

Краткій обзоръ литературы о нервно-душевныхъ заболѣваніяхъ въ связи съ войной.

Н. Е. Осокинъ и С. А. Лясъ.

Черепно-мозговые раненія.

Симптоматологія.

Dejerine и *Mouzon* (*Revue neurolog.* 1915. № 17—18), при изслѣдованіи двухъ больныхъ съ раненіями черепа въ области чувствительной зоны мозговой коры, отмѣчаютъ специальный характеръ наблюдающихся при этомъ разстройствъ. Является возможнымъ поэтому выдѣлять чувствительный корковый синдромъ, отличающійся почти полнымъ сохраненіемъ тактильной чувствительности, нормальной термической и болевой, при значительномъ измѣненіи стереогностическаго чувства,—положенія частей тѣла. Отъ измѣненій чувствительности при заболѣваніи зрительнаго бугра рассматриваемый синдромъ отличается частичнымъ разстройствомъ чувствительности, тогда какъ для заболѣваній зрительнаго бугра характерно измѣненіе всѣхъ видовъ чувствительности.

Delorme (см. тамъ же), изслѣдовавъ болѣе 200 раненыхъ съ черепно-мозговыми поврежденіями, замѣтилъ значительную частоту зрительныхъ разстройствъ, гдѣ бы ни локализовалось это поврежденіе. Довольно обычны также слуховыя разстройства, а также вкусовыя и обонятельныя. Эти разстройства то являются прямымъ слѣдствіемъ поврежденія соответствующаго сенсоріальнаго центра, то послѣдовательнымъ из-

измѣненіемъ, обусловливаемымъ, вѣроятно, менингоэнцефалитическимъ инфекціоннымъ процессомъ.

Dupont и *Troisier* (тамъ же) наблюдали случай сквозного черепного раненія пулей, прошедшей позади обеихъ ушей. Въ первые дни больной представлялъ мозжечковыя расстройства, неуверенное стояніе на ногахъ, параличи глазныхъ мышцъ, дисфагію, тахикардію и *diabetes insipidus*. На 15 день всѣ симптомы стали убывать, но на шеѣ развилась пузырчатая сыпь. Весь симптомокомплексъ давалъ основаніе предположить диффузное распространеніе измѣненій въ центральной нервной системѣ, начиная съ интерпедункулярной области—до шейнаго отдѣла спинного мозга. Такимъ образомъ изъ этого вытекаетъ, что даже при отсутствіи рѣзкаго поврежденія въ ткани мозга, приходится встрѣчаться съ измѣненіями на разстояніи. Эти измѣненія должны быть отнесены на внезапное сильное повышеніе внутричерепного давленія и внутри позвоночнаго канала.

Duguet (тамъ же) сообщаетъ о случаѣ раненія головы, интересъ котораго заключается въ позднемъ, спустя нѣсколько дней послѣ операціи, появленіи двигательной афазіи и аграфіи, при чемъ мѣсто поврежденія черепа не соответствовало расположенію рѣчевыхъ центровъ, располагаясь отъ послѣднихъ болѣе кзади, тамъ, гдѣ локализируютъ словесную глухоту и центръ глазныхъ движеній.

Dupré и *Le Fur* (тамъ же) представили въ Парижскомъ О-вѣ невропатологовъ больного съ явленіями спастической параплегии, развившейся послѣ раненія макушки головы, что должно быть связано съ двустороннимъ фокусомъ (геморрагическаго или энцефалитическаго) въ парацентральныхъ доляхъ.

Pierre Marie и *Athanassio-Bénisty* (тамъ же) привели наблюденіе, гдѣ вслѣдъ за пулевымъ раненіемъ съ входнымъ отверстіемъ въ области интерпаріетальнаго шва, на 14 см. кзади отъ носолобнаго шва, и выходными отверстіями на 3 см.

издали отъ 1-го, развилась спастическая паралелія. Рентгенографія, произведенная черезъ 2 мѣсяца послѣ раненія, не открыли мѣстнаго поврежденія. Люмбальной пункцией добыта прозрачная жидкость съ значительнымъ содержаніемъ бѣлка (0.75) и 7—8 лимфоцитами въ полѣ зрѣнія. Интересъ заключается въ нѣкоторыхъ особенностяхъ двигательныхъ разстройствъ. Больной не могъ производить изолированныхъ движеній стопой и пальцами, во время же ходьбы у него сокращались хорошо все мышцы стопы, въ особенности передняя берцовая и общая разгибательная мышца. Этотъ фактъ доказываетъ, что ходьба представляетъ автоматическій актъ, подчиненный главнымъ образомъ подкорковымъ центрамъ, въ частности спино-мозговымъ(?).

Aug. Polsson и *F. I. Collet* (тамъ же) у солдата послѣ поверхностнаго пулевого раненія въ правой теменной области, безъ поврежденія костей наблюдали развитіе Кожевниковской эпилепсіи. Болѣзненные симптомы состояли изъ постоянныхъ клоническихъ судорогъ кисти, ограниченія подвижности пальцевъ лѣвой руки, частичнаго разстройства чувствительности (прикосновенія и стереогностическаго чувства). При операціи на наружной поверхности твердой мозговой оболочки найдена гематома, локализирующаяся точно въ области передней центральной извилины. Слѣдственно было предположеніе о возможныхъ гемаррагическихъ очагахъ и подъ оболочкой, въ корѣ мозга. Тѣмъ не менѣе, въ надеждѣ, что одна декомпрессионная трепанація будетъ вполне достаточной для излеченія отъ болѣзни, твердая оболочка не разрѣзалась. Послѣ операціи судороги въ кисти усилились. На 3-й день послѣ операціи развился судорожный припадокъ Джексоновской эпилепсіи. Позднѣе однако наступило выздоровленіе. Съ прекращеніемъ судорогъ исчезли и чувствительныя разстройства. Больной вернулся на службу въ свой полкъ.

Roussy и *Ichlowski* (тамъ же) у раненаго въ правую теменную область съ явленіями лѣвосторонней гемиплегіи

отмѣтили рѣзко выраженныя содружественныя (синкинетическія) движенія въ парализованныхъ конечностяхъ, наступающія при всякомъ не только активномъ, но и пассивномъ движеніи на здоровой сторонѣ. Остается первѣйшимъ вопросомъ, не присоединилось ли въ данномъ случаѣ къ органическому субстрату также функціональное разстройство.

Капустинъ (Русскій Врачъ. 1915 г.) описываетъ больного съ пулевымъ раненіемъ нервовъ черепа и вещества мозга. У больного наблюдалось: потеря обонянія справа, параличъ лицевыхъ и жевательныхъ мышцъ справа, потеря слуха справа, концентрическое суженіе поля зрѣнія съ обѣихъ сторонъ, насильственные хореоформныя и атетозныя движенія головы и правыхъ конечностей, адiadoкиннезія, головная боль и головокруженіе, разстройство равновѣсія тѣла. На основаніи этихъ симптомовъ діагностируется травматическая межчерепная гематома на основаніи черепа въ задней черепной ямкѣ съ сдавливаніемъ и раздраженіемъ *brachia conjunctivalia*. Къ этому страданію присоединилась травматическая истерія, въ симптомамъ каковой слѣдуетъ отнести разстройство зрѣнія и тревожный сонъ.

Хирургія черепномозговыхъ раненій.

Завадзкій въ докладѣ въ научномъ собраніи врачей района арміи сѣверо-западнаго фронта (Русскій Врачъ. 1915 № 15) сообщаетъ о 48 своихъ наблюденіяхъ съ раненіями мозга. Почти всѣ такіе раненые были съ выпаленіемъ мозга; большая часть полупарализованы, у большинства имѣлась афазія. Изъ всѣхъ нихъ умерло 19: 6 неоперированныхъ *in extremis*, 6 очень тяжелыхъ (2 съ перитонитомъ, 2 въ палучномъ стадіи, 2 съ менингитомъ), 7 раненыхъ бомбой, у которыхъ мозгъ вывалился изъ черепа какъ жидкая каша. Изъ остальныхъ 29 оперированныхъ живы 16. Показаніями къ оперативному леченію служили: высокая температура, начинавшійся менингитъ, по-

дозрѣніе на гнойники, признаки увеличеннаго внутричерепнаго давленія. Докладчикъ указываетъ, что наиболѣе тяжелыми раненіями оказываются касательныя и сегментарныя. Всѣ такіе больные въ виду предрасположенія ихъ къ зараженію, требуютъ немедленнаго хирургическаго вмѣшательства въ видѣ трепанаций или механической очистки—*debridement*.

Проф. *Напалковъ* въ томъ же собраніи привелъ результаты своихъ наблюденій. Изъ 88 раненыхъ въ голову съ поврежденіемъ костей черепа умерли 29 т. е. 33%. Оперированы 38; изъ нихъ скончались 21, т. е. 55%. Смерть наступала черезъ 2—20 дней послѣ операціи. Обычно смерть наступала отъ воспалительныхъ процессовъ—энцефалита и менингита. Большинство раненыхъ въ черепъ поступали въ госпиталь уже съ энцефалитомъ. Энцефалитъ протекалъ медленно и иногда давалъ ограниченный гнойникъ. Менингитъ наоборотъ быстро приводилъ къ смерти. На этомъ основаніи проф. *Напалковъ* высказалъ мнѣніе, что помощь въ ближайшій мѣсяцъ при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа и его содержимаго сводится въ борьбѣ съ зараженіемъ.

Уртшейнъ ввѣлъ 76 случаевъ поврежденія мозга, при чемъ отмѣчаетъ частоту тяжелаго исхода—42 больныхъ умерли. Паралелизма между клиническимъ синдромомъ и предсказаніемъ нѣтъ, т. к. цѣлый рядъ больныхъ погибали при наличии однихъ общихъ явленій и наоборотъ другіе больные съ явными мѣстными расстройствами выздоравливали. Установленіе показаній къ оперативному вмѣшательству при раненіяхъ черепа трудно.

Померанцевъ приводитъ 4 случая оперативнаго лѣченія при черепныхъ раненіяхъ съ паретическими явленіями и афазіей. Въ 2-хъ изъ нихъ, казавшихся наиболѣе здоровыми, оперативное леченіе оказалось гибельнымъ, явившись толчкомъ къ всеобщей тѣвшей инфекціи (Врачебная газета 1915, № 15).

Проф. *В. И. Разумовскій* въ рѣчи, посвященной современнымъ взглядамъ на леченіе огнестрѣльныхъ ранъ, защи-

паетъ вообще принципію строгаго консерватизма, но полагаетъ, что исключеніе должно быть сдѣлано для черепномозговыхъ раневій. Здѣсь *le Drain*'овское Debridementъ болѣе показано, какъ средство, предупреждающее развитіе инфекціонныхъ процессовъ и тяжелыхъ мозговыхъ осложненій. (Врачебная Газета 1915. № 7).

Auvray за $\frac{1}{2}$ года хирургической работы въ военныхъ госпиталяхъ сдѣлалъ 25 трепанацій по поводу огнестрѣльныхъ ранъ черепа. Въ 9 сл. поврежденіе исключительно касалось черепной стѣнки. Извлечены были отломки костей, также инородныя тѣла, раны дезинфицированы. Всѣ эти раненые были излечены. Одинъ изъ нихъ представлялъ тяжелое нервное разстройство, судорожный припадокъ съ послѣдующей комой. Въ 16 случаяхъ операція была предпринята изъ за поврежденія мозговыхъ оболочекъ и вещества мозга. Изъ нихъ 3 больныхъ, представляющихъ наиболѣе тяжелые симптомы, поправились. Всѣ остальные погибли спустя нѣсколько дней или недѣль отъ инфекціи. По мнѣнію автора необходимо возможно раннее точное изслѣдованіе раны еще въ передовыхъ лазаретахъ, чтобы въ случаѣ надобности не только произвести debridement, но систематично трепанировать, полагая при этомъ, что результаты болѣе благопріятной статистики не замедлятъ себя ждать. (*Société de la Chirurgie*, 1915).

Nonne (*Neurolog. Centralbl.*, 1915, № 1) демонстрировалъ больного съ легкими двигательными парезами мозгового происхожденія и тяжелымъ разстройствомъ чувствительности аягестезіи—для всѣхъ родовъ отъ головы до самыхъ ногъ. Діагнозъ—диффузное кровоизліяніе въ области задней центральной извилины и пограничныхъ областей. Трепанація не была сдѣлана. Итогъ состояніе улучшилось. Не надо спѣшить съ трепанаціей!

Lewandowsky (*Neurolog. Centralbl.* 1915. № 1). Асептически залѣченные раны и теперь, какъ прежде, не даютъ показаній для выѣнательства, но не такъ абсолютно, какъ

раньше, въ особенности, если пулю можно легко достать. Самыя главныя показанія хирургическому вмѣшательству это стремленіе къ тому, чтобы сдѣлать проникающія рапы возможно асептичными. Всѣ черепныя рапы, особенно тангенціальныя, требуютъ тщательнаго хирургическаго контроля. Въ случаяхъ, гдѣ этого не было, раны оказываются гораздо чаще зараженными, чѣмъ въ контролированныхъ. Если на полѣ рана не была контролирована, необходимо это сдѣлать въ лазаретѣ. Въ каждомъ случаѣ черепнаго раненія необходимо это сдѣлать въ лазаретѣ. Въ каждомъ случаѣ черепнаго раненія необходимо продолжительное наблюденіе даже при благоприятномъ теченіи. Даже послѣ многократной нормальной t-ры могутъ развиваться менингиты и мозговые паразиты. Кромѣ свойныхъ могутъ развиваться серозные менингиты и болѣе легкіе случаи менингеальныхъ кровоизліяній, при нихъ благоприятное предсказаніе. Въ этихъ случаяхъ для діагноза и терапіи требуется пояснительный проволъ. Прострѣлы мозга часто даютъ лишь незначительныя симптомы, кажушіеся легкія раненія—тяжелые симптомы. Последнее объясняется переломами костей черепа, иногда до самаго основанія. Особенно часто при этомъ явленіи со стороны лабиринта и полукружныхъ каналовъ. Если рана не проникающая, то операціи только при предположеніи значительныхъ менингеальныхъ кровоизліяній. Дальнѣйшую судьбу мозговыхъ раненій трудно предсказать. Наверное перелы нами скоро встанетъ вопросъ о позднихъ симптомахъ. Оперативная помощь особенно показана при травматической энцефаліи, въ остальныхъ случаяхъ крайняя осторожность.

Проф. *Rothmann* очень настойчиво высказывается за консервативное лѣченіе черепно-мозговыхъ раненій. Онъ очень настаиваетъ на быстрой отправкѣ этого рода больныхъ на родину, т. е. большинство оперированныхъ въ полевыхъ лазаретахъ кончаются не благополучно. Онъ сообщаетъ при этомъ наблюденіе Kürtes'a, который въ общекъ высказывается за оперативную помощь, но при непрямомъ участіи консуль-

танта невропатолога. *Rothman* демонстрируетъ одного больного, у котораго пуля прошла черезъ все лѣвое полушаріе, отъ лобной до затылочной доли, случай кончился благополучно, безъ какихъ либо явленій выпаденія. Особенно слѣдуетъ подчеркнуть способность къ обратному развитію явленій выпаденія у молодыхъ солдатъ со свѣжими мозгами.

По поводу доклада *Левандовскаго* проф. *Oppenheim* замѣтилъ, что при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа и головного мозга возможно консервативное леченіе, т. е. гвѣздовые симптомы весьма склонны къ обратному развитію.

Notte: при поврежденіяхъ головного мозга особенно часто наблюдается моноплегія. Способность молодыхъ здоровыхъ мозговъ къ восстановленію функцій чрезвычайно значительна.

Спинномозговые раненія,

Claude и *Petit* (*Revue neurolog.* 1916. 15) описываютъ 3 случая огнестрѣльныхъ пораженій позвоночника, въ которыхъ, наряду съ обычными чувствительно-двигательными расстройствами, свойственными полному перерыву спинного мозга, отмѣчалось отсутствіе сухожильныхъ кожныхъ рефлексовъ. Въ 1-мъ случаѣ спинной мозгъ поврежденъ былъ на уровнѣ XI грудного позвонка, въ 2-мъ случаѣ повреждены были IX, X и XI грудные позвонки, въ 3-емъ случаѣ поврежденіе касалось I шейного позвонка. Авторъ упоминаетъ о наблюденіяхъ *Dejerine* и *Levy*, гдѣ кожные рефлексы представлялись стойкими. Вопросъ о сохраненіи и отсутствіи сухожильныхъ и кожныхъ рефлексовъ требуетъ дальнѣйшихъ наблюденій. Поврежденіе позвоночника въ настоящее военное время должно быть изучено въ пѣлѣхъ наилучшаго освѣщенія этого вопроса.

Dejerine и *Mouzon* (тамъ же) наблюдали солдата развѣдчика, раненаго шрапнелью въ спину. Изслѣдованіе по

Рентгену показало присутствіе пули въ межпозвоночномъ хрящѣ между 2 и 3 груднымъ позвонками. Клиническая картина сложилась изъ полного паралича нижнихъ конечностей, брюшной мускулатуры и потери всѣхъ видовъ чувствительности до сосковой линіи. Въ теченіе всего наблюденія состояніе рефлексовъ представлялось въ слѣдующемъ видѣ: 1) сухожильные рефлексы все время отсутствовали, что вполне согласовалось съ закономъ *Bastian'a*, 2) Кожные рефлексы на 4-й день послѣ раненія отсутствовали, а затѣмъ стали появляться, сначала яичковый, позднѣе подошвенный—сгибательный. На 6-й день появились на обѣихъ стопахъ глубокіе защитные рефлексы, на 8-й день былъ обнаруженъ анальный рефлексъ. Съ 15 по 21 день появились поверхностные защитные рефлексы. Позднѣе всѣ рефлексы измѣнялись въ своей интенсивности, но не исчезали вполне. На 40-й день больной умеръ. При вскрытіи найдено полное разрушеніе спинного мозга на высотѣ 4 грудного сегмента. Выводы: 1) для появленія феномена большого пальца (р. *Babinski'аго*) недостаточно одного перерожденія пирамиднаго пучка, въ виду отсутствія симптома при полномъ перерывѣ спинного мозга, 2) кожные рефлексы—спинномозгового происхожденія, такъ какъ они сохраняются при поврежденіи этого органа, 3) въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ травмы они могутъ отсутствовать подъ вліяніемъ задерживающаго вліянія спинного мозга, а потомъ вновь возвратиться.

Dupré, le Fur et Raimbolt (Revue neurol. 1915, № 17—18) представили въ О-вѣ невропатологовъ случай сквозного (въ поперечномъ направленіи) раненія въ шейномъ отдѣлѣ позвоночнаго канала, вызвавшаго въ первое время спастическій параличъ всѣхъ 4-хъ конечностей и находившагося въ моментъ демонстраціи на пути къ выздоровленію. Рѣдкость давняго наблюденія заключается въ отсутствіи поврежденія спинного мозга, несмотря на ходъ пули въ поперечномъ направленіи черезъ позвоночникъ.

Mauglaire (тамъ же) сообщаетъ о 8 случаяхъ спинномозговыхъ раненій. Въ 4-хъ случаяхъ поврежденіе было всего поперечника грудного отдѣла, больные всѣ умирали отъ восходящаго міелита. Въ одномъ случаѣ раненіе спинного мозга повлекло за собой развитіе Броунъ-Секаровскаго паралича. Въ 6-омъ случ. револьверная пуля произвела Haemorrhachis связала съ параличѣмъ, потомъ съ парезомъ правой ноги. Послѣ извлеченія пули больной выздоровѣлъ. Въ 8 сл. поврежденіе коснулось копческаго хвоста. Болѣзненные разстройства, бывшія въ этомъ случаѣ прошли безъ леченія.

Pierre Marie и *Roussy* (тамъ же), говоря о параплегіяхъ, обусловливаемыхъ спинномозговыми раненіями, указываютъ на замѣченное ими довольно часто самопроизвольное улучшение. Поэтому предсказаніе при этихъ заболеванияхъ далеко не безпачежно, если только удастся избѣжать неблагоприятныхъ осложненій. Среди этихъ тяжелыхъ и опасныхъ осложненій на первомъ планѣ—пролежни и разстройство сфинктеровъ. Вопреки клиническому воззрѣнію, по которому пролежни ставятся въ зависимость отъ самаго спинномозгового процесса, *Pierre Marie* и *Roussy* объясняютъ ихъ происхожденіе мѣстными трофическими разстройствами, вследствие механическаго давленія, химическаго раздраженія испражненіями и присоединеніемъ во всему этому инфекціи. Отсюда выводъ о важности предупредительныхъ мѣръ противъ развитіемъ пролежня и раздраженіемъ кожныхъ покрововъ испражненіями.

Roussy (*Revue neurol.* № 15) сообщаетъ о двухъ клиническихъ наблюденіяхъ съ аутопсіей. Въ 1-омъ сл. была обнаружена полная параплегія съ полнымъ отсутствіемъ сухожильныхъ, кожныхъ и зачаточныхъ рефлексовъ, феноменомъ угасчивателей, полная анестезія въ нижней части тѣла до L_1 , L_2 , справа, разстройства тазовыхъ органовъ. При аутопсіи найдена полная деструкція спинного мозга на уровнѣ L_1 , L_2 .

L₃, L₄. Въ 2-мъ случаѣ имѣется на лицо явная параплегія съ анестезіей до уровня 10 грудной, тазовыя разстройства, небольшія струны въ сакральной области; кожно-защитные рефлексы отсутствовали. При аутопсіи констатировано полное разрушеніе мозга осколками гранаты съ D₁₀ до L₄.

Тотъ же авторъ (тамъ же) приводитъ случай спинальной гемиплегіи съ перекрестной гемипарестезіей, наблюдавшійся у германца вслѣдствіе раненія спинного мозга на уровнѣ 4 шейнаго позвонка. Особенность случая заключается въ томъ, что пуля проникла черезъ ротовую полость.

Д-ръ *Muskens* (*Neurolog. Centralbl.* № 1—7).⁴ Полное поврежденіе поперечника спинного мозга при огнестрѣльныххъ раненіяхъ.

Выводы: 1) Діагностика поперечныхъ поврежденій мозга до сего времени не точная. Мы не въ состояніи опредѣлить полное поврежденіе поперечника спинного мозга. Хотя прочно установлено, что при полномъ поврежденіи поперечника спинного мозга отсутствуютъ глубокіе и поверхностные рефлексы, но нельзя дѣлать обратнаго заключенія и по отсутствію глубокихъ рефлексовъ умозаключать о полномъ поврежденіи поперечника.

2. Въ русско-японской, болгарской и современной войнѣ мы впервые стали знакомиться съ дѣйствіемъ современнаго артиллерійскаго снаряда, обладающаго громадной живой силой. Очень вѣроятно, что при дѣйствіи подобнаго снаряда мы имѣемъ дѣло съ мало извѣстными намъ условіями, вызывающими поврежденіе спинного мозга (разрывъ сосудовъ вслѣдствіе разрѣженія воздуха отъ этого снаряда.)

3. При оперированіи двухъ случаевъ полного поврежденія поперечника спинного мозга съ потерей почти всѣхъ рефлексовъ оказалось, что оболочка была безъ измѣненій и поперечникъ спинного мозга далеко не весь былъ пораженъ, такъ какъ послѣ этого наступило существенное улучшеніе.

Oppenheim (Neurol. Centralbl. № 2) описываетъ больно-го съ спинно-мозговымъ полу-параличемъ и одноименной половиной анестезіей. Грепадеръ 23-хъ лѣтъ получилъ штыковую рану въ правую половину шеи. Безсознательное состояние, влочившаяся подергиванія въ ногахъ и слабость во всѣхъ конечностяхъ; первый мѣсяць непроизвольное отдѣленіе мочи, а иногда и faeces. Въ настоящее время типичная картина спастическаго спинно-мозгового паралича правой стороны, какъ при пораженіи спинного мозга выше шейнаго утолщенія. Но на этой же сторонѣ параличъ всѣхъ видовъ чувствительности, при томъ не функціональнаго, а органическаго (спинальнаго) характера. Оппенгеймъ оставилъ на слѣдующемъ объясненіи: конецъ штыка разрушилъ пирамидальный путь и задніе столбы справа, но кромѣ того онъ разрушилъ и перекрещенный чувствительный путь въ лѣвой половинѣ спинного мозга. Это объясненіе вполне подтверждается Рентгеновскими снимками.

Lewandowsky (Neurolog. Centralbl. 1915. № 1. Не слѣдуетъ оперировать при пораженіяхъ спинного мозга. Полныя поврежденія не дають шансовъ, частичныя излѣчиваются безъ операцій. Случай, гдѣ возможно возстановленіе функцій, обуславливаются не размноженіемъ мозга, а въ нихъ вмѣстѣ только травматич. некрозы и кровоизліянія; пуля проходитъ въ этихъ случаяхъ мимо спинного мозга. Самое важное—не завести инфекціи черезъ мочевой пузырь. Пораженія хвоста лѣчатся по показаніямъ какъ периферическіе нервы.

Въ другой статьѣ *Oppenheim* отмѣчаетъ (Neurolog. Centralbl. 1915, № 1) много случаевъ пораненій спинного мозга. Позвонки по рентгенограммѣ часто не тронуты, или признаки перелома. Но и одного сотрясенія достаточно, чтобы вызвать измѣненія въ мозгу, именно: 1. менингеальныя кровоизліянія или серознофибринозныя воспаленія пхъ. 2. кровоизліяніе въ спинной мозгъ 3. размягченія спинного мозга или

острый травматическій некрозъ мозга. Одинъ такой случай наблюдался при цѣлыхъ позвонкахъ.

Серозное или серозно-фибринозное воспаление мозга даетъ при огнестрѣльныхъ раненіяхъ картину или полного пораженія мозга или половиннаго типа Броунъ-Секара. Последніе случаи даже преобладаютъ.

Д-ръ *Schuster* демонстрировалъ больного, у котораго послѣ огнестрѣльной раны въ настоящее время имѣется картина Броунъ-Секаровскаго паралича. Тотчасъ послѣ выстрѣла—параличъ правой ноги. Рентгенограмма показываетъ полное отсутствіе поврежденія позвонковъ. Поэтому нужно думать, что въ данномъ случаѣ, вслѣдствіе сильнаго сотрясенія костей и спинного мозга—небольшое кровоизліяніе въ вещество мозга,—кровоизліяніе вѣроятно, чѣмъ первичное омертвѣніе. Нерѣдко спинальные явленія развиваются, когда пуля даже не касается позвоночнаго канала. Мнѣніе о кровоизліяніи встрѣтило возраженіе со стороны *Hennenberg'a*, который въ двухъ аналогичныхъ случаяхъ на вскрытіи нашелъ не кровоизліяніе, а острое перерожденіе, размягченіе или омертвѣніе. Проф. *Oppenheim* считаетъ одинаково вѣроятными какъ кровоизліяніе, такъ и омертвѣніе.

Д-ръ *Cassierer* вскрывалъ одинъ подобный случай и нашелъ типичное центральное омертвѣніе, никакого кровоизліянія.

Проф. *Rothmann* того мнѣнія, что помимо омертвѣнія, кровоизліяніе имѣетъ несомнѣнное значеніе при развитіи подобныхъ пораженій спинного мозга, нельзя конечно сомнѣваться и въ существованіи омертвѣнія. При огнестрѣльныхъ ранахъ спинного мозга онъ высказывается не такъ категорически противъ оперативной помощи, но предостерегаетъ отъ слишкомъ активнаго вмѣшательства. Онъ наблюдалъ шесть такого рода больныхъ съ частичнымъ поврежденіемъ мозга; въ этихъ случаяхъ наступило большое улучшеніе безъ операций.

Проф. *Rothmann* подчеркиваетъ возможность значительнаго возстановленія при сохраненіи небольшой части поперечника спинного мозга даже въ такихъ случаяхъ, которые вначалѣ представляли клиническую картину полного пораженія спинного мозга. Поэтому слѣдуетъ по возможности избѣгать операціи.

Проф. *Marburg* (Вѣна). У насъ до сихъ поръ нѣтъ опредѣленныхъ положеній относительно лечебныхъ мѣропріятій при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ спинного мозга. Больше всего принято положеніе *Oppenheim'a*: при полныхъ поврежденіяхъ поперечника спинного мозга хирургическое вмѣшательство дастъ сомнительные результаты, а съ другой стороны мы наблюдаемъ много случаевъ, которые, уже по истеченіи короткаго времени, излечиваются сами собой, слѣдовательно, и въ этихъ случаяхъ хирургическое вмѣшательство излишне. Матеріаль, которымъ располагаетъ *Marburg*, дастъ ему право гораздо больше высказываться за хирургическое вмѣшательство. Само собою разумѣется, рѣчь идетъ о тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ не наблюдается никакого улучшенія въ теченіе многихъ недѣль или послѣ начальнаго незначительнаго улучшенія положеніе очень долгое время остается безъ переменъ.

Вся трудность заключается въ томъ, что мы не въ состояніи съ полной увѣренностью опредѣлить полное поврежденіе поперечника спинного мозга; при томъ послѣднее можетъ быть симулировано не прямымъ, а косвеннымъ поврежденіемъ спинного мозга (напримѣръ, размягченіе, въ особенности отекъ проводящихъ путей). Ни рентгеновскій снимокъ, ни тщательное изученіе пулевого канала не могутъ намъ помочь. Подъ наблюденіемъ автора было 35-случаевъ. Въ одномъ случаѣ пуля лежала интрадурально и спинной мозгъ почти не былъ поврежденъ. Съ другой стороны вскрытія показали, что во многихъ случаяхъ позвонки были едва задѣты и тѣмъ не менѣе поперечникъ представлялъ картину тяжелаго размягченія. Авторъ приводитъ одинъ случай, гдѣ была картина

полнаго пораженія поперечника спинного мозга; въ этомъ случаѣ при операціи была найдена киста паутинной оболочки—ограниченный серозный менингитъ отъ С₇ до D₂; въ данномъ случаѣ операція значительно улучшила состояніе больного. Авторъ вообще удивляется, какъ можно уже заранѣе отклонять ламинектомию, которая въ рукахъ опытнаго хирурга представляетъ нетрудную операцію.

Проф. Nonne высказывается за операцію въ тѣхъ случаяхъ, когда самъ спинной мозгъ не измѣненъ; въ сомнительныхъ случаяхъ онъ считаетъ пробную операцію показанной.

Завадзкій (Русскій Врачъ, 1915. № 22) сдѣлалъ обзоръ наблюдавшихся имъ случаевъ огнестрѣльныхъ поврежденій спинного мозга. Изъ 14 раненыхъ въ область спинного мозга у 5, въ моментъ наблюденія паралегія отчасти прошла, у 9 оставалась. Изъ числа 5, у которыхъ наступило улучшение безъ операціи, 3 живы, 1 былъ оперированъ и далъ улучшение, 1 умеръ безъ операціи вслѣдствіе развившагося перитонита и поврежденія мозга. Изъ 9 съ полной паралегіей умерло оперированныхъ—6; смерть наступила черезъ 4—5 недѣль послѣ операціи. Неоперированныхъ умерло 3. У всѣхъ на вскрытіи найдено размягченіе спинного мозга или его полное разрушеніе на довольно значительномъ протяженіи. Изъ 6 съ поврежденіемъ копскаго хвоста 3 оперированы, 3—пѣтъ. 2 изъ оперированныхъ живы, 1 умеръ вслѣдствіе гангрены руки отъ поврежденія въ суставъ другой пулей. Изъ 3 неоперированныхъ: 1 умеръ отъ перитонита, 1 отъ гнилокровія, 3-й въ виду самостоятельнаго улучшенія лечится консервативно. Статистика оперированныхъ плоха. Тѣмъ не менѣе имѣющіеся въ литературѣ данныя показываютъ, что выздоровленіе возможно даже при наличности всѣхъ признаковъ помимо разрушенія, такъ какъ прищадка сдавленія даютъ такую же картину паралегіи. Отсюда пробная ламинектомія является желательной.

Раненія периферической нервной системы.

Купріянова, Е. А. На основаніи хирургическаго матеріала проф. *В. И. Разумовскаго* въ Лазаретахъ Земскаго Союза въ Саратовѣ разбираеть вопросъ объ оперативномъ леченіи военно-полевыхъ раненій периферическихъ нервовъ. Матеріаль раздѣлялся на: 1) Случаи, гдѣ нервъ оказывался неизмѣненнымъ—3 сл. 2) Ущемленіе нерва между костными отломками при огнестрѣльныххъ переломахъ костей—2 сл. 3) Сдавливаніе нерва рубцомъ—19 сл. 4) Случаи притяженія нерва рубцомъ къ кости или костной мозоли—2 сл. 5) Измѣненіе самаго нерва и неврилеммы. 6) Кровоизліяніе въ окружности нерва,—1 сл. 7) neuritis ascendens, 8) пули и др. инородныя тѣла, застрявшія вблизи нерва и т. п. Оперативное леченіе заключалось въ обнаженіи, вытягиваніи нерва, освобожденіи изъ рубца или изъ костнаго желоба, вырѣзываніи нервовъ, нервномъ швѣ и первопластии въ разныхъ формахъ. Главнѣйшіе выводы: 1) Оперативное леченіе показуется во всѣхъ случаяхъ, гдѣ а) имѣются расстройства движеній или б) очень сильныя боли, не уступающія обычно применяемымъ средствамъ. 2) Оперативн. не могутъ усилить нервное расстройство, т. е. принести какой либо вредъ. 3) Положительные результаты по отношенію къ чувствительности (уменьшеніе болей) получаютъ скоро, часто въ первые же дни, по отношенію же къ движеніямъ (исчезновеніе параличей) медленно, но въ 3-хъ случаяхъ—послѣ невролиза, довольно скоро.

Babinski (Revue neurolog. 1915. №17—18), изучивъ за $\frac{1}{2}$ года большое число случаевъ огнестрѣльныххъ поврежденій периферической нервной системы, отмѣтилъ нѣсколько важныхъ новыхъ фактовъ въ діагностическомъ и прогностическомъ отношеніяхъ. Картина, подобная той, какая свойственна параличу, наблюдается послѣ перерѣзки сухожилій или мышцъ. Мышечная атрофія иногда наблюдается за предѣлами пораженнаго нерва и развивается очевидно по типу рефлексоторныхъ

атрофій. Нерѣдко къ двигательнымъ разстройствамъ, обусловливаемымъ рапеніемъ, присоединяются истерическіе параличи. Такіе случаи слѣдуетъ называть истеро органическими. Составляющіе ихъ симптомы должны быть расчленены, и истерическіе симптомы подлежатъ психотерапій. Говоря о собственно периферическихъ параличахъ авторъ отмѣчаетъ сравнительно часто отсутствіе параллелизма между электровозбудимостью и волевыми движеніями мышцъ, получающихъ иннервацию отъ поврежденныхъ нервовъ. Впервые автору удалось подмѣтить, гдѣ при параличѣ *n-vi mediani* электризація *n-vi bicipitis* вызываетъ на сторонѣ поврежденія—болѣе сильную супинацію, чѣмъ на здоровой сторонѣ. Это зависитъ отъ того, что при супинаціи сокращеніе туглавной мышцы не задерживается поврежденнымъ *m. pronator*. Обыкновенно, благодаря контузіи съ сдавливаніемъ нерва, двигательныя разстройства вначалѣ представляются очень значительными, а по минованіи раздраженія нарушенныя функціи нервовъ скоро возстаиваются вполне. Оперативное леченіе, состоявшее въ шпиганіи нервовъ послѣ предварительнаго освѣженія концовъ ихъ и освобожденія ихъ отъ спаекъ, было примѣнено въ значительномъ числѣ случаевъ и дало очень хорошіе результаты. Болѣе всего операція показана при сильныхъ боляхъ. Въ другомъ сообщеніи Babinski останавливается на своеобразномъ примѣненіи электровозбудимости при легкой контузіи сѣдалищнаго нерва. Въ двухъ такихъ случаяхъ замѣчалось замедленіе разслабленія въ икроножныхъ мышцахъ при раздраженіи фарадическимъ токомъ. Тетанусъ мышцы на пораженной сторонѣ легче вызывался, чѣмъ на здоровой конечности.

Pierre Marie (тамъ же) при операціяхъ по поводу рапеній нервовъ примѣнялъ изслѣзованіе фарадическимъ токомъ видимыхъ въ ранѣ нервныхъ стволовъ, причемъ оказалось, что приложеніе электрода къ различнымъ поверхностямъ нерва (передней, задней и боковымъ) вызываетъ сокращеніе въ различныхъ группахъ. Такимъ образомъ можно диссоціиро-

вать и локализовать въ сѣдалищномъ нервѣ 3 вида волоконъ, идущихъ въ 3-мъ мышечнымъ группамъ: 1) тибіоперонеальнымъ, 2) *triceps surae* и *tibial. post.* и 3) сгибателямъ пальцевъ. Подобнымъ образомъ можно разчленять различныя группы волоконъ въ nn. *medianus*, *ulnaris* и *radialis*. Этотъ фактъ, помимо его чисто научнаго интереса, имѣетъ практическій интересъ. Нервный шовъ, въ видахъ павлущаго восстановления функціи долженъ соединять между собою одинаковаго значенія волокна.

Pierre Marie и М-ше *Athanassio-Bénesty* (тамъ же) разбираютъ вопросъ, клинической индивидуальности периферическихъ нервовъ. Хотя большинство нервовъ несутъ одновременно двигательную и чувствительную функцію, являясь въ анатомическомъ и фізіологическомъ отношеніяхъ вполне аналогичными, тѣмъ не менѣе при патологическихъ условіяхъ каждый изъ нихъ ясно проявляютъ свою индивидуальность, что и обнаруживается въ случаяхъ огнестрѣльныхъ раненій. Для поврежденій *radialis* особенно характерными являются параличи, для локтевого нерва—когтевидное положеніе кисти, для *medianus*—чувствительныя, вазомоторныя и трофическія расстройства. Всѣ другіе важнѣйшіе клиническіе признаки подробно разбираются авторами и перечисляются въ особыхъ, приложенныхъ къ работѣ, таблицахъ.

Dejerine и *Schwarz* (тамъ же) наблюдали солдата, получившаго нѣсколько раненій въ разныхъ частяхъ тѣла, изъ которыхъ одно было сквозное въ предплечье лѣвой руки съ поврежденіемъ n-vi *mediani*. Послѣдствіемъ этого раненія была потеря произвольныхъ движеній въ нѣсколькихъ пальцахъ. На 4-омъ мѣсяцѣ развился анкилозъ 4-хъ пальцевъ и развились трофическія расстройства кожи, ногтей, костей, и усиленная потливость. Деформація суставовъ и костей представлялись очень сходной съ измѣненіями, свойственными хро-

ническому ревматизму, но ограничивалась лишь областью распределения *n-vi mediani*.

М. и М-me Long (тамъ же) сообщили о случаяхъ огнестрѣльныхъ поражений конечностей, въ хирургическомъ отношеніи протежавшихъ вполне благопріятно, но отличавшихся патологическими трофическими измѣненіями (диффузной атрофіей мышцъ, кожи, ногтей, декальцинаціей костей и развитіемъ волосатости) а также распространенными на значительную территорию болями. Въ основѣ этихъ измѣненій слѣдуетъ считать инфекцію съ медленнымъ теченіемъ (*infection lente*), въ однихъ случаяхъ распространяющуюся исключительно по первымъ стволамъ по типу *neuritis ascendens*, въ другихъ случаяхъ безъ такой строгой локализаци. Тѣ же авторы на основаніи изслѣдованія электровозбудимости при раненіяхъ нервовъ приходятъ къ заключенію, что, въ случаѣ возстановленія ихъ функціи, произвольныя движенія появляются раньше, возвращеніе возбудимости мышцъ на фарадическій токъ далеко не такъ постоянно, какъ то полагали прежде. Напротивъ, по ихъ наблюденіямъ, произвольныя движенія часто отстаютъ по сравненію съ возвращеніемъ къ нормѣ электровозбудимости мышцъ.

М., М-me Dejerine и Mouzon (тамъ же). При травматическихъ поврежденіяхъ крупныхъ нервныхъ стволовъ часто приходится рѣшать вопросъ объ оперативномъ вмѣшательствѣ. Для рѣшенія этихъ вопросовъ необходимо хорошо быть знакомымъ съ клиническими синдромами поражений нервныхъ стволовъ. Авторы различаютъ слѣдующіе синдромы: 1) сдавливаніе нервного ствола, 2) полный разрывъ его, 3) раздраженіе и 4) регенерація нервного ствола. Въ дальѣйшемъ подробному анализу авторы подвергаютъ: 1) синдромъ полного перерыва нервного ствола и 2) синдромъ регенераціи нерва. Первый выражается въ слѣдующемъ: 1) все мышцы ниже пораженія вполне парализованы, 2) мышцы вялы и ослаблены, тонусъ ихъ отсутствуетъ, 3) чувство боли при да-

вленіи на парализованныя мышцы отсутствуетъ, 1) не наблюдается ни гиперестезіи, ни анестезіи въ области пораженнаго нерва, 5) давленіе на нервъ выше пораненія не даетъ никакой боли, 6) расстройства чувствительности имѣютъ стойкій характеръ, 7) топографія чувствительныхъ расстройствъ соответствуетъ всей области, лежащей ниже пораненія даннаго нерва. Къ этимъ главнымъ признакамъ нужно еще прибавить общіе признаки пораненія периферической нервной системы: отсутствіе сухожильныхъ, періостальныхъ и кожныхъ рефлексовъ, амиотрофія съ расстройствомъ электрической реакціи, усиленіе идиомускулярной возбудимости, нѣкоторыя деформации и т. п. Съ терапевтической точки зрѣнія при наличности синдрома полного перерыва и отсутствіи какихъ либо признаковъ регенераціи нерва показано оперативное вмѣшательство. Последнее состоитъ въ удаленіи всѣхъ патологическихъ плотныхъ тканей, образовавшихся вокругъ и по ходу нерва (невромы, фибромы, келлоиды, фибро-невромы) и, затѣмъ, наложить шовъ. Синдромъ регенераціи нерва характеризуется появленіемъ чувствительныхъ симптомовъ: самопроизвольныхъ болей и боли при давленіи, суженія дизестезической зоны и парестезій. Нѣсколько позднѣе возвращается мышечный тонусъ, который не сопровождается болевымъ ощущеніемъ при давленіи на мышечныя массы и наконецъ появляются волновые сокращенія мышцъ. Расстройства электровозбудимости мышцъ и нервовъ, амиотрофія, измѣненіе рефлексовъ и трофическія расстройства исчезаютъ еще позднѣе.

Если существуютъ признаки регенераціи нерва, то тогда операція противопоказуется. Однако тамъ гдѣ пальпація или радіографія, существованіе болей и трофическихъ расстройствъ позволяютъ думать о сдавленіи или раздраженіи нерва, оперативное вмѣшательство уместно, причемъ оно остается паранервнымъ и состоитъ въ освобожденіи нерва отъ фиброзныхъ тяжей, извлеченіи пули, костныхъ отломковъ и др.

Leri имѣлъ подлѣ своимъ наблюденіемъ 400 сл. раненій нервовъ конечностей за 7 мѣсяцевъ войны. 286 случ., т. е. $\frac{3}{4}$ изъ общаго числа относится на верхнія конечности, 114 на нижнія конечности. *N. radialis* поврежденъ былъ въ 102 сл., *n. ischiadicus* въ 100 сл., и *sciælis* пораженъ лишь въ 1 сл., *pl. brachialis*—31 сл. и *cauda equina*—14 сл. Оперировано было 75 случаевъ. Въ 25% при операціи былъ обнаруженъ полный разрывъ нерва. Изъ остальныхъ случаевъ нервъ чаще всего былъ сдавленъ фиброзной тканью. Показанія къ оперативному леченію опредѣляются слѣдующими положеніями: 1) Если параличъ съ самаго начала представляется неполнымъ и спустя 1—2 мѣсяца даетъ нѣкоторое улучшеніе, то оперировать не слѣдуетъ. Возстановленіе функціи можетъ произойти самопроизвольно. Въ качествѣ вспомогательныхъ средствъ рекомендуются электризація и массажъ. Попытки примѣнить гіозинамины не дали сколько нибудь значительныхъ результатовъ. 2) При предположеніи полного перерыва нерва, будутъ ли концы его отодвинуты другъ отъ друга или соединяются фиброзными перемычками,—требуется операція. Авторъ при этомъ обращаетъ вниманіе на то, что діагностика полного разрыва нерва не всегда можетъ быть поставлена съ увѣренностью. Нѣтъ ни одного симптома, не исключая изслѣдованія электрическимъ токомъ, на основаніи котораго съ абсолютной точностью его можно было установить.

Walther (*Revue neurol.* 1915, № 17—18) сообщилъ о 8 случаяхъ, оперированныхъ имъ по поводу раненій нервныхъ стволовъ. Операція предпринималась черезъ 1—5 мѣсяцевъ, въ 3 случаяхъ по поводу сильныхъ болей, во всѣхъ остальныхъ въ виду параличей, не поддававшихся обыкновеннымъ способамъ леченія. Въ большинствѣ случаевъ нервъ приходилось освобождать отъ рубцовъ, въ 3-хъ случаяхъ дѣлалось освѣженіе концовъ пораженнаго нерва и наложеніе на нервъ шва. Результаты оперативнаго леченія оказались вполне благоприятными.

Pierre Marie и *Foix* (*Revue neurol.* 1915, № 17—18) сообщили о случаѣ быстраго возстановленія чувствительности послѣ операціи по поводу раненій пп. *poplitei* и *extezii*, несмотря на то, что до операціи были констатированы глубокія анестезіи въ области паружныхъ нервовъ.

M., *M-me Dejerine* и *Mouzon* (*Revue neurol.* 1915, № 17—18) сообщаютъ о двухъ случаяхъ нервного шва при симптомахъ перерыва проводимости по п. *ischiadici*. Операція произведена на 74—75 день послѣ пораненія. Первые признаки регенераціи были замѣчены на 8—11 день, мышечный толчокъ появился на 50—66 день.

Roussy (тамъ же) привелъ нѣкоторые данныя о своихъ 41 наблюденіяхъ раненій различныхъ нервныхъ стволовъ. Въ 18 случаяхъ прибѣгнули къ операціи. Ни въ одномъ изъ нихъ возстановленіе двигательной функціи послѣ операціи, даже спустя 3 мѣсяца, не было замѣчено. Чувствительныя расстройства послѣ шва или освобожденія нерва исчезали, причемъ суженіе анестетическихъ и гипостетическихъ зонъ шло постепенно.

Nonne (*Neurolog. Centralbl.* 1915, № 1) отмѣчаетъ, что случаи полного протрѣла нервовъ очень рѣдки. Чаще частичное выпаденіе (или сохраненіе) функцій.

Lewandowsky (*Neurol. Centr.* 1915, № 1) Полные протрѣлы нерва очень рѣдки, только въ 15%. Развѣръ такихъ поврежденій удастся опредѣлить, когда нервъ не весь разможенъ. Это можно опредѣлить по тому, насколько сохранена функція нерва. Даже реакція перерожденія еще не доказываетъ, что нервъ вполне поврежденъ (перерванъ). При разрывѣ—оперативное пособіе; то же—если нервъ въ рубцѣ. Показаніе, если въ теченіе 4—5 недѣль не происходитъ улучшенія: нужно освободить нервъ. Изъ 14 такихъ случаевъ въ 12 операція оказалась необходимой. Въ рѣдкихъ случаяхъ показаніе—очень сильныя боли. Тѣ же показанія, когда поврежденія нерва связаны съ поврежденіемъ костей. Къ сожалѣнію, не

рѣдки случаи страдающаго нерва, когда эсмарховскій бинтъ долго былъ оставленъ.

Oppenheim (Neurol. Centralbl. 1915, № 1) демонстрировалъ случай рефлекторнаго паралича. Рядовой 26-ти лѣтъ получилъ пулевую рану въ срединѣ лѣваго плеча. Заживленіе перелома продолжалось долгое время и спустя 5 недѣль большой могъ вѣскольно двигать рукой. 6—7 недѣль спустя развивается полная невозможность движенія въ правой рукѣ, особенно въ плечѣ. Исслѣдованіе показываетъ, что въ данномъ случаѣ рѣчь идетъ о параличѣ Erb'a, но электровозбудимость пораженныхъ мышцъ и нервовъ совершенно нормальны. Все виды чувствительности и функций органовъ чувствъ нормальны. Первое предположеніе, что здѣсь истерическій параличъ. Противъ этого говоритъ—атоническій, атрофическій параличъ, отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ, отсутствіе движенія въ пораженныхъ мышцахъ при какихъ-бы то ни было условіяхъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ случаемъ, который входитъ въ группу артрогенныхъ поражений мышцъ. Обычно эти пораженія достигаютъ незначительной степени, но въ данномъ случаѣ—очень значительной степени.

Oppenheim высказывается противъ оперированія уже послѣ нѣсколькихъ недѣль и рекомендуетъ выжидать по крайней мѣрѣ 3 мѣсяца.

Rothmann совѣтуетъ безусловно ждать операціи отъ 7 до 8 мѣсяцевъ; оперировать слѣдуетъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда можно съ увѣренностью оаредѣлить полное разрушеніе нервовъ. Т. е. огнестрѣльные раны нервовъ очень болѣзненные, то онъ совѣтуетъ выпрыскивать въ рану новокаиновъ съ адреналиномъ. *Toby Kohn* считаетъ электровозбудимость нервовъ лучшимъ показателемъ для опредѣленія времени операціи. Быстрое угасаніе гальванической возбудимости дастъ плохой прогнозъ; сохраненіе фарадической возбудимости хорошій прогнозъ. Онъ высказывается за консервативный способъ

лечения; необходимо ждать отъ 4 до 6 мѣсяцевъ и того больше; такъ еще послѣ 1 года онъ наблюдалъ самостоятельное излечение; настоятельно рекомендуетъ, кромѣ пассивной гимнастики, лечение гальваническимъ токомъ.

Nonne считаетъ безусловно необходимымъ детальное электроислѣдованіе для опредѣленія размѣра поврежденія периферическихъ нервовъ. *Nonne* стоитъ за консервативный методъ лечения только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ произвольное улучшение уже наступило или электровозбудимость совсѣмъ не измѣнена, или измѣнена очень мало. При значительныхъ измѣненіяхъ функций и электровозбудимости нельзя съ опредѣленностью сказать, наступитъ-ли и когда именно самостоятельное улучшение. Въ этихъ случаяхъ необходимо хирургическое обследованіе нерва. При подобномъ образѣ дѣйствій онъ не видѣлъ никакого ущерба, напротивъ, во многихъ случаяхъ оказались такія условія, что удаленіе ихъ должно было ускорить выздоровленіе,—напримѣръ, освобожденіе нерва изъ—подъ мозоли, удаленіе обхватывающаго рубца. О значеніи нервнаго шва мы въ состояніи будемъ судить спустя много мѣсяцевъ, можетъ быть, даже и годъ.

Cassirer демонстрировалъ въ Берлинскомъ об-вѣ психіатр. нервно патолог. въ засѣданіи 8 февр. 1915-го года раненыхъ, у которыхъ былъ наложенъ нервный шовъ съ хорошими результатами.

Подъ наблюденіемъ докладчика было всего 240 случаевъ поврежденій периферическихъ нервовъ; изъ нихъ операція была показана только въ 60 случаяхъ. Показаніе *Cassirer* ставитъ въ зависимость оттого, насколько страдаетъ движеніе конечности и насколько выражена реакція перерожденія; имѣютъ также значеніе и боли (ихъ рѣзкость). Полный параличъ конечности при отсутствіи какихъ либо побочныхъ поврежденій по содѣйствію указываетъ на очень тяжелое поврежденіе нерва.

Cassirer безусловно противъ того, чтобы ждать, пока наступитъ самопроизвольное излеченіе, на что обыкновенно требуется 3/4 года и даже больше этого. Онъ предлагаетъ оперировать возможно раньше, конечно извѣсивъ всѣ особенности даннаго случая. Въ 60 оперированныхъ случаяхъ было 25 случаевъ поврежденія лучевого нерва и 16 сѣдалищнаго. Полное размождженіе нервовъ было найдено въ 16 случаяхъ (25%). Освобожденіе нерва было сдѣлано въ 33-хъ случаяхъ; исѣченіе рубца и нервный шовъ—въ 9 случаяхъ, удаленіе нейромы въ 2 случ. Докладчикъ демонстрировалъ 3-хъ больныхъ. Въ одномъ случаѣ полнаго паралича лучевого нерва, нервъ оказался разорваннымъ и хирургъ наложилъ нервный шовъ. Первые признаки восстановленія движенія появились уже черезъ 3 мѣсяца. Мѣсяць спустя замѣтно было дальнѣйшее улучшеніе, хотя все еще оставалась полная реакція перерожденія. Въ другомъ случаѣ полнаго разрыва глубокаго лучевого нерва также былъ наложенъ нервный шовъ, первые движенія обозначались уже черезъ 6 недѣль и съ теченіемъ времени движенія улучшались въ силѣ и въ объемѣ, и въ этомъ случаѣ также была полная реакція перерожденія. У третьяго больного былъ полный параличъ лучевого нерва. Операция—освобожденіе нерва и удаленіе кусочка кости изъ нерва. Черезъ 6 недѣль—быстро прогрессировавшее улучшеніе, хотя еще продолжалась полная реакція перерожденія. *Cassirer* особенно подчеркиваетъ, что улучшеніе во всѣхъ этихъ случаяхъ наступало очень быстро. Трудно пока сказать, является-ли подобное быстрое улучшеніе общимъ правиломъ. Большое значеніе для предсказанія имѣетъ мѣсто пораженія: предсказаніе тѣмъ благоприятѣе, чѣмъ пораженіе ближе къ периферіи. Особенно неблагоприятными являются поврежденія чувствительныхъ нервовъ, поврежденія лучевого нерва въ подкрыльцовой ямкѣ и высокія поврежденія сѣдалищнаго нерва. Тѣмъ не менѣе въ очень многихъ случаяхъ операция оказывалась настоятельно необходимой вслѣдствіе того состоянія, въ которомъ оказыва-

лись первые стволы. Во время операцій б. ч. находили очень плотные рубцы, и иногда въ нихъ постороннія тѣла. *Cassirer* не можетъ окончательно высказаться, нужно ли вырѣзывать эти рубцы, онъ склоняется больше въ пользу консервативнаго дѣйствія. Если во время операціи электрическаго раздраженія отдѣльных мѣстъ рубца дастъ сокращеніе, то рубцы могутъ быть частично удалены. Первые двое сутокъ послѣ операціи боли бываютъ очень интенсивныя. Операція въ подкрыльцовой ямѣ технически очень трудна и онѣ должны быть выполнены съ величайшей осторожностью, чтобы избѣгнуть какихъ либо случайныхъ поврежденій. Въ общемъ *Cassirer* высказывается за необходимость возможно ранняго изслѣдованія раневыхъ нервныхъ стволовъ: польза отъ этого м. б. очень значительна, а вреда можно избѣгнуть; онъ особенно настаиваетъ на этомъ въ случаяхъ тяжелыхъ пораненій. Разумѣется, операціи должно предшествовать подробное и надежное неврологическое изслѣдованіе и діагнозъ.

Психозы и психоневрозы.

Dejerine и *Gascuel* (*Revue neurol.*, 1915, № 15) сообщаютъ о случаѣ длительной тахикардіи, развившейся вслѣдствіе сильной эмоціи, испытанной при разрывѣ болванки большого тяжелого сарая. Отдѣльные сильные приступы тахикардіи сопровождаются тоской. Данное заболѣваніе является вполне аналогичнымъ функціональнымъ страданіямъ нервной системы, развивающимся вслѣдъ за несчастными случаями на желѣзной дорогѣ, послѣ землетрясеній и т. п.

Roussy (*Revue neurol.*, 1915, № 15) въ одномъ своемъ докладѣ сообщаетъ о двухъ фольныхъ, прибывшихъ съ театра военныхъ дѣйствій, съ тяжелыми явленіями со стороны нервной системы, квалифицированными вначалѣ какъ *commotio cerebri* и *medullae spinalis*. Въ дальнѣйшемъ все болѣзненное разстройство совершенно исчезло подъ вліяніемъ психотерапіи.

Авторъ оставляетъ открытымъ вопросъ, имѣются ли здѣсь исключительно невропатическія разстройства, или, наряду съ послѣдними, слѣдуетъ допустить также динамическое или сосудистое пораженіе центральной нервной системы.

Dupré (*Revue neurol.* 1915, № 15) описываетъ случай классической истерической гемиплегіи съ прогрессирующимъ теченіемъ, развившейся у кавалерійскаго унтеръ-офицера на 2-омъ мѣсяцѣ службы въ дѣйствующей арміи. Заболѣваніе, явилось какъ рецидивъ бывшей у того же больного функціональной гемиплегіи.

Roussy у 3-хъ контуженныхъ артиллерійскимъ снарядомъ наблюдалъ глухонѣмоту. При изслѣдованіи слухового аппарата найдены гнойный отитъ односторонній, или двусторонній съ поврежденіемъ барабанной перепонки. Глухонѣмота въ описанныхъ случаяхъ должна разсматриваться, какъ функціональное разстройство нервной системы, развившееся подъ вліяніемъ сотрясенія и самовнушенія. Подъ вліяніемъ психотерапіи нѣмота совершенно исчезла черезъ нѣсколько дней. Слухъ оставался у всѣхъ еще въ значительной степени ослабленнымъ.

Souques (*Revue neurol.*, 1915, № 17-18) приводитъ два случая истеро-травматической моноплегіи, развившейся вслѣдствіе контузіи. Въ послѣдніе годы такого рода параличи были рѣдки. Война, благодаря связанному съ ней травматизму, способствуетъ развитію ихъ, то вполне изолированныхъ, но часто комбинируемыхъ съ органическими измѣненіями.

Dejerine (*Revue neurol.* 1915, № 17-18) описываетъ два случая длительной функціональной параллеліи, развившейся при обстоятельствахъ военного времени, причемъ путемъ разспроса можно было установить, что оба эти больные и ранѣе при всякой эмоціи, печальной или радостной, чувствовали слабость въ ногахъ. Авторъ и до войны указывалъ, что въ случаяхъ функціональнаго разстройства, вслѣдъ за сильной эмоціей, слѣдуетъ искать тѣ же патологическія разстройства въ прошломъ.

Roussy въ докладѣ, посвященномъ разстройствамъ въ нервно-психической сферѣ подъ вліяніемъ военныхъ дѣйствій отмѣчаетъ ихъ двойной интересъ: 1) научный, такъ какъ клиническія наблюденія, на субъектахъ, заболѣвшихъ при однообразныхъ условіяхъ жизни, приобрѣтають цѣну экспериментальныхъ изслѣдованій. Накопленіе этихъ наблюденій сравненіе ихъ между собой можетъ освѣтить еще недостаточную природу истеріи, выяснитъ роль принадлежащую эмоціи, внушенію симуляціи, въ генезисѣ отдѣльных ея проявленій, 2) практической—забота настоящаго времени должна заключаться въ созданіи условій, способствующихъ излеченію больныхъ отъ психоневрозовъ военнаго времени.

Léri, говоря о псевдокоммоціяхъ или контузіяхъ (истерическаго характера) утверждаетъ, что наиболѣе частый типъ параличныхъ явленій при нихъ является параплегической. Въ отличіе отъ дѣйствительной коммоціи первые развиваются не столь быстро вслѣдъ за шокомъ, обыкновенно тогда когда больные чувствуютъ себя въ безопасности. Тазовыя разстройства не столь интенсивны и продолжительны, какъ при истинной спинномозговой коммоціи или контузіи. Самопроизвольное излеченіе этихъ разстройствъ рѣдко. Наоборотъ психотерапія оказываетъ значительное вліяніе. Въ превіяхъ въ Парижскомъ О-вѣ невропатологовъ по только что приведеннымъ докладамъ *Roussy*, *Léri* и *Dejerine*'а было наиболѣе удѣлено вниманіе вопросу о симуляціи. Симуляцію отмѣчалъ *Pierre Marie*, который, не будучи сторонникомъ какихъ либо суровыхъ мѣръ борьбы съ ней, указываетъ на необходимость при дальнѣйшей эвакуаціи больного отмѣчать въ его документахъ симулируемые симптомы, въ предупрежденіе возможности ему продолжать симуляцію гдѣ либо въ другомъ мѣстѣ.

Babinski также держится того мнѣнія, что симуляціи встрѣчается довольно часто, но что внимательное наблюденіе всегда позволяетъ открыть обманъ.

Dejerine полагаетъ, что если симуляція возможна по отношенію къ парализирующимъ разстройствомъ, то нельзя того же допустить для контрактуръ, часто очень стойкихъ. Далѣе сомнительно, чтобы кто либо могъ по собственной волѣ задерживать подошвенный рефлексъ. Механизмъ функциональныхъ разстройствъ, встрѣчающихся у лицъ, заболѣвшихъ на войнѣ, различенъ. Наиболѣе часто они зависятъ отъ эмоціи. Психическое состояніе значительнаго числа такого рода больныхъ соответствуетъ тому, какое обыкновенно представляютъ страдающіе травматической невралгическій.

Еще болѣе осторожно о роли симуляціи высказались *Ballet, Thomas, Dupré* и *Meige*.

По окончаніи преній О-во, согласно предложенію *Babinski*'аго, рѣшило войти съ представленіемъ къ военному министру съ ходатайствомъ—обратить вниманіе на нѣкоторые недостатки въ существующей организаціи леченія лицъ, страдающихъ первыми разстройствомъ и сдѣлало слѣдующія представленія:

1) Всѣ лица, страдающіе или кажущіеся страдающимъ разстройствомъ нервной системы, органическаго или функциональнаго характера должны направляться возможно скорѣе въ неврологическія заведенія.

2) Для тѣхъ же лицъ, у которыхъ ненормальное состояніе, несмотря на примѣненное леченіе, упорно держится и у которыхъ можно подозрѣвать преувеличеніе или симуляцію, должны быть созданы учрежденія, организованныя особымъ образомъ съ точки зрѣнія врачебнаго наблюденія и дисциплины.

Kahane (*Wiener klin. Wochenschr.* 1915 № 6.) приводитъ наблюденія, показывающія, что военные событія могутъ latentный гипертиреозъ сдѣлать явнымъ.

Grasset (*Presse médicale*, 1915, № 14) утверждаетъ, что психоневрозы въ зависимости отъ войны часты. Они раздѣляются на 3 группы: 1) Психоневрозы сенситивно-моторныя,

2) сенсоріомоторные, 3) психоневрозы эмоціональные и умственные (mentales). Къ сенситиво-моторнымъ психоневрозамъ относятся случаи травматической истеріи, проявляющейся то въ формѣ классической истерической гемиплегіи, то въ видѣ искривленія позвоночника и паровезъ въ формѣ психо-спланхнической съ симптомами либо сердечно-сосудистыми, либо легочными либо желудочными. Психоневрозы сенсоріо-моторные, при которыхъ страдаетъ аппаратъ, заступающій чувственными воспріятіями и рѣчью; при полномъ развитіи этого типа психоневрозовъ больные теряютъ зрѣніе, слухъ и рѣчь. При 3-ей формѣ психоневрозовъ,—умственныхъ и эмоціальныхъ, доминирующимъ элементомъ являются болѣзненные эмоціи. Болѣзненные состоянія здѣсь могутъ появляться въ видѣ припадковъ. Въ то время какъ при обычной, травматической истеріи, самъ травматизмъ имѣетъ второстепенное значеніе, а главными этиологическими моментами для развитія болѣзни являются предрасполагающія условія,—въ военное время нельзя не придавать значенія и травматизму, въ зависимости отъ особой обстановки. Съ точки зрѣнія прогностики и леченія военные психоневрозы дѣлятся на 3 группы по степени ихъ излечимости. Нѣкоторыхъ больныхъ, въ предупрежденіе психической заразы, слѣдуетъ отдѣлять отъ другихъ больныхъ. Нѣкоторымъ больнымъ можно предостаить домашнее леченіе. Вообще при условіи правильнаго леченія психоневрозы могутъ быть излечены.

С. А. Сухановъ въ статьѣ „Душевное здоровье населенія и текущія событія“ (Психіатрія Газета, 1914 г.) отмѣчаетъ прежде всего благотворное вліяніе запрещенія и ограниченія по продажѣ спиртныхъ напитковъ. По даннымъ Петроградской больницы Св. Николая Чудотворца видно, что число поступленій въ это психіатрическое заведеніе съ 4 іюля 1914 г. сразу замѣтно упало. Несомнѣнно, что этотъ фактъ въ значительной степени обязанъ также подъему душевной энергіи

населенія въ связи съ великими переживаемыми собраніями. Напротивъ, съ начала войны увеличилось число нищенствующихъ дѣтей и значительно возросло количество дѣлъ у судьи для малолѣтнихъ.

Въ заключеніе своего короткаго сообщенія авторъ указываетъ на мнѣніе прив.-доц. Лахтина о душевныхъ заболѣваніяхъ военныхъ. По наблюденіямъ Лахтина среди нихъ замѣчается большое число травматическихъ психозовъ со своеобразной клинической картиной, совершенно не наблюдавшейся въ прошлую русско-японскую войну. Въ виду этого возникаетъ необходимость пересмотра вопроса о „психозѣ военнаго времени“.

Далѣе, *Прив. доц. С. А. Сухановъ*, въ рядѣ небольшихъ статей (*Психіатрическая Газета* №№ 7, 11 и 17, 1915 г.) даетъ свои матеріалы къ вопросу о психозахъ военнаго времени. Краткое резюме этихъ сообщеній сводится къ слѣдующему:

1) Подобно тому, какъ и въ русско-японскую войну въ клинической картинѣ различныхъ психозовъ у душевно-больныхъ военныхъ была чрезвычайно распространена депрессивно-меланхолическій синдромъ при разныхъ психозахъ, тоже самое, повидямому, будемъ имѣть мѣсто и въ предстоящую мировую войну.

2) Присоединяясь къ началъному періоду переживаемаго слабоумія этотъ депрессивно-меланхолическій синдромъ покрываетъ иногда собою основную болѣзнь, затрудняя дифференціальную діагностику.

3) Если во время русско-японской войны преобладало часто подавленіе душевной дѣятельности, то теперь замѣчается какъ будто частота элемента апатизированности въ меланхолическомъ синдромѣ.

4) При разстройствѣ сознанія, остро развившемся и эпизодически, у военныхъ иногда обнаруживается бредъ вражескаго плѣненія.

5) Эти бредовыя концепціи имѣютъ мѣсто, между прочимъ у субъектовъ, умственно дебильныхъ, у которыхъ сравнительно легко наступаетъ, при неблагоприятныхъ условіяхъ, истощеніе душевной энергіи, ведущее къ острой спутанности или аменции Meunert'a какъ психозу истощенія.

6) Бредъ вражескаго плѣненія можетъ наблюдаться при временномъ разстройствѣ сознанія, и также въ случаяхъ травматическаго психоневроза.

7) Среди случаевъ травматическаго психоневроза военнаго времени выдѣляются двѣ категоріи: въ одной преобладаютъ симптомы коммоціонныя, въ другомъ рядъ случаевъ занимаютъ доминирующее положеніе симптомы психогенно-истероидные. При коммоціональной формѣ болѣе вѣроятно анатомическая подкладка въ видѣ динамическихъ измѣненій или въ видѣ нарушенія кровообращенія въ центральной нервной системѣ. При психогенно-истероидной формѣ центръ тяжести глав. обр., сводится къ эмоциональному шоку.

8) При напряженныхъ условіяхъ военнаго времени на передовыхъ позиціяхъ могутъ, вѣроятно, и безъ особаго специфическаго предрасположенія, обнаружиться психогенно-истероидныя реакціи, которыя въ мирное время наблюдаются исключительно при конституціональной истеріи.

Тотъ же авторъ въ статьѣ „Психопатія военнаго времени“ (Русскій Врачъ, 1915, № 34), согласно съ данными литературы (русской и иностранной) намѣчаетъ нѣкоторыя особенности въ картинѣ психопатій военнаго времени. Среди обычныхъ клиническихъ картинъ должно быть обращено вниманіе на своеобразныя состоянія оцѣпавшія, возникающія въ непосредственной связи съ боями и по своимъ проявленіямъ близкія къ сомнамбулизму. Заслуживаютъ также особаго изученія своеобразныя измѣненія въ эмоциональной сферѣ, обнаруживающіяся въ теплое время года душевныя разстройства отъ солнечнаго и теплового удара и т. п.

Аринштейнъ на основаніи наблюденій за контуженными пришелъ къ выводу, что симптоматологія контузіи вполне охватывается понятіемъ травматическаго невроза. Въ противоположность промышленному травматизму съ преобладающими при немъ неврастеническими симптомами—боевые неврозы характеризуются главнымъ образомъ истерическими симптомами. Истерія поражается здѣсь тѣми представленіями, которыепадаютъ на душу, заполненную сильными эмоціями. Внушеніемъ, вводя противоположныя представленія тѣмъ, которыми вызваны были истерическіе симптомы, удавалось достигать излеченія.

Лениъ (Психіатрическая Газета, 1915, № 10), состоя въ качествѣ врача въ одномъ полку дѣйствующей арміи, задался цѣлью установить распространенность истеріи при помощи исследования стигматовъ. При этомъ выяснилось, что число съ истерическими стигматами среди новобранцевъ было 1,6% — у запасныхъ, не бывшихъ въ бояхъ оно возрасло до 5% и у запасныхъ испытывавшихъ тяжелыя боевыя потрясенія оно достигло 14,1%.

Поэтому авторъ дѣлаетъ слѣдующій выводъ, что исключительно неблагоприятныя обстоятельства войны оставляютъ на нервной системѣ солдатъ ясныя слѣды въ видѣ истерическихъ стигматовъ.

Захарченко (Психіатрическая Газета, 1915, № 4) констатировалъ новый симптомъ при воздушныхъ контузіяхъ: своеобразное расстройство движеній глазъ. Всякая попытка вынести глазныя яблоки изъ средняго положенія, въ какомъ бы ни было направленіи, приводитъ къ рѣзкой конвергенціи съ соответствующимъ суженіемъ зрачковъ. Симптомъ этотъ зависитъ отъ сотрясенія лабиринта и представляетъ своего рода запятый механизмъ отъ развивающихся при этомъ страданій, подъ вліяніемъ перемѣненія головы и глазъ, приступовъ головокруженія.

Суховъ (Психіатрическая Газета, 1915, № 15) описываетъ случай травматическаго невроза, развившагося послѣ

воздушной контузіи съ симптомами —пораженія ушнаго лабиринта правой стороны въ стадіи раздраженія при симптомѣ *Захарченко* и симптомами судорожнаго діатеза, у больного, у котораго никогда не было эпилептическихъ или истерическихъ припадковъ. Судорожныя явленія являются результатомъ психо-физической контузіи головы, въ частности эпилептическіе припадки связаны съ пораженіемъ лабиринта.

Прич. доц. Вырубовъ (Психіатрическая Газета, 1915, № 5), рассматривая вопросъ о психозахъ и психоневрозахъ войны находитъ возможнымъ выдѣлить особый контузионный неврозъ, представляющій своеобразное сочетаніе нервныхъ (частію органическаго характера) и психическихъ проявленій. Страданіе это развивается при контузіяхъ головы брызгавыми артиллерійскими снарядами.

Люстрицкий (Психіатрическая Газета, 1915, № 8) анализируя симптомы психическаго расстройства, въ видахъ большаго практическаго интереса, выдѣляетъ тѣ изъ нихъ, какіе не могутъ быть симулированными. Сюда относятся: бессонница, *logorrhé*, длительное двигательное возбужденіе, открытый опавизмъ, копрофагію и каталепсію.

Сегаловъ (Современная Психіатрія, 1915, № 3,6—7) рассматриваетъ вопросъ о сущности контузіи современными артиллерійскими снарядами. Подъ словомъ контузія авторъ понимаетъ ударъ или ушибъ, наносимый струей воздуха. Другими словами, контуженнымъ слѣдуетъ считать человѣка, пострадавшаго отъ тѣхъ колебаній въ давленіи воздуха, которыя вызываются разрывомъ или полетомъ артиллерійскихъ снарядовъ. Заболѣванія, вызываемыя струей воздуха или колебаніями атмосферы, раздѣляются на три группы. Первая группа общеизвѣстна, соответствуетъ понятію травматическаго невроза, травматическаго вѣрастенія, истерическаго психоза и т. п. Ко второй группѣ должно отнести случаи, гдѣ струя воздуха дѣйствовала разрушающимъ образомъ непосредственно на тѣло человѣка, физической силой удара. Въ 3-ей группѣ

контузіи дѣло идетъ не о непосредственномъ ударѣ стрей воздуха, а о дѣйстви рѣзкихъ колебаній въ атмосферномъ давленіи, причемъ вредоноснымъ является не только уплотненіе, но и быстрое разрѣженіе воздуха. Человѣческій организмъ попавшій въ эту игру атмосферныхъ вліяній, переживаетъ цѣлый рядъ болѣзненныхъ измѣненій. Среди знакомыхъ и разработанныхъ въ медицинскій литературѣ симптомокомплексовъ наиболѣе родственный этой группѣ контузіи — Бессонова болѣзнь. Изъ всего несомнѣнно, что въ огромномъ случаѣ контузионный — органически больной. Кромѣ рассмотрѣнныхъ группъ контузіи есть другія, гдѣ механика происхожденія болѣзненныхъ измѣненій иная, гдѣ причина коренится, можетъ быть, въ коммоціи взрыва или въ ударѣ *par contre coup*.

Бехтеревъ В. М., акад. (Новое въ Медицинѣ. 1915, № 7.8) въ статьѣ „Война и психозы“ на основаніи литературы, относящейся къ минувшимъ войнамъ и нѣкоторыхъ данныхъ настоящей войны, выясняетъ, въ какой мѣрѣ война можетъ отразиться на психической заболѣваемости. Въ общемъ высказываетъ положеніе, что война не даетъ новыхъ психозовъ, но депрессивный характеръ первоначальной психической сферы составляетъ особенность нѣкоторыхъ острыхъ заболѣваній. Причинами, способствовавшими развитію психоневрозовъ, служатъ какъ физическія, такъ и психическія воздѣйствія. Въ 1-й періодъ войны, по большей части, приходится имѣть дѣло съ заболѣваніями, появляющимися у предрасположенныхъ людей сразу подъ вліяніемъ потрясенія, шока или контузии. Другіе же психозы, — какъ прогрессивный параличъ, галлюцинаторная спутанность требуютъ для своего появленія нѣсколькихъ мѣсяцевъ походной жизни и тяжелыхъ лишеній.

Панскій (Врачебная Газета, 1915, № 29) сообщаетъ о 4 случаяхъ контузионныхъ неврозовъ, осложненныхъ органическими заболѣваніями первой системы: 1-ый — параличемъ грудобрюшной преграды, 2 и 3-й Вазедовой болѣзнью, 4-й — разсѣяннымъ энцефаломіэлитомъ. Причиной, осложняющей

контузіонные психоневрозы органическими страданіями, служатъ рѣзкія измѣненія атмосфернаго давленія и дѣйствіе ядовитыхъ газовъ при разрывѣ тяжелыхъ снарядовъ.

Bickel (*Neurolog. Centralbl.*, 1915, № 4) различаетъ 3 группы психозовъ во время войны: 1) Психическія разстройства во время мобилизаціи (алкогольный бредъ, эпилептические возбужденія психопатовъ); 2) психическія разстройства во время военныхъ дѣйствій (истерическіе психозы, острое истощеніе нервной системы, галлюциаторныя психозы); 3) психоневрозы раненыхъ и госпитальныхъ больныхъ. Авторъ выдающуюся роль въ происхожденіи психозовъ приписываетъ разстройству вазомоторовъ, (параличу вазоконстрикторовъ), которое стоитъ въ связи съ утомленіемъ, алкогольными излишествами.

Oppenheim (*Berlin. kl. Wochenschr.*, 1914, № 48), въ противоположность мнѣнію, распространенному въ публикѣ и отчасти въ прессѣ, о значительной заболеваемости на войнѣ неврозами и психозами, полагаетъ, что эти заболевания встрѣчаются не такъ часто. Военныхъ неврозовъ и психозовъ, какъ особой клинической единицы не существуетъ. Обращаетъ на себя вниманіе тревожный сонъ у заболевшихъ психо-неврозами съ преобладаніемъ военныхъ переживаній во снѣ. У эпилептиковъ наблюдается учащеніе судорожныхъ припадковъ. У одного офицера послѣ сильнаго переутомленія и возбужденія нервной системы развилась Базетова болѣзнь.

Kurt Singer (*Berlin kl. Wochenschr.*, 1915, № 8) устанавливаетъ, что военного психоза, какъ нозологической сдѣлки не существуетъ. Въ войска попадаютъ отчасти случайно вслѣдствіе снѣжности освидѣтельствованія, частью подъ вліяніемъ сильнаго suggestion, охваченные патріотизмомъ вѣко-которые гебефреники, дебилы, психопаты. Относительно часто встрѣчаются *Erschöpfungspsychosen*: въ формѣ тяжелой нев-растеніи, амевдіи. Испугъ и психическая травма дѣйствуютъ на эпилептиковъ. у которыхъ припадки учащаются и *petit*

mal переходить въ grand mal. По мѣрѣ продолжительности войны увеличивается число истериковъ.

Saenger (тамъ же) наблюдалъ часто у своихъ больныхъ, въ особенности у предрасположенныхъ картину истерическаго „Schreckneurose“ и моносимптоматической истеріи. Прогнозъ этихъ страданій лучшій, чѣмъ при травматической истеріи мирнаго времени.

Leers во время войны наблюдалъ патологическую усиленную возбудимость конституціонныхъ психопатовъ, болѣзненную слабость воли, неврастеническія расстройства сознанія и пр.

Meyer (*Deutsche med. Wochenschrift*, 51), полагаетъ, что число хроническихъ психозовъ въ зависимости отъ войны не увеличивается, число же острыхъ психозовъ на алкогольной почвѣ и эпилептическія психозы учащаются.

Moll (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1915. № 4) Точное число душевныхъ больныхъ будетъ извѣстно только по окончаніи войны. По собраннымъ въ настоящее время даннымъ слѣдуетъ считать, что количество душевно больныхъ въ настоящую великую европейскую войну, по сравненію съ прежними войнами, невелико. Острые психозы съ характеромъ аменціи, отличающіеся въ Русско-Японскую войну продолжительностью, (6—9 мѣсяцевъ) теперь заканчиваются гораздо скорѣе. Относительно часто наблюдаются сумеречныя состоянія сознанія эпилептическаго и истерическаго характера; неврастенія по преимуществу выражаются психическими симптомами. Для леченія такой неврастенія необходимо психическое вліяніе—развивать чувство долга.

Mendel (*Neurol. Centralbl.* 1915 № 7) Психическихъ заболѣваній гораздо меньше, чѣмъ предполагали. Нѣтъ отдѣльнаго психическаго заболѣванія.—*Kriegspsychosen*, по война обуславливаетъ содержаніе галлюцинацій и бредовыхъ идей.

Dementia praecox: въ войскахъ молодежь, и много проявляется скрытыхъ случаевъ пизофреніи.

Маніально-депрессивные психозы рѣдки, и это очень удивительно, хроническій алкоголизмъ очень частъ, также нарушение дисциплины.

Weygandt (тамъ же): Нѣтъ *Kriegspsycho-sen*, но у расположенныхъ могутъ проявиться эпилептическія, истерическія маніально-депрессивн. формы или можетъ развиться прогрессивн. параличъ или сифилисъ мозга. На почвѣ паники можетъ развиваться своего рода массовый психозъ.

Проф. Bonhoeffer демонстрировалъ нѣсколькихъ больныхъ съ параличами послѣ разрыва снарядовъ. Всѣ эти параличи чисто психогеннаго характера. Симптомы при этихъ параличахъ: астазія—абазія, потеря рѣчи и голоса, функціональное дрожаніе, заиканіе, грубое подергиваніе; при этомъ сосудо-двигательныя явленія—потливость, приливы крови и учащенное сердцебіеніе. Развиваются тѣ симптомы, которые мы наблюдаемъ при внезапномъ испугѣ:—неподвижность конечностей, потеря голоса, дрожаніе, потъ, сердцебіеніе. Предсказаніе во всѣхъ случаяхъ благопріятно, если діагнозъ правильно поставленъ и ведется правильная психотерапія. Подобные больные лучше выздоравливаютъ въ больничной, а не домашней обстановкѣ. Чрезвычайно важно подчеркнуть, что въ громадномъ большинствѣ подобные случаи функціональнаго, а не органическаго характера. Механизмъ развитія этихъ симптомовъ нужно себѣ представить, какъ сумму психическихъ фактовъ, испугъ, страхъ; во многихъ случаяхъ—ощущеніе внезапнаго и страшнаго давленія воздуха. Само собою разумѣется, что вполнѣ возможны комбинаціи органическаго страданія и функціональных симптомовъ.

Oppenheim не согласенъ съ докладчикомъ въ оцѣнѣ этихъ случаевъ и выставилъ три положенія: 1) несомнѣнно имѣется комплексъ симптомовъ, который мы называемъ травматическимъ неврозомъ; 2) этотъ комплексъ далеко не всегда покрывается картиной истеріи, 3) этотъ неврозъ—продуктъ травмы, а не сознательныхъ, намѣренныхъ представленій.

Травмы вызываютъ эти симптомы вълѣдствіе сотрясенія нервной системы.

Д-ръ Schuster приводитъ два случая: при разрывѣ одной грапаты заболѣли невротическими симптомами пять или шесть человѣкъ и только одинъ солдатъ, который въ это время спалъ, не проявлялъ никакихъ симптомовъ перваго разстройства. Въ другомъ случаѣ послѣ раненія отъ разрыва снаряда у больного развился параличъ глазныхъ мышцъ. Явилось подозрѣніе относительно сифилитическаго характера этого страданія *Wassermann*’овская реакція дѣйствительно оказалась сильно положительной. Т. о. тяжелый шокъ вызвалъ кровоизліяніе, которое уже ранѣе было подготовлено специфическимъ заболѣваніемъ сосудовъ.

Nonne. Очень часты случаи, такъ называемой, большой истеріи. Предсказаніе при ней много благоприятнѣе, чѣмъ въ мирное время. Во многихъ этихъ случаяхъ былъ поставленъ діагнозъ органическаго заболѣванія головного или спинного мозга. Только въ немногихъ случаяхъ можно было доказать невропатическое предрасположеніе. *Nonne* наблюдалъ чаще, чѣмъ въ мирное время комбинацію истеріи съ органическимъ заболѣваніемъ. *Nonne* очень предостерегаетъ, чтобы вновь не дать распространяться ученію о травматическомъ неврозѣ. Отъ этого должны вѣсь предостерегать тѣ наблюденія, которыя мы сдѣлали въ такъ называемой „увѣчной практикѣ“. На 250 случаевъ травмъ—между ними были органическіе и психическіе больные. *Nonne* только 4 раза видѣлъ картину, которую можно разсматривать какъ „травматическій неврозъ“, и эти больные быстро поправились.

Bonhoeffer (Berlin. klin. Wochenschr., 1914, № 44) приходитъ къ выводу, что въ зависимости отъ военныхъ событій психически легче заболѣваютъ субъекты съ психопатической конституціей. Специфическихъ военныхъ психозовъ не существуетъ. При военныхъ истерическихъ психозахъ, предсказаніе можно ставить лучше, чѣмъ при реентной истеріи. Число

психически-больныхъ вначалѣ увеличивается незначительно. Причины этого явленія различны,—отчасти оттого, что часть больныхъ регистрируется по другимъ рубрикамъ, въ числѣ раненныхъ, контуженныхъ, частью потому, что вначалѣ войны діагностика ставится менѣе тонко. Къ концу войны и послѣ нея число душевно-больныхъ увеличивается, вслѣдствіе многихъ истощающихъ факторовъ, дѣйствующихъ на все население.
