

уничтоженнымъ (24%), повышеннымъ (20%) или уменьшеннымъ (14%).

8°. Клонусъ стопы не очень рѣдокъ при истеріи (10%); клонусъ чашечки наблюдался рѣже (5%); клонуса кисти Crocq никогда не наблюдалъ. Клонусъ стопы встрѣчается при параличахъ и контрактурахъ въ 11%, при анестезіяхъ въ 9,99%, при припадкахъ въ 9,5%; клонусъ чашечки—при параличахъ и контрактурахъ въ 21%, при припадкахъ въ 3% 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 культию, 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 вистагмъ. 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-

ности праваго полушарія имѣлись три старыя желтыя бляшки: одна большая занимала lobul. fusiform. и двѣ другія меньшія, первая въ gyr. tempor. tertius, вторая на границѣ gyr. occipit. tertius lobul. и lingualis. На горизонтальномъ сръзѣ, проходящемъ на 58 mm. ниже верхняго края праваго полушарія находился свѣжій бѣлый фокусъ размягченія, занимающій позади-чечевичную часть внутренней капсулы и захватывающій сзади зрительную лучистость Gratiolet'a, а спереди заднюю часть третьяго сегмента corpor. lenticul. При микроскопическомъ изслѣдованіи наблюдались зернистые шары въ изобиліи въ позади-чечевичной части внутренней капсулы, въ меньшемъ количествѣ въ заднемъ колѣнѣ ея и кое-гдѣ въ переднемъ. На второмъ сръзѣ, проходящемъ на  $\frac{1}{2}$  с. выше предшествующаго, фокусъ размягченія представлялся гораздо большимъ: онъ занималъ основаніе лучистаго вѣнца, касался снизу наружнаго ядра thalami optic. и разрушалъ хвостъ corpor. caudati.

Особенность даннаго случая: развитіе подобнаго симптомокомплекса у слѣпой и существованіе контрактуры шейныхъ мышцъ позволяетъ авторамъ высказать слѣдующее. 1) Если геміанопсія и часто встрѣчается вмѣстѣ съ сочетаннымъ отклоненіемъ головы и глазъ, то все-таки геміанопсія не можетъ быть непремѣнно причиной такого отклоненія (Bard, Dufour).

2) Сочетанное отклоненіе и рогація головы не всегда бываетъ паралитическаго происхожденія; объ этомъ свидѣтельствуетъ возможность исправить положеніе (1-ый случай Dufour'a) и существованіе контрактуры у описанной больной.

3) Кортикальный центръ и проэкціонный путь для движенія головы и глазъ различаются по локализціи; объ этомъ свидѣтельствуетъ диссоціація симптомовъ (случай Grasset, Rossy): повертываніе головы въ одну сторону и отклоненіе глазъ въ другую.

А. Павловъ.