помню я одну больную, которую я видел после очень тяжелого

тифа; у нее был паралич нижних конечностей и слабость верхних с потерею сухожильных рефлексов и легким ослаблением чувствительности. Кроме этого, [было] характерное психическое расстройство, выражавшееся в глубокой потере памяти и спутанности сознания. Сначала был страх, панфобия, потом больная перешла в полусонное состояние; если с ней заговорить, она сейчас же начинала говорить о своих выездах, о том, какие она покупки делала час тому назад. Достаточно было на минуту отойти от нее, чтобы она позабыла, что уже видела это лицо. Больная вскоре умерла.

В других случаях психическое расстройство не сопровождается резко выраженной спутанностью сознания, а является то характерное расстройство памяти недавнего, которое мы видели при алкогольных параличах. Иногда при этой форме симптомы собственно неврита бывают очень мало выражены, а расстройство памяти глубокое.

Я помню одного 40-летнего больного, у которого такое расстройство памяти так и оставалось в продолжение более 3 лет после тифа, несмотря на ничтожность явлений неврита. У других больных. впрочем, память понемногу восстановляется. Я наблюдал одного капитана волжского парохода, у которого после тифа развился неврит многих нервов и вместе с этим психическое расстройство сначала в форме спутанности, а затем в форме расстройства памяти недавнего при относительно хорошем состоянии рассудочной деятельности. В первый год он решительно все позабывал, что́ случалось со времени заболевания, не помнил ни своей квартиры, ни новых знакомых, хотя разговаривал всегда довольно дельно. Во второй год он уже запоминал улицы, лица и имена новых знакомых и многие факты, хотя подробности позабывал очень скоро. На третий год он мог уже ездить в качестве капитана парохода по Волге; так как знание плеса было давнишнее, то он мог отлично руководить пароходом, стоя на рубке, но если он сходил в каюту к пассажирам и не мог видеть, где именно теперь находится пароход, он не мог отдавать никаких приказаний. Один раз ему поручено было отвезти денежный ящик на одну из станций. Он совершенно позабыл об этом и, когда по приезде на эту станцию у него спросили деньги, он был в полном недоумении, о чем его спрашивают. Нужно было вернуться на станцию отправления, и только там лица. видевшие, куда он для безопасности поставил ящик, могли его найти. Память у этого больного постепенно восстановлялась, но на четвертом году он умер от случайной болезни.

Из невритов после других острых болезней часто психическое расстройство развивается в послеоспенных. После оспы, как известно, расстройства нервной системы выражаются или в симптомах острой атаксии, описанной Вестфалем и, вероятно, зависящей от рассеянного склероза, или в симптомах множественного неврита, доказанного Кэнко и Жоффруа, или в формах переходных от одной из этих форм к другой. Во всех этих формах могут наблюдаться более или менее глубокие расстройства психической деятельности. Еще Вестфаль отметил глубокое расстройство памяти в одном из своих случаев атаксии. Подобный же случай описан Отто. Кэнко описывает, как после оспы при начальных явлениях рвоты развились ряд физических симптомов и психическое расстройство сначала в виде острого слабоумия, иногда — в виде ступора, по временам с сильной ажитацией. Малопомалу, впрочем, психические функции восстановлялись, но очень медленно, так что в течение более $1^1/_2$ г. больная еще не совсем поправилась.

Бэззард описывает случай множественного неврита, развившегося после пернициозной формы перемежающейся лихорадки. Кроме параличных явлений в верхних и нижних конечностях с уменьшением электросократительности [мышц], было очень заметное расстройство памяти. Больной поправился.

После дифтерита, так предрасполагающего к множественным невритам, мне неизвестны случаи параллельного психического расстройства. Вероятно, это зависит от особенностей локализации дифтеритического яда.

Зато довольно часто присоединяется множественный неврит с психическими симптомами после различных послеродовых заболеваний. Такие случаи описаны нами выше. Здесь я укажу еще на случай Пика, который описывает характерное ослабление памяти к недавнему, развившееся у больной вслед за послеродовым перитонитом. Сначала недель через 5 после родов явилось психическое расстройство в форме галлюцинаторной спутанности с возбуждением по ночам, а затем было констатировано характерное расстройство памяти (вместе с асимболией), очень подробно описанное. Рядом с психическими симптомами были и физические: паретическая слабость некоторых мышц, неверность походки, но пателлярные рефлексы были нормальны. Психическое расстройство кончилось полным выздоровлением через 4 мес после начала.

По-видимому, аналогичная комбинация психического расстройства с некоторыми физическими симптомами множественного неврита бывает и после некоторых страданий кишечника. Нынешним летом я наблюдал один случай такого рода.

Это был человек 65 лет, очень интеллигентный, из невропатической семьи. В течение зимы 1885—86 гг. он страдал какими-то явлениями со стороны кишечника, которые заставляли предполагать развитие какого-нибудь злокачественного новообразования (боли, общее похудание). Несмотря на это, больной продолжал работать и значительно утомлялся. В конце июня 1886 г. после легкой простуды у него явилась упорная рвота, не прекращавшаяся ни от чего. Прошло несколько дней, рвота не прекращалась, испражнения нельзя было добиться; живот вздулся, петли тонких кишок были резко обрисованы. Был поставлен диагноз непроходимости кишечника, и, наконец на 8-й день болезни явилась рвота с резким каловым запахом. Однако на другой день больного прослабило после большого приема каломеля; с тех пор стало его слабить постоянно; испражнения были очень жидки, водянисты. На место запора явился понос, который продолжался все время до смерти больного, последовавшей 14 августа при явлениях общего истощения и гипостатической пневмонии. Психическая сфера больного была резко изменена. В первую неделю болезни были только беспокойство, бессонница, тоскливость; но это объяснялось крайне мучительной рвотой. Но уже на 7-й день стало заметно, что больной иногда не может уверенно сказать, видел ли он какое-нибудь событие во сне или оно было в действительности. Это являлось, впрочем, непостоянно, и больной сам смеялся над этим. На 9-й день, когда больного прослабило и рвота прекратилась, он стал как-то очень вял, апатичен, чрезвычайно быстро утомлялся. На 10-й и 11-й день вялость увеличилась, и по временам больной стал рассказывать небылицы, что он только что ездил к генерал-губернатору или ходил в сад собирать яблоки. Расскажет что-нибудь в этом роде, потом замолчит и лежит спокойно. С этого времени путаница все более и более увеличивалась. Если

спросить больного, что он делал, он сейчас же расскажет, где он был, с кем виделся, и с такою правдивостью, точно это действительно было; при этом рассказывал, как он сейчас говорил со своим отцом, братьями (которые давно умерли). Днем он был в апатичном состоянии, по ночам же ажитировался, хотел вставать, требовал мундир и т. п. Постепенно развивался глубокий упадок памяти. Сначала больной помнил, кто у него бывает, затем стал позабывать, так что уже решительно не помнил того, кто только что вышел из его комнаты; при этом часто смешивал лица, называя одних другими. Постепенно усиливалась вялость; в последнее время больной уже путал слова: желая сказать одно слово, говорил другое, иногда имеющее какую-нибудь связь с желаемым словом, иногда совсем не имеющее. Иногда скажет только половину слова, а потом замолчит. Так продолжалось до самой смерти. Кроме этого, были и физические симптомы нервного расстройства. О рвоте мы уже упомянули; вероятно, она частью тоже зависела от расстройства нервной системы. Затем через 15 дней от начала болезни было констатировано отсутствие пателлярных рефлексов, развилась паретическая слабость в ногах, так что при попытке встать с постели у него подгибались ноги в коленях. Мышцы чрезвычайно похудели, сделались болезненны при давлении. Явились самостоятельные боли в межреберных нервах и парестезии. В начале второго месяца явился отек в ступнях и кистях рук. С самого начала пульс был част, слаб, по временам неправилен.

Отчего в этом случае произошла болезнь, решительно сказать нельзя: было ли действительно новообразование в кишечнике или был другой процесс, неизвестно. Но во всяком случае были симптомы непроходимости кишок, а затем признаки паралича кишок. Вслед за этим развились психическое расстройство и симптомы множественного неврита, хотя в легкой степени. Была ли рвота, которою началась болезнь, начальным признаком нервного заболевания или следствием непроходимости кишок, так и осталось неразъясненным. Во всяком случае для нас интересно здесь видеть то же сочетание физических симптомов множественного неврита с характерными психическими расстройствами. Сочетание этих симптомов, и именно в такой форме, бывает, впрочем, не очень редко; оно составляет заключительную картину многих тяжелых заболеваний. Большею частью при этом обращается внимание только на психические симптомы, и бред больных считается бредом от истощения. На состояние периферических нервов не обращается внимания, и потому сочетание этих двух групп симптомов не останавливало на себе внимания клиницистов. Впрочем, вероятно, теперь на это будет обращено внимание, так как теперь доказано существование множественных невритов при различных кахексиях—туберкулезной, раковой, сифилитической. Очень вероятно, что при невритах, зависящих от этих кахексий, бывают иногда и характерные психические расстройства. При туберкулезе такого рода множественные невриты с психическими симптомами описаны Дено и Жоффруа и Фирордтом (в случае которого был также и сифилис). Недавно я видел один случай такого же рода, правда, не совсем «чистый».

Больная женщина средних лет, страдавшая признаками базедовой болезни (зоб, частый пульс) и туберкулезным поражением верхушки правого легкого. Больная вообще была худа, но до последнего заболевания могла ходить и работать. Осенью нынешнего года врач дал ей 3jjß Extracti filic.

maris против предполагавшегося солитера. Ее вырвало, солитер не вышел. Вскоре вслед за этим началась упорная рвота, не прекращавшаяся ни от каких средств в продолжение 2 нед. В то же время была бессонница, ажитация, постоянный страх смерти. Через две недели, однако, рвота прекратилась, но явилось психическое расстройство: больная хотела вставать, выезжать; то плакала, то смеялась, особенно по ночам, днем лежала спокойнее; могла сознательно отвечать на вопросы, но рядом с ответами, вполне верными, рассказывала с видом полной правдивости, к кому она сегодня выезжала, с кем разговаривала; при этом, если ей придет в голову сказать, что она видела что-нибудь печальное, она горько расплачется. Через минуту она совершенно позабывает, что́ она говорила, и рассказывает совсем новую историю. В то же время больная крайне похудела (при нормальной температуре); мышцы почти исчезли; сухожильные рефлексы едва заметны; при попытке встать ноги подкашиваются в коленях. Давление на мышцы слегка болезненно. Больная вскоре скончалась, но при каких именно явлениях, я не знаю.

Во всяком случае то, что я видел, было для меня достаточно, чтобы сказать, что мы имели ту комбинацию симптомов физических и психических, о которой мы теперь ведем речь.

Мне кажется, что существенным условием для развития такой комбинации симптомов была туберкулезная кахексия, причем поводом для ее появления было довольно резкое нарушение равновесия организма. Подобное же сочетание симптомов мне случалось видеть и при сахарном мочеизнурении. Известно, что при этой болезни часто развивается целый ряд нервных расстройств (парезы отдельных или многих нервов, стреляющие и другого рода боли, атаксия движений с потерей сухожильных рефлексов и т. п.), которые, вероятно, сводятся отчасти к расстройству в периферических нервах. Иногда рядом с этими физическими симптомами бывает и расстройство в психической сфере, то в виде неврастении, то в виде глубокой апатии, то, наконец, в форме слабоумия.

Эту же комбинацию мы находим и в той форме множественного неврита, которая известна под именем beri-beri. У бери-бериков очень часто бывают те или другие изменения в психической сфере, чаще всего или раздражительность, или апатия и упадок умственных способностей. Очень вероятно, что к такого же рода расстройствам нужно причислить и сочетание психических и физических симптомов при пеллагре[94]. Очень может быть, что при эрготизме[95] сочетание психических симптомов с атаксией, болями и парестезиями, описанное Сименсом и Тучеком, относится к той же группе, хотя собственно расстройство периферических нервов при эрготизме не доказано, а, напротив, доказано поражение задних столбов спинного мозга.

Из всего вышеизложенного, мне кажется, достаточно ясно, что при влиянии различного рода причин является болезнь, симптомом которой служит, между прочим, расстройство различных отделов нервной системы — центральной и периферической. Чаще всего при этой болезни поражается периферическая нервная система, почему болезнь и называется множественным невритом. Но очень нередко рядом с поражением периферических нервов является и поражение головного мозга в виде расстройства психической деятельности. Форма психического расстройства в этих случаях, тече-

ние его, сочетание его с невритическими симптомами, — все это настолько характерно, что, мне кажется, это психическое расстройство должно быть выделено из ряда других психозов и может быть названо хотя бы психозом при множественных невритах, или полиневритическим психозом. Бросая беглый взгляд на характерные особенности этого психоза, мы будем в состоянии только немногое прибавить к тому описанию, которое сделано нами в начале статьи для психозов при алкогольном параличе, так как эти последние составляют только одну разновидность общей группы полиневритических психозов. Характерными признаками этих психозов, как мы сказали, является сочетание психического расстройства с физическими признаками неврита, течение болезни и, наконец, форма самого расстройства. Что касается до физических признаков неврита при этой форме психического расстройства, то, как мы уже упоминали, они могут быть выражены в очень различной степени. В некоторых случаях они настолько сильно выражены, что психическое расстройство отходит на задний план; это бывает при грозных формах множественного неврита, по течению подходящих к острому восходящему параличу, или при длительных тяжелых формах с гипералгезиями, контрактурами и мышечными атрофиями. В других, наоборот, физические симптомы неврита могут быть очень мало выражены и могут быть совсем просмотрены; иногда они сводятся только к существованию парестезий в конечностях (чувство холода, стягивания в ступнях, ползания мурашек), к легким расстройствам координации движений и утомляемости при ходьбе. Одним из хороших признаков служит уничтожение или по крайней мере ослабление сухожильных рефлексов. Иногда указанием на неврит является и легкий отек в конечностях, не объяснимый ни альбуминурией, ни страданием сердца; далее — необыкновенная потливость конечностей. Рядом с этими симптомами обыкновенно существуют и другие, которые указывают, что при этой болезни страдает не только нервная система, но и весь организм: чаще всего бывает общее похудание, истощение, иногда глубокий упадок сил, частый, иногда неправильный пульс, интенсивно окрашенная моча, упорная рвота, расстройство пищеварительных органов, задержка регул и т. д.

Симптомы самого психического расстройства довольно характерны, как мы видели. Несмотря на различие в нюансах в зависимости частью от причины болезни, частью от ее интенсивности, все-таки можно видеть, что основными симптомами при этой форме психического расстройства являются те, которые мы отметили в начале этой статьи: высокая степень раздражительной слабости психической сферы, затем более или менее глубокое расстройство хода ассоциаций и, наконец, расстройство памяти. Об особенностях проявления каждого из этих основных расстройств мы не станем говорить: это значило бы повторить все то, что́ мы говорили специально о психозе при алкогольном неврите. Здесь мы скажем только то, что самым слабым выражением участия психической сферы

в болезни, называемой множественным невритом, является раздражительная слабость, выражающаяся в бессоннице, утомляемости мозга, причем утомление выражается часто чрезмерным возбуждением, аффективным состоянием. Наряду с этим бывает сужение кругозора вообще, неспособность управлять вниманием, устранять некоторые идеи, вследствие чего являются навязчивые идеи, большею частью тревожного и устрашающего характера. Идет расстройство психической сферы глубже, и вот является совершенная невозможность правильного хода идей, внимание решительно не может управлять сочетанием представлений; они перепутываются, возникают в сознании непоследовательно, неправильно. Если это развивается остро, то большею частью сопровождается резким аффективным состоянием, страхом, чаще всего в форме панфобии, соответствующим бредом, галлюцинациями и буйными поступками. Обыкновенно, впрочем, буйное состояние не долго продолжается, а или кончается скоро выздоровлением, или переходит в хроническую форму. Хроническая форма, со своей стороны, носит характер или ступорозного слабоумия, или вялой спутанности. Ступорозное слабоумие проявляется в глубоком расстройстве соображения с отрывочными бредовыми идеями, иллюзиями и галлюцинациями, часто с временными взрывами буйства. В некоторых случаях слабоумие достигает очень большой степени, больные делаются вполне бессмысленны, нечистоплотны. Так как иногда в этот период к физическим симптомам множественного неврита (шаткость походки, изменение пателлярных рефлексов) присоединяются некоторые симптомы со стороны продолговатого мозга и головных нервов (расстройство речи, неравномерность зрачков и т. п.), то при поверхностном исследовании можно смешать болезнь с прогрессивным параличом и быть очень удивленным исходом в выздоровление. Впрочем, случаи такого рода чрезвычайно редки; чаще бывает простой ступор с временными возбуждениями, кончающийся выздоровлением в 5—9 мес или остающийся неизлечимым. В других случаях, как мы сказали, хроническая форма невритического психоза носит характер вялой спутанности. Иногда она является исходом первоначальной бурной галлюцинаторной спутанности, иногда же она развивается с самого начала без предшествующего бурного периода. Характеризуется она смешением представлений, невозможностью ориентироваться во времени и пространстве, с массою заблуждений и глубоким расстройством памяти; аффективного состояния при этом незаметно, разве только легко являющаяся плаксивость или смешливость. Некоторые из больных, впрочем, будучи спокойны днем, делаются ажитированы по ночам. Эта форма спутанности чуть ли не самая частая. Она бывает то в большей, то в меньшей степени; иногда скоро проходит, иногда затягивается надолго; иногда она бывает так велика, что больной не только путает лиц знакомых с незнакомыми, но позабывает значение вещей (апраксия), значение слов (псевдафазия), значение знаков (асимболия) и т. п. Почти всегда и при ней бывает расстройство памяти более или менее глубокое. Но в некоторых случаях, как мы видели,

расстройство памяти может являться при относительной ясности сознания и сохранении соображения с теми характерными особенностями по отношению к забвению недавнего, которые мы описали выше. Течение болезни тоже характерно. Обыкновенно она является вслед за действием какого-нибудь повода, который можно отметить (влияние простуды, острой болезни, отравления, влияние сильного утомления), или при какой-нибудь кахексии в организме: очень часто болезнь начинается упорной рвотой; затем чаще всего при прекращении рвоты являются признаки психического расстройства в той или другой форме. Иногда в то же время, иногда же значительно позднее являются симптомы со стороны периферической нервной системы. В зависимости от условий, при которых развилась болезнь, она иногда течет остро, быстро доходит до высшей степени своего проявления, но чаще всего полуостро, редко — хронически. Если болезнь развилась на почве непоправимой кахексии, дело кончается смертью; если же этого нет, то после первого периода усиления болезненных явлений начинается поправление, причем обыкновенно улучшение в психической и физической сфере идет параллельно. Впрочем, часто психическая сфера восстановляется скорее, чем физическая, что́, конечно, зависит от глубины поражения; в других случаях бывает и наоборот. Дольше всего протекают случаи с глубоким ослаблением памяти. Случаи с резко выраженной спутанностью обыкновенно поправляются быстрее. Поправление сопровождается обыкновенно общим укреплением сил, восстановлением некоторых прекратившихся функций (например, регул) и значительным увеличением в весе, главным образом за счет скопления жира. Очень часто после поправления остается все-таки очень большая утомляемость нервной системы вообще и психической сферы в частности и наклонность болезни к возврату.

Не знаю, успел ли я с достаточной рельефностью указать, как своеобразна симптоматология этой формы психического расстройства, ее сочетание с невритическими симптомами, ее этиология и течение. Если я успел в этом, то, мне кажется, вряд ли можно сомневаться, что описываемая форма должна составлять обособленную форму между психическими расстройствами; основание для этого есть как в характерности течения болезни, так и в постоянстве сочетания симптомов психических с физическими и до некоторой степени в определенности анатомического субстрата болезни. Анатомический субстрат этот пока заключается только в первичном множественном неврите (и иногда в некоторых изменениях в спинном мозгу), так как изменения в головном мозгу при этой форме еще не изучены. Иногда наблюдалась, впрочем, атрофия нервных клеток или развитие соединительной ткани в коре полушарий; но все эти сведения отрывочны, так как подробного исследования таких случаев, например, какое произведено Эммингаузом в одном случае dementia postfebrilis, еще не сделано.

Если эта форма заслуживает быть выделенной из других психозов, то в нее должны войти многие случаи из психозов интоксикационных и постфебрильных, главным образом те из последних,

которые Крепелин[96] называет «астеническими». Собственно говоря, название астенического психоза приложимо и к той форме, которую мы сейчас описали, потому что основанием всей клинической картины описываемой формы служит астения центров психической деятельности в различных степенях, от самой небольшой до самой глубокой; однако назвать описываемую нами форму только астенической нельзя, потому что тогда в названии не будет заключаться никаких указаний на различие описываемой теперь формы с психическими расстройствами, развивающимися при других условиях, и в которых тоже комплекс клинических явлений сводится к астении в более или менее глубокой степени. Мне кажется, что название астенических психозов должно быть употребляемо как родовое название для целой группы психозов, куда как один из ее видов войдет и психоз при множественном неврите. В число симптомов и многих других видов из группы астенических психозов могут войти те симптомы со стороны психической сферы, которые входят в невритические психозы, т. е. раздражительная слабость, спутанность и амнезия, но сочетание этих психических симптомов с изменениями в периферической нервной системе будет составлять резкое отличие психоза при множественном неврите от других близких к этому психозу видов астенического душевного расстройства. При этом нужно заметить, что сочетание психических симптомов с симптомами со стороны периферической нервной системы, как мы видели в описываемой нами форме, не должно быть случайное. Напротив, не только психозы могут быть названы психозами при множественном неврите, которые обусловливаются тою болезнетворною причиною, которая, влияя на всю нервную систему, вызывает чаще всего проявления, указывающие на расстройства периферической нервной системы, почему и болезнь, вызываемая ею, названа множественным невритом, но которая в то же время может сама по себе вызывать и расстройство в психической сфере. Во многих случаях, как мы говорили, изменения в физической сфере, т. е. симптомы неврита стоят на первом плане; но иногда бывают случаи, когда эти симптомы бывают очень мало выражены, и на первый план выступают психозы. Весьма возможно, что в некоторых случаях изменения, вызываемые болезнетворною причиною в периферической нервной системе, будут так мало выражены, что заметных клинических симптомов они совсем не дадут. Тогда мы будем иметь с клинической стороны только один психоз, который все-таки должны будем причислить к группе невритических психозов, хотя неврит будет в этих случаях, так сказать, только «в возможности».

В этом, конечно, заключается слабая сторона названия этих психозов, но это обусловливается тем, что та болезнь, которая теперь носит название множественного неврита, названа, по моему мнению, неверно. При этой болезни одна и та же болезнетворная причина поражает не только периферические нервы, но и спинной мозг, и головной; следовательно, называть ее по имени той системы, которая наичаще поражается, хотя практически и удобно, но

неверно. Впрочем, пока мы не знаем сущности этой болезни, мы поневоле должны держаться хотя бы и неверного названия, но все-таки довольно характерного. Может быть, дальнейшие исследования покажут, что эта болезнь не есть только болезнь нервной системы, а есть общая болезнь и, очень может быть, зависящая от развития в организме какого-нибудь вредного вещества, расстраивающего питание всех тканей, а главным образом нервной системы. Если мы узнаем это и узнаем сущность этой болезни, нам, конечно, придется переменить ее название «множественного неврита» на более верное, и тогда, конечно, найдется соответствующее название и для психозов, являющихся при этой болезни. Пока же приходится довольствоваться существующим названием и называть эти психозы «психозами при множественном неврите», «полиневритическими», или — для краткости — «невритическими». Однако, называя это психическое расстройство полиневритическим или невритическим, мы должны помнить, что это название условное, не столько указывающее на необходимость поражения периферических нервов, сколько на условия развития болезни, на ее патогенез. Зная, что характерное свойство болезни, называемой polyneuritis, составляет то, что под влиянием одной и той же болезнетворной причины могут произойти своеобразные расстройства как в элементах периферических нервов, так и в элементах головного и спинного мозга, мы должны искать это условие в тех психозах, которые нам кажутся принадлежащими к полиневритическим. Тогда только нам будет возможно соединить в одну форму и такие из этих психозов, которые сопровождаются очень резкими изменениями со стороны периферических нервов, и такие, в которых эти симптомы сведены к минимуму или совсем незаметны при наших методах исследования. Наконец, тогда будут понятны и те из случаев, относящихся сюда же, в которых при существовании характерного психического расстройства физические симптомы будут зависеть не столько от расстройства в периферических нервах, сколько от изменений в спинном мозгу, которые, как мы знаем, тоже могут встречаться при множественном неврите.

Еще одно последнее замечание. Если для обозначения этой формы останавливаться на названии ее невритическим психозом, то, мне кажется, следует обозначить ее как «типическую форму невритического психоза» в отличие от некоторых других форм, которые тоже имеют отношение к неврите. Такие формы, находясь по своему развитию в связи с теми или другими невритами, могут представлять некоторые общие черты с только что описанной формою, но как в симптоматологии, так и в патогенезе представляют многие отличия, и потому, если и могут быть названы невритическими психозами, то во всяком случае должны обозначаться как «нетипические». Впрочем, вдаваться в описание этих форм я считаю еще невозможным, так как относящиеся сюда случаи представляют большое разнообразие, и я не могу пока сделать обобщение из моих наблюдений относящихся сюда.

Ливерий Осипович
ДАРКШЕВИЧ
(1858—1923)

Л. О. Даркшевич — выдающийся русский невропатолог. Профессор Казанского и Московского университетов. Открыл ядро в среднем мозге, названное его именем («ядро Даркшевича»). Один из первых указал на сифилитическую природу спинной сухотки. Прекрасный диагност. Автор непревзойденного трехтомного руководства по нервным болезням (1904—1917).

Polyneuritis alcoholica [Алкогольный полиневрит][97]

Этиология. Алкогольный полиневрит у нас, в России, представляет одну из самых частых форм множественного неврита. Он наблюдается почти исключительно у лиц, хронически злоупотребляющих спиртными напитками. Получают его по большей части представители так называемых низших слоев общества; но, несомненно, он диагносцируется также в домах как интеллигенции, так и плутократии. Водка — самая обычная у нас форма, в которой алкоголь потребляется любителями как в умеренной, так и в чрезмерной дозе; но встречаются и такие алкоголики, которые приобретением полиневрита бывают обязаны исключительно злоупотреблению пивом. Лица, получающие алкогольный полиневрит путем неумеренного употребления тонких вин, в том числе и шампанского, у нас так малочисленны, что их можно совсем не принимать в расчет. Алкогольного полиневрита у детей я лично не наблюдал ни разу; все пациенты нашей клиники, страдавшие алкогольным полиневритом, были люди взрослые, среднего возраста.

В происхождении алкогольного полиневрита очень нередко приходится обвинять совместное действие двух моментов — злоупотребление спиртными напитками и простуду. В самом деле, нам часто приходится отмечать быстрое развитие неврита вслед за общим озноблением у алкоголика-хроника, где много лет подряд нами отмечались со стороны нервной системы такие явления, которые ясно свидетельствовали о ненормальном состоянии периферической нервной системы, но которых, несомненно, было достаточно, чтобы дать повод развиться общему полиневриту.

Симптоматология. Алкогольный полиневрит обыкновенно проявляется либо в смешанной (чаще), либо в атактической (реже) форме.

При смешанной форме алкогольного неврита на первый план выступают двигательные расстройства в виде параличей всех четырех конечностей. Чаще всего парализуются мышцы не сплошь, а избирательно: на руках — разгибатели кисти и пальцев, на ногах — разгибатели пальцев, m. tibialis anticus и mm. peronei. Однако при сильной степени неврита такой избирательности мы обыкновенно не констатируем, а наблюдаем скорее сплошное поражение всей мускулатуры конечностей, хотя и с сохранением периферического типа паралича. Черепные нервы поражаются редко. Из нервов туловища чаще всего захватываются процессом n. vagus и n. phrenicus.

Чувствительная сфера при смешанной форме алкогольного неврита поражается двояко: мы констатируем, с одной стороны, анестезии периферического типа, а с другой — парестезии, гиперсте-

зию и сильные боли. Последние отчасти появляются самостоятельно, но главным образом обнаруживаются объективно при прикосновении к больным конечностям посторонних предметов.

Из органов высших чувств чаще всего поражается зрение: имеет место то амавроз, то скотома; офтальмоскопически иногда открывается серая атрофия зрительных нервов.

В парализованных мышцах быстро развивается атрофия, которая носит на себе ясные следы дегенеративной амиотрофии. Благодаря неравномерности похудания различных мышц в парализованных конечностях легко и быстро наступают сведéния.

Сухожильные рефлексы в начале заболевания могут быть налицо и даже повышены; позднее они ослабевают, а затем и совсем угасают. Рефлексы кожные в период развития анестезий обыкновенно отсутствуют. Со стороны зрачков у огромного большинства больных мы не отмечаем ничего ненормального; однако в некоторых случаях нам приходится встречаться с неравенством зрачков и с ослаблением световой их реакции. Тазовые органы обыкновенно никаких расстройств не представляют.

Со стороны кожи приходится отмечать ненормальную потливость и значительную отечность в периферических отделах парализованных конечностей.

Со стороны психики мы очень часто наблюдаем значительные уклонения от нормы: у больного констатируют резкое ослабление памяти и так называемые ложные воспоминания.

При атактической форме алкогольного полиневрита на первый план выступает расстройство чувствительности, подающее повод к развитию атаксии. Последняя обнаруживается как при акте хождения (раз только не препятствует этому чрезмерная слабость), так и при мелких движениях верхних конечностей.

Развитие, течение. Алкогольный полиневрит чаще всего развивается остро, реже — подостро. У больного, у которого уже раньше бывали различного рода парестезии, вдруг замечается резкое усиление всех ненормальных субъективных ощущений, появляются сильные самопроизвольные боли и значительная слабость как нижних, так и верхних конечностей. Все болезненные симптомы прогрессивно усиливаются день ото дня, и вот, по прошествии какой-нибудь недели, много двух недель, у больного устанавливается ясная картина болезни.

Иногда неврит, развившись вполне ясно, вслед за тем неудержимо продолжает идти вперед все дальше и дальше. После того, как поразятся нервные стволы конечностей, воспалительный процесс переходит на нервы туловища, в частности захватываются n. vagus и n. phrenicus, и больной погибает либо от паралича сердца, либо при явлениях асфиксии. Я встречал случаи, где exitus letalis наступал уже на 8-й день после начала болезни.

Однако надо иметь в виду, что подобное течение процесса имеет место не в большинстве случаев, а в меньшинстве. У огромного же большинства больных воспалительный процесс, идя быстрым ходом в первое время болезни и достигши известной степени на-

пряжения, вслед за тем останавливается, держится на одной и той же высоте, а потом медленно начинает идти на убыль и, наконец, угасает совершенно. Соответственно этому и симптомы болезни сначала прогрессивно прибывают, а затем постепенно ослабевают и, в конце концов, совершенно сходят на нет. Что касается того срока, в течение которого совершается нарастание и регресс болезни, то он у различных больных представляется далеко неодинаковой продолжительности. Так, в одном случае вся болезнь протекает в несколько месяцев — четыре, шесть, восемь; в другом — остатки болезни приходится констатировать по прошествии года и даже еще позднее.

Предсказание при алкогольном полиневрите может представлять для нас трудности главным образом при начале болезни, пока не выяснился характер воспалительного процесса. Если неврит нарастает быстро и рано показалась слабость сердца или диафрагмы, что указывает на поражение n. vagi и n. phrenici, то мы должны серьезно считаться с возможностью дурного исхода болезни. Наоборот, там, где воспалительный процесс идет вперед не бурным ходом и нет никаких признаков перехода воспаления на нервы туловища, мы вправе скорее ждать для больного благополучного окончания болезни. Наконец, в том случае, когда имеются налицо все признаки того, что болезненный процесс остановился и дальше не идет, мы уже с полной уверенностью высказываемся в том смысле, что данное страдание закончится счастливо для больного.

Лечение. При назначении лечения у постели больного, страдающего алкогольным полиневритом, нам прежде всего приходится решать вопрос о том, какого правила держаться в режиме больного по отношению к спиртным напиткам: советовать ли больному, чтобы он сразу и совершенно отказался от их употребления, или отучать его от этих напитков постепенно? Я лично держусь того правила, что больной должен сразу и совершенно отказаться от употребления алкоголя в каком бы то ни было виде. Если же устранение привычного возбуждения сказывается неблагоприятно на состоянии больного в чем-нибудь, то мы назначаем методическое применение тех или других возбуждающих, но таких, которые не заключали бы в себе винного спирта.

Что касается симптоматического лечения, показания к которому создаются расстройствами со стороны движения, чувствительности и питания тканей, то оно ведется по обычному шаблону.

Роль земского врача в борьбе с народным алкоголизмом [98]

В нижеследующих строках я желал бы поделиться с читателями своими мыслями касательно нашего народного алкоголизма. Я далек при этом от того, чтобы претендовать здесь на какой бы то ни было приоритет в своих взглядах; еще менее у меня желания утверждать, что я, высказывая свои мысли, открываю совершенно

новые, никому неизвестные горизонты. Задача моя более скромная: я просто имею в виду сообщить здесь те заключения, которые слагаются у меня по вопросу об алкоголизме сами собой после ряда лет общения с больными алкоголиками.

Каждый раз, когда в сфере вопросов, касающихся так наз[ываемого] народного здравия, на первый план выдвигается какой-нибудь один и начинает обращать на себя всеобщее внимание, делается, так сказать, *жгучим вопросом*, невольно начинаешь себя спрашивать мысленно: «*Что по этому вопросу сделано земской медициной*?» И если оказывается, что сделано еще очень мало или вовсе ничего не сделано, то ждешь настойчиво ответа: «*Когда же будет сделано и что́ будет сделано*?» Такие вопросы напрашиваются невольно, сами собой, в силу того, что последние тридцать лет нашей общественной жизни дали много неоспоримых доказательств в пользу того, что деревня многим обязана земскому врачу.

Но раз представители земской медицины бесспорно имеют известное влияние на местное население в смысле проведения в его среду здравых понятий по медицине вообще, они сами как врачи должны постоянно стоять на той нравственной высоте, на которую поставило их знание и ответственное положение как лиц, облеченных полным доверием населения. Они, как и все мы, врачи, должны непрестанно следить за собой, чтобы быть свободными даже от простых предрассудков. Эти предрассудки, будучи по существу не чем иным, как простой, усвоенной по шаблону привычкой, тем не менее подчас могут вредно отражаться на успехе данного дела.

Чем свободнее мы, врачи, от предрассудков, тем устойчивее наше положение и тем плодотворнее влияние на местное население. Для тех же, кого судьба поставила в особую близость к народу, кто имеет на него такое большое влияние — для земских врачей — свобода от подобных предрассудков — сила первостепенной важности, сила неменьшая, чем самое специальное их знание.

Кто разделяет наши воззрения на значение земской медицины в современной русской жизни, кто в земском враче видит важный фактор в деле борьбы с различными неустройствами санитарными, кто верит, что и будущие поколения земских врачей не перестанут так же идейно служить вверенному им делу, как служили ему сходящие уже со сцены старые деятели, кто так привык относиться к земскому врачу, тот не может пройти молчанием вопроса об отношении земских врачей к народному алкоголизму, раз только этот вопрос становится общественным вопросом, захватывающим глубоко самые различные интересы населения.

Я обхожу молчанием вопрос о том, что́ *сделано* земской медициной в деле борьбы с народным алкоголизмом; я хочу коснуться другого вопроса — вопроса о том, в каком направлении *могла бы идти деятельность* земских врачей, чтобы ослабить вредное влияние народного алкоголизма.

По нашему глубокому убеждению, первою и главною задачей земского врача в борьбе с алкоголизмом должно быть стремление провести в население и поддержать в нем правильный взгляд на употребление спиртных напитков.

В этом стремлении он должен проявить всю свою энергию, а для достижения намеченной цели должен воспользоваться всем своим влиянием.

В самом деле, ложность воззрений на значение алкоголя как момента, действующего вредно на здоровье, отзывается на благосостоянии населения несравненно чувствительнее, чем сказывается на нем ложность воззрений на сифилис как на болезнь, легко поддающуюся излечению. Сифилис, как и всякая другая болезненная форма, раз только развился у человека, скоро заставляет его убедиться воочию в ложности исповеданных им взглядов. Самые храбрые из тех, кто смеялся над сифилисом, быстро падают духом, лишь только на себе самих увидят первые проявления тяжелой формы болезни. Насколько легкомысленно было их отношение к вопросу о возможности заражения до заболевания, настолько же страстным является их желание освободиться от ужасной болезни после заражения ею и притом освободиться совершенно и навсегда, дабы снова войти в обладание всех тех прав, которые, по их понятиям, утратились ими с момента приобретения сифилиса. Такое настроение больного делает его крайне доступным влиянию со стороны врача, а его пример дает повод и другим задуматься над вопросом: действительно ли сифилис такая легкая болезнь, как это полагают очень многие.

Не то при алкоголизме. Больной подчас бывает на шаг от самой серьезной опасности, приготовленной ему алкоголем, и тем не менее он не сознает тяжести своего положения, он даже не допускает возможности связывать свое заболевание с неумеренным употреблением спиртных напитков. Он отказывается верить словам того, кто стал бы доказывать истинную причину его болезни, он продолжает оставаться при своем убеждении или, говоря правильнее, при своем заблуждении.

И это понятно! В своем заблуждении он поддерживался так долго и притом чуть ли не со всех сторон. Вся жизнь его, все, что́ только окружало его, совсем не говорило ему, что водка враг здоровья; напротив, он свыкся, он сжился с мыслью о том, что все пьют, всегда пьют и сколько хотят пьют. И ни разу не было такого положения, когда кто-нибудь, во имя каких-нибудь соображений, удержал бы его от вина. Напротив, все и всегда поощряли и поощряют его к тому, чтобы он пил.

Кому не знакомы такие картины? Вот человек, заведомый алкоголик, и он втянулся в пьянство уже настолько, что ему трудно бороться с так наз[ываемым] «соблазном», хотя от всякой лишне выпитой рюмки он и страдает жестоко. Каждый знает его слабость и каждому хорошо известен вред, оказываемый на него алкоголем. Тем не менее каждый, к которому приходит такой

алкоголик «в гости», считает своим долгом, из ложно понимаемого чувства гостеприимства, «угостить» его — дать ему возможность привести себя в состояние алкогольного опьянения, — состояние ненормальное, болезненное, вредящее заведомо его здоровью. А между тем по отношению к другим «гостям» тем же «хозяином» проявляется самая крайняя предупредительность, чтобы уберечь их напр[имер], от простуды, раз только ему стало известно, что такая простуда может повлечь за собой обострение какого-нибудь бронхита, плеврита или суставного ревматизма.

Случись тому же самому алкоголику начать лечение против своего недуга и он сейчас же становится предметом общего внимания. Но внимание это совершенно особого свойства. Это — не выражение сочувствия к решимости человека побороть свою слабость и повести новую жизнь; нет, это — выражение простого любопытства, соединенного с известной долей затаенного злорадства, которое обнаруживается сейчас же, как только сделанная попытка не увенчалась успехом.

Предупредительности со стороны окружающих, старания облегчить ему достижение намеченной цели он стал бы ждать совершенно напрасно. Напротив, на каждом шагу он встречает попытки помешать начатому лечению, он слышит голоса, убеждающие его под тем или иным предлогом изменить данному слову — нарушить обещание воздерживаться от алкоголя.

Из имеющихся в моем распоряжении историй болезни я мог бы привести много случаев, которые живо иллюстрируют то отношение, которое проявляет порой окружающая среда к лечащемуся алкоголику; но я ограничусь только одним; все остальные являются ничем иным, как вариациями на одну и ту же тему.

Вот — перед нами интеллигент, принадлежащий к определенной корпорации людей служащих; он семейный, страстно любит жену, в высшей степени нежно относится к своим детям. Лет 15 он злоупотребляет спиртными напитками. Ему самому понятен весь вред его дурной привычки, он давно уже стремится к тому, чтобы выбрать удобное время и начать лечиться; но обстоятельства складывались так, что лечение это откладывалось и откладывалось. Наконец, подошел удобный случай: ничто более не мешает, и вот лечение начато. Успех — полный. Проходит месяц, другой, третий; больной чувствует себя прекрасно. Дома он совершенно не испытывает потребности пить. Он старается только избегать некоторых домов, где, как известно ему по опыту, не любят отказывающихся от «угощения». Домашние радуются достигнутому результату, сам он счастлив, что его усилия не остались бесплодны.

Но вот приходит 17 сентября — день, когда с большой торжественностью празднуются именины жены главного начальника нашего больного. Он не может не быть в числе поздравляющих; он не может не принять любезного приглашения быть на обеде в самом тесном кругу наиболее близких для него лиц. И вот во время

этого обеда к нему обращаются с предложением осушить бокал вина. Напрасно он отказывается, напрасно он намекает в самых деликатных выражениях, что он боится за себя, боится возврата прошлого. Его уговаривают, просят; просит сама хозяйка, просит непременно выпить за ее «здоровье». Он уступил, он выпил. Уступка эта оказалась роковой: с этого дня он возвращается снова к своей прежней невоздержанной жизни. Надежды семьи разбиты, счастье ее кончилось, и быть может, навсегда!..

Когда встречаешься с[о] случаями, подобными только что описанному, невольно задаешь себе вопрос: «Что это такое? Сознательное ли стремление причинить человеку непоправимый вред или полное и притом наивное незнание того, насколько опасен бывает порою алкоголь для человека, потерявшего способность избегать его употребления по собственной воле?»

Я не могу допустить, чтобы сознательно можно было наносить вред в такой мере, в какой наносится он при подобных обстоятельствах человеку, который является не врагом, а скорее близким человеком. Я склонен думать, что в подобных случаях люди действуют просто по шаблону, по усвоенной привычке, не сознавая и не отдавая себе отчета в том, какие последствия могут иметь их поступки. Они знают, что так все и всегда делали, и *не знают того*, что накопилось уже много фактов, свидетельствующих о том, что *так поступать не следует*.

Знать эти факты надлежит нам, врачам. Нам надлежит и указывать на эти факты каждому и при каждом подходящем обстоятельстве. И подобно тому, как мы в своих врачебных советах тщательно стараемся избегать всего, что́ могло бы толкнуть человека на тот путь, где он всего скорее рискует приобрести сифилис, так и в своих советах, касающихся употребления алкоголя, мы должны быть абсолютно объективны и далеки от всякой шаблонности. Каждый раз, когда мы говорим по вопросу об употреблении алкоголя, мы должны говорить как представители науки, дающей ясные доказательства вреда алкоголизма. Мы не можем претендовать на то, чтобы наш голос был услышан всеми и чтобы все сразу последовали нашим словам; но никто и ничто не может склонить нас к тому, чтобы мы молчали, когда нам следует говорить, или говорили не то, что́ велит говорить нам наше знание и наш долг.

Вопрос о народном алкоголизме не может не касаться представителей земской медицины; напротив, борьба с неправильным употреблением алкоголя должна всецело входить в круг их ведения совершенно так же, как и борьба с сифилисом. Земский врач должен поднимать свой голос против злоупотребления алкоголем, чтобы окружающая его среда слышала непрестанно то, что ей нужно знать, и чего, по-видимому, она совершенно не знает. Этот голос будет служить противовесом того влияния, которое оказывает на население ужасная привычка, наследуемая от предшественников и передаваемая по наследству молодому поколению. Этот голос откроет истину многим, от которых она иначе была сокрыта; он вовремя поддержит колеблющихся, укрепит тех, кто вступил в

борьбу, трудную на первое время... Мало-помалу, но он сделает свое благое дело: общественное сознание воспримет то, что оно должно воспринять от научных фактов. Но несомненно, что одним воздействием на среду в смысле проведения в нее правильного взгляда на значение алкоголизма не может ограничиваться деятельность земского врача в деле борьбы с злоупотреблением спиртными напитками; на его обязанности лежит и л е ч е н и е страдающих алкоголизмом.

Теперь спрашивается, в какой мере может быть выполнена эта последняя обязанность земского врача: насколько она по его средствам и в какой форме может быть осуществлена?

В настоящее время может считаться общепризнанным то положение, что а л к о г о л и к и п о д л е ж а т л е ч е н и ю. Они подлежат лечению не только в том случае, если у них имеются налицо элементы психического расстройства; нет, они вообще подлежат лечению наряду со всеми соматическими больными и независимо от того, имеется или нет у них расстройство психики.

Но не следует упускать из виду, что при лечении лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, индивидуализация врачебных приемов должна быть проведена с особой тщательностью, какая при других болезненных формах, быть может, и не имеет особого значения. Здесь приходится считаться не только с формой, в которой проявляется страдание, но и с такими моментами, как быт, в котором живет пациент, его материальные средства, семейная обстановка и пр. В самом деле, те врачебные меры, которые применимы при лечении одного алкоголика, сплошь и рядом оказываются совершенно излишними и стеснительными при лечении другого, и наоборот, чем можно ограничиться при пользовании третьего больного, то совершенно оказывается недостаточным для четвертого. Один может посвятить своему лечению столько времени и средств, сколько это требуется интересом дела, другой при всем желании выполнить требование врача оказывается вне этой возможности и по недостатку средств, и по неимению свободного времени. Очевидно, что мы, приходя на помощь больному с нашими лечебными приемами, должны предлагать их в такой форме, которая всего более отвечала бы нуждам нашего пациента.

Среди наших алкоголиков весьма распространенным типом является алкоголик-дегенерант [так у Л. О. Д.]. Он наиболее трудный для лечения пациент. Помимо привычки злоупотреблять спиртными напитками, у него всегда в большей или меньшей степени наблюдаются дефекты в нравственной сфере: понятия о долге — никакого, любви к труду — ни малейшей, готовности принести свои интересы в жертву интересам другого не было никогда сознания ответственности перед семьей, обществом так же мало, как мало благородного самолюбия, — того самолюбия, которое удерживает человека даже в самые тяжелые минуты жизни от рискованных шагов, ведущих к нравственному падению.

Такой субъект не годен для жизни в обыкновенных условиях. Он не годен для нее не только потому, что пьет, но и потому, что

он вообще не способен ни к какому серьезному труду, охотнее говорит ложь, чем правду, не задумываясь посягает на чужое и не пожалеет никого и ничего, раз только кто-нибудь или что-нибудь будет стоять препятствием на его пути к достижению желаемого.

Искреннего желания освободиться от своей привычки к алкоголю у такого алкоголика нет и быть не может, так как он совершенно не сознает, что подобная привычка могла бы чему-нибудь мешать в его жизни. Правда, он соглашается иногда «лечиться», но делает это всегда под давлением какой-нибудь необходимости: просьб близкого человека, требований или прямых угроз того или другого лица, имеющего на него какие-нибудь права.

В результате бывает всегда один и тот же конец: как только является малейшая возможность освободиться от внешнего давления, он освобождается от него и снова делает то, что делал раньше.

Очевидно, что по отношению к алкоголикам этого типа должны применяться особые меры, — такие меры, которые ограничивали бы в известных пределах их волю. Не будучи ограничены в своем праве распоряжаться своей свободой по личному усмотрению, они добровольно никогда не променяют свою обычную жизнь на другую — на жизнь трезвую и трудовую. В настоящее время единственным средством достигнуть такого ограничения свободы воли подобных алкоголиков является помещение их в специальное заведение для душевнобольных. Но помещением их в обыкновенное психиатрическое заведение трудно, на наш взгляд, достигнуть сколько-нибудь удовлетворительных результатов.

В самом деле, при переполнении наших психиатрических больниц острыми больными такие алкоголики, как нуждающиеся скорее в призрении, чем в лечении, не могут удерживаться в заведении столько времени, сколько требовалось бы это в интересах дела. А раз нельзя их помещать в больницу на срок сколько-нибудь значительный, самое помещение их туда теряет всякое значение в смысле лечебном.

По нашему мнению, для подобных алкоголиков должен быть создан особый тип приюта-колонии, куда призреваемые помещались бы совершенно так же, как они помещаются в психиатрическую больницу, т. е. независимо от личного их желания. Оставаясь в приюте неопределенное время, по усмотрению заведывающего врача, и подчиняясь беспрекословно установленному режиму жизни, они должны были бы исполнять там назначаемые для них работы совершенно на тех же началах, на каких исполняются работы содержащимися в исправительных заведениях или работных домах.

Раз алкоголик описанного типа нуждается для своего лечения или, вернее сказать, исправления в совершенно особой обстановке — особого рода приюте, он не может быть пациентом земского врача. Все, что́ земский врач может сделать по отношению к такому больному, это поставить, по возможности, верный диагноз и

своевременно направить больного для лечения туда, где в данное время имеется соответствующий лечебный приют. Но и такая задача врача, как бы ни казалась она скромна с первого раза, по существу является мерой капитальной важности. В самом деле, возможно раннее удаление больного из той среды, где он находит много средств для удовлетворения своих порочных стремлений, и своевременное помещение в такую обстановку, которая в одно и то же время носит на себе характер и карательной, и исправительной, не может не влиять в благоприятном смысле на успех предпринимаемых мер. В этом отношении своевременное указание на необходимость лечения равнозначуще самому лечению.

Второй тип алкоголиков составляют лица, привыкшие постоянно употреблять спиртные напитки в неумеренном количестве. Алкоголики этого типа могут быть вполне свободны от признаков вырождения и делаются обыкновенно алкоголиками в силу совершенно случайных моментов: из подражания другим (в т[ак] наз[ываемой] компании), в силу принуждения со стороны лиц, от которых они так или иначе зависят (товарищество), и пр. В огромном большинстве случаев такие алкоголики совершенно ясно сознают ненормальность своего положения, тяготятся своей привычкой и искренно желают освободиться от нее. И если они не всегда идут лечиться, то только потому, что не всегда находят сочувствие в окружающей их среде, далеко не всегда располагают возможностью лечиться (в смысле досуга и средств), а главное — недостаточно еще знакомы с тем, что привычка злоупотреблять спиртом может излечиваться наряду с другими болезнями.

Лечение таких алкоголиков должно сводиться к отучению их от употребления спирта при одновременном лечении тех соматических расстройств, которые успели развиться у них за время злоупотребления алкоголем. Лечение требует довольно продолжительного времени и идет успешнее при удалении больного из обычной обстановки, когда он переходит в обстановку больничную, подчиняясь всем условиям больничного режима. Но так как в огромном большинстве случаев больные описываемого типа бывают проникнуты искренним желанием освободиться от своей привычки, то помещения их в психиатрическое заведение, куда больные поступают не добровольно, а по принуждению, следует избегать безусловно. Пребывание в заведении с принудительным помещением действует на таких лиц в высшей степени удручающе, почему они и стараются сократить срок своего лечения до крайней степени и притом подчас во вред прочности выздоровления. Из общего правила должны составлять, по нашему мнению, исключение только те случаи, когда у больного имеется налицо психическое расстройство, делающее невозможным пребывание его среди обстановки, обычной для психически здоровых людей.

Куда же должны помещаться такие больные для лечения?

На наш взгляд, такие больные совершенно свободно могут помещаться в обыкновенную земскую больницу наравне со всеми остальными больными, страдающими той или другой нервной фор-

мой; говоря иначе, такие больные могут быть приняты земским врачом под свое наблюдение с полным правом и с надеждой на успех. Препятствия для помещения такого алкоголика в земскую больницу могут быть только второстепенного характера. Из этих препятствий самое главное, конечно, [—] отсутствие в больнице достаточного числа свободных мест для таких хроников, какими являются подобные больные. Вторым препятствием может служить нежелание больного лечиться в своей местности, так сказать, на глазах всех, знающих его. Может, наконец, служить препятствием для приема таких больных и отсутствие в больнице приспособлений, необходимых для лечения страдающих расстройством нервной системы. Вне этих условий нет, по нашему мнению, оснований отказываться от приема алкоголиков описываемого типа в земскую больницу.

Но если почему-либо больной не будет принят в земскую больницу, его всего правильнее направлять в специальную лечебницу для алкоголиков без принудительного помещения больных. Здесь он остается столько времени, сколько необходимо для того, чтобы не только отвыкнуть от своей привычки, но и избавиться от тех расстройств, которые нажиты были им через продолжительное злоупотребление алкоголем. По миновании определенного срока он возвращается снова домой и здесь, хотя бы на первое время, снова поступает под наблюдение земского врача, который должен следить за тем, чтобы переход на полную свободу и в обычную обстановку не отразился вредно на здоровье больного. Таким образом, мы видим, что в деле лечения алкоголиков второго типа роль земского врача может быть более активной, чем при лечении алкоголиков-дегенерантов. Мы скажем даже более: с течением времени роль эта должна сделаться главной, и когда она будет таковой, интересы лечения алкоголиков этого типа будут удовлетворены наиполнее и наипрочнее.

Нам остается теперь сказать о третьем типе алкоголиков — о пьющих запоем. Запойные, как известно, в большинстве случаев прибегают к неумеренному употреблению алкоголя лишь периодически, когда начинают испытывать особую душевную тяжесть и непреодолимое влечение к спиртным напиткам. К запойным нередко причисляются у нас и такие больные, которые к периодическому злоупотреблению алкоголем побуждаются не столько особым болезненным настроением духа, сколько какими-нибудь внешними, случайными моментами, чаще всего угощением в компании (напр[имер], при получке жалованья, по случаю какого-нибудь праздника и пр.).

Будет ли побуждаться больной к периодическому злоупотреблению спиртными напитками особым душевным состоянием или какими-нибудь случайными обстоятельствами, все равно в промежутки времени, свободные от употребления алкоголя, он обыкновенно не испытывает никакой потребности в питье вина или, по меньшей мере, чувствует себя в силах бороться с соблазном и избегать не только злоупотребления, но и простого употребления

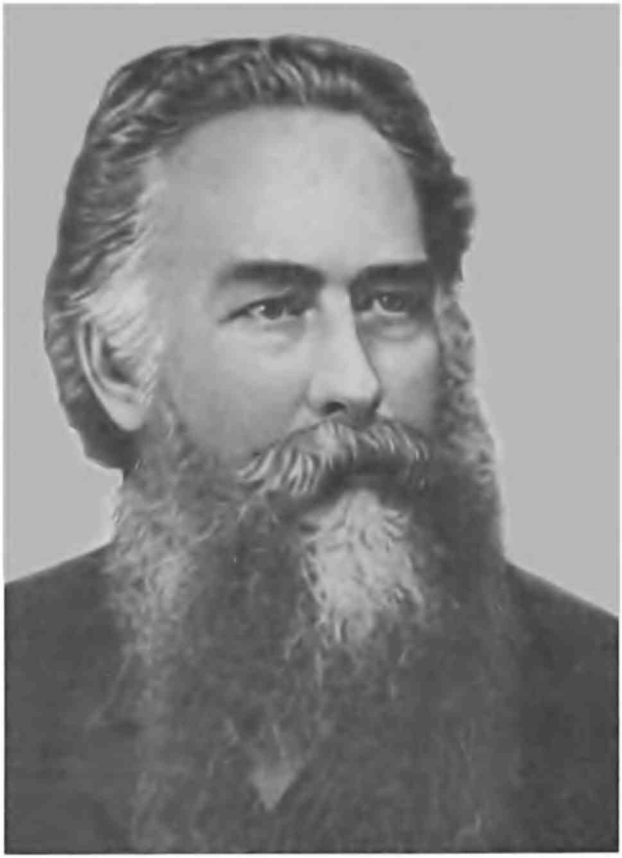
вина. В огромном большинстве случаев такие больные совершенно ясно сознают вред, причиняемый им алкоголем, искренно желают освободиться от своей привычки или неудержимого влечения пить и для этой цели нередко сами изыскивают какие-нибудь особые приемы, которые давали бы им возможность вовремя остановиться и не дать слишком долго продолжаться периоду запоя. Кроме того, по отношению ко многим подобным больным приходится отметить еще тот факт, что запойный период действительно может быть искусственно укорочен и даже совершенно предотвращен своевременным врачебным вмешательством. Несомненно и то, что предотвращением запоев и сокращением наступающих периодов запоя очень нередко удается в значительной мере ослабить силу привычки к постоянному употреблению вина.

Запойный больной нуждается во врачебной помощи главным образом в тот момент, когда чувствует приближение запоя или когда наступит уже самый запой. Лучшим мероприятием в этом случае служит удаление больного из домашней обстановки на несколько дней и помещение его в обстановку больничную с одновременным назначением средств, которые действовали бы на него успокаивающим образом. Более продолжительного пребывания в больнице обыкновенно не требуется, так как с прекращением периода запоя больной не только в больнице, но и у себя дома может считаться вне опасности от злоупотребления вином.

Если говорить о правильной организации лечения таких запойных больных, то несомненно лучшей нужно назвать ту, когда заботу о больном берет на себя врач, заведывающий больницей. В самом деле, раз суть лечения должна в этих случаях сводиться к периодической подаче быстрой и своевременной помощи — удалению больного из домашней обстановки и помещению его в обстановку больничную и притом на сравнительно непродолжительное время, — то всего легче такая помощь может быть оказана местным земским врачом. Помещать больного в психиатрическое заведение нет никакого основания; посылать его в удаленную от его местожительства специальную лечебницу для алкоголиков тоже нет большой нужды, так как трата времени на перемещение больного туда и обратно была бы непропорционально велика сравнительно с продолжительностью самого периода запоя.

Всего правильнее в подобных случаях, на наш взгляд, помещать больного в обыкновенную земскую больницу, сделав в ней предварительно незначительное приспособление, позволяющее в большей или меньшей степени изолировать больного из общей массы содержащихся в больнице. Как только больной начинает приходить в состояние, внушающее опасение за его воздержание, его немедленно — с его предварительного согласия — помещают в больницу. Здесь он остается столько времени, сколько необходимо, чтобы прошли все проявления его временного ненормального состояния, затем отпускается домой, где продолжает под наблюдением врача то лечение, которое будет найдено наиболее подходящим по условиям каждого случая в отдельности.

Я набросал несколько мыслей. Их можно развить еще далее, можно пополнить многими новыми соображениями. Но и эти мысли, мне кажется, дают основание утверждать, что земский врач может многое сделать в борьбе с алкоголизмом. Если ему не под силу — в той обстановке, в которой он действует, — бороться со всеми видами народного алкоголизма, то во всяком случае для его деятельности открывается обширное поле. Ждать, пока осуществится одна общая организация для всей страны и уже тогда только начинать действовать по составленному для всех общему плану, — значит, надолго отказаться приносить местному населению со своей стороны ту долю пользы, которую может принести каждый из нас. Скажу более: разработка общей организации борьбы с алкоголизмом будет плодотворна только в том случае, когда в ней деятельно будут участвовать представители земской медицины. Нам нужны не подражания немецким учреждениям; нам нужны учреждения, соответствующие быту и духу местного населения. Но чтобы знать, чем и как помочь нужде, надо самому испытать силы в борьбе с этой нуждой...



Федор Федорович
ЭРИСМАН
(1842—1915)

Ф. Ф. Эрисман — выдающийся русский гигиенист (швейцарец по происхождению), один из создателей гигиены в России. Профессор Московского университета. Основные труды: «Руководство к гигиене» (1872—1877), «Профессиональная гигиена умственного и физического труда» (1877), «Курс гигиены» (1887—1888), «Санитарное исследование фабричных заведений Московского уезда» (1882—1885), «Борьба со смертью» (1891).

К вопросу об алкоголизме в России и о санитарном вреде спиртных напитков вообще [99]

В XXIX томе журнала «Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины» за 1896 г. помещена статья д-ра К. К. Толстого под заглавием «Алкоголизм в России (санитарно-демографический очерк)». Затронутый автором вопрос вполне современный, животрепещущий и чрезвычайно важный как в социальном и этическом, так и в чисто санитарном отношении. Поэтому статья д-ра Толстого естественно привлекает к себе внимание читателя, который невольно на ней останавливается. Еще больше возбуждается интерес читателя при ознакомлении с содержанием статьи, — тем более, что автор, в конце концов, приходит к совершенно неожиданным и по меньшей мере оригинальным результатам, которые наводят на некоторые размышления.

В самом начале своей работы д-р Толстой расчленяет подлежащую исследованию тему на 4 вопроса, отчасти экономического и административного, отчасти санитарного характера, и затем разбирает каждый из них в отдельности. Не касаясь здесь тех частей этого труда, в которых автор старается выяснить степень распространения алкоголизма в России и пользу принимаемых правительством и обществом против него мер, мы остановимся лишь на двух вопросах, имеющих столько же научное, сколько и общественно-санитарное значение: 1) действительно ли алкоголизм успел уже сильно повлиять на здоровье русского народа и 2) правда ли, что алкоголь в самом деле так опасен, как мы это думаем?

Для того, чтобы судить о влиянии спиртных напитков на здоровье народа, д-р Толстой «взял отчеты Медицинского департамента... и проследил по ним, во-первых, заболеваемость и смертность от отравления спиртом, во-вторых — количество судебно-медицинских актов, составляемых по поводу этого отравления, в-третьих — смертность и прирост по губерниям, а в-четвертых — число самоубийств и преступлений в связи с душевым потреблением алкоголя». На основании своих статистических сопоставлений автор приходит затем к следующим заключениям: 1) «продолжительное потребление довольно больших количеств алкоголя ни на смертности, ни на приросте населения ничем не отражается; 2) количество «острых» алкоголиков, по губерниям, ничем не связано с душевым потреблением алкоголя в этих губерниях, и 3) влияние продолжительного и усиленного пьянства в старые годы ничем на здоровье нашего народа не отразилось, или

по крайней мере, никаких следов этого влияния, в современных демографических данных и при современном состоянии статистики в России, открыть и выделить невозможно; 4) следует ясно и категорически признать алкоголь не ядовитым веществом, заслуживающим полного изгнания из диеты человека, а напротив того — пищей, предметом первой необходимости, потребление которого не должно падать ниже известной нормы». Если к этому еще прибавить вывод, к которому пришел автор при разборе вопроса о потреблении спиртных напитков в России, а именно, что «в текущем столетии русский народ отнюдь не выделялся из числа других европейских народов по пристрастию к алкоголю, а в настоящее время, за последние десять лет, он едва ли не самый трезвый», то получается чрезвычайно утешительная картина, которую можно резюмировать следующим образом: русский народ пьет мало, даже слишком мало, потребление спиртных напитков до сих пор не нанесло ему никакого вреда и он может смело пить больше, так как вообще алкоголь не есть яд, а ценное питательное вещество. Другими словами — вопроса об алкоголизме для России не существует.

Эти положения до такой степени неожиданны, до такой степени противоречат всему, что до сих пор считалось аксиомой относительно вредных последствий пьянства вообще и для русского народа в частности, что невольно является желание проверить тот путь, которым д-р Толстой пришел к таким поразительным результатам. Наш разбор суждений д-ра Толстого будет сосредоточиваться на двух вопросах: во-первых, можно ли считать доказанным вывод д-ра Толстого, будто бы потребление спиртных напитков до сих пор не нанесло никакого явственного санитарного ущерба русскому народу, и, во-вторых — верно ли, что алкоголь представляет собой не яд, а пищевое вещество, употребление которого, по крайней мере до известной нормы, является желательным [?].

Выше мною было указано, какими материалами пользовался д-р Толстой для решения первого вопроса. Теперь посмотрим, как он сам оценивает пригодность этих материалов для данной цели. Данные о заболеваемости и смертности от отравления спиртом в отчетах Медицинского департамента, говорит он, — «не могут характеризовать собою вреда, приносимого алкоголем, так как от острого алкоголизма заболевают и умирают весьма немногие, хроническое отравление алкоголем выражается самыми разнообразными болезнями, попадающими в соответствующие рубрики, причем связь их с алкоголизмом не может быть определена». Точно также, по справедливому мнению д-ра Толстого, «цифры, даваемые Мед. деп. относительно заболеваемости вообще и острым алкогольным отравлением в особенности, не могут быть верными еще и потому, что наша врачебная статистика, особенно же статистика заболеваний, вообще весьма плохо поставлена и вполне зависит от количества врачей в данном уголке страны[100], так как, за их отсутствием,

заболевания совсем не регистрируются». Равным образом и число судебно-медицинских актов, составленных по поводу алкогольного отравления, д-р Толстой не считает пригодным мерилом вреда, приносимого алкоголем здоровью населения, «так как напиться до безобразия два раза в год может и человек вообще непьющий». По его мнению «единственными точными данными для суждения о вреде, причиняемом народному здоровью спиртными напитками, остаются цифры общей смертности и прироста, в соотношении с известным уже ежегодным душевым потреблением алкоголя», так как широко распространенное и неумеренное употребление алкоголя, если последний действительно представляет опасный яд, не может не отразиться на жизненности населения и, как бы ни были сложны причины, обусловливающие смертность и рождаемость, должно поднимать смертность и уменьшать рождаемость. Для того, однако, чтобы читатель не получил преувеличенного понятия о пригодности для данной цели нашей статистики смертности и прироста населения, д-р Толстой тут же обращает наше внимание на то, что о точности демографических величин вообще не может быть речи там, где подлинная цифра населения неизвестна и где территориальная статистическая единица представляет собой вполне неопределенную величину. Логический вывод отсюда тот, что и этим материалом нельзя пользоваться для решения статистическим путем чрезвычайно сложного вопроса о вреде, наносимом пьянством народному здоровью. Тем не менее д-р Толстой составляет таблицу, в которой губернии Европейской России представлены в порядке убывающего среднего душевого количества спиртных напитков, а вместе с тем приводится средний процент общей смертности и естественного прироста населения. При этом оказывается, что средняя смертность и средний прирост по губерниям «ничем не связаны с цифрами душевого потребления алкоголя, что губернии много пьющие имеют иногда низкую смертность и высокий прирост, а губернии мало пьющие — высокую смертность и малый прирост»; в общем выходит, «что много пьющие как будто бы более процветают в демографическом отношении, чем мало пьющие». Во всяком случае д-р Толстой считает себя вправе констатировать факт, «что продолжительное потребление довольно больших количеств алкоголя ни на смертности, ни на приросте населения ничем не отражается».

Нам кажется, что д-р Толстой не имел права из приводимых им данных сделать этого вывода, во-первых, вследствие недостаточной достоверности послужившего ему для сопоставления и сравнения основного материала, и, во-вторых, потому, что он употреблял слишком грубый статистический прием, от которого уже a priori нельзя было ожидать никаких годных для правильного вывода результатов.

Не касаясь вопроса о большей или меньшей достоверности его данных о среднем душевом потреблении алкоголя в различных губерниях (хотя, нам кажется, д-р Толстой придает слишком мало значения тому факту, что его материал относится только до потреб-

ления хлебного спирта, совершенно оставляя в стороне потребление виноградного вина, пива и т. д.), мы указываем лишь на то, что при отсутствии хотя бы приблизительно точных сведений о численности народонаселения коэффициенты общей смертности и естественного прироста обладают весьма небольшой достоверностью и могут, по отдельным губерниям, весьма значительно уклоняться от действительности. При этом ошибка, происходящая в определении этих коэффициентов вследствие неимения точных данных о численности народонаселения может быть настолько велика, что в состоянии стушевывать влияние на смертность даже таких факторов (социальных, бытовых, природных), в большом значении которых никто не сомневается. Д-р Толстой, я думаю, охотно с нами согласится, что возможную ошибку при определении коэффициента общей смертности по губерниям смело можно принять в 10%, т. е. что там, где в настоящее время коэффициент этот определяется примерно в 35 на 1000, он, при имении более достоверных основных данных, мог бы оказаться равным 33,5 или 36,5 на 1000. Едва ли было бы справедливо ожидать, что при существующих условиях мы могли бы ближе подойти к действительности. Между тем такая ошибка при вычислении коэффициентов может стушевать влияние на смертность весьма существенного фактора, ибо явление, которое в состоянии увеличивать смертность на целых 10%, нельзя не признать существенно важным в жизни населения; и если бы влияние алкоголизма было так велико, что вызываемые им прямо или косвенно смертные случаи составляли бы 10% всех умерших, то д-р Толстой едва ли рискнул бы сказать, что потребление довольно больших количеств алкоголя на смертности не отражается. А раз в возможности таких, или даже гораздо больших, ошибок при вычислении коэффициента смертности нельзя сомневаться, раз мы должны допустить, что вследствие этого влияние весьма существенных факторов может ускользнуть от нашего внимания, мы, конечно, не имеем никакого права утверждать, что то или другое явление народной жизни на смертности народонаселения не отражается. Мы можем только сказать, что мы этого влияния не могли констатировать благодаря применению слишком неточных, слишком грубых статистических приемов, благодаря недостаточной достоверности нашего основного материала. Но в таком случае наш вывод не имеет никакой обязательной силы; мы даже не вправе его сделать, и мы еще меньше вправе основывать на нем дальнейшие соображения или предлагать, на основании его, те или другие мероприятия.

Д-р Толстой не мог ожидать от своего статистического сопоставления верных результатов еще и потому, что он, непосредственно сопоставляя между собой величины, служащие выражением весьма сложных явлений, хотел выяснить влияние на смертность и естественный прирост населения одного (и притом, конечно, второстепенного) фактора, нисколько не позаботившись об исключении других факторов, бесспорно имеющих весьма сильное влияние на движение народонаселения. Различные губер-

нии Европейской России представляют чрезвычайное разнообразие в отношении местоположения, почвенных и климатических условий, этнографического характера населения, степени населенности, экономического быта и проч[ее], и общие коэффициенты смертности, рождаемости, а, стало быть, и естественного прироста, являются результатом всех этих разнообразных условий, из которых каждое оказывает свое влияние в том или другом направлении, с большей или меньшей силой. Поэтому выяснить значение того или другого из этих факторов, хотя бы на вид первостепенного, представляется обыкновенно делом весьма нелегким; оно часто удается только при помощи такой группировки статистического материала, при которой более или менее исключается влияние всех факторов, кроме одного — а именно того, значение которого подлежит изучению. Так, напр[имер], желая определить влияние питомнического промысла на общую смертность населения, нельзя сравнивать между собой Московскую губернию и Пермскую. Правда, в первой из них существует питомнический промысел, а во второй его нет; но ведь все условия существования народонаселения, а также и характер его в этих двух губерниях, представляются столь различными, что даже весьма значительная разница в смертности отнюдь не могла бы быть приписываема влиянию питомнического промысла, и, наоборот, при одинаковой смертности в обеих губерниях было бы непозволительно сделать вывод, что питомнический промысел не оказывает никакого влияния на смертность. Значение этого фактора для движения народонаселения могло бы быть действительно выяснено только в таком случае, если бы сравнить между собой территориальные единицы, самая существенная разница между которыми заключается в том, что в одной питомнический промысел существует, а в другой — нет. Точно также, желая выяснить влияние на общий коэффициент смертности фабричной промышленности, нельзя сравнивать между собой двух губерний или уездов, которые, кроме различного развития фабричной промышленности, значительно разнятся между собой еще и в отношении этнографического состава населения, потому что влияние на смертность первого фактора может более или менее сглаживаться влиянием последнего. Вообще сопоставление несравнимых величин составляет крупную статистическую ошибку, при которой никогда нельзя ожидать верных результатов. Ведь при помощи статистики можно доказать, что угодно, и ошибки везде возможны. Но при исследовании серьезных научных или важных общественных вопросов нравственная обязанность заключается в том, чтобы по возможности избегать по крайней мере крупных ошибок, могущих извращать результат исследования. К сожалению, д-р Толстой не всегда соблюдал это требование, и его сопоставление губерний Европейской России по среднему душевому потреблению хлебного спирта, по средней смертности и среднему приросту населения, с целью выяснить этим сопоставлением влияние большего или меньшего потребления алкоголя на движение народонаселения, мы должны охарактеризовать как крупную статистическую ошибку, привед-

шую автора к результату весьма сомнительной достоверности. Я берусь, на основании того же сопоставления д-ра Толстого, доказать, что не только потребление алкоголя не отражается на здоровье народонаселения, но что и смертность и рождаемость не находятся ни в какой связи между собой; между тем такой вывод противоречит основным данным популяционистики и представляет собой явный nonsens. Возьмем-те из таблицы д-ра Толстого [данные для] губерний с одинаковым коэффициентом смертности и посмотрим, какой они дают прирост населения: Екатеринославская и Лифляндская губернии имеют одинаковую смертность в 21 на 1000; но прирост населения в первой равняется 20 на 1000, а во второй — лишь 9‰; Тульская губерния имеет смертность в 31 на 1000 и прирост в 19; Ярославская же губерния, при той же смертности, дает прирост только в 7 на 1000. Северный Кавказ и Курская губерния имеют одинаковый коэффициент общей смертности (36), по приросту же населения между ними представляется огромная разница (20 и 10 на 1000). Очевидно, что несомненно существующая внутренняя связь между смертностью и приростом в этих случаях стушевывается или недостаточной точностью статистических данных, или какими-нибудь особенными факторами в жизни населения той или другой из названных губерний. Другими словами, связь эта здесь не сказывается не потому, что она не существовала, а потому, что для выяснения ее мы употребили неправильный статистический прием или пользовались негодным материалом.

На основании всего сказанного мы отрицаем за д-ром Толстым право сказать, «что продолжительное потребление довольно больших количеств алкоголя ни на смертности, ни на приросте населения ничем не отражается».

Весьма мало убедительны и те данные, которые приводятся д-ром Толстым в доказательство того, что заболеваемость и смертность, прямо обусловленные алкогольным отравлением, у нас незначительны. Правда, количество алкоголиков, обращающихся у нас к медицинской помощи в больницах и вне оных, а равно и официальные данные о смертности от отравления алкоголем, поражают своей скромностью и, по-видимому, не находятся ни в какой зависимости от душевого потребления алкоголя по губерниям. Но дает ли нам этот факт право отрицать такую зависимость? Конечно — нет! Ведь количество лечащихся у врачей алкоголиков и число смертных случаев, попадающих в рубрику смертей от отравления алкоголем по отдельным губерниям, представляют совершенно случайные величины, в значительной степени зависящие от организации медицинской помощи и от состояния регистрации, т. е. обусловливаемые не столько количеством потребляемого алкоголя, сколько посторонними причинами. Это признает и д-р Толстой, и для нас остается поэтому непонятным, почему он тем не менее приводит эти данные и пользуется ими для своих выводов. Насколько все эти цифровые данные не имеют ничего общего с дей-

ствительностью, можно видеть из того факта, что по официальным сведениям, приводимым д-ром Толстым, «острых отравлений спиртом» в Петербургской губернии ежегодно наблюдается на 1 млн. жителей лишь несколько десятков, тогда как в одном Петербурге еженедельно несколько сот человек поднимаются на улице в «безобразно пьяном виде». Неужели факт такого поголовного острого алкогольного отравления можно игнорировать только потому, что вся эта масса отравленных попадает не в больницы, а в полицейские участки? Случайность приводимых д-ром Толстым цифр явствует и из того, что напр[имер] в Таврической губернии число случаев «острого отравления спиртом» по годам колеблется между 13 и 111 на 1 млн. жителей, и что, дальше, в некоторых счастливых губерниях по целым годам не наблюдается ни одного такого случая (sic!). Может быть, д-р Толстой скажет, что поднимаемые на улицах в безобразно пьяном виде не суть больные и что это состояние нисколько не вредно для здоровья; но такое мнение едва ли было бы справедливо, и мы увидим ниже, почему именно с таким взглядом на невинность острого алкогольного отравления никоим образом нельзя согласиться. И так как в общем число субъектов, валяющихся на улицах в безобразно пьяном виде, будет тем больше, чем больше люди выпивают спиртных напитков, то вывод д-ра Толстого, что, по сделанным им статистическим сопоставлениям, «количество острых алкоголиков, по губерниям, ничем не связано с душевым потреблением алкоголя в этих губерниях», теряет для нас всякое значение и во всяком случае не может быть приведен в доказательство того, что вопрос об алкоголизме в России, в смысле чрезмерного употребления спиртных напитков, не существует.

Из всего вышеизложенного вытекает, что приводимые д-ром Толстым статистические данные, по его мнению, доказывающие отсутствие вредного влияния спиртных напитков на здоровье народонаселения в России, не позволяют делать такого заключения и что поэтому выводы д-ра Толстого не выдерживают критики.

Обратимся теперь к следующему и последнему вопросу д-ра Толстого: «Правда ли, что алкоголь в самом деле так опасен, как мы это думаем?» Этот вопрос может быть решен двояким путем — научно-экспериментальным и статистическим. Как мы видели выше д-р Толстой решает его отрицательно, т. е. признает алкоголь не ядовитым веществом, а напротив того — пищей, предметом первой необходимости, потребление которого не должно падать ниже известной нормы. Посмотрим, каким образом д-р Толстой приходит к этому заключению.

Он прежде всего соглашается с тем, что на основании имеющегося научного материала должно придти к выводу, что алкоголь служит причиной вырождения населения; но он тут же указывает на то, что вывод этот относится лишь к случаям злоупотребления алкоголем, а отнюдь не к случаям разумного потребле-

ния его, и что болезненные припадки, обусловленные эксцессами в потреблении алкоголя, нельзя приписывать самому этому потреблению. Затем д-р Толстой высказывается против лабораторных опытов с алкоголем на животных, результатам которых он не приписывает никакого значения и которые он называет «неправильными ни по замыслу, ни по выполнению», потому что они производятся на существах, никогда в алкоголе не нуждавшихся и ни в каком виде его не употреблявших. Наконец, д-р Толстой, опираясь отчасти на собственное мнение, высказанное еще 20 лет тому назад, отчасти на личные наблюдения, уверяет нас, что в крестьянском быту умеренное потребление водки никогда не приносит вреда, сколько бы лет оно ни продолжалось, — что русский крестьянин, при той житейской обстановке, в которой он находится, без водки обойтись не может, — что до тех пор, пока обстановка нашего крестьянина не изменится или пока не будет найден какой-нибудь менее вредный суррогат водки, общества трезвости принесут больше вреда, чем пользы, — что русский народ пьет, пожалуй, слишком мало, — что на основании накопившихся в науке данных, а гл[авным] обр[азом] «благодаря начинающемуся освобождению нашего разума от слепой веры в мнимо точные методы исследования» мы имеем полное право сказать, что алкоголь есть пища, т. е. такое вещество, в котором организм человека временно или постоянно нуждается, — что, благодаря влиянию алкоголя на деятельность сердца и нервной системы, он особенно пригоден при усиленном физическом труде, который не может быть прерван для достаточно продолжительного отдыха, — что бедные люди в нем встречают надобность как в веществе, пополняющем недостаточную пищу, старики и диспептики — как в средстве, помогающем пищеварению, упавшие духом и нервно-раздраженные — как в средстве возбуждающем или успокаивающем психику, — что вообще, в конце концов, «нет такого человека, которому бы алкоголь когда-нибудь не понадобился, и что большинству, особенно в наше физически и нравственно многострадальное время, он в известных количествах бывает нужен ежедневно».

Собственно говоря, все приведенные здесь положения д-ра Толстого представляют лишь субъективное мнение его, основанное на личных же умозаключениях, а не на научных данных, а потому мы могли бы обойтись и без научного разбора их. Но ввиду того, что категоричность, с которой д-р Толстой высказывает свои взгляды, могла бы произвести известное впечатление на людей, не ориентированных в этом вопросе, и принимая во внимание те вредные последствия, которые, по нашему глубокому убеждению, распространение подобных взглядов могло бы иметь с общественно-санитарной точки зрения, мы решаемся в кратких словах привести здесь то, что наука может ответить на положения д-ра Толстого.

Прежде всего спросим: представляет ли алкоголь яд для человека или нет? Я не берусь и не считаю нужным защищать лабораторный опыт на животных против тех незаслу-

женных упреков, с которыми выступает против него д-р Толстой. Всякий знает, что многие данные, добытые экспериментами на животных, нельзя непосредственно перенести на человека и приходится делать последнего объектом специального исследования; но, с другой стороны, всякий поймет также, что нельзя без веских доказательств и, так сказать, одним почерком пера, выбросить из нашего научного багажа все, что сделано, путем экспериментов на животных, современной общей патологией и фармакологией, объявляя, что все это никуда не годится и не заслуживает никакого доверия, потому только, что исследования произведены не на человеке, а на животных. По отношению к данному вопросу упрек д-ра Толстого падает сам собой, потому, что результаты исследования влияния алкоголя на животных вполне подтверждаются и на человеке.

Поступивший в организм алкоголь почти весь сгорает там в уклекислоту и воду, и лишь небольшая часть его переходит в мочу или выделяется через легкие; и так как в результате, при сгорании алкоголя, является известное количество теплоты, то его можно признать источником теплоты, и потреблением его мы уменьшаем до некоторой степени расход других составных частей нашего организма. Но это свойства алкоголь разделяет с большим количеством других веществ, которые обходятся дешевле его и потребление которых не сопряжено с теми опасными побочными явлениями, которые обнаруживаются при потреблении алкоголя. Правда, алкоголь больше, чем жиры или углеводы, которые также легко сгорают в организме, вызывает весьма приятное во многих случаях субъективное ощущение теплоты, вследствие чего спиртные напитки многими считаются прекрасным средством для согревания тела в сырую, ненастную или холодную погоду. Но это субъективное ощущение тепла — весьма обманчиво. Оно происходит гл[авным] обр[азом] от того, что алкоголь, возбуждая сердце и всю сосудистую систему, ускоряет кровообращение, благодаря чему кровь в органах, а, между прочим, и в наружных покровах тела, чаще возобновляется. Но вслед за тем, в особенности после более значительных приемов алкоголя, наступает паралитичное состояние сосудистых стенок, ведущее к расширению сосудов — между прочим и на коже, и, вместе с тем, к усиленной отдаче тепла с поверхности тела. Калориметрические измерения, производимые над человеком, показывают, что, хотя известный прием алкоголя и увеличивает приход тепла, но в то же время в соответственной или даже большей мере усиливается и расход его, так что о каком-либо сбережении тепла в организме при потреблении спиртных напитков не может быть речи; наоборот, в конце концов получается для организма более или менее значительный минус. Поэтому-то потребление алкоголя не есть средство защиты человека против внешнего холода, а напротив — делает его более чувствительным к низкой температуре окружающей среды. Поэтому понятно, что люди, совершенно не пьющие вина, лучше переносят путешествия на

крайнем Севере, чем те, которые привыкли пользоваться алкоголем «для согревания тела». И с тех пор, как это стало известным, все смельчаки, предпринимающие экспедиции по направлению к Северному полюсу, в Гренландию и проч[ее], составляют экипаж своих судов по возможности из людей, не потребляющих спиртных напитков.

Чисто теоретически алкоголь может быть причислен, пожалуй, к питательным веществам, так как известный прием его сберегает соответственное ему, по динамическому значению, количество жира или углеводов. Но для того, чтобы заменить алкоголем мало-мальски заметные количества других питательных веществ, требуются настолько большие приемы его, что у потребителя сильно сказывается отрицательная сторона его влияния, а потому физиологи собственно к пищевым веществам его не причисляют. Его влияние на азотистый обмен, очевидно, весьма незначительно, и существующие исследования не дают нам права сказать, чтобы алкоголь предохранял организм от лишней траты белковых веществ; они показывают, что небольшие приемы его как будто несколько уменьшают расход белка, более значительные же количества усиливают процесс разложения азотистых веществ в организме. Если при небольших приемах алкоголя уменьшается поступление кислорода в организм, то этот факт вовсе не указывает на меньшую интенсивность процессов окисления в тканях под влиянием алкоголя, а свидетельствует лишь о том, что алкоголь для своего сгорания нуждается в меньшем количестве поступающего извне кислорода, чем эквивалентное количество какого-либо из настоящих пищевых веществ.

Нам, может быть, заметят, что алкоголь придает чувство силы человеку, что усталому, утомленному он дает временно возможность продолжить работу и без приема пищи. Против этого не будем спорить. Возбуждение, вызываемое алкоголем во всем организме, делает человека моментально способным к такому напряжению сил, которое без алкоголя не было бы возможно. Но ошибочно было бы вывести отсюда заключение, что, вводя в организм алкоголь, мы заметно увеличиваем находящийся в нем запас силы. Нет, — влияние алкоголя заключается лишь в возбуждающем действии его на нервную систему, благодаря которому он дает нам возможность свободнее распоряжаться запасом имеющейся уже в организме силы и увеличить расход ее, хотя и на короткое время, больше, чем это было бы возможно при обыкновенных условиях: работник, занимающийся усиленным умственным или физическим трудом, прогоняет наступающее утомление глотком вина (или другим каким-нибудь возбуждающим средством — курением табака, кофе, чаем и т. п.); бедняк, у которого в данный момент нет средств для того, чтобы ввести в свое тело необходимое количество питательного материала в виде белков, жиров и углеводов, прибегает к помощи вина, водки и других вкусовых веществ и прогоняет ими чувство голода, слабости и нравственного угнетения, овладевшее им вследствие недостатка

пищи. Однако, при оценке этого, по-видимому, благотворного влияния алкоголя не следует забывать, что процессы разложения в организме идут своим порядком, независимо от принятия вина или водки, и что погибающий при этом материал должен быть заменен для того, чтобы сохранился известный вещественный состав организма и чтобы последний оставался способным к работе и на будущее время. В противном случае, если усиленная трата вещества и сил, которая сделалась возможной благодаря употреблению алкоголя, своевременно не уравновешивается доставлением организму соответственного количества пищи, то происходит истощение организма. Не надо забывать, что, употребляя вино или водку для временного поддержания сил, мы собственно делаем заем и живем в долг, а для того, чтобы отсюда не происходило ущерба для организма, необходимо возвратить ему в виде пищи то количество силы, которое было позаимствовано во время усиленного напряжения. Большая опасность при потреблении спиртных напитков бедными людьми заключается именно в том, что за невозможностью выплачивать этот долг, он будет все расти и расти, пока, наконец, должник не сделается несостоятельным, т. е. пока нанесенный организму ущерб не сделается непоправимым. Алкоголь, следовательно, не есть пищевое вещество, и вызываемым им субъективным ощущением прилива теплоты и сил легко вводятся в роковое для них заблуждение люди, не знакомые с его коварными свойствами.

Не подлежит никакому сомнению, что вообще потребление алкоголя совершенно не нужно для поддержания работоспособности человека. Это доказывается, между прочим, множеством наблюдений, произведенных над английскими войсками в различные времена и в различных местах; эти наблюдения обнаружили, что самые сильные телесные напряжения в жарких и холодных климатах лучше всего всегда переносились теми войсками, которые не употребляли алкоголя ни в какой форме.

Но алкоголь, кроме того, есть непосредственный яд для центральных органов нашей нервной системы, который, после непродолжительной стадии раздражения, производит в них параличные явления и таким образом притупляет, и даже вовсе прекращает, некоторые из наиболее сложных функций их. Даже то безотчетное веселье, тот оживленный разговор, то благодушное и приподнятое настроение, тот жизнерадостный, оптимистический взгляд на все окружающее, которые всегда являются, когда хорошая компания сидит за стаканом доброго вина, даже при весьма умеренном пользовании им, суть прямые последствия паралича задерживающих центров и вообще тех частей нашей центральной нервной системы, которые нам помогают ориентироваться в окружающей нас обстановке, критически к ней относиться, взвешивать значение наших слов и наших действий, другими словами — паралича нашего рассудка. Под влиянием этого паралича, этого устранения задерживающих центров, языки развязы-

ваются, люди перестают следить за собой, им море становится по колено, и они во многих отношениях превращаются в неразумных детей. Следовательно, токсическое действие даже небольших приемов алкоголя не подлежит никакому сомнению; оно, по всей вероятности, основывается на том, что алкоголь составляет яд для протоплазмы известных органов нашей нервной системы и притом, прежде всего, для тех, которые управляют функциями высшего порядка.

Мы ответили на поставленные вопросы: мы показали, что алкоголь, как пищевое вещество, не имеет никакого практического значения и что он, даже в сильно разведенном виде, составляет для человека опасный яд. Нам, мы надеемся, удалось убедить беспристрастного читателя в том, что взгляд д-ра Толстого на значение алкоголя с точки зрения современной науки несправедлив и что в его чересчур снисходительном отношении к алкоголю кроется большая опасность для русского народа с точки зрения общественной санитарии. Широкое распространение таких взглядов на потребление алкоголя, какие исповедует д-р Толстой, мы считали бы большим несчастнем для России. Д-р Толстой скажет нам, что он вовсе не проповедует злоупотребления алкоголем, которое он тоже признает вредным, но высказывается лишь за умеренное потребление спиртных напитков, от которого, по его мнению, можно ожидать лишь одну пользу. Однако, после всего сказанного мы не считаем нужным входить в разбор этого возражения, так как постоянное потребление яда, хотя бы в умеренных количествах, едва ли может быть признано полезным для народного здоровья, — тем более, что установление границы между умеренным потреблением и злоупотреблением, в каждом данном случае, совершенно невозможно; и если д-р Толстой, увлекаясь своей идеей о полезности умеренного питья спиртных напитков, говорит, что, вместо всяких обществ трезвости, он обеспечил бы каждому чернорабочему человеку по стакану водки ежедневно, но лишил бы его возможности пить для пьянства, то практическое исполнение такого намерения наверно встретило бы повсюду непобедимые препятствия.

Влияние алкоголя на детский организм и борьба с алкоголизмом среди молодежи[101]

Трудно или невозможно обнять воображением всю ту массу бедствий, которую причиняет человечеству потребление алкоголя, т. е. содержащих его напитков. Статистика всех стран неопровержимо доказывает, что алкоголь разрушает здоровье, увеличивает болезненность и смертность, сокращает человеческую жизнь, задерживает физическое развитие, притупляет умственные способности, является причиной нравственного падения, увеличивает преступность, вносит раздор в семейную жизнь, расшатывает эко-

номическое и общественное положение человека и т. д. Алкоголь доводит до всевозможных притонов, больниц, домов умалишенных, тюрем. Он содействует распространению пауперизма, увеличивает число людей, нуждающихся в общественной благотворительности, уменьшает сопротивляемость наций внешним врагам и благоприятствует постепенной дегенерации человеческой расы. «Если бы возможно было, — справедливо замечает Marambat, — одним почерком пера стереть с лица земли недостойную человека отвратительную страсть к спиртным напиткам, что сразу сделались бы почти излишними больницы, дома для умалишенных, тюрьмы и тому подобные учреждения, далеко не могущие в настоящее время удовлетворить существующие потребности». Если в этих словах и можно усматривать некоторое увлечение, допущенное известным борцом против алкоголизма, то, в общем, справедливость их не подлежит сомнению. Она подтверждается массой статистического материала, собранного во всех культурных странах. Она явствует между прочим и из нижеследующих цифровых данных, извлеченных д-ром Baer'ом из германской тюремной статистики: в 1876 г. в 120 местах заключения среди 32 837 заключенных было 13 706 (41,7%) пьяниц. И под непосредственным влиянием алкоголя были совершены следующие относительные количества различных преступлений: 46% всех преступлений против личности; 63% всех убийств и увечий со смертельным исходом; 77% всех проступков и преступлений против нравственности; 54% всех преступных нарушений семейного спокойствия.

Страшно подумать, сколько стоит человечеству роковая страсть к алкоголю. В Англии и Америке на потребление спиртных напитков тратится вдвое больше, чем на приобретение хлеба. По вычислениям Рошара, прямой и косвенный ущерб, ежегодно наносимый народному хозяйству Франции злоупотреблением спиртными напитками (за исключением виноградного вина и пива), определяется следующими цифрами: цена потребляемого спирта 91,0 млн. фр[анков], потеря заработной платы 962,8 [млн. франков], медицинская помощь, призрение душевнобольных и др. 70,8 [млн. франков]; итого 1139 млн. фр[анков].

«Следовательно, — говорит названный автор, — помимо позора и унижения человеческого достоинства, помимо семейного горя и разрушения семейных уз, помимо нравственного ущерба, наносимого французской нации злоупотреблением спиртными напитками, эта страсть обходится народу ежегодно слишком в 1100 млн. франков».

Не останавливаясь дольше на печальных последствиях алкоголизма для народонаселения вообще, мы прямо перейдем к вопросу о влиянии его на детей различного возраста и на молодых людей.

Влечение к спиртным напиткам может быть прирожденно: оно передается от родителей к детям; сын пьяницы-отца во многих очень случаях сам становится пьяницей. Это было известно уже древним культурным народам и подтверждается многочис-

ленными наблюдениями всех времен. Для многих пьяниц страсть к вину является выражением полученного в наследство психопатического предрасположения; очевидно, что злоупотребление алкоголем со стороны отца или матери обнаруживает вредное влияние на зародышевые клетки, на их питание и развитие. Особенно легко, по мнению Демме, передается так наз[ываемая] «дипсомания» — форма периодического пьянства, сопровождаемого непреодолимым влечением к спиртным напиткам. Наследственное стремление к алкоголю иногда является уже в первые годы жизни, даже в том случае, если дети воспитываются не у своих родителей-пьяниц, а у посторонних людей, где они не видят дурного примера. У таких детей первый удобный случай для потребления алкоголя нередко вызывает роковую страсть, которая затем уже не оставляет их. Часто в раннем уже возрасте обнаруживают склонность к вину дети таких людей, которые хотя и пьют, но вовсе не считаются пьяницами, а просто слывут за людей «много переносящих». В таких случаях второе поколение обыкновенно не только больше злоупотребляет алкоголем, чем первое, но и больше от него страдает, а на третьем поколении почти всегда уже сказываются все, самые ужасные, последствия хронического алкоголизма. Таким образом, невинное, на первый взгляд, удовольствие деда для внуков и правнуков может явиться причиной страшного несчастия, влекущего за собой гибель семьи.

Но вместе со страстью к вину пьяницы-родители передают своему потомству, и притом в увеличенном виде, и *те болезненные состояния — преимущественно в сфере нервной системы, — которые ими были приобретены как последствия на почве пьянства*. У алкоголиков, даже если они происходят от здоровых родителей, нервная система — не исключая центральных органов ее, сильно расшатывается, а потому их дети являются на свет с готовым предрасположением к различным, по форме и интенсивности, нервным и психическим расстройствам. Такие дети родятся слабыми, с плохим питанием, часто страдают *судорогами, нейралгиями, параличами, пляской св. Витта и эпилепсией*; они отстают в физическом развитии от здоровых детей, развиваются и умственно плохо и нередко становятся идиотами: приблизительно половина детей помещаемых в заведения для глухонемых, для эпилептиков, для слаборазвитых умственно, происходит из семей алкоголиков (Lunier). Из 300 психически больных детей, о семейном положении которых имелись точные сведения, 145 происходили от родителей, предававшихся пьянству (Howe). Профессор Демме имел возможность в течение многих лет наблюдать за потомством 20 семей, из которых 10 принадлежали к явным алкоголикам, тогда как в остальных 10 семьях родители не злоупотребляли алкоголем, а пользовались им умеренно. Результаты его наблюдений были следующие: непосредственное потомство первой серии семей, в которых отец или мать или оба родителя были алкоголиками и где иногда уже предки предавались пьянству, состав-

ляло 57 детей; из них в течение первых недель или месяцев жизни умерли 25, отчасти от общей слабости, отчасти в припадках детских судорог (вследствие, напр[имер], отека мозга и его оболочек); 6 детей были идиотами; 5 детей обнаружили поразительно малый рост: у 5 детей в отроческом возрасте обнаружились эпилептические припадки; 1 мальчик заболел тяжелой формой пляски св. Витта, поведшей к идиотизму; у 5 детей наблюдались прирожденные недостатки развития (водянка мозга, заячья губа, косолапость); из 5 эпилептиков 2 страдали прирожденной страстью к спиртным напиткам. Таким образом, из 57 детей этой серии только 10, т. е. 17,5% развивались, по крайней мере в молодости, нормально как физически, так и духовно. Совершенно другую картину представляет потомство другой серии семей, в которых родители вели жизнь трезвую и где и среди предков не было алкоголиков: здесь из 61 ребенка от болезней, находящихся в связи с общей слабостью, умерли только 5; 4 детей в отроческом возрасте страдали излечимыми болезнями нервной системы; у 2 детей оказались прирожденные недостатки развития; все же остальные дети этой серии в количестве 50 человек (82%) были вполне здоровы и развивались во всех отношениях нормально. Если даже допустить, что здесь известную роль могли играть случайности, то все-таки остается факт, что среди детей алкоголиков смертность очень велика, что остающаяся в живых часть состоит почти исключительно из нейропатов, душевно больных, идиотов и эпилептиков и что только ничтожный процент, развиваясь нормально, обещает сделаться полезными членами общества.

Подобные факты должны произвести потрясающее впечатление на всякого мыслящего человека, — тем более, что они не единичны, а в таком же или еще более ужасном виде встречаются на скорбных листах всех домов для умалишенных. Реш среди 97 детей алкоголиков нашел только 14 здоровых; по словам Дагобера, из 11 детей алкоголика-отца 9 умерли в раннем возрасте от судорог; из 14 детей одного музыканта-алкоголика 4 оказались полными идиотами, 8 умерли рано от чахотки и только 2 развивались нормально. И так как печальные последствия алкоголизма роковым образом усугубляются от поколения до поколения, то они естественно ведут к быстрому вырождению и вымиранию целых семей.

Во второй половине прошлого и в начале нынешнего столетия в Англии жила женщина, известная как пьяница и бродяга; потомство ее составляло 834 человека, и судьба 709 из них в точности известна: между ними были 100 незаконнорожденных, 181 публичная женщина, 188 нищих и пользовавшихся общественной благотворительностью. 76 преступников (7 убийц); в общей сложности члены этой семьи провели 116 лет в тюрьмах и в течение 734 лет получали материальную помощь от общества; в четвертом поколении почти все мужчины были преступниками, а женщины предавались непотребной жизни; государству эта семья обошлась приблизительно 2 миллиона рублей (содержание в тюрьмах, материальная помощь и т. д.).

Можно было бы думать, что такое постепенное нравственное падение целых семей происходит только в таком случае, если родоначальники их — настоящие, отъявленные пьяницы. Но факты противоречат этому предположению, и в настоящее время не подлежит сомнению, что первый толчок к такому страшному несчастию может дать человек, который хотя и пьет, но, по обыкновенным понятиям, в общем не злоупотребляет спиртными напитками, а пользуется ими умеренно и сам, может быть, мало страдает от разрушающего действия алкоголя.

Таково влияние «грехов родительских» на последующие поколения; таково печальное наследство детей, родившихся от злоупотребляющих алкоголем родителей. Первый алкоголик в семье, это — случайный камень или комок снега, дающий повод к возникновению лавины, которая затем, катясь вниз по наклонной плоскости и быстро разрастаясь, принимает огромные размеры и все, что встречается на ее дороге, уничтожает со страшной стихийной силой. Один, может быть случайный, алкоголик увлекает с собой в бездну целые поколения собственно ни в чем неповинных людей, составляющих его потомство. Нет ничего более ужасного для ребенка, как иметь пьяницу мать или отца! Нет наследства более рокового, чем алкоголизм!

Но молодые поколения могут страдать от алкоголя и независимо от привычек родителей, вследствие употребления спиртных напитков самими детьми. В большинстве случаев дети в раннем возрасте получают алкоголь вследствие крайнего невежества окружающих, а в более позднем — благодаря тому, что ни родители, ни учителя или воспитатели не имеют надлежащего представления (лучше сказать «никакого» представления) о пагубном действии этого вещества на молодой, неокрепший организм, а, наоборот, придерживаются ходячей и злосчастной идеи об «укрепляющем» влиянии его.

Вследствие этого ложного, но господствующего среди публики (а отчасти, к сожалению, еще и среди врачей) понятия о благотворном и восстанавливающем силы действии алкоголя последний иногда косвенным путем поступает в организм новорожденных детей; в литературе отмечены случаи, когда беспокойство, бессонница, появление судорог у грудных детей не могли быть объяснимы иначе, как тем, что кормящая ребенка мать ежедневно, или по привычке или для укрепления своих пострадавших от родов сил, выпивала несколько рюмок какого-либо крепкого вина, причем к ребенку часть алкоголя переходила вместе с материнским молоком; в таких случаях оставление матерью вина или отнятие ребенка от материнской груди быстро восстанавливают здоровье новорожденного. Это наблюдение, обладающее точностью научного эксперимента, ясно доказывает, что женщины, которые сами кормят своих детей, должны решительно отказаться от употребления всяких спиртных напитков.

Весьма часто дети, не отличающиеся особенным здоровьем и

нуждающиеся в укреплении своих сил, получают алкоголь в виде крепкого вина, пива и т. п., или по собственной инициативе родителей, или по совету кого-либо из окружающих. Это, конечно, делается с добрым намерением помочь ребенку, сделать его здоровым, сильным. Во многих местах маленьким детям дают вино для «успокоения» их во время прорезывания зубов. Встречаются даже случаи, что слабые и плохо упитанные новорожденные в течение первых же дней и недель своей жизни, по совету какой-нибудь невежественной повивальной бабки или соседки, получают крепкое вино — малагу или т. п. — для поднятия сил. Вообще, по мнению многих, ребенок, обнаруживающий признак нервного возбуждения, «нуждается» в алкоголе для успокоения, а ребенок слабый и вялый «нуждается» в нем для укрепления сил. В одном случае окружающие пользуются наркотическим, парализующим, действием алкоголя; в другом — возбуждающим влиянием его, которое ими ложно принимается за «укрепляющее». Этот последний взгляд на благодетельное действие алкоголя до такой степени укоренился во мнении общества, что нередко матери, желая дать врачам доказательство своих стараний о здоровье детей, заявляют, что они даже не остановились перед продолжительным применением малаги или другого «лекарственного» вина. Может ли быть что-нибудь гибельнее и опаснее для детей, чем распространение подобных взглядов среди родителей!

Во многих случаях потребление спиртных напитков детьми различного возраста находится в связи с [бедственным] экономическим положением родителей. Там, где картофель и кофе составляют основу питания (что встречается во многих бедных семьях в Швейцарии и других местах), вынужденные к тяжелому труду родители нередко обращаются к водке, будучи уверенными, что этим они покрывают хоть часть дефицита в пищевых средствах. Но вслед за ними и старшие дети, принимающие то или другое участие в работе, получают свою долю этого губительного напитка, и таким образом водка является постоянным товарищем молодежи в известной части неимущего населения (Демме).

С другой стороны, в состоятельных семьях детям часто в виде вкусовых веществ дают за обедом, на прогулках и т. д. вино или пиво, приучая их таким образом систематически к употреблению спиртных напитков. Известно, что к общему пивному потоку, разливающемуся в Германии широкой струей по всем слоям общества, вместе со своими родителями прикладываются и дети всякого возраста, не исключая самых младших. По свидетельству д-ра Bleuler'a, директора одной колонии для умалишенных в Швейцарии, в этой стране вино играет значительную роль даже в бюджете сиротских домов. Во многих местах — и не без вины со стороны руководимых ложными теоретическими взглядами врачей — укрепилась несчастная привычка давать крепкие вина (даже коньяк) детям во время лихорадочных процессов, а в

особенности выздоравливающим, и притом в значительных количествах и в течение продолжительного времени. Таким образом алкоголизм нередко внедряется в семьи под благовидным предлогом пользования алкоголем как лечебным средством.

Обратимся теперь к тому влиянию, которое оказывает на детский организм потребление алкоголя. Здесь не место подробно останавливаться на физиологическом действии алкоголя вообще. Достаточно сказать следующее: 1) алкоголь, будучи принят внутрь, быстро переходит в кровь и вместе с нею распространяется по органам; весьма быстро он поглощается из крови веществом головного мозга; 2) большая часть поступившего в организм алкоголя «сгорает» в нем [т. е. превращается] в углекислоту и воду, и лишь небольшой процент его оставляет тело в неизменном виде, вместе с жидкими и газообразными выделениями; 3) при «сгорании» алкоголя в организме развивается значительное количество теплоты; тем не менее алкоголь не может быть рассматриваем как пищевое средство, которое своим сгоранием в теле могло бы заменить другие пищевые вещества (жир, углеводы), во-первых, потому что вследствие сильного расширения кожных сосудов, производимого тем же алкоголем, теплота, являющаяся результатом его сгорания, быстро теряется и расход тепла под влиянием алкоголя даже превышает приход его, — во-вторых, потому что при приеме таких количеств алкоголя, которые могли бы значительно увеличить теплопродукцию в теле, обнаруживаются уже и ядовитые свойства его, заставляющие нас отказаться от больших приемов; 4) алкоголь принаделжит к средствам, имеющим сильное наркотическое действие, и он стоит в этом отношении близко к хлороформу. Он приводит нервную систему в состояние паралича и даже те явления более или менее сильного возбуждения, которые предшествуют так называемому «опьянению», суть не что иное, как последствия расслабления или паралича известных частей нервной системы — преимущественно задерживающих центров ее. Большие количества алкоголя производят полный паралич всех жизненных функций; но уже сравнительно небольшие приемы парализуют те части головного мозга, которые заведуют отправлениями самого высокого порядка и которыми как бы контролируются все наши ощущения, все наше мышление и все наши действия, — я говорю о способности критически относиться к окружающей нас обстановке и к своим собственным речам и действиям. Поэтому неудивительно, что вино развязывает язык, что самые бессмысленные остроты, самые цинические выходки встречают снисходительный, а иногда даже восторженный прием, что животные страсти легко разгораются, что пьяный ни перед чем не останавливается, что ему «море по колено». Всякая «веселая» компания, черпающая свое веселье в алкоголе, есть компания людей с полупарализованными нервными центрами. В этом смысле и нужно понять древнюю поговорку: «in vino veritas» («в вине — истина»); 5) алко-

голь, как видно из предыдущего, не придает человеку никакой силы; он только позволяет нам, благодаря производимому им параличу задерживающих центров, на некоторое время свободнее располагать имеющимся в организме запасом силы. Сам же алкоголь не увеличивает этого запаса и последний должен быть возобновляем при помощи настоящих пищевых средств. Человек, злоупотребляющий этим запасом под влиянием алкоголя и по той или другой причине не заботящийся о пополнении его, приравнивается к тому, кто живет не на проценты с капитала, а безрассудно истрачивает самый капитал; он через более или менее продолжительное время будет нищим. Вот какими представлениями, основанными на физиологических данных, следует заменить сказку об «укрепляющем» действии алкоголя, являющуюся причиной неисчислимого количества роковых ошибок и повергающую в несчастие огромное количество людей.

По своему характеру действие алкоголя на детей не отличается от действия его на взрослых людей, но, благодаря большей чувствительности и меньшей сопротивляемости детского организма, пагубное влияние алкоголя сказывается здесь сильнее и при меньших приемах его, чем у взрослых. Первая стадия острого отравления алкоголем отличается у детей сильным беспокойством и большой раздражительностью, и нередко сопровождается конвульсиями; за ней, большей частью весьма быстро, следует вторая стадия, выражающаяся в тяжелом угнетении и страшном расслаблении нервной системы, при котором дети долго (12—36 ч) находятся в глубоком сне, похожем на коматозное состояние, из которого они даже холодными обливаниями пробуждаются лишь на короткое время.

У детей, как и у взрослых, влияние алкоголя сказывается на органах кровообращения, пищеварения и, главным образом, на нервной системе; кроме того, при злоупотреблении спиртными напитками страдает общее, физическое, умственное и нравственное развитие детей. Исследования Боллингера и его учеников не оставляют никакого сомнения в том, что чрезмерное пользование спиртными напитками сопровождается заболеваниями сердца и сосудов; и Зентнер показал, что в Мюнхене подобные заболевания у всех лиц, прикосновенных к производству или продаже пива, чаще являются причиной смерти, чем у остального населения. Стенки кровеносных сосудов под влиянием алкоголя изменяются, в них появляются известковые отложения, они теряют свою упругость и становятся ломкими; сердце подвергается ожирению. Тот же процесс является в печени. В почках, благодаря раздражающему действию алкоголя, также происходят глубокие изменения, которые в конце концов ведут к сморщиванию почечной ткани и к сильному нарушению нормальной функции этого органа. Все это, конечно, наблюдается главным образом у взрослых пьяниц, но первое основание к заболеваниям названных органов нередко кладется

злоупотреблением спиртными напитками в молодости. Впрочем в медицинской литературе встречаются случаи алкогольного перерождения печени и у детей. Очень нередко у детей наблюдаются тяжелые расстройства пищеварительного канала, вызываемые потреблением алкоголя; но еще чаще существующие у детей неправильности пищеварения усиливаются под влиянием алкоголя, увеличивающего кислотность желудочного сока и усиливающего отделение слизи; являются желудочно-кишечные катары с болезненностью живота и с уменьшением аппетита; питание организма заметно страдает, вес ребенка уменьшается, силы падают и молодой алкоголик постепенно угасает.

Наиболее серьезные расстройства, наблюдаемые у детей вследствие преждевременного и чрезмерного потребления алкоголя, происходят в области нервной системы. Это становится вполне понятным, если вспомнить о тех тяжелых поражениях нервной системы, которые встречаются у взрослых алкоголиков. Мозг ребенка формируется лишь постепенно, и даже у молодых людей в возрасте 18—20 лет развитие этого нежнейшего из всех органов еще нельзя считать законченным. Детский мозг чрезвычайно впечатлителен, мало способен к сопротивлению внешним толчкам, какого бы характера они ни были и откуда бы они ни происходили; как мозг, так и оболочки его в детском возрасте сравнительно богаты кровью, легко переполняются ею и склонны к воспалительным процессам. При этих условиях частое употребление спиртных напитков, усиливающих приток крови к голове, представляется весьма рискованным и нерациональным. Неудивительно поэтому, что у детей и при отсутствии всякой подозрительной наследственности врачи наблюдают и эпилепсию и пляску св. Витта единственно вследствие частого и продолжительного потребления спиртных напитков. Этиологическое значение алкоголя в этих случаях явствует из того, что при строгом режиме, исключающем всякое пользование алкоголем, названные расстройства нервной сферы исчезают без всякого лекарственного лечения. Весьма вероятно, что и неврастения, эта характерная болезнь нашего «нервного» века, нередко поражающая наряду с «отцами» и детей, во многих случаях находится в причинной связи с преждевременным и слишком частым потреблением детьми спиртных напитков. Врачам нетрудно убедиться в том, что действительно многие из так называемых нервных детей, страдающих частыми головными болями, сердцебиением, бессонницей, мрачным настроением, вялостью мышления и т. д., принадлежат к числу тех, которых родители под влиянием ложных взглядов на «укрепляющее» действие алкоголя приучали к частому употреблению алкоголя в той или другой форме. На их впечатлительном мозгу ясно сказывается не укрепляющее, а парализующее влияние алкоголя; расслабленный орган не может удовлетворять требованиям, предъявляемым к нему школой; нервные центры от всякой серьезной работы скоро утомляются и «неврастеник» готов. Участие алкоголя в развитии неврастении в таких случаях дока-

зывается тем, что при полном и безусловном воздержании от спиртных напитков, при хорошем питании и рациональном образе жизни, таким субъектам может быть возвращено здоровье вообще и равновесие нервной системы в частности (Демме).

Весьма вредное влияние спиртные напитки оказывают на п а м я т ь. Говорят, что «питье водки укрепляет память». Профессор Демме видел 10-летнего мальчика, которому отец вследствие опухания шейных лимфатических желез, давал значительные количества малаги. Весьма скоро у этого мальчика обнаружилось поразительное ухудшение памяти, дошедшее до того, что мальчик, в конце концов, забыл и свое имя, и фамилию, и место жительства. Абсолютное воздержание от вина, последовавшее по требованию врача, через 6—8 нед восстановило память совершенно, но она вновь ослабела, когда отец с целью улучшить питание мальчика начал давать ему за обедом и за ужином по 3 децилитра пива, и лишь по окончательном оставлении всяких спиртных напитков она возвратилась к своей прежней силе.

Насколько справедливо, по крайней мере по отношению к детям, мнение Крепелина, что уже малейшие приемы алкоголя сразу обнаруживают парализующее действие на умственную деятельность, показывает следующее наблюдение, о котором упоминает проф. Демме: двое отцов семейств, считавших умеренное потребление вина юношами невредным, пожелали окончательно убедиться в этом, и потому давали своим мальчикам, находившимся в возрасте 10—15 лет, в течение нескольких месяцев по 70—100 г легкого вина (с водой) за обедом и за ужином, затем в течение такого же времени потребление вина было прекращено вовсе. Опыт продолжался $1^1/_2$ года, в течение которых несколько раз чередовались алкогольные периоды с безалкогольными. Результат его заключался в том, что мальчики во время периодов с потреблением вина казались родителям более вялыми, сонными и менее расположенными к умственной работе, чем в безалкогольные периоды; кроме того, сон детей при потреблении алкоголя был менее спокоен и мальчики чаще просыпались ночью, чем во время воздержания. Двое из мальчиков, подвергавшихся опыту, до такой степени тяготились этими явлениями, что они по собственной инициативе просили родителей избавить их от дальнейшего потребления вина.

Нельзя оставить без внимания и э т и ч е с к у ю, н р а в с т в е н н у ю сторону вопроса о преждевременном потреблении алкоголя детьми и о злоупотреблении им молодыми людьми. Для самого человека, для его семьи, наконец, для того общества, в котором он живет, и для государства, которому он принадлежит, п а р а л и з у ю щ е е в л и я н и е а л к о г о л я н а н р а в с т в е н н у ю с и л у, н а х а р а к т е р, н а и д е а л ь н ы е с т р е м л е н и я, о д н и м с л о в о м, н а э т и ч е с к у ю с т о р о н у л и ч н о с т и и м е е т о г р о м н о е з н а ч е н и е. Мальчик или молодой человек, привыкший к употреблению спиртных напитков, вследствие ослабляющего силу его воли влияния алкоголя, малопомалу теряет власть над своими страстями, в особенности над дурными инстинктами и наклонностями; он теряет способность успешно и энергично сопротивляться соблазнам, которые его молодому и пылкому воображению представляются со всех сторон; он теряет стремление к хорошему, возвышенному и стано-

вится жертвой низменных страстей; он в конце концов не останавливается даже перед преступлением и нередко кончает самоубийством. Врачи и юристы в своей практике довольно часто встречаются с такими субъектами, печальными жертвами алкоголизма, зародыш которого еще в ранней молодости был заложен в восприимчивую почву детского организма неразумным поведением окружающих. Ввиду всего этого проф. Hilty в Берне энергически высказывается против существующего между студентами, и притом часто вынужденного студенческими нравами и обычаями, злоупотребления спиртными напитками. «Германские университеты, — говорит он, — которые в свое время были рассадниками всего идеального и возвышенного, оплотом против распространения сибаритства и низменного материализма, в настоящее время—мы должны заявить об этом с грустью и краснея—перестали быть передовыми постами идеализма; от них именно исходит настоящий апофеоз и систематический культ пьянства, весьма дурно влияющий на все остальные слои общества». Это — весьма сильные, беспощадные слова, которые многим не понравятся, и профессору Hilty, как представителю одного из университетов, против которых они направлены, наверное было нелегко произнести их; но, очевидно, современная университетская жизнь дала автору достаточные основания для такого открытого, строгого обвинения. Несомненно также, что явление, осуждаемое проф. Hilty, наблюдается и в университетах других стран, в более или менее значительной степени, и что повсюду немалое число студентов становится жертвами алкоголизма. Еще хуже, конечно, что и гимназисты во многих местах подражают в этом отношении студентам и нередко наносят себе непоправимый ущерб, с ранних лет приучаясь к систематическому потреблению спиртных напитков.

Мы теперь находимся перед в высшей степени важным вопросом об организации борьбы против злоупотребления алкоголем молодежью, против привычки пользоваться спиртными напитками среди детей и молодых людей. Что нужно делать, какие принять меры не только для того, чтобы побудить молодое поколение к отказу от этих опасных вкусовых средств, но и для того, чтобы убедить родителей, воспитателей и все общество в необходимости не поддакивать, не потворствовать потреблению алкоголя своими сыновьями и воспитанниками, а всячески противодействовать этому пороку и уничтожить зло в самом зародыше [?] Мы не должны скрывать от себя, что это — задача нелегкая, так как злоупотребление алкоголем составляет одну из темных сторон нашей современной культурной жизни. Алкоголизм детей тесно связан с алкоголизмом взрослых. Не дети первые предавались пьянству, а взрослые. Алкоголизм не шел снизу — вверх по возрастной лестнице; наоборот он шел сверху вниз. Наклонность к подражанию старшим в значительной степени создала и продолжает создавать алкоголиков среди детей.

Отсюда следует, что нужно начать борьбу против злоупотребления алкоголем, скажем больше — против упо-

требления спиртных напитков вообще, со старших. Молодежь сама собой перестанет пить, если она не будет иметь постоянно перед глазами пример «отцов». С этой точки зрения мы, конечно, с удовольствием встречаем все стремления, направленные к уменьшению пьянства и к совершенному прекращению его, к полному воздержанию от спиртных напитков среди народонаселения вообще. Все меры, предпринимаемые в этом отношении государством, самим обществом или отдельными личностями, заслуживают нашей глубочайшей симпатии, потому что всякий успех их будет благотворно отражаться и на молодом поколении. Все законодательные меры и инструкции, регулирующие производство и продажу спиртных напитков, ведущие к сокращению числа водочных заводов и кабаков, — все, что делается для улучшения питания народных масс (потребительские общества, дешевые столовые и проч.) или для доставления народу образования или не связанных с потреблением алкоголя развлечений (народные дворцы, театры, библиотеки, публичные лекции и т. п.), — все, что предпринимается для улучшения жилищных условий малосостоятельной части населения, в особенности в больших городах, — все старания, направленные к распространению обществ трезвости среди различных групп взрослого населения и к замене кабаков чайными или кофейнями, — все это косвенно влияет и на отношение молодежи к спиртным напиткам, все это имеет огромное воспитательное значение.

Но помимо этой общей борьбы, имеющей непосредственной целью уменьшение алкоголизма среди взрослых, могут быть указываемы и такие меры, которые должны быть направлены специально к оберегании от этого зла молодого поколения и к изгнанию спиртных напитков из числа вкусовых веществ, употребляемых детьми или молодыми людьми. На этих мерах мы здесь и остановимся.

Мы видели, что очень часто вина в преждевременном потреблении алкоголя детьми падает на родителей, которые не только своим примером показывают молодому поколению путь к алкоголизму, но очень нередко, руководимые ложными взглядами на «целебное», будто бы, свойство алкоголя, приучают своих детей к спиртным напиткам из вполне искреннего желания им помочь и в полном убеждении, что они делают им добро. Так поступают, между прочим, и родители, которые сами вовсе не пьют или пьют весьма умеренно и которые с отвращением относятся к пьяницам. Они, конечно, «не ведают, что творят», и не знают, что они своего любимца — сына, которому от всего сердца желают добра, подвергают большой опасности. Выяснить подобным родителям действительное, пагубное влияние алкоголя на детский организм, а вместе с тем — настоящее значение их поступков, показать им,

какой непоправимый вред причиняет детям тот невинный на первый взгляд, но в сущности весьма коварный «глоток вина», который они получают за столом, во время прогулки, в случае недомогания и проч[ее], составляет первую задачу лиц, желающих спасти молодое поколение от последствий алкоголизма. И здесь врачам представляется широкое поле плодотворной деятельности. Кому же, если не врачу, предостерегать родителей от их роковых заблуждений в этом вопросе; кого же, если не врача, родители послушаются там, где речь идет прежде всего о физическом благополучии их детей? Предупредить несчастие, внушить родителям, что они совершают преступление, содействуя преждевременному знакомству своих детей с алкоголем (в какой бы форме то ни было), доказать им, что не только неумеренное употребление спиртных напитков, но и малейшие приемы алкоголя, если они часто повторяются, могут нанести вред ребенку, все это — святая обязанность врача. Публичные лекции и толково составленные брошюры, содержание которых доступно неспециалисту, могли бы дополнять живое слово врача.

Великая роль в предохранении молодого поколения от прикосновения с алкоголем принадлежит школе и ее представителям. Ребенок разделяет свое время между семьей и школой. Почти все время, проводимое ребенком вне дома, он проводит в школе; самое выдающееся влияние, наряду с семьей, оказывает на него школа. Школа, если она желает быть для ребенка не только местом, где ему наполняют голову различными сведениями, но и воспитательным заведением, принимающим близкое участие в физическом благополучии, а также и в духовном и нравственном развитии детей, обязана сделать все от нее зависящее, чтобы ее воспитанники не подпали под власть алкоголя. Эту задачу она может выполнить различными путями. И так как весь характер школы и влияние ее на детей зависит не от различных статутов, правил и начальственных предписаний, а от качеств учителя, то от учителя же, от его отношения к вопросу об алкоголизме, зависит и воспитательное значение школы в этом деле. Если учитель сам поклонник спиртных напитков, если он к тому же не всегда соблюдает соответствующую его общественному положению умеренность, если он не может влиять на детей своим примером, то он будет напрасно говорить перед ними красивые слова о необходимости воздержания, о безнравственности или вреде злоупотребления спиртными напитками; он не будет пользоваться авторитетом в глазах детей или их родителей; его школа не окажет никаких услуг борьбе против алкоголизма. Другое дело, если учитель, хотя, может быть, и не принадлежит к числу непьющих людей, но для детей всегда служит примером умеренности и никогда не роняет в их глазах своего достоинства. Такой учитель смело может обращать внимание детей на вред, наносимый алкоголем молодому организму, может их предостерегать от употребления его и показать им всю выгоду, которую они извлекут из полного воз-

держания для своего будущего. Необходимо, конечно, чтобы учителя были знакомы с физиологическим действием алкоголя на человеческий организм и с разрушающим влиянием его в случаях злоупотребления спиртными напитками. И здесь мы имеем еще один лишний мотив ко всем тем, которые обыкновенно приводятся в пользу преподавания гигиены (включая сюда и элементарные сведения из анатомии и физиологии) в учительских семинариях. Такая мера лучше всего обеспечила бы широкое распространение гигиенических понятий в народных массах, потому что эти понятия проникали бы туда самым естественным путем — через школу, через молодое, восприимчивое ко всему хорошему поколение.

Помимо личного влияния учителя, школа могла бы пользоваться для ознакомления детей с вредными свойствами алкоголя и для предостережения их от употребления спиртных напитков внесением в учебники соответствующего материала. Один из учителей в Цюрихе (Вейс), просматривая в этом отношении учебники, употребительные в начальных школах этого города, нашел там лишь краткие и общие указания на вред пьянства и на необходимость пользоваться спиртными напитками умеренно и, кроме того, некоторые поговорки вроде: «Вода и хлеб делают красные щеки», «В вине утопает больше людей, чем в воде», «Вино не дурак, но оно делает дураков» и проч[ее]. Этого, конечно, недостаточно; необходимо, чтобы в той или другой форме ясно проводилась мысль об опасности, угрожающей детям даже от умеренного потребления алкоголя, и о той пользе, которую им принесет полное воздержание от него. Необходимо показать учащимся, что они напрасно стали бы ожидать от алкоголя укрепление своих сил, что можно быть веселым и без всяких спиртных напитков, что искусственное возбуждение, вызываемое вином и проч[ее], не следует смешивать с естественным детским весельем, и что первое не только лишне, но может даже иметь весьма печальные последствия. Прекрасной иллюстрацией к этому учению могут служить школьные прогулки, во время которых детей вместо вина и пива угощают чаем, кофе, лимонадом и т. п. невинными напитками. К сожалению, как показывает опыт, сами родители учащихся нередко относятся к таким попыткам школы отучать детей от алкоголя если не враждебно, то по крайней мере иронически или скептически — новое доказательство важности распространения правильных понятий о влиянии алкоголя на детей среди отцов и матерей.

Весьма важным элементом в борьбе с алкоголизмом у детей представляется самовоспитание молодежи.

Англия, которая вообще отличается энергической самодеятельностью различных общественных групп, не исключая молодежи, взяла на себя инициативу и в этом деле. В этой стране впервые образовались детские общества трезвости, требующие от своих членов абсолютного воздержания от спиртных напитков. Во всех городах Англии существуют местные общества этого рода, которые соединены в один центральный союз (United

Kingdom Band of Hope Union). К последнему уже в 1891 году принадлежало 17 449 детских обществ трезвости с слишком 2 миллионами членов.

Союз издает много брошюр и книг по вопросу об алкоголизме, а равно и назначенные для молодежи журналы; он назначает премии, организует публичные лекции и чтения с демонстрациями при помощи волшебного фонаря. Бельгия примкнула к этому движению и там в начале 90-х годов были организованы первые общества трезвости среди учащихся, в 1893 г. в Бельгии существовало 1281 подобное общество с 23 062 членами. Молодые бельгийцы дают следующий зарок: «Даю честное слово, что до 20-летнего возраста водки и т[ому] под[обных] крепких напитков вовсе не буду пить, а вино и пиво буду пить лишь умеренно». Два специальных журнала выходят для молодых представителей трезвости («De Morgenster» и «L'Etoile du Matin»); оба журнала были основаны и издаются г. Robyns, инспектором народных школ Лимбургской провинции.

Голландские учителя являются принципиальными противниками существующих в Англии и Бельгии обществ трезвости среди учащихся. Они защищают ту мысль, что влияние учителя и личный пример его — если он сам не употребляет спиртных напитков — должны в достаточной мере предохранять детей от алкоголизма. Поэтому в Амстердаме сами учителя в 1892 г. основали общество трезвости между собой; примеру Амстердама последовали и многие другие голландские города (Гронинген, Гельдерн, Гарлем, Роттердам и др.). Цель этого союза следующая: 1) содействовать распространению мысли о необходимости для учительского персонала абсолютного или относительного воздержания; 2) привлечь учительский персонал к изучению вопроса об алкоголизме; 3) отыскать лучшие педагогические приемы для борьбы с этим злом, с тем, чтобы затем ввести их в учебные заведения.

В новейшее время общества трезвости образовались среди учащихся во многих средних учебных заведениях Швейцарии. Организован центральный союз гимназистов под названием «Гельвеция». Союз этот имеет секции в Цюрихе («Fortschritt»), С. Галлене («Humanitas»), Базеле («Patria»), Винтертуре («Humanitas» и «Industria»); впоследствии секции образовались и в гимназиях Берна, Золотурна и др. Союз обязывает своих членов к полному и абсолютному воздержанию от всех спиртных напитков; впрочем, воздержание не есть единственная и исключительная цель союза, а является лишь средством для достижения более общей и возвышенной цели — распространения идеальных стремлений среди учащихся. Приведем несколько параграфов из устава Цюрихской секции союза («Fortschritt»), утвержденного начальством гимназии. «§ 1. Цюрихское общество гимназистов «Fortschritt» имеет целью взаимное развитие его членов и установление дружеских отношений между ними. § 2. Для достижения этой цели и для того, чтобы поддерживать общественное движение против алкоголя, члены обязуются соблюдать абсолютное воздержание от спиртных напитков. § 6. Член общества, не соблюдающий абсолютного воздержания, тем самым выбывает из общества... § 8. Выбывший из общества член может быть принят вновь только после двухмесячного полного воздержания от спиртных напитков. § 12. Предметы заседаний общества распадаются на: I — научные рефераты с прениями и чтения; II — дружескую беседу с исполнением музыкальных, драматических и юмористических произведений». По отдельным гимназиям эти общества трезвости пока еще не особенно многочисленны. Они сильно страдают от конкуренции других, существующих в тех же гимназиях, обществ, уставом которых потребление спиртных напитков не воспрещается и которые в этом отношении даже переняли некоторые традиционные привычки студенческих корпораций. Многие гимназисты не примыкают к обществам трезвости не потому, чтобы они не сочувствовали стремлениям своих товарищей, а потому только, что не желают или боятся взять на себя строгое обязательство абсолютного воздержания. Прибавим еще, что в Женеве с некоторых пор существует много отдельных групп воздерживающихся от спиртных напитков детей; в начале 1893 г. все эти группы основали общий союз под названием «Espoir», обнимающий около 30 секций и приблизительно 800 детей.

Нельзя, конечно, не сочувствовать таким стремлениям учащейся молодежи и не пожелать им полного успеха; их значение в общей борьбе против алкоголизма не подлежит сомнению и не должно быть игнорируемо.

Необходимо привлечь к борьбе против пьянства и студентов. Необходимо, чтобы и в среде учащихся в высших учебных заведениях традиционный взгляд на вино, как на необходимый спутник всякого веселья и даже как на источник последнего, уступил другому понятию о желательном характере студенческих развлечений. Но и здесь, конечно, «один в поле не воин», и успех дела настоятельно требует основания студенческих обществ трезвости. Можно, конечно, предвидеть, что подобные общества на своем пути встретят массу затруднений, обусловленных, отчасти, существующими традициями, отчасти — индифферентизмом товарищей и публики вообще; но малопомалу, мы уверены в этом, к ним примкнут все лучшие элементы среди студенчества. Само собой разумеется, что эти общества не должны воспитывать скучных, неспособных к естественному, молодому веселью аскетов, которым борьба против алкоголизма заслоняет весь мир. Нет надобности искусственно подавлять стремление к здоровым соответствующим природе человека наслаждениям; необходимо только согласовать их с требованиями гигиены и этики, так как только при этих условиях наслаждения могут доставить человеку настоящее и прочное счастье (Форель).

В некоторых швейцарских университетах (Базель, Женева и Цюрих) уже несколько лет существуют среди студентов общества трезвости, которые, сознавая, что алкоголь расстраивает не только здоровье, но и умственное и материальное благополучие настоящего и будущего поколений, ведут борьбу против него с гигиенической, этической и экономической точек зрения. Участие в этих обществах обязывает к абсолютному воздержанию от всех спиртных напитков и кончается с прекращением воздержания. Приводим здесь текст обращения университетских обществ трезвости к студенчеству.

«Товарищи! Мы считаем своей обязанностью обратиться публично с приглашением к абсолютному воздержанию от спиртных напитков ко всему студенчеству, ввиду тех неисчислимых бедствий, которые увеличивающаяся из года в год страсть к алкоголю навлекает на отдельных людей, на семью, на государство. Вспомним происходящую от алкоголя гибель рабочей силы и жизнерадостного чувства, вспомним о гибели семейного счастья, о многочисленных жертвах страсти к этому яду, наполняющих дома умалишенных и места заключения, — и мы не можем ни на минуту сомневаться в том, что опасность велика и что помощь настоятельно необходима.

Товарищи! Нам нельзя сидеть сложа руки, если обстоятельства требуют нашего участия в борьбе против алкоголизма. Мы можем содействовать устранению опасности, грозящей всему обществу, если мы сознаем ее и действительно желаем помочь. Но необходимо начать с реформы отдельных личностей, необходимо начать каждому с самого себя. От господства алкоголя нас может освободить только полное воздержание от спиртных напитков, энергическая борьба против традиционной привычки к алкоголю, от ро-

ковых последствий которой не может спасти самое искреннее стремление к умеренности.

Товарищи! Мы сознаем, что являемся перед вами с предложением, которое до сих пор не встретило много симпатий среди студенчества. Недоразумения и неверные представления о наших стремлениях содействовали тому, что многим наша деятельность представлялась в смешном виде. Но мы обращаемся к вам с вопросом: заслуживаем ли мы насмешек и порицания за то, что мы отказываемся от вкусового вещества, которое современная наука признает безусловно вредным? Заслуживаем ли мы насмешек и порицания за то, что мы потеряли вкус к напиткам, которые не приносят решительно никакой пользы, между тем как потребление их для многих молодых людей ведет к злоупотреблению и становится источником страшных бедствий? Заслуживаем ли мы насмешек и порицания, если мы презираем кабак и не желаем служить для окружающих дурным примером [?]

Товарищи! Мы просим вас убедительно: обсудите серьезно наше предложение! Мы не приглашаем вас во что бы то ни стало присоединиться к нашему обществу, но мы просим: поддержите наши стремления!» (Fick, «Студенчество и воздержание от напитков»).

Это воззвание, лишенное всяких банальных фраз и продиктованное, очевидно, искренним желанием внести в студенческую жизнь новый этический элемент, во всех отношениях вполне достойно университетской корпорации. Правда, следуя примеру своих товарищей, воздерживающихся от употребления спиртных напитков, студенты должны будут отказаться от некоторых укоренившихся привычек, но они через это ничего не потеряют, а выиграют многое — в отношении здоровья, способности к труду и духовного развития. Пожелаем же полного успеха инициаторам этого симпатичного движения среди студентов!

Мы пытались в общих чертах передать читателю сведения о настоящем положении вопроса о влиянии алкоголя на детский организм и о борьбе с алкоголизмом среди молодежи в Западной Европе. Мы видим, что вопрос этот там поднят серьезно и что к нему привлекается внимание именно тех лиц и общественных групп, которые наиболее заинтересованы в выяснении и в надлежащей постановке его. Серьезное отношение к нему многих представителей высшей интеллигенции [102], а также и лучшей части самой молодежи служит залогом того, что он более не заглохнет, а получит дальнейшее развитие в желательном направлении.

В России этот вопрос до сих пор не затронут; в русской литературе о нем не упоминается; русское общество не обратило еще на него внимания. А между тем, как видно из настоящего очерка, он вполне заслуживает этого внимания, и русская интеллигенция, русские отцы и матери, представители русского школьного дела, все друзья русской молодежи и, наконец, сама эта молодежь, не имеют никакого основания относиться к нему индифферентно. Если нам удалось доказать, что вопрос о борьбе с алкоголизмом имеет действительно общественное значение, если наша статья в состоянии возбудить интерес к нему хотя у ограниченного пока числа заинтересованных в нормальном физическом и нравственном развитии нашей молодежи лиц, то мы почтем себя достаточно вознагражденными за настоящий труд.

СПИСОК ПРИМЕЧАНИЙ

[1] Печатается по: *Сеченов И. М.* Избранные произведения. М., Изд. АН СССР, 1956, с. 35—100. Впервые опубликовано: «Военно-мед. журн.», 1860, февраль, 78, 2, разд. 2, с. 107—170. — Ред.

[2] *Хам* — Персонаж Библии (Бытие, гл. 9—10-я), второй из трех сыновей Ноя. — Ред.

[3] В этом сочинении между прочим сказано:
Wer ihn trinkt, der wird alt,
Beleibt er doch alweg jungk gestalt.
Den Melancholici er frumpt,
Auch sonderlich er wol bekumpt.
[«Кто его пьет, тот стареет, Сохраняет, однако, молодой вид, А также отбрасывает меланхолию, Особенно, когда сильно нализался»].

[4] *Гумбольдт* (Humboldt A.) Александр (1769—1859), немецкий естествоиспытатель, географ и путешественник, иностранный почетный член Петербургской АН (1818). Здесь и далее приведены имена наиболее видных исследователей. — Ред.

[5] *Морганьи* (Morgagni G) Джиамбаттиста (1682—1771), итальянский врач и анатом, один из основоположников патологической анатомии, иностранный почетный член Петербургской АН (1734). — Ред.

[6] *Биша* (Bichat M. F. X.) Мари Франсуа Ксавье (1771—1802), французский врач, один из основоположников патологической анатомии и гистологии. — Ред.

[7] *Праут* (Prout W.) Уильям (1785—1850), английский врач и химик, высказал первую научную гипотезу, допускавшую сложное строение атомов — по кратности атомной массы водорода (1815). — Ред.

[8] *Мажанди* (Magendie F.) Франсуа (1783—1855), французский физиолог. Установил различие функций передних (двигательных) и задних (чувствительных) корешков спинного мозга (закон Белла—Мажанди). — Ред.

[9] *Либих* (Liebig J. J.) Иоганн Юстус (1803—1873), немецкий химик, иностранный член Петербургской АН (1830). Создатель большой школы химиков. — Ред.

[10] Тройничного. — Ред.

[11] Rahn, Zeitschr. f. rat. Med., 1851.

[12] В результате работ И. П. Павлова по физиологии пищеварения этот вопрос ясен. — Ред.

[13] Единственная связь заключается в общественном наблюдении, что натощак алкоголь действует сильнее, чем при полном желудке. Причина этого, вероятно, всякому известна.

[14] Трактуется с позиций идеалистического учения о «симпатиях», влечениях. — Ред.

[15] Унция — ед. массы, равна 28,3495 г; жидкостная унция равна в США 29,57 мл, в Великобритании — 28,41 мл. — Ред.

[16] Млечный сок (лат.). — Ред.

[17] Я, к сожалению, не мог достать этой работы и знаком с нею только по реферату в Schmidt's Jahrbücher, 1855.

[18] С сывороткой (лат.). — Ред.

[19] Из цитируемых двух английских журналов я, к сожалению, мог достать только Lancet, где говорится лишь о влиянии стрихнина на кровь. Но нет сомнения. что опыты Гарлея над влиянием алкоголя на поглощение кислорода кровью производились тем же способом, как и опыты его со стрихнином.

[20] Так обозначена вода — H_2O. — Ред.

[21] Так обозначен хлорид кальция — $CaCl_2$. — Ред.

[22] Капилляры. — Ред.

[23] *Беккерель* (Becquerel A. C.) Антуан Сезар (1788—1878), французский физик, дед А. А. Беккереля (1852—1908), открывшего радиоактивность, Нобелевского лауреата (1903). Труды по электрохимии и др. — Ред.

[24] *Бернар* (Bernard C.) Клод (1813—1878), французский физиолог и патолог, иностранный член Петербургской АН (1860). — Ред.

[25] $\overset{+}{H}$ — обозначение мочевины, $\overset{-}{H}$ — мочевой кислоты. — Ред.

[26] Сочинения этого в руках я не имел и знаю о нем лишь по реферату в Corresp.-Blatt der Ver. f. gem. Arbeit, 1857, No 27.

[27] Лот — мера массы (устар.); русский лот = $^1/_{32}$ фунта (409,512 г) = 3 золотникам = 15,92 г; немецкий лот = $^1/_{30}$ немецкого фунта (500 г) = 16,66 г. — Ред.

[28] *Вебер* (Weber E.) Эдуард (1806—1871), немецкий физиолог. Его братья — Эрнст Генрих (1795—1878), физиолог, и Вильгельм Эдуард (1804—1891), физик, были иностранными членами Петербургской АН (1869, 1853, соответственно). — Ред.

[29] *Пфлюгер* (Pflüger E. F. W.) Эдуард Фридрих Вильгельм (1829—1910), немецкий физиолог, иностранный член Петербургской АН (1894). Труды по электрофизиологии и др. — Ред.

[30] Этого сочинения я не имел в руках и знаю о нем лишь по цитате у Лонже (Anat. et phys. d. syst. nerv., 1842).

[31] Для избежания возможных недоразумений считаю нужным прибавить, что здесь я разумею лишь тот случай, когда легчайшая жидкость вгоняется с некоторой силой в трубку с тяжелейшей жидкостью, а не простое наливание первой на столб последней.

[32] В отдельном издании диссертации 1860 г. приложены «тезы»: «1. Если и существуют силы, свойственные исключительно растительному и животному организмам перед телами неорганическими, то силы эти действуют по столь же непреложным законам, как и неорганические силы. 2. Все движения, носящие в физиологии название произвольных, суть в строгом смысле рефлективные. 3. Самый общий характер нормальной деятельности головного мозга (поскольку она выражается движением) есть несоответствие между возбуждением и вызываемым им действием — движением. 4. Рефлекторная деятельность головного мозга обширнее, чем спинного. 5. Нервов, задерживающих движения, нет. 6. Животная клеточка, будучи единицей в анатомическом отношении, не имеет этого смысла в физиологическом: здесь она равна окружающей среде — межклеточному веществу. 7. На этом основании клеточная патология, в основе которой лежит физиологическая самостоятельность клеточки или по крайней мере гегемония ее над окружающей средою, как принцип, ложна. Учение это есть не более как крайняя ступень развития анатомического направления в патологии. 8. При настоящем состоянии естественных наук единственный возможный принцип патологии есть молекулярный». — Ред.

[33] Тр. Общ. русск. врачей в СПб., год 75, март — май, 1908, с. 285—287. Печатается по: *Павлов И. П.* Полн. собр. соч. М., Изд., АН СССР, 1952, т. VI, с. 286—287. — Ред.

[34] «Русский врач», 1912, т. XI, № 20, с. 700—702. В настоящем издании перепечатывается впервые. — Ред.

[35] Записка акад. И. П. Павлова в физико-математическое отделение АН. Рукописные материалы И. П. Павлова в Архиве АН СССР. Научное описание. Тр. Архива, вып. 8, Изд. АН СССР, 1949, с. 128—130. Печатается по: *Павлов И. П.* Полн. собр. соч. М., Изд. АН СССР, 1952, т. VI, с. 417—419. — Ред.

[36] Рукописные материалы И. П. Павлова в Архиве АН СССР. Научное описание. Тр. Архива, вып. 8, Изд. АН СССР, 1949, С. 130—131. Печатается по: *Павлов И. П.* Полн. собр. соч. М., Изд. АН СССР, 1952, т. VI, с. 420—421. — Ред.

[37] Речь, сказанная при открытии Экспериментально-клинического института по изучению алкоголизма при Психо-нейрологическом институте 6 мая 1912 г. [—В. М. Б.]. — Печатается по тексту одноименной брошюры (СПб., 1912) без списка литературы. — Ред.

[38] См. Труды 2-го Съезда отечественных психиатров. Киев 1906 г. Эта резолюция в более полном виде приведена в моем приветственном слове 1-м Съезду по борьбе с пьянством. См. «Обозрение Психиатрии», № 5, 1910.

[39] Конспект отчета чин[овника] особ[ых] пор[учений] Мин[истерства] фин[ансов] А. Б. Скаржинского по командировке в С[еверо]-Амер[иканские] Соед[иненные] Штаты для изучения вопроса о постановке питейного дела. 1909 г.

[40] В этом пункте я нахожу согласие своих взглядов со взглядами проф. Д. А. Дриля, по словам которого «усиление движения (в пользу трезвости) достигает в конце концов успеха, но только благодаря тому, что оно исследует и знакомится с глубокими причинами массового алкоголизма».

[41] См. мою речь на 3-м Съезде отечеств[енных] психиатров, под заглавием «Вопросы нервно-психического здоровья в населении России» в Трудах этого съезда и в отд[ельном] изд[ании] (СПб., 1911, с. 22).

[42] Готенбургская система — введена в Швеции в 1865 г.; комплекс государственных мер, ограничивающих продажу спиртных напитков при непременном условии: отпуске их вместе с пищей и др. — Ред.

[43] В кн.: «Вопросы алкоголизма», вып. 1, СПб., 1913. с. 81—100. В настоящем издании библиографические описания упоминаемых работ не приводятся. — Ред.

[44] Алкоголизм и борьба с ним. [Особое приложение к Трудам Постоянной комиссии по вопросу об алкоголизме и мерах борьбы с ним, № 1, СПб., 1909], с. 35.

[45] Между прочим, и прогрессивный паралич — этот бич современной культуры — как показывают недавние исследования д-ра Виноградова (Петербургская диссертация), стоит в прямом соотношении с потреблением алкоголя.

[46] *Ломброзо* (Lombroso C.) Чезаре (1835—1909), итальянский психиатр и криминалист, родоначальник антропологического направления в буржуазной криминалистике. Выдвинул антинаучное положение о существовании особого типа человека, предрасположенного к совершению преступлений. — Ред.

[47] В этом отношении нужно принимать во внимание не голые цифры, сколько народ тратит на спиртные напитки и сколько при этом падает на каждую душу населения, а отношение душевого расхода на алкоголь к душевому же общему доходу, ибо ту же самую цифру богатая страна может тратить на спиртные напитки с меньшим экономическим ущербом, чем страна, имеющая меньший душевой доход. В России это отношение выражается по Müttal'ю 10,8%, причем, ее превосходят на этом пути лишь Италия, Франция и Германия.

[48] Разрядка моя. [—В. М. Б.].

[49] Имеются указания и на тайное производство в Финляндии спиртных напитков [—В. М. Б.].

[50] Так в авторском тексте. — Ред.

[51] Пауперизм — (от лат. pauper — бедный), нищета трудящихся, свойственная эксплуататорским формациям. — Ред.

[52] Доклад на Международном съезде Лиги для борьбы и исследования эпилепсии в Цюрихе 6—7 сентября 1912 г. В кн.: Вопросы алкоголизма. Вып. 1, СПб., 1913, с. 101—120; соавт. В. Я. Анфимов. В настоящем издании библиография упоминаемых работ не приводится. — Ред.

[53] Здесь исключено: «и увеличением». — Ред.

[54] См. в конце статьи их самое краткое описание.

[55] *Бехтерев В. М.* Алкоголизм и борьба с ним. Л., Изд. Ленгубпрофсовета, 1927.

[56] В тексте издания 1927 г.: «головокружения»; вероятно, опечатка. — Ред.

[57] В приведенных цифрах — неточность. — Ред.

[58] Заимствовано из «Вечерней Красной газеты» от 7 мая 1927 г.

[59] Люмпен-пролетариат — (от нем. Lümpen — лохмотья), в эксплуататорском обществе — деклассированные слои населения (бродяги, нищие, уголовные элементы и т. д.). — Ред.

[60] *Витте* Сергей Юлиевич (1849—1915), граф, русский государственный деятель. Министр путей сообщения в 1892 г., финансов (1892—1903), председатель Совета Министров (1905—1906), автор Манифеста 17 октября 1905 г. Инициатор винной монополии (1894). Винная монополия — исключительное право государства или отдельных лиц на производство и продажу спиртных напитков; в России — в XVII в., в 1-й половине XVIII в. и с 1894 г. — Ред.

[61] После написания этой брошюры было принято Совнаркомом СССР постановление об ограничении потребления алкогольных напитков. Постановление приведено нами в приложении. [—В. М. Б.]. — В тексте неточность, следует читать: «Совнаркомом РСФСР». — Ред.

[62] «О мерах ограничения продажи спиртных напитков». — Ред.

[63] В кн.: Алкоголизм и борьба с ним. Особое приложение к Трудам Постоянной комиссии по вопросу об алкоголизме и мерах борьбы с ним, № 1, СПб., 1909, с. 13—21. Печатается по: *Введенский Н. Е.* Полн. собр. соч., т. VII, Л.. Изд. ЛГУ, с. 146—153. — Ред.

[64] Поэтому якобы мудрый совет: «пей, да не напивайся, пей, да не опохмеляйся», — следовало бы для тех лиц, которым он предназначается, заменить и с научной точки зрения совершенно другим: «не пей, чтобы не напиться, не пей, чтобы не опохмеляться».

[65] § 16 подготовлен д-ром И. В. Сажиным.

[66] Труды Постоянной комиссии по вопросу об алкоголизме и мерах борьбы с ним. Сер. II, вып. XI—XII, СПб., 1913, С. 98—102. Печатается по: *Введенский Н. Е.* Полн. собр. соч., т. VII, Л., Изд. ЛГУ. с. 154—157. — Ред.

[67] Труды Постоянной комиссии по вопросу об алкоголизме и мерах борьбы с ним. Сер. II, вып. XIII, СПб., 1915, с. 29—31. Зачитано на 90-м заседании Постоянной комиссии 26 апреля 1912 г. Печатается по: *Введенский Н. Е.* Полн. собр. соч., т. VII, Л., Изд. ЛГУ, с. 158—160. — Ред.

[68] Труды [Постоянной] комиссии, вып. V, с. 337; вып. X, с. 712.

[69] Об этом много говорилось в Трудах комиссии, в частности это сформулировано в брошюре «Алкоголизм и борьба с ним» — особое приложение к Трудам, с. 16—17.

[70] Труды Постоянной комиссии по вопросу об алкоголизме и мерах борьбы с ним. Сер. II, вып. XIII, СПб., 1915, с. 47—48. Печатается по: *Введенский Н. Е.* Полн. собр. соч., т. VII., Л., Изд. ЛГУ, с. 161—162. — Ред.

[71] *Кравкое* Николай Павлович (1865—1924), фармаколог, один из основоположников фармакологии в СССР, чл.-корр. Российской АН (1920). Исследовал зависимость фармакологического эффекта от дозы и концентрации вещества. — Ред.

[72] Член Государственной Думы, активно выступавший против алкоголизма. — Ред.

[73] Напечатано в 1891 г., СПб., Тип М. М. Стасюлевича, 30 с.

[74] Один из них был наблюдаем в Александровской больнице, и этой историей болезни я обязан д-ру Ив. Дм. Жданову, которому и приношу мою благодарность; анатомическое же исследование было сделано в нашей клинической лаборатории.

[75] Здесь и далее нозологические формы, анатомические и гистологические названия даны по оригиналам статей. — Ред.

[76] *Россолимо* Григорий Иванович (1860—1928), в дальнейшем известный невропатолог, один из основоположников детской неврологии в СССР. — Ред.

[77] Замечательно, что подобная картина психических расстройств нередко наблюдается при множественном неврите другого, неалкогольного происхождения; на это особенно обратил внимание д-р С. С. Корсаков, который и предложил такие расстройства называть «полиневритическими психозами». (Вестн. психиатрии, 1887, вып. 2).

[78] Как известно, при алкогольном неврите нередко наблюдаются неправильные, атактические движения как в нижних, так и в верхних конечностях. Большею частью движения эти значительно отличаются от тех, которые бывают при спинной сухотке, причем и течение болезни здесь гораздо быстрее; такие случаи нам неоднократно приходилось наблюдать. Но в последнее время описаны случаи алкогольной атаксии, где и комплексы симптомов, и хроническое течение болезни настолько были сходны с tabes dorsalis, что диагностическая ошибка была сделана весьма опытными невропатологами. Особенно поучителен в этом отношении случай Thomsen'a (Arch. f. Psychiatr. Bd. XXI, H. 3); отчасти сюда же относится и случай, описанный Déjérine et Sollier (Archives de médec. experiment. 1889. T. 1, No 2).

[79] Lehrbuch der Gehirnkrankheiten, 1882, Bd II, p. 229.

[80] Ophthalmoplegia nuclearis. Мед. Обозр., 1887, № 2—3; Le progrés médical, 1887, No 36, 37.

[81] Arch. f. Psychiatrie, 1887, Bd XIX, H. 1; Berlin. klin. Wschr., 1888, No 2.

[82] Arch. f. Psychiatrie, 1890, Bd. XXI, H. 3.

[83] Труды XIV губернского съезда врачей Московского земства, М., 1898.

[84] Из опыта следует переименование (лат.) — Ред.

[85] «Вестн. клинич. и суд. психиатрии». 1887, IV, 2, с. 1—101. Печатается по: *Корсаков С. С.* Избранные произведения. М., Медгиз, 1954, с. 263—327.— Ред.

[86] В настоящем издании библиографические описания упоминаемых статей не приводятся. — Ред.

[87] В тексте — «обстановке». — Ред.

[88] *Шарко* (Charcot J. M.) Жан Мартен (1825—1893), французский врач, один из основоположников невропатологии и психотерапии. Исследовал истерию и другие неврозы, разработал методы их лечения. — Ред.

[89] По шкале Реомюра: 1 °R = 5/4 °C. — Ред.

[90] Авитаминоз B_1. — Ред.

[91] Рука в виде когтя (фр.). — Ред.

[92] Старинная верхняя одежда. — Ред.

[93] См. прим. 86. — Ред.

[94] Гиповитаминоз PP. — Ред.

[95] Отравление спорыньей. — Ред.

[96] *Крепелин* (Kraepelin E.) Эмиль (1856—1926), немецкий психиатр, основатель научной школы. Создал современную классификацию психических болезней, построенную по нозологическому принципу. Описал ряд клинических форм. — Ред.

[97] *Даркшевич Л. О.* Курс нервных болезней. Казань, Бр. Башмаковы, 1907, т. 2, вып. I—II, с. 116—118.

[98] *Даркшевич Л. О.* Роль земского врача в борьбе с народным алкоголизмом. СПб., тип. М. М. Стасюлевича, 1900, 19 с. (печатается с сокращениями).

[99] «Обществ.-санит. обозр.». 1897, № 1, с. 4—8.

[100] и — прибавим мы от себя — от общей организации медицинской помощи. [—Ф. Ф. Э.].

[101] «Вестн. воспитания», 1897, № 4, с. 120—150. В настоящем издании библиографические описания упоминаемых статей не приводятся. — Ред.

[102] В последнее время вопрос о наилучших средствах для устранения вредного влияния алкоголя на общественное здоровье, и специально на здоровье молодого поколения, привлек к себе внимание многих корифеев медицинской науки на Западе и неоднократно уже обсуждался как на местных, так и на международных съездах по медицине и гигиене (съезд немецких естествоиспытателей и врачей в Нюрнберге в 1893 г.; Международный съезд по гигиене и демографии в Лондоне в 1891 г.). И везде представители науки приходят к заключению, что потребление спиртных напитков детьми должно быть допущено лишь в крайних случаях и что вообще алкоголь отзывается крайне вредно на детском организме. В Лондоне одним из членов съезда было даже сделано заявление о необходимости строго наказывать тех, которые станут продавать детям содержащие алкоголь напитки.

CLASSICAL SCHOLARS OF RUSSIAN MEDICINE ON ALCOHOL EFFECTS AND ALCOHOLISM

Compiled by V. S. Vorobiov

Moscow, «Meditsina», 1988, 304 pp., illustr.

Readership: narcologists, neuropathologists, physiologists.

The scientific and popular science works compiled in the text are of interest both at historicomedical and at informative and educational angles. Most of these classical works have been up to now bibliographic rarities. First original texts in the world literature describing Korsakoff's psychosis and alcoholic polyneuritis are most helpful to modern physicians and researchers. Facts about mechanism of alcohol's effect on the organism presented in the works by I. M. Sechenov, I. P. Pavlov, N. E. Wedensky et al. are of great interest nowadays as well. The specialists will highly appreciate analysis of alcoholism social aspects carried out in the works by V. M. Bekhterew. Lastly, as much important is the problem of children's alcoholism studied by F. F. Erisman.

Contents: Preface. I. M. SECHENOV. Materials for future physiology of alcoholic intoxication. I. P. PAVLOV. Application of conditioned reflex method to pharmacology... On the project of arrangement of the laboratory for investigation of alcohol effect on the organism... V. M. BEKHTEREV. Alcoholism control. On the alcohol health promotion. Alcohol and epilepsy... N. E. WEDENSKY. Alcohol's effect on man... Bill on the staged reduction of alcoholic beverages availability... A. Y. KOZHEVNIKOV. On the alcoholic paralysis. Investigation of alcohol-related problems in Moscow region. S. S. KORSAKOFF. Psychic disorders in alcoholic paralysis and its relation to psychic disorders in multiple neuritis of nonalcoholic origin. L. O. DARKSHEVICH. Alcoholic polyneuritis. F. F. ERISMAN. Alcoholism in Russia and sanitary harm of alcoholic beverages as a whole. Alcohol's effect on children's organism and alcoholism control in the youth.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 3

И. М. Сеченов 14

Материалы для будущей физиологии алкогольного опьянения . 15

И. П. Павлов 58

Выступление в прениях по докладу И. В. Завадского «Опыт приложения метода условных рефлексов в фармакологии» (6 марта 1908 г.) 59

Экспериментальный институт для укрепления вящего господства алкоголя над русской землей 59

О проекте устройства лаборатории для изучения влияния алкоголя на организм (16 мая 1912 г.) 64

Вторая записка о проекте устройства лаборатории для изучения влияния алкоголя на организм (декабрь 1912 г.) 66

В. М. Бехтерев 68

Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием . . . 69

Об алкогольном оздоровлении 86

Алкоголь и эпилепсия 99

Алкоголизм и борьба с ним 111

Н. Е. Введенский 138

О действии алкоголя на человека 139

Выступление по докладам А. Ф. Мейендорфа и Я. Г. Гололобова «О предполагаемом внесении в Государственную Думу законопроекта о постепенном сокращении выпускаемых в продажу спиртных напитков» (27 февраля 1908 г.) 145

Заключение по вопросу «Об устройстве лабораторий для изучения влияния алкоголя на организм и для исследования алкоголизма в населении» 148

Выступление при обсуждении «Записки об устройстве лабораторий для изучения влияния алкоголя на организм и для исследования алкоголизма в населении» (26 апреля 1912 г.) 150

А. Я. Кожевников 152

Об алкогольном параличе (paralysis alcoholica) 153

Об исследовании алкоголизма в Московской губернии . . . 174

С. С. Корсаков 182

Расстройство психической деятельности при алкогольном параличе и отношение его к расстройству психической сферы при множественных невритах неалкогольного происхождения 183

Л. О. Даркшевич 254

Polyneuritis alcoholica [Алкогольный полиневрит] 255

Роль земского врача в борьбе с народным алкоголизмом . . . 257

Ф. Ф. Эрисман 268

К вопросу об алкоголизме в России и о санитарном вреде спиртных напитков вообще 269

Влияние алкоголя на детский организм и борьба с алкоголизмом среди молодежи 280

Список примечаний 297

Документальное
научное издание

**КЛАССИКИ РУССКОЙ МЕДИЦИНЫ
О ДЕЙСТВИИ АЛКОГОЛЯ И АЛКОГОЛИЗМЕ**

Редактор *В. С. Воробьев*
Редактор издательства *Ю. В. Махотин*
Оформление художника *В. С. Сергеевой*
Художественный редактор *С. М. Лымина*
Набор выполнен с авторского оригинала,
подготовленного младшим редактором
Н. Ф. Евдощук
Технический редактор *А. М. Миронова*
Корректор *С. Р. Даничева*

ИБ № 5319.

Сдано в набор 18.11.87. Подписано к печати 09.02.88. Т-08812. Формат бумаги 60×90$^{1}/_{16}$. Бумага типографская № 1. Гарнитура обыкновенная. Печать высокая. Усл. печ. л. 19,0. Усл. кр.-отт. 19,0. Уч.-изд. л. 23,02. Тираж 36 000 экз. Заказ 1406. Цена 1 р. 80 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», 101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, 113105, Москва, Нагатинская, 1.