

Комбинированный подошвенный феноменъ. Рефлективность при истеріи (*Le phénomène plantaire combiné. Etud de la réflectirité dans l'hystérie. Revue neurol. 1904. № 27*).

Сроссъ раздѣляетъ подошвенные рефлексы на нормальные и патологическіе. Нормальные рефлексы: 1° подошвенный кортикальный, или нормальный подошвенный рефлексъ, Бабинскаго, обнаруживающійся въ флексіи пальцевъ при легкомъ прикосновеніи къ подошвѣ; 2° спинно-мозговые подошвенные рефлексы; а) рефлексъ съ *tensor'a fasciae latae*, или нормальный подошвенный рефлексъ Brissaud, вызываемый болѣе энергичнымъ раздраженіемъ и являющійся первой стадіей защитительнаго движенія, б) полный защитительный рефлексъ, вызываемый еще болѣе энергичнымъ раздраженіемъ и состоящій въ сокращеніи портняжной мышцы, аддукторовъ, квадрицепса, разгибателей пальцевъ и, въ особенности, большого (ложный патологическій рефлексъ Бабинскаго). Патологическіе подошвенные рефлексы: 1° рефлексъ Бабинскаго, характеризующійся прежде всего экстензіей большого пальца, а затѣмъ и другихъ пальцевъ; вызывать рефлексъ слѣдуетъ столь легкимъ прикосновеніемъ къ внутреннему или наружному краю стопы, чтобы не получить защитительной реакціи съ ложнымъ патологическимъ рефлексомъ Бабинскаго. По мнѣнію автора, при констатированіи рефлекса Бабинскаго у взрослого, мы имѣемъ 996 шансовъ противъ 1000 за органическое пораженіе пирамидныхъ путей.

2° Абдукція одного или нѣсколькихъ пальцевъ подъ вліяніемъ легкаго раздраженія подошвы, описанная Бабинскимъ и носящая, по предложенію Duprè, названіе *de signe de l'éventail*. Симптомъ этотъ рѣдкій у здоровыхъ, часто встрѣчается у больныхъ съ пораженіемъ пирамидныхъ путей, но все-таки рѣже экстензіи большого пальца.

Сроссъ изслѣдовалъ рефлексы у 100 истеричныхъ и получилъ слѣдующіе результаты: 1° уничтоженіе фарингеальнаго рефлекса при истеріи встрѣчается часто (73%), особенно часто при формахъ съ анестезіями (81%), рѣже при формахъ съ припадками (74%) и еще рѣже при формахъ съ параличами и контрактурами (65%). Этотъ феноменъ встрѣчается при большомъ числѣ другихъ пораженій и даже въ нормальномъ состояніи, а потому недостаточенъ для діагностики истеріи.

2°. Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ (79⁰/о) наблюдается чаще уничтоженія фарингеальнаго рефлекса, но для діагностики истеріи они являются, по крайней мѣрѣ, равноцѣпными. Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ очень частое при формахъ съ припадками (84⁰/о), менѣе постоянно при формахъ съ параличами и контрактурами (73⁰/о) и еще менѣе при формахъ съ анестезіями (63⁰/о). Присутствіе повышенія сухожильныхъ рефлексовъ при большомъ числѣ токсическихъ и инфекціонныхъ поражений и даже въ нормальномъ состояніи не позволяетъ приписывать этому повышенію патогномическаго значенія.

3°. Уничтоженіе подошвенной чувствительности встрѣчается при истеріи часто (42⁰/о, при чемъ на долю формъ съ анестезіями выпадаетъ 63⁰/о, съ параличами и контрактурами—61⁰/о и припадками—31⁰/о). Подошвенная анестезія, рѣдкая при другихъ неврозахъ, представляетъ симптомъ достойный вниманія.

4°. Одновременное уничтоженіе кортикальнаго подошвеннаго рефлекса (*le réflexe plantaire en flexion*) и рефлекса съ *m. tensor'a fasciae latae*—очень частое при истеріи (59⁰/о, при чемъ на долю формъ съ анестезіями приходится 72⁰/о, съ параличами и контрактурами 53⁰/о и съ припадками 57⁰/о). *Одновременному уничтоженію этихъ двухъ рефлексовъ Crocq* даетъ названіе *комбинированнаго подошвеннаго феномена* и рассматриваетъ его, какъ *спеціальный признакъ истеріи*. Эти рефлексы замѣчательно постоянны въ нормальномъ состояніи.

5°. Подошвенная анестезія не есть *conditio sine qua non* для присутствія комбинированнаго подошвеннаго феномена. Оба они часто встрѣчаются вмѣстѣ, но комбинированный подошвенный феноменъ можетъ являться безъ уничтоженія подошвенной чувствительности (20⁰/о), равно какъ и подошвенная анестезія можетъ быть безъ уничтоженія рефлексовъ.

6°. Глубокій подошвенный рефлексъ (полное защитительное движеніе) бываетъ часто усиленнымъ при истеріи (50⁰/о), иногда нормальнымъ (24⁰/о), уменьшеннымъ (16⁰/о) или даже уничтоженнымъ (10⁰/о). Комбинированный подошвенный феноменъ встрѣчается довольно часто съ сохранностью (33⁰/о) или даже съ повышеніемъ (22⁰/о) глубокаго подошвеннаго рефлекса (13⁰/о).

7°. Абдоминальный рефлексъ представляется непостояннымъ: очень часто бываетъ нормальнымъ (42⁰/о), можетъ быть

уничтоженнымъ (24⁰/о), повышеннымъ (20⁰/о) или уменьшеннымъ (14⁰/о).

8°. Клонусъ стопы не очень рѣдокъ при истеріи (10⁰/о); клонусъ чашечки наблюдался рѣже (5⁰/о); клонуса кисти Crocq никогда не наблюдалъ. Клонусъ стопы встрѣчается при параличахъ и контрактурахъ въ 11⁰/о, при анестезіяхъ въ 9,99⁰/о, при припадкахъ въ 9,5⁰/о; клонусъ чашечки—при параличахъ и контрактурахъ въ 21⁰/о, при припадкахъ въ 3⁰/о и не бываетъ при анестезіяхъ.

9°. Crocq никогда не замѣчалъ истиннаго рефлекса Бабинскаго въ типичныхъ случаяхъ истеріи; но въ 8 случаяхъ отмѣтилъ признакъ вѣера (*le signe de l'éventail*). Поэтому авторъ полагаетъ, что этотъ послѣдній признакъ не имѣетъ столь важной клинической цѣнности, какую должно приписать первому.

А. Павловъ.

Случай гемиплегіи съ сочетаннымъ отклоненіемъ головы и глазъ у слѣпой отъ рожденія (*Un cas d'hémiplégie avec déviation conjuguée de la tête et des yeux chez une avengle de naissance. Revue neurol. 1905. № 3*).

Dejerine и Russy наблюдали полную лѣвостороннюю гемиплегію съ сочетаннымъ отклоненіемъ головы и глазъ у слѣпой съ самыхъ первыхъ дней жизни. Голова была наклонена и лицо повернуто вправо. Попытка придать головѣ нормальное положеніе встрѣчали препятствіе, обусловленное контрактурой правой шейной мускулатуры. Глаза были повернуты вверхъ и направо. Лѣвый глазъ представлялъ неправильную кулю, величиной съ маленькій орѣхъ, сохранившую всю свою подвижность. Правый глазъ съ рубцомъ въ центрѣ роговой оболочки и *keratectasi*ей былъ тоже совершенно подвиженъ. При усилии со стороны больной оба глаза на мгновеніе принимали правильное положеніе, чтобы затѣмъ снова отклониться направо. При этомъ замѣчался небольшой нистагмъ. Черезъ 9 дней послѣ инсульта больная умерла при повышенной температурѣ и коматозныхъ явленіяхъ.

Посмертное изслѣдованіе показало утолщеніе мозговыхъ оболочекъ, особенно на основаніи мозга, атрофію зрительныхъ нервовъ и атероматозъ артерій основанія. На нижней поверх-