

Краткій обзоръ литературы о нервно-душевныхъ заболѣваніяхъ военнаго времени.

Д-ра мед. Н. Е. ОСОЛІНА.

Приводимый ниже очеркъ имѣетъ своей цѣлью дать представленіе о нѣкоторыхъ работахъ, относящихся къ нервно-душевному заболѣваніямъ и раненіямъ нервной системы за 2-й годъ войны. Въ отчетномъ году появилось немало работъ въ этомъ направленіи, имѣющихъ очень большой научный и практической интересъ. Въ особенности посчастливилось невропатологіи во Франціи, гдѣ, благодаря устройству значительнаго количества психо-неврологическихъ центровъ какъ въ районѣ дѣйствующихъ армій, такъ и внутри страны, явилась возможность наиболѣе планомерно поставить наблюденіе за всѣми нервно и душевно-больными воинами и въ сравнительно короткое время дать отвѣтъ на цѣлый рядъ вопросовъ, выдвинутыхъ войной. Нѣмецкими авторами также подведены итоги по многимъ вопросамъ, связаннымъ съ заболѣваніями и раненіями нервной системы въ теченіе настоящей мировой войны. Въ отечественной психіатрической и неврологической литературѣ наибольшее число работъ посвящено психоневрозамъ, развивающимся при различныхъ условіяхъ боевой обстановки. Изученіе клинической картины, свойственной этимъ заболѣваніямъ, представляется интереснымъ и само по-себѣ и въ томъ отношеніи, что оно проливаетъ новый свѣтъ на ученіе о травматическомъ неврозѣ мирнаго времени.

Pierre Marie. (Service neurol. militarisé de la Salpêtrière. Revue neurol. 1915 № 23—24), резюмируетъ сдѣланныя имъ наблюденія, частью уже опубликованныя раньше. Большинство ихъ касается *периферическихъ* поврежденій огнестрѣльными снарядами. Съ анатомической точки зрѣнія дѣло сводится или къ полной перерѣзкѣ нерва съ образованіемъ невроты на центральномъ концѣ или частичнымъ поврежденіемъ. Исслѣдованіе обнаженнаго нерва электричествомъ обнаруживаетъ въ нервахъ извѣстное распределеніе волоконъ съ опредѣленной функціей. Каждый нервъ обладаетъ своей индивидуальностью, благодаря чему поврежденіе одного нерва ведетъ болѣе къ паралитическимъ явленіямъ, другого къ разстройству чувствительности. Ни въ одномъ случаѣ не наблюдалось аграваціи. При оперативномъ пособіи излеченіе часто очень быстрое.

Пораженія спинного мозга: поврежденія шейнаго отдѣла, несмотря на тяжелые симптомы при началѣ, даютъ лучшее предсказаніе, чѣмъ поврежденіе другихъ отдѣловъ. Случаи *пораненія черепа* дали возможность наблюдать разнообразныя разстройства слухового аппарата, со стороны лабиринта, афазическія явленія, приступы Джексоновской эпилепсіи, разнообразныя головныя боли. Кромѣ того при тангенціальномъ раненіи черепа имѣла мѣсто спазмотическая параплегія, при поврежденіи затылочной доли разстройства зрительныя. Что касается афазіи, то она сопровождается почти всегда ослабленіемъ интеллекта и даже при улучшеніи ея остаются частичныя разстройства.

Разстройства безъ органическихъ измѣненій. Въ эту категорію входили рѣдкіе сами по-себѣ случаи симуляціи, очень частые случаи аграваціи, и наконецъ явленія истеріи и пѣтіатизма. Въ концѣ отчета приложенъ библиографическій указатель работамъ автора и его ближайшихъ сотрудниковъ, изданныхъ по поводу заболѣваній нервной системы военнаго времени.

Souques (Hopital à Villejuif) вкратцѣ реферируетъ нѣсколько своихъ работъ, посвященныхъ патологіи головного и спинного мозга, а также периферической нервной системы въ связи съ военными условіями. Сюда относятся: о частотѣ параличей и контрактуръ или псевдоконтрактуръ истеро-травматическаго характера, искривленія туловища при травмѣ спины и поясницы, значеніе изслѣдованія спинномозговой жидкости, по вопросу о вялой параплегии съ анестезіей и отсутствіемъ сухожильныхъ рефлексовъ въ связи съ закономъ Bastian'a, о спинальной эпилепсіи вслѣдъ за раненіемъ пяточной кости, особомъ видѣ расстройства мѣстной температуры на пораженномъ участкѣ при раненіи нервовъ и наконецъ синестезаалгіи (см. ниже).

Claude (Centre neurol. de la 8 Region Bourges). Авторъ отчета разсматриваетъ различные типы заболѣваній, наиболѣе обстоятельно изучивъ *поврежденія периферической нервной системы*. Съ анатомической точки зрѣнія эти послѣднія дѣлятся на слѣдующіе виды: контузіи нервовъ безъ сдавливанія или разрыва, сдавленія нервовъ соединительно-тканными разраженіями съ явленіями (или безъ нихъ) склероза нервныхъ волоконъ, неполный разрывъ нерва съ разраженіемъ новообразованной соединительной ткани и невроматозомъ; полный разрывъ нерва на двѣ части и перерѣзка нерва съ удержаніемъ связи между отдѣленными концами або путемъ соединительно-тканнаго тяжа, либо путемъ сохранившагося нервнаго пучка. Клиническое наблюденіе не всегда даетъ возможность опредѣлить точно степень нарушеній въ нервѣ. Вотъ почему наилучшимъ средствомъ выяснитъ характеръ поврежденія является хирургическое вмѣшательство, каковое никогда не можетъ повредить, но при извѣстныхъ условіяхъ можетъ принести большую пользу. Результаты операціи однако часто сказываются лишь спустя долгое время, при чемъ въ послѣ-операционный періодъ большой долженъ пользоваться массажемъ и электричествомъ.

Невропатическія состоянія. Число такихъ заболѣваній очень большое. Сюда относятся явленія астении и депрессіи и различныя проявленія истеріи въ видѣ судорожныхъ припадковъ, параличей съ различнымъ распредѣленіемъ, паралитическимъ искривленіемъ стопы, кифотическихъ или кифосколиотическихъ искривленій позвоночника. Многія изъ этихъ заболѣваній отличаются большою стойкостью и плохо поддаются леченію, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится имѣть въ виду симуляцію. Тѣмъ не менѣе съ несомнѣнностью устанавливается также и то обстоятельство, что у извѣстныхъ субъектовъ раненіе можетъ повести къ развитію контрактуры и ненормальному положенію. У страдающихъ параличій или монопличій вслѣдъ за контузій или коммоціей нерѣдко даже спустя долгое время послѣ травмы обнаруживаются измѣненія въ cerebro-спинальной жидкости, свидѣтельствующія о сопутствующемъ пораженіи спинного мозга или его оболочекъ.

Вслѣдъ за раненіями въ области плечевого пояса развивались иногда *мышечныя атрофіи* съ характеромъ миопатій.

Развитіе *коммоціи головного и спинного мозга* имѣетъ мѣсто очень часто и клиническое проявленіе этого страданія разнообразно. Коммоція шейнаго отдѣла спинного мозга менѣе опасна, чѣмъ такое же страданіе груднаго и поясничнаго отдѣла, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ развиваются пролежни съ острымъ теченіемъ, расстройства сфинктеровъ, которыя, несмотря на профилактическія мѣры могутъ повести къ опасной для больного инфекціи.

Laignel-Lavastine (Centre neurol. de la 9 Reg. Tours). Авторъ отмѣчаетъ большое количество функціональных расстройствъ, обычно присоединяющихся однако къ органическимъ поврежденіямъ и въ чистой формѣ встрѣчающихся рѣдко. При травматическихъ страданіяхъ периферической нервной системы съ операціей слѣдуетъ ждать, пока не пройдетъ такъ называемый періодъ консолидаціи, во время

котораго можетъ наступить самостоятельное улучшеніе. Пораженія центральной нервной системы нерѣдко должны быть приписаны газовому шоку, на подобіе декомпресіи, наблюдающейся у водолазовъ. Почти у $\frac{1}{4}$ больныхъ съ явленіями истеріи можно было убѣдиться въ наличности значительной доли преувеличенія. Авторъ отмѣчаетъ вредъ пребыванія этого рода больныхъ въ лечебныхъ учрежденіяхъ, гдѣ имъ оказываются черезъ чуръ большое вниманіе (*la sympathie affectueuse avec amitie amoureuse*).

Авторъ наблюдалъ 4 сл. Базедовой болѣзни, развившейся послѣ коммоціи. Изъ общихъ замѣчаній, касающихся организаціи специальныхъ учреждений для нервно-больныхъ воиновъ, необходимо указать на важность совмѣщенія въ извѣстныхъ случаяхъ леченія съ возможностью производить нѣкоторую работу.

82-76556
Leri (Centre neurol. de la 10 Reg-Rennes). Вопреки существовавшему ранѣе взгляду о скоромъ развитіи дегенеративнаго процесса въ нервѣ при всякомъ механическомъ его сжатіи авторъ отчета показалъ, что ходъ этого процесса много медленнѣе, чѣмъ то предполагалось ранѣе и что оперировать никогда не поздно. Въ 70—80% двигательныя разстройства проходятъ при одномъ леченіи электричествомъ, механотерапіей, массажемъ. Помимо параличей разстройство функціи зависитъ отъ контрактуры, спаекъ мышечно-сухожильныхъ и мышечно-кожныхъ, съ чѣмъ и приходится считаться при леченіи каждаго отдѣльнаго случая. Къ числу рѣдкихъ явленій авторъ относитъ развитіе послѣ травмы *Facio-scapulo-humeral*ной миопатіи, поражение *n-vi spermatici*, и поражение лицевого, языкоглоточнаго, прибавочнаго нервовъ вмѣстѣ и т. д.

Lortat-Jacob (Centre neurol de la 13 Reg-Vichy) выясняетъ картину заболѣваній при сложной травмѣ, зависящей отъ разрыва снаряда и отъ засыпанія землей (*Syndrome des Eboules*). Картина такого рода случаевъ представляетъ



3 главныхъ типа: 1) обыкновенной гематоміэліи, 2) тугоподвижности позвоночника въ поясничномъ отдѣлѣ съ явленіями контрактуры въ мышцахъ крестцово-поясничнаго отдѣла и 3) сгибаніе туловища впередъ, на подобіе носильщиковъ корзины на спинѣ. Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ объ органическомъ процессѣ въ спинномъ мозгу или мышечно-связочномъ и костно сочленовомъ аппаратахъ, но въ извѣстныхъ случаяхъ примѣняются симптомы функциональнаго характера.

Sollier (Centre neurol. de la 14 Reg.-Lyon) отмѣчаетъ въ своемъ отчетѣ рядъ особенностей въ случаяхъ, бывшихъ подъ его наблюденіемъ. Обращало вниманіе: 1) относительно высокой процентъ излеченія, въ случаяхъ параличей плечевого сплетенія, 2) стойкость всѣхъ церебральныхъ симптомовъ, 3) уподобленіе гемиплегія, имѣющей органическую основу, гемиплегія истерическаго характера. Функциональныя расстройства вполне соответствуютъ картинѣ истеріи, не только въ отношеніи двигательныхъ симптомовъ, но и вазомоторныхъ и трофическихъ. Расстройства чувствительности касаются всѣхъ ея видовъ и въ особенности глубокой чувствительности, при чемъ ихъ удается констатировать даже во время сна. Особеннаго синдрома, свойственнаго компоціи, отъ разрывныхъ снарядовъ нѣтъ. Эти расстройства укладываются въ рамки истеріи.

Sicard (Centre neurol. de la 15 Reg.-Marseille). Въ случаяхъ *онострѣльныхъ пораженій периферическихъ нервовъ* авторъ устанавливаетъ слѣдующія показанія къ оперативному леченію: параличи, не обнаруживающіе наклонности на 3 мѣсяцѣ къ возвращенію двигательной способности и сопровождающіеся реакціей перерожденія. Самое оперативное пособіе заключается въ освобожденіи нервнаго ствола или оживленіи обоихъ концовъ съ послѣдующей резекціей и шиваніемъ. Результаты отъ нервнаго шва могутъ обнаружиться лишь по прошествіи 5—8 мѣсяцевъ. Авторъ полагаетъ, что наилучшій результатъ могъ бы получиться, если примѣнялась резекція значительной

части пораженнаго нерва и дефектъ замѣчался бы соотвѣтствующимъ сегментомъ нерва, полученнымъ изъ ампутированной конечности другого больного или отъ антропоидной обезьяны.

Въ случаяхъ пораненій нервовъ, выражающихся сильными приступами болей, авторъ примѣнялъ съ успѣхомъ мѣстную алкоголизацию нервного ствола (2—3 в. ц. 60% алкоголя). Этотъ же методъ примѣнялся и для леченія нѣкоторыхъ видовъ контрактуръ конечностей 10%—20% раствора алкоголя.

Наблюдающіяся *искривленія позвоночника* вслѣдъ за коммоціей отъ разрывнаго снаряда по автору бываетъ чаще органическаго происхожденія, нежели истерическаго и обязаны растяженію связочнаго аппарата съ воспалительной реакціей въ окружающихъ тканяхъ. Дифференціальными признаками для діагноза служатъ присутствіе бѣла въ спинномозговой жидкости, стойкость принятаго позвоночникомъ положенія, состояніе чувствительности. Для леченія наиболее пригодно наложеніе этапныхъ гипсовыхъ корсетовъ съ постепеннымъ выпрямленіемъ позвоночника.

По вопросу о симуляціи авторъ указываетъ на двѣ группы этого явленія: симуляцію, гдѣ все вымышлено и симуляцію, которая сводится лишь къ тому, что субъектъ продолжаетъ заявлять о ранѣ бывшихъ болѣзненныхъ симптомахъ, которые въ дѣйствительности уже прошли. Въ частности по поводу глухонѣмоты Sicard считаетъ, что всякій случай, гдѣ нѣтъ объективныхъ разстройствъ характерныхъ для пораженія нервныхъ центровъ или для органовъ слуха и фонаціи, при отсутствіи также признаковъ психоза и гдѣ тѣмъ не менѣе 3—4 мѣсяца наблюдается полная глухонѣмота, долженъ быть заподозрѣнъ въ симуляціи.

Dejerine (Service neurolog. militarisé de la Salpêtrière) нервная клиника, завѣдываемая авторомъ отчета стала служить для нуждъ арміи съ 31 октября 1914 г. Въ началѣ было 58 мѣствъ, а потомъ число возросло постепенно до 307. Всего черезъ клинику до декабря 1915 г. прошло 986 боль-

ныхъ. Въ интересахъ большаго движенія больныхъ, требующихъ продолжительнаго леченія, напр. послѣ операціи на периферическихъ нервахъ, отправляли въ другіе госпитали, гдѣ они подвергались леченію, начатому въ Salpêtrière. Въ концѣ отчета приведены названія 40 трудовъ, вышедшихъ изъ подъ пера Dejerine'a и его учениковъ и посвященныхъ неврологіи военнаго времени.

Gosset (Service de Chirurgie militarise de la Salpêtrière) сообщаетъ о результатахъ *оперативнаго леченія по поводу раненій различныхъ нервныхъ стволовъ*. Всего было прослѣжено 240 случаевъ. Чаще всего измѣненія пораженныхъ нервовъ выражались фиброзными перемычками, интерфасцикулярными фибромами. Случаевъ разрыва нервного ствола было всего 61. Результаты наложенія на нервъ шва въ этихъ случаяхъ—въ 14 были прослѣжены въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени, и оказались вполне благопріятными. Въ II сл. за краткостью наблюденія еще были не вполне выяснены. По наблюденіямъ автора, еще до войны, регенерація нерва иногда требуетъ много времени 1½ и 2 года. Въ I сл. авторъ примѣнилъ пересадку нерва и результаты этой операціи еще не выяснились.

Babinski (Service de neurol. militarisé de l'Hopital de la Pitié), указавъ на нѣкоторые интересные факты по симптоматологіи страданій нервной системы въ военное время, авторъ отмѣчаетъ рядъ интересныхъ наблюденій въ практическомъ отношеніи. *При поврежденіяхъ нервовъ* слѣдуетъ по возможности ранѣе начинать дѣлать движенія въ пораженныхъ областяхъ, во избѣжаніе образованія свденій. *При раненіяхъ черепа*, несмотря на видимое отсутствіе мозговыхъ симптомовъ, разстройства, имѣющія какъ будто невропатическій характеръ, могутъ обусловливаться органическимъ субстратомъ. Люмбальная пункция въ этихъ случаяхъ является вполне показаннымъ терапевтическимъ методомъ. При наблюденіи *истерическихъ разстройствъ* нужно имѣть въ виду преувеличеніе и симуляцію. Въ цѣляхъ успѣшности леченія психотерапіей необходимо прибѣгать къ быстрому и актив-

ному противовнушенію, въ силу котораго больной въ концѣ концовъ долженъ объявить себя излеченнымъ.

Grasset (Centre neurol. de la 16 Reg. Montpellier), ссылаясь уже на опубликованныя имъ *наблюденія о нервно-психическихъ заболѣваніяхъ въ связи съ войной*, приводитъ результаты леченія случаевъ искривленій позвоночника—психонервного происхожденія и глухонѣмоты. Для леченія искривленій позвоночника примѣнялись соотвѣтствующія гимнастическія упражненія. Изъ 23 больныхъ 9 поправились. При глухонѣмотѣ также примѣнялись упражненія въ дыханіи и фонетикѣ. Изъ 17—9 больныхъ оправились. Авторъ отмѣчаетъ необходимость соблюденія возможно полной изоляціи всѣхъ психоневротиковъ отъ другихъ больныхъ.

Cestan (Centre de neurol. et psychiatrie de la 17 Reg.-Toulouse) главнымъ образомъ останавливается на нѣкоторыхъ практическихъ вопросахъ. По поводу огнестрѣльныхъ *поврежденій нервныхъ стволовъ* считаетъ показаннымъ насколько раннее хирургическое вмѣшательство, хотя бы съ цѣлью эксплоративной. Результаты при полныхъ перерѣзкахъ еще не опредѣлялись, такъ какъ со времени примѣненія операціи прошло еще недостаточно времени. Въ случаяхъ сдавленія нервовъ получилось 24,5% выздоровленій и 26,4% улучшеній. Затѣмъ авторъ отмѣчаетъ при цѣломъ рядѣ различныхъ страданій нервной системы травматическаго характера съ явлениями раздраженія чувствительной сферы и спазматическими симптомами успѣхъ примѣненія X лучей.

Для лицъ, у которыхъ отмѣчается наклонность къ превеличенію болѣзненныхъ симптомовъ, авторъ съ самаго 1-го дня существованія завѣдываемаго имъ учрежденія, примѣнялъ такъ называемую репрессивную психотерапію, связанную съ строгой военной дисциплиной.

Spillman (Centre neurol. milit. de la 20 Reg.-Nancy). Близость къ фронту придавала особый характеръ дѣятельности этому учрежденію. Больные, заподозрѣваемые въ превеличеніи или симуляціи подвергались также, какъ у Ces-

tan'a, строгому военному режиму, при условіи строгой изоляціи отъ окружающихъ, стѣсненія свиданій и даже корреспонденціи. Показанія больныхъ о существующихъ у нихъ или бывшихъ ранѣе эпилептическихъ припадкахъ тщательно провѣрялись. Тѣмъ не менѣе авторъ считаетъ не подлежащимъ сомнѣнію о возможности развитія эпилепсіи подъ вліяніемъ коммоціи отъ крупныхъ снарядовъ. Быстрое развитіе на войнѣ табеса и прогрессивнаго паралича даетъ основаніе придавать большое значеніе при объясненіи этого обстоятельства травматизму. Чрезвычайно важно было бы по мнѣнію Spillmann'a всякаго сифилитика во время войны подвергать энергичному специфическому леченію, что служило бы не только интересамъ самихъ больныхъ, но и страны.

Roussy (Centre neuro-psychiatr. de la 20 Armée). Этотъ пунктъ обслуживающій специальной помощью одну армію, своей задачей ставилъ тщательную сортировку больныхъ. Больныхъ, которые давали надежду на скорое поправленіе оставляли на пунктѣ и избѣгали ихъ отправлять въ тылъ, считая вообще вреднымъ продолжительное пребываніе нервно больныхъ въ госпиталяхъ. Результаты леченія больныхъ съ функціональными расстройствами, составляющихъ большинство (примѣнялись психотерапія, электричество и души) оказались очень хорошими. Больные черезъ 2—3 нед. возвращались на фронтъ.

Guillain (Centre neuro-psychiatr. de la 6 Armée). Помимо общихъ указаній на характеръ организаціи пункта, авторъ отчета отмѣчаетъ интересныя болѣзненные измѣненія нервной системы подъ вліяніемъ дѣйствія крупныхъ снарядовъ, при отсутствіи наружнаго раненія. Они были очень разнообразны и сводились въ однихъ случаяхъ къ эпилепсіи, въ другихъ къ гемиплегіи, параплегіи, мозжечковымъ симптомамъ: астении, головокруженіямъ и т. д. Всѣ эти явленія могутъ быть отнесены къ органическимъ расстройствамъ (мелкія кровоизліянія по всей нервной системѣ или какія либо другія измѣненія), но часто обнаруживаютъ наклонности къ быстрому попра-

венію въ 4—6 недѣль. Разстройства истерическія и вообще другія функціональныя быстро поддавались вліянію внушенія и убѣжденія.

Ravaud (Presse medicale 1915, № 15 и 39). Авторъ останавливается на поврежденіяхъ нервной системы, принимаемыхъ воздушными колебаніями (Vent de l'explosif) при разрывѣ артиллерійскихъ снарядовъ. Анатомическій субстратъ сводится по всей вѣроятности къ очень обильнымъ капиллярнымъ кровоизліяніямъ. Клинически анатомическій характеръ болѣзненныхъ разстройствъ безъ лабораторнаго изслѣдованія доказать не всегда удается. Только одно изслѣдованіе спинномозговой жидкости, и притомъ въ первые дни послѣ травмы, по увеличенію содержанія въ ней бѣлка или даже по присутствію въ ней крови, даетъ возможность обнаружить истинную причину. На подобіе того, какъ нѣтъ истерической альбуминурии, присутствіе бѣлка въ спинномозговой жидкости, хотя бы въ первые періоды заболѣванія позволяетъ отбросить гипотезу объ исключительно невропатическомъ заболѣваніи. Въ дальнѣйшемъ эти измѣненія спинномозговой жидкости могутъ исчезнуть и тогда больной имѣющій дѣйствительное органическое поврежденіе нервной системы, легко можетъ быть принятъ за невропата, истерика или даже за симулянта.

Claude, Lhermitte et Mlle Loyez, цит. по Revue neurol. 1915. № 23 и 24). Если при коммоціи разрывнымъ снарядомъ часто приходится наблюдать параллелію чисто психическаго происхожденія, то несомнѣнно еще чаще должны встрѣчаться измѣненія органическаго характера. Въ случаѣ авторовъ клиническая картина соотвѣтствовала симптомамъ, встрѣчающимся при сдавленіи спинного мозга. При аутопсіи оказались очаги размягченія въ D 4 и D 5, явленія ишеміи наблюдались и за предѣлами этихъ сегментовъ. Кромѣ того почти во всю длину спинного мозга отмѣчалось расширеніе центральнаго канала, аналогичное гидроцефалии при эпендимитѣ.

Leriche (Lyon chirurgical 1915, цит. по Revue neurol. 1916, № 23 и 24) подчеркиваетъ, что при коммоціи спинного мозга слѣдуетъ производить спинномозговой проколъ. Повышенное давленіе, кровавая окраска жидкости указываютъ на органическій характеръ болѣзни и противъ исключительно психической реакціи.

Baumel (Lyon chirurgical цит. по Revue neurol.) приводитъ наблюденія въ пользу примѣненія съ діагностической цѣлью поясничнаго прокола въ случаяхъ общаго сотрясенія нервной системы или равенія черепа. При первомъ или при черепныхъ ранахъ, непроникающихъ, увеличенія давленія внутри позвоночнаго канала не наблюдается. При проникающихъ ранахъ черепа встрѣчаются всантохромовая окраска, альбуминоза.

Souques, Magevand et Donnet (реф. Revue neurol. 1915. № 23 и 24) указываютъ, что анализъ спинномозговой жидкости, даже при отсутствіи ясныхъ клиническихъ симптомовъ позволяетъ рѣшить вопросъ о характерѣ поврежденія нервной системы, развивавшагося послѣ коммоціи воздухомъ (Vent de l'explosif).

Lerard (реф. по Revue neurol. 1915, № 23 и 24) приводитъ описаніе внезапно развившагося санитиса у солдата послѣ воздушной коммоціи.

Lombard et Baldenweck (реф. по Revue neurol. 1915, № 23 и 24), исходя изъ того наблюденія, что лица съ притупленнымъ слухомъ всегда стараются говорить громко, такъ какъ теряется контроль со стороны слухового аппарата на рѣчевой механизмъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ истеротравматической нѣмоты примѣнили методъ искусственнаго оглушенія при помощи нѣкоторыхъ простыхъ приспособленій. Больному же при этомъ предлагалось повторять какіянибудь слова. Сначала появляется шопотная рѣчь, которая дѣлается потомъ громче. Тогда исключаются аппараты, дѣлающіе шумъ, больной начинаетъ слышать звуки своего голоса и невропатическое разстройство исчезаетъ.

Regis (Presse medicale 1915, № 23) разбираетъ вопросъ объ военныхъ психическихъ и невропсихическихъ расстройствахъ. Изъ 150 сл., бывшихъ подъ его наблюдениемъ, 62 было обыкновенныхъ психозовъ и 88 невропсихическихъ расстройствъ, развившихся послѣ и вслѣдствіе боя. Сюда относятся: эпилепсія, неврастенія у офицеровъ, истерія въ различныхъ проявленіяхъ, травматическіе психозы, выражающіеся спутанностью сознанія, яркими, устрашающими сновидѣніями, амнезіей и др. Въ этиологическомъ отношеніи, кромѣ физической или психической травмы, не малую роль играютъ предрасполагающія условія, въ особенности сильная впечатлительность, физическое и моральное утомленіе, бессонница и т. д. Эти военные психозы, въ отличіе отъ обыкновенныхъ психозовъ, даютъ быстрое излеченіе, лучше всего въ особыхъ психіатрическихъ пунктахъ, устраиваемыхъ при арміи. Черезъ нѣсколько недѣль больные могутъ уже вернуться на фронтъ.

Chavigny (Paris medical № 24, 25, 1915). Авторъ противопоставляетъ психозы мирнаго времени и военнаго. Первые развиваются главнымъ образомъ у предрасположенныхъ. На войнѣ въ развитіи психозовъ, напротивъ, главную роль играютъ случайныя причины, среди которыхъ въ особенности важенъ сильный эмоціональный шокъ, развивающійся въ боевой обстановкѣ. Клинически военный психозъ чаще выражается спутанностью психики. Помѣщеніе въ психіатрическую лечебницу не представляется необходимымъ.

Проф. А. В. Герверъ (Русскій Врачъ, 1915, № 34 — 38 и 40 — 41, 1916 г. № 10 и 11). Въ одной своей статьѣ останавливается на душевныхъ расстройствахъ, развивающихся подъ вліяніемъ боевой обстановки, отмѣчая ихъ громадный интересъ съ психологической стороны при изученіи переживаемаго выдающагося историческаго момента. Къ психозамъ войны въ тѣсномъ смыслѣ слова авторъ относитъ лишь тѣ случаи, гдѣ не имѣлось никакихъ указаній на истерію, эпилепсію, преждевременное слабоуміе или маниакально-депресс-

сивный психозъ, развивающихся на почвѣ уже имѣющихся зачатковъ этихъ заболѣваній. По механизму развитія военные психозы дѣлятся на 3 вида: боевые, окопные и тыловые. Клиническая картина первыхъ двухъ находится въ соотвѣтствіи тяжелыхъ эмоцій, переживаемыхъ воинами во время боя или подъ вліяніемъ продолжительнаго пребыванія въ окопахъ и выражается чаще всего въ формѣ острой спутанности при психозахъ на почвѣ боевъ, съ примѣсью меланхолическаго отгнѣка у заболѣвшихъ въ окопахъ. Въ случаяхъ тыловыхъ заболѣваній на первомъ планѣ стоятъ неврастеническіе психозы.

Въ другой своей статьѣ авторъ выясняетъ вопросъ о патогенезѣ травматическихъ заболѣваній нервно-психической сферы воиновъ (психоневрозозъ и психозовъ). Раздѣляя ихъ на контузионные и раневые, при чемъ подъ контузіей разумѣется воздушная контузія, первые, въ виду ихъ тяжелыхъ общихъ признаковъ, ставятъ въ связь съ разлитымъ поражениемъ центральной нервной системы. При раневыхъ неврозахъ напротивъ преобладаютъ мѣстные симптомы.

Въ 3-ей статьѣ авторъ касается вопроса о вліяніи войны на клиническую картину неврастениі у участниковъ военныхъ дѣйствій. Проводя параллель между проявленіями обыкновенной неврастениі и неврастениі у заболѣвшихъ на войнѣ, авторъ устанавливаетъ между ними полное тождество. Специфичность неврастениі у заболѣвшихъ на войнѣ сводится лишь къ содержанію навязчивыхъ идей и страховъ. Въ періоды оживленныхъ боевъ обнаруживаются больше ажитированныя формы, въ періоды позиціонной войны преимущественно торпидныя.

Урштейнъ (Русскій Врачъ 1916 № 11) въ краткомъ очеркѣ, посвященномъ вопросу о душевныхъ заболѣваніяхъ вызванныхъ войной приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) условія боевой жизни сами по себѣ безъ другихъ причинъ не вызываютъ душевной болѣзни. Лица, у которыхъ развивается психозъ при этихъ условіяхъ носятъ уже въ себѣ

предрасположеніе къ психическому разстройству; 2) появляющіяся во время войны формы умопомѣшательства не отличаются отъ обычныхъ, но, конечно, потрясающія впечатлѣнія боевой жизни вліяютъ на характеръ и ходъ развивавшейся клинической картины душевныхъ разстройствъ; 3) подъ вліяніемъ повышенныхъ требованій военной жизни явственно выступаютъ заболѣванія, бывшія въ скрытомъ состояніи; 4) на самомъ полѣ сраженія выступаютъ истерическіе и тяжелые травматическіе психозы; 5) т. наз. военный психозъ развивается не только непосредственно послѣ боя, но и долгое время послѣ него; 6) острый военный психозъ даетъ хорошее предсказаніе.

Прив.-доц. Давиденковъ (Психіатрическая Газета 1915, № 20 и 21). Острые психозы военного времени по автору дѣлятся на органическіе и психогенные. Психогенныя формы даютъ на войнѣ пестрое разнообразіе и необычное въ мирное время изобиліе. Приводятся 2 собственныхъ наблюденія, отнесенныя къ числу истерическихъ психозовъ. Въ одномъ изъ нихъ наблюдалась спутанность сознанія, которая на первый взглядъ дѣлала случай похожимъ на аменцію, но при ближайшемъ знакомствѣ выяснилось истерическій характеръ разстройства. Во 2-мъ случаѣ наблюдался вначалѣ мутизмъ и затемнѣніе сознанія съ обиліемъ истерическихъ симптомовъ. Какъ примѣръ органическаго психоза приводитъ 2 случая Корсаковского синдрома, развившагося въ одномъ случаѣ при переломѣ черепа съ эпидуральнымъ кровоизліяніемъ и въ другомъ послѣ сквозного раненія черепа, при чемъ въ этомъ случаѣ имѣлись очаговые симптомы въ видѣ параеза праваго лицевого нерва, парафазія и геміанопсія.

Прив.-доц. Вырубовъ (Психіатрическая Газета, 1915, № 19) описываетъ нѣсколько случаевъ контузионнаго психоза, въ которыхъ въ значительной степени выражены были разстройства голоса и рѣчи. I-й сл. Нѣмота съ глухотой, перешедшая въ стадій шепотной рѣчи съ замедленіемъ темпа и съ разстройствомъ ритма въ формѣ своеобразнаго

заиканія; 2 и 3 сл. съ явленіями фальцетной рѣчи. Небольшая статья автора, по его собственному заявленію, представляет собою первую попытку клинической классификаціи разстройствъ голоса и рѣчи при контузионномъ психозѣ.

Хорошѣо. (Психіатрическая Газета, 1915, № 1), на основаніи своихъ наблюденій надъ больными съ травматическими неврозами въ дѣйствующей арміи приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Среди общаго числа душевнобольныхъ случаи травматическихъ неврозовъ занимаютъ не первое мѣсто, а именно приблизительно 9-ое, что составляетъ около 7,8% общаго числа больныхъ (319). Этіологія травматическихъ психозовъ на войнѣ представляется сложной (травма о твердое тѣло, воздушная травма, психическая травма, какъ главные причинные моменты,—и физическое и моральное истощеніе, конституціональное и приобрѣтенное предрасположеніе, какъ побочные моменты). Наиболее частая форма травматическаго психоза въ дѣйствующей арміи—это острый психозъ съ аментивнымъ симптомокомплексомъ, имѣющей непродолжительную длительность. Въ дальнѣйшемъ отмѣчается амнезія и ослабленіе общаго тонуса нервно-психической жизни. Нерѣдко наблюдается разстройство рѣчи, физическое истощеніе, разстройство нервно-сосудистой системы и зрачковой реакціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ развиваться картина травматическаго слабоумія, сходная съ прогрессивнымъ параличемъ.

Суховъ (Психіатрическая Газета, 1916 № 23). Авторъ сообщаетъ о случаѣ chorea minor, развившейся послѣ воздушной контузіи. Авторъ полагаетъ, что это заболѣваніе основано на к. н. анатомическомъ субстратѣ, быть можетъ на разстройствѣ внутренней секреціи, отразившейся на функціи нервной системы.

Сегаловъ (Современная Психіатрія, 1915, № 9) на основаніи дальнѣйшихъ клиническихъ наблюденій среди контуженныхъ разбираетъ 3 группы: morbus decompressionis въ зависимости отъ пролета снаряда, 2) commotio cerebri и

medullae spinalis, какъ результатъ резонаторныхъ колебаній на соотвѣтствующіе толчки, отъ сотрясенія земли при разрывѣ снаряда и 3) собственно контузии, куда входятъ пораженія слухового аппарата и пораженія центральной нервной системы съ однимъ или нѣсколькими очагами размягченія или разрывомъ сосуда.

Гаккебушь (Современная Психіатрія, 1915, № 9) посвятилъ работу вопросу о воздушной контузии, при чемъ наблюденія произведены исключительно на офицерахъ. Одна категорія его наблюденій характеризовалась отсутствіемъ симптомовъ органическаго характера и напоминала обычный травматическій неврозъ. Причина такого рода заболѣваній въ эмоціональномъ шокѣ; поражались почти безъ исключенія лица съ невропатологической конституціей. Къ другой категоріи относились случаи, развившіеся отъ пролета и разрыва снарядовъ вблизи. Въ этихъ случаяхъ всегда имѣлись на лицо симптомы органическаго характера, но у лицъ съ невропатической конституціей примѣшались расстройства функціональнаго характера. Авторъ задается вопросомъ, вправѣ ли мы даже при отсутствіи обычныхъ симптомовъ органическаго поражения и наличности лишь функціональных измѣненій относить случай къ травматическому неврозу и отвѣчаетъ отрицательно, такъ какъ доказательства органическаго поражения по наблюденіямъ нѣкоторыхъ авторовъ могутъ довольно быстро, черезъ 2—3 сутокъ исчезнуть.

Souques (Rev. neurol. N. 19, 1915) при травматическихъ формахъ неврита п. mediani замечалъ нѣсколько случаевъ довольно рѣдкаго явленія, отмѣченнаго ранѣе Pierre Marie и M-me. A. Benisty, заключающагося въ появленіи въ больной рукѣ сильныхъ болей въ тотъ моментъ, когда здоровой рукой больные прикасались до сухого и теплаго предмета. Явленіе это исчезаетъ, когда здоровая рука въ моментъ прикосновенія была влажной. Souques описываемому явленію далъ наименованіе синестезалгіи или синестезіи алгидной. Развитие явленія, по мнѣнію автора,

происходить вслѣдствіе существованія ассоціативной связи чувствительныхъ зонъ обоихъ полушарій. Передаваясь изъ чувствительной зоны, соответствующей здоровой конечности на зону соотв. больной конечности, представляющей собой особенно чувствительный центръ для болевыхъ ощущеній, воспринимаемая тактильныя ощущенія становятся очень болѣзненными; увлажненіе здоровой руки дѣйствуетъ изолирующимъ образомъ по отношенію къ воспріятію ею тактильныхъ ощущеній. Подобно увлажненію дѣйствуетъ пошеніе резиновой перчатки.

Jumentier (Revue de neurol. 1915. № 19) сообщаетъ о случаѣ сквозного пулевого раненія съ входнымъ отверстіемъ на уровнѣ праваго плеча и выходнымъ въ лѣвой подмышечной ямкѣ, выразившимся полной параплегіей и анестезіей тѣла ввизу, начиная съ уровня сосковой линіи и окончивающимся черезъ 8 дней летально. Пуля, какъ показало вскрытіе, повредила заднюю дужку 3-го позвонка, но въ полость позвоночника не проникла. Параплегія обусловливалась обширнымъ гематоміелитическимъ очагомъ, занимающимъ грудной отдѣлъ мозга, начиная отъ уровня D 2 до D 7.

Babinski (Rev. neurol. 1915. № 19) наблюдалъ солдата съ явленіями Броунъ-Секаровскаго паралича, развившагося вслѣдъ за разрывомъ вблизи большого гранаты съ шрапнелью, при чемъ ни раненія, ни контузіи въ истинномъ смыслѣ не было. Пораженіе спинного мозга явилось результатомъ гематоміеліи вслѣдствіе коммоціи.

Осокинъ (Демонстрація больного съ афазіей въ Саратовскомъ Физико-Медицинскомъ О-вѣ 23/III. 1916). Въ наблюденіи автора рѣчь шла о солдатѣ, получившемъ пулевое раненіе черепа съ входнымъ отверстіемъ у лѣваго наружнаго края лба и выходнымъ—на границѣ лѣвой височной и затылочной кости. Основываясь на расположеніи пулевыхъ отверстій и сопоставляя всѣ имѣющіеся симптомы, можно было заключить, что пуля при своемъ пролетѣ повредила лишь поверхностные слои лѣваго полушарія мозга, задѣвши глав-

нымъ образомъ центры рѣчи. У больного совершенно не обнаруживалось ни параличныхъ явленій, ни измѣненій рефлексовъ и чувствительности. За то афазическія явленія оказывались очень сильно выраженными, при чемъ разстройство касалось какъ моторной, такъ и сенсорной функціи рѣчи. Рѣчь больного состояла изъ совершенно непонятныхъ звуковъ, за исключеніемъ нѣсколькихъ словъ произносимыхъ совершенно правильно: ей Богу, хорошо, вѣрно, да-да, нѣтъ. Всѣ неудачныя свои попытки говорить больной производилъ съ интонаціей, напоминающей интонацію обыкновенной рѣчи. Повтореніе словъ невозможно, при чтеніи тѣ же недочеты, что и при произвольной рѣчи. Способность къ письму сохранилась лишь въ предѣлахъ возможности написать свою фамилію. Больной хорошо отличалъ пѣніе больными молитвы. Пониманіе приказаній и указываніе называемыхъ ему предметовъ не полное, но нѣкоторыя изъ этихъ дѣйствій совершались правильно.

Hofmeister (Beitr. z. klin. Chirurgie, 1915) *О двойномъ и множественномъ шиваніи нервовъ.* Принципъ практиковавшагося до сихъ поръ способа шиванія поврежденныхъ нервовъ состоялъ въ томъ, что соединялся периферическій отрѣзокъ парализованнаго нерва съ центральнымъ отрѣзкомъ здороваго нервнаго ствола. Т. е. въ случаѣ удавшейся операціи парализованная область получала свою иннервацію отъ двигательнаго центра здороваго нерва. Послѣдній невротизировалъ эту область и потому здоровый центръ долженъ былъ приспособляться для новой функціи, что представляло невыгодную сторону этого способа. При нѣкоторыхъ болѣзненныхъ состояніяхъ, какъ напр. при дѣтскомъ спинномозговомъ параличѣ или въ случаѣ поврежденія лицевого нерва внутри костно-черепного канала парализованныхъ областей, другого способа при невротизаціи немислимо представить. Иное дѣло при огнестрѣльныхъ раненіяхъ, преобладающее число которыхъ сводится къ поврежденію нервовъ конечностей. Здѣсь по мнѣнію автора гораздо предпочтительнѣе

пользоваться соответственнымъ центромъ, для чего нужно примѣнять двойное или даже множественное сшиваніе смотря по количеству поврежденныхъ нервовъ. Здоровый нервъ при этомъ способѣ берется лишь какъ мостикъ, соединяющій периферическіе и центральные концы поврежденныхъ нервовъ между собой. Въ отдѣльныхъ случаяхъ примѣненіе этого способа можетъ свестись: 1) къ двойному сшиванію одного ствола периферическаго и центрального концовъ къ другому; 2) къ двойному сшиванію частично изолированныхъ пучковъ къ здоровой части того же нервного ствола, въ случаѣ, если послѣдняя представляется достаточно сильной или къ другому первому стволу, если остающаяся въ цѣлости часть поврежденнаго нерва оказывается слабой; 3) къ двойному сшиванію одного ствола къ другому, съ изолированной имплантаціей отсепарированной мышечной вѣтви къ периферическому отрѣзку пришитаго нервного ствола; 4) къ различнымъ комбинаціямъ множественнаго сшиванія нѣсколькихъ нервовъ между собой (чаще всего при поврежденіи сплетеній). Статья иллюстрируется 24 подробными исторіями болѣзней съ схематическими рисунками.

Lewandowsky (Deutsche med. Wochenschrift 1915, 53) касается вопроса о леченіи различныхъ видовъ огнестрѣльныхъ поврежденій нервной системы и другихъ нервныхъ страданій. *При поврежденіи периферическихъ нервовъ* необходима возможно ранняя операція (шовъ или освобожденіе нерва). Съ сожалѣніемъ авторъ отмѣчаетъ, что операція на дѣлѣ рѣдко сравнительно производится. *При поврежденіяхъ спинного мозга* операція не имѣетъ большого значенія. При частичныхъ поврежденіяхъ важенъ внимательный уходъ, въ особенности при наличности пролежня, для котораго особенно показаны длительныя ванны. *При черепныхъ раненіяхъ*, даже послѣ большого промежутка времени съ момента поврежденія всегда нужно имѣть въ виду развитіе абсцесса. Внезапное появленіе сильныхъ головныхъ болей, рвоты, затемненія сознанія, даже при отсутствіи лихорадки, служатъ при-

знаками абсцесса. Операция въ такомъ случаѣ не должна откладываться. Въ происхожденіи функциональных разстройствъ, не исключая травматическаго невроза, авторъ придаетъ значеніе главное психическому моменту: 1) испугу напр. при разрывѣ гранаты, 2) бессознательному желанію освободиться отъ военной службы. Лишь очень немного случаевъ имѣеть въ своей основѣ небольшія измѣненія органическаго характера въ видѣ мелкихъ кровоизлияній или некрозовъ. Для леченія легкихъ случаевъ такого рода разстройствъ слѣдуетъ больныхъ по возможности изолировать отъ другихъ, въ особенности нервнобольныхъ въ предупрежденіе психической заразы, къ которой такъ чувствительны эти больные. Тамъ, гдѣ можно надѣяться на полное выздоровленіе слѣдуетъ больныхъ направлять въ команды выздоравливающихъ, въ цѣляхъ поставить больного въ условія извѣстнаго режима, при которомъ у больного могло бы вернуться желаніе къ работѣ и службѣ.

Введенскій (Современная Психіатрія, 1916, № 1) приводитъ случай психическаго расстройства, развившагося у ребенка бѣженца, 8 лѣтъ послѣ сильнаго душевнаго потрясенія, вызваннаго взрывомъ поблизости бомбъ, брошенныхъ съ аэроплана. Психическое расстройство имѣло сначала характеръ тяжелой депрессіи съ явленіями психической и двигательной задержки. Въ такомъ состояніи черезъ мѣсяць больной перенесъ дизентерію, послѣ которой у него обнаружилась спутанность съ расстройствомъ ориентировки, пугливостью и отрывочными бредовыми идеями и галлюцинаціями. Къ концу 3 мѣсяца мальчикъ поправился. Случай квалифицируется какъ маниакально депрессивный психозъ. Принимая во вниманіе рѣдкость дѣтскихъ психозовъ, можно думать, что развитіе его въ данномъ случаѣ исключительно зависѣло отъ психической травмы и слѣдовательно онъ можетъ быть отнесенъ къ психозамъ войны.

Oppenheim (Berliner klin. Wochenschrift, 1915, № 45) вратцѣ дѣлаетъ резюме своихъ личныхъ наблюденій въ об-

ласти военной неврологіи. Въ отношеніи *черепныхъ раненій* онъ отмѣчаетъ, вопреки мнѣнію *Marburg-Ranzi*, рѣдкость развитія позднихъ абсцессовъ, вообще незначительность въ большинствѣ случаевъ очаговыхъ симптомовъ, преобладаніе корковыхъ явленій, относительную частоту церебральной корковой пераплегии, разнообразіе зрительныхъ разстройствъ и въ соотвѣтствіи съ поврежденіемъ различныхъ пунктовъ зрительнаго пути, частоту церебеллярныхъ и лабиринтныхъ разстройствъ даже при раненіи въ отдаленномъ мѣстѣ, что можетъ разсматриваться или какъ результатъ дѣйствія на разстояніи (*Fernwirkung*) или какъ результатъ трещины черепа, относительно хорошей прогнозъ черепныхъ раненій. Спинномозговья раненія въ основѣ своей имѣютъ гораздо чаще некрозъ, чѣмъ кровоизліяніе. Очень рѣдко наблюдаются случаи спинномозговой гемиплегии съ анестезіей на соотвѣтствующей сторонѣ.

Всего значительнѣе результаты *наблюденія надъ раненіями периферической нервной системы*. Здѣсь заслуживаетъ вниманія, что нервныя волокна въ крупныхъ нервныхъ стволахъ имѣютъ свое опредѣленное топографическое распредѣленіе, благодаря чему при извѣстныхъ раненіяхъ общаго ствола могутъ парализоваться лишь пути ихъ къ какойнибудь изолированной мышечной группѣ или кожной поверхности. Изслѣдованіе электрической возбудимости идетъ не всегда параллельно съ размѣрами поврежденія нервовъ. Далѣе авторъ отмѣчаетъ при травматическомъ невритѣ зависимость болѣе отъ чувствительныхъ и чувственныхъ раздраженій, отъ психическихъ волненій, появленіе болѣе въ поврежденной области при сухости кожной поверхности и при прикосновеніи какойлибо, даже здоровой части тѣла неувлажненной поверхностью до какогонибудь предмета. Секреторныя и вазомоторныя разстройства при травматическомъ невритѣ имѣютъ значительное распространеніе, отмѣчается развитіе гипертрихоза у лицъ съ травматическимъ поврежденіемъ периферической нервной системы.

Въ сферѣ *функциональныхъ нервныхъ разстройствъ* въ зависимости отъ травмы авторъ указываетъ на нѣкоторыя явленія висцеральной нервной системы, какъ напр. легкія повышенія температуры, симптомы гипертиреозидизма, тахикардію, гипергидрозъ. Очень интересны случаи такъ называемой мѣстной травматической истеріи, которую авторъ называетъ акинезіей амнестической или рефлекторнымъ параличемъ. Извѣстное уже давно преобладаніе функциональных двигательныхъ разстройствъ на лѣвой сторонѣ должно разсматриваться согласно Liermann'у, какъ выраженія большей слабости праваго полушарія, меньшей его стойкости при дѣйствіи сильнаго физическаго и психическаго шока.

Bruns (Berliner klinische Wochenschrift, 1915, № 38) разбираетъ нѣсколько практическихъ вопросовъ изъ области военной неврологіи, касаясь главнымъ образомъ показаній къ оперативному леченію и результатовъ его при различныхъ поврежденіяхъ нервной системы. Подробности, касающіяся симптоматологіи авторъ откладываетъ на будущее. Всего авторомъ за годъ работы изучено 687 сл. изъ которыхъ 376 падаетъ на поврежденія периферической нервной системы, 89—на поврежденія головного мозга и черепа, 37—на спинной мозгъ и позвоночникъ, 32—на различныя поврежденія мышцъ и сухожилій и наконецъ 200 сл. на истерію, неврастенію, психозы и заболѣванія нестоящія въ связи съ войной. *Поврежденія периферической нервной системы* раздѣляются на 3 группы: 1) Поврежденія нервныхъ стволовъ во всемъ ихъ поперечникѣ при явленіяхъ паралича всѣхъ мышцъ, расположенныхъ къ периферіи отъ мѣста поврежденія, въ парализованныхъ мышцахъ обыкновенно наблюдается полная реакція перерожденія и болѣе или менѣе значительное пониженіе чувствительности. При такого рода тяжелыхъ разстройствахъ слѣдуетъ по возможности скорѣе оперировать, вскорѣ по заживленіи раны и какъ только исчезнетъ опасеніе за сепсисъ. Операция состоитъ изъ сшиванія нерва послѣ предварительнаго освѣженія разъединенныхъ концовъ нерва.

Вторую группу поврежденных нервовъ составляютъ случаи частичныхъ параличей, при которыхъ часть мускуловъ, иннервируемыхъ пораженнымъ нервомъ, сохраняетъ свою функцию; реакція перерожденія также неполная. Съ оперативнымъ вмѣшательствомъ въ этихъ случаяхъ можно долѣе ждать. 3 группа поврежденныхъ съ еще болѣе слабыми расстройствами, при неполной реакціи перерожденія мышцъ и нервовъ, можетъ наступить самопроизвольное излеченіе и потому оперативное леченіе примѣняется лишь въ случаѣ задержки излеченія; вначалѣ для леченія пользуются электризаціей и массажемъ. Въ случаяхъ, гдѣ на 2 планъ выступаютъ боли примѣняется нейролизъ.

Прогнозъ при спинномозговыхъ поврежденіяхъ часто можно ставить хорошій въ силу значительной склонности ихъ къ самостоятельному улучшенію. Въ случаѣ же, гдѣ такого улучшенія не наступаетъ, въ особенности при наличности Bastian'овскаго симптомокомплекса, слѣдуетъ дѣлать операцію. Какъ показываетъ опытъ въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко въ основѣ тяжелыхъ симптомовъ лежитъ ограниченный серозный менингитъ. *При поврежденіяхъ головного мозга* чаще встрѣчаются корковые симптомы, изъ афазическихъ расстройствъ преобладаютъ явленія двигательной афазии. Каждый раненый въ черепъ долго находится подъ опасностью развитія у него мозгового абсцесса. Поэтому особенно должно заботиться о туалетѣ раны, а при малѣйшемъ намекѣ на повышеніе внутричерепного давленія тщательное изслѣдованіе для опредѣленія локализациі гнойника. Въ 8 случаяхъ автора послѣ операціи было и излеченіе, въ 4—смерть. Прогнозъ при поверхностныхъ абсцессахъ неплохой. Производя по поводу развившихся въ нѣкоторыхъ случаяхъ выпаденій мозга закрытія черепного дефекта, у двухъ больныхъ отмѣтили появленіе эпилептическихъ припадковъ. При леченіи кортикальныхъ эпилептическихъ припадковъ авторъ считаетъ примѣнимымъ способъ Spilmeyer'a—охлажденіе мозга, а также способъ подрѣзыванія эпилептогенныхъ участковъ.

Jolly (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1916, 56 Bd.) въ большой работѣ подробно разбираетъ *вопросъ о военномъ неврозѣ* и въ заключеніе приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Физическое и психическое утомленіе у лицъ, отличавшихся уже нервною, вызываетъ возвратъ или ухудшеніе невроза. Картина тяжелаго нервнаго истощенія по большей части наблюдается у людей, уже раньше въ нервномъ отношеніи некрѣпкихъ. Въ числѣ проявленій отмѣчаются: сильная раздражительность неврастеническаго характера, съ сопутствующими разнообразными неврастеническими физическими симптомами; въ другихъ случаяхъ выступаютъ истерическія явленія по преимуществу дрожаніе или даже судорожныя припадки. Эпилепсія на войнѣ часто усиливается. Послѣ соматическихъ заболѣваній на войнѣ можетъ развиваться какъ неврастенія, такъ и истерія. Чистыя картины Schreckneurosen не часты и по большей части въ основѣ своей имѣютъ наслѣдственное или приобрѣтенное предрасположеніе. Послѣ мѣстныхъ травмъ появляются психогенныя параличи и вынужденныя положенія. Нерѣдко расстройства эти какъ будто являются результатомъ продолжительной иммобилизаціи ушибленнаго члена. При травмѣ черепа наблюдаются главнымъ образомъ не столько истерическіе симптомы, сколько общія мозговья расстройства. При нервныхъ заболѣваніяхъ, въ зависимости отъ дѣйствія разрывныхъ снарядовъ, наблюдаются различныя симптомы во всевозможныхъ комбинаціяхъ, въ зависимости отъ сопутствующихъ условій; предшествующее утомленіе, испугъ или другіе психическіе факторы, давленіе воздуха, сотрясеніе отъ паденія и т. п. Въ однихъ случаяхъ наряду съ церебральными мѣстными симптомами имѣются неврастеническія явленія съ ипохондрической или депрессивной окраской, въ другихъ случаяхъ на первый планъ выдвигаются общіе мозговья симптомы или состоянія психической задержки въ видѣ мутизма, афоніи, абазіи или психическихъ состояній раздраженія въ видѣ тикообразныхъ судорогъ, хореоформныхъ подергиваній, заиканія и т. д. Дифференціально

діагностическимъ важнымъ для военныхъ неврозозъ является наличность въ большинствѣ случаѣ расстройствъ слуха. Въ терапевтическомъ отношеніи авторомъ отмѣчается важность скорѣйшей специальной помощи. Прогнозъ для военного невроза лучшей, чѣмъ для травматическаго невроза. Терминъ—травматическій неврозъ въ данномъ случаѣ неподходящъ, такъ какъ болѣзненные явленія могутъ развиваться не только послѣ травмы, но и безъ нея, подѣ влияніемъ переутомленія.

Проф. Разумовскій въ двухъ статьяхъ (Врачебная Газета, 1915, № 40 и 1916, № 20) на основаніи своихъ наблюденій доказываетъ хорошее дѣйствіе алкогольныхъ впрыскиваній при болевыхъ пораженіяхъ нервовъ вслѣдствіе огнестрѣльныхъ поврежденій. Боли проходятъ почти сейчасъ же послѣ впрыскиванія. Параличи не наблюдались, а только одни парезы. Въ одномъ случаѣ, гдѣ имѣлись сильныя боли въ стопѣ и параличъ ея, послѣ алкогольныхъ впрыскиваній исчезли не только боли, но и улучшились движенія.

Прив.-доц. Давиденковъ (Психіатрическая Газета, 1916, 8) приводитъ описаніе случая церебральной геміатаксии, развившейся послѣ сквознаго пулевого раненія черепа въ области правыхъ арт. zygomaticus прос. mastoideus съ нарушеніемъ цѣлости праваго наружнаго слухового прохода.

Прив.-доц. Держинскій (Психіатрическая Газета, 1916) описываетъ 3 случая огнестрѣльнаго раненія послѣднихъ 4 черепныхъ нервовъ, придя къ заключенію, что мѣсто пораженія находилось у выхода нервовъ изъ черепной полости.

Аракина и Пеньковская (Психіатрическая Газета, 1915, 21) доказываютъ, приведя одно свое наблюденіе, цѣлесообразность операціи Föerster'a при невралгіи, зависящей отъ интерстиціального неврита.

Бориспольскій (Психіатрическая Газета 1916, 7). На основаніи изслѣдованія большого числа больныхъ съ раненіями черепа и интересуясь вопросомъ о локализаціи эпиплетическихъ приступовъ въ головномъ мозгу, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Въ громадномъ большинствѣ сл. поврежденіе двигательной обл. коры не вызываетъ развитія эпилептическихъ приступовъ.

2) Развитіе эпилептическихъ приступовъ можетъ наступать послѣ поврежденія и другихъ, кромѣ двигательной, областей мозговой коры (лобной, височной, затылочной).

3) Дѣятельное участіе въ развитіи эпилептическихъ судорогъ принимаютъ не только мозговая кора, но и подкорковые части мозга (большіе узлы, центры основанія, четверохолміе, Вароліевъ мостъ и др.).

Pierre Marie et Chatelin (Revue neurol. 1915, № 23, 24) собрали матеріаль, посвященный зрительнымъ расстройствамъ при пораженіи интрацеребральныхъ зрительныхъ путей и зрительной сферы. Въ мирное время такіа расстройства обуславливаются процессами сосудистаго характера и выражаются обыкновенно въ формѣ полной геміанопсіи. При проникающихъ раненіяхъ черепа расстройства въ отдѣльных сл. бываютъ неодинаковы, б. ч. въ виду частичныхъ геміанопт. явленій. Зрительный центръ, по даннымъ авторовъ, слѣдуетъ локализовать въ fiss. calcarinae съ прилежащими къ ней отдѣлами (нижняя часть cuneus и верхняя ч. lob. ling.).

Въ заключеніи авторы отмѣчаютъ: 1) что при существованіи измѣненій въ полѣ зрѣнія примѣненіе радіографіи отерываетъ часто присутствіе инороднаго тѣла; 2) быстрое увеличеніе геміаноптической скотомы позволяетъ думать о развитіи мозгового гнойника.

Gaupp (Beitr. für klinische Chirurgie, 1915) разбираетъ вопросъ о гранатной контузіи. Изъ всѣхъ этиологическихъ моментовъ, связанныхъ съ этимъ видомъ поврежденій, какъ то измѣненія воздушнаго давленія, развитія ядовитыхъ газовъ, механическаго сотрясенія нервной системы, душевнаго потрясенія, первыя два, по мнѣнію автора, имѣютъ очень

небольшое значеніе. Физическое сотрясеніе во многихъ случаяхъ играетъ извѣстную роль; но самымъ важнымъ факторомъ въ развитіи болѣзненныхъ явленій авторъ считаетъ психическую травму. Въ виду этого и по своей клинической картинѣ заболѣваніе можетъ быть отнесено къ травматической истеріи.

