

объясненія обмановъ чувствъ, вполне гармонируетъ съ патологической основой болѣзни. Неврастенія, иппохондрія, параноя и рядъ другихъ, относящихся сюда заболѣваній, обусловливаются не внѣшними причинами (будь то психическія или физическія), онѣ возникаютъ не въ здоровой до тѣхъ поръ нервной системѣ, но образуютъ группу наслѣдственныхъ состояній неудовлетворительнаго и недостаточнаго развитія нервной системы. Эта недостаточность, проявляющаяся анатомически въ ненормальной величинѣ, несовершенной формѣ, можетъ быть несовершенной химической конституціи, неудовлетворительной изоляціи нервныхъ клѣтокъ и ихъ отростковъ—вотъ основа этого состоянія; форма его зависитъ отъ степени и отъ локализациі недостаточнаго развитія, случайныя внѣшнія условія оказываютъ только формально направляющее воздѣйствіе на ходъ болѣзни.

*Г. Маркеловъ.*

Изолированныя, церебральныя разстройства чувствительности. Kutner. (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Band XVII. Heft 4).

На основаніи 4 своихъ наблюденій и литературы авторъ сначала приводитъ данныя для дифференціального діагноза между органическими и истерическими церебральными разстройствами чувствительности, а затѣмъ—данныя для топической діагностики первыхъ.

Считая увеличеніе разстройства въ дистальномъ направленіи важнымъ отличительнымъ признакомъ органическихъ церебральныхъ отъ истерическихъ геми—и моноанестезій Dejerine, авторъ добавляетъ, что тамъ постоянно нарушается тактильная чувствительность, чувство положенія членовъ въ пространствѣ и способность локализациі, менѣе постоянно—чувство давленія и костная чувствительность, болевое-же и температурное чувство нарушаются на конечностяхъ обыкновенно равномерно. Безъ сомнѣнія, при дифференціальномъ діагнозѣ слѣдуетъ принимать въ расчетъ этиологію, способъ возникновенія, вліяніе внушаемости, участіе органовъ высшихъ чувствъ и т. д.

Основанієм для топической діагностики перебральных чувствительныхъ разстройствъ, по мнѣнію автора, можетъ послужить слѣдующее: 1) Перекрестное разстройство и сирингоміэлитическая диссоціація характерны для пораженія моста и продолговатаго мозга. 2) Моноанестезія, если только она не остатокъ геміанестезіи, говоритъ за кортикальный очагъ. 3) Отличить кортикальную и субкортикальную, или капсулярную, геміанестезію очень трудно. Dejerine считаетъ это даже невозможнымъ. Но ему возражаетъ Bonhoeffer. Этотъ авторъ утверждаетъ, что для коркового пораженія характерно нарушеніе способности локализации и стереогностическаго чувства при назначительномъ участіи въ разстройствѣ остальныхъ чувствъ; кромѣ того, на распространенность и интензивность корковыхъ разстройствъ чувствительности должны сильно отражаться психическія вліянія. Особенно сильныя и продолжительныя субъективныя разстройства чувствительности, болѣзненные ощущенія и парестезіи говорятъ болѣе за пораженіе проводящихъ путей.

4 Наблюденія Oppenheim'a, что при пораженіи внутренней капсулы главнымъ образомъ страдаетъ способность локализации, и Vergey'a, что при этомъ особенно нарушается чувство положенія членовъ въ пространствѣ, авторомъ не подтверждаются; въ своихъ подобныхъ случаяхъ онъ замѣчалъ или равномерное разстройство всѣхъ родовъ чувствительности или глубокая чувствительность и способность локализации оставались не нарушенными.

Павловъ.

*J. Grasset et A. Gaussel.* Признакъ органическаго паралича нижней конечности, (Un signe de paralysie organique du membre inférieur. *Revue neurol.* 1905. № 17).

При органическомъ параличѣ нижней конечности, особенно при гемиплегіи, иногда наблюдается симптомъ, характеризующійся возможностью поднять парализованную конечность отдѣльно и невозможностью поднять обѣ конечности одновременно. Этотъ признакъ, находящійся въ противорѣчій со значительной чистотой ассоціированныхъ движеній у гемиплегииковъ, зависитъ отъ нарушенія автоматической инерваціи мускулатуры, назначенной