

припадками, признаковъ же настоящаго душевнаго разстройства не представляяль. Трудность случая заключается въ томъ, что, на основаніи данныхъ слѣдственнаго дѣла, весьма затруднительно судить о томъ, въ какомъ состояніи умственныхъ способностей находился испытуемый въ моментъ совершенія преступленія.

Оттѣняя то, что въ судебно-медицинскихъ дѣлахъ очень часто встрѣчается неполнота изслѣдованія, а данныя собираются по обычному шаблону, д-ръ Наумовъ говоритъ, что въ такихъ случаяхъ для категорическаго заключенія нужна величайшая осторожность во избѣжаніе того, что ошибочное заключеніе поведетъ къ очень печальнымъ недоразумѣніямъ, поэтому «in dubio pro Deo».

*Л. А. Сергѣевъ.*

---

**Д-ръ Д. І. Орбели.** *Къ Патологической анатоміи эпилепсiи.* Рус. Мед. Вѣстникъ 15 марта 1901 г.

Для уясненія патологической анатоміи падучей авторъ считаетъ очень важнымъ изслѣдовать, что дѣлается въ мозгу во время приступа. Такъ какъ послѣдствія падучаго приступа проходятъ болѣе или менѣе скоро, то желательнo изслѣдовать мозгъ послѣ дѣлаго ряда приступовъ, когда онъ не успѣлъ еще оправиться. Такое состояніе должно быть тогда, когда смерть наступаетъ во время status epilepticus. Въ это время мозгъ именно и долженъ представлять ту картину, хотя нѣсколько и въ сгущенномъ видѣ, какая бываетъ въ немъ во время падучаго приступа.

Автору пришлось наблюдать такой случай, и онъ подробно излагаетъ результаты патолого-анатомическаго вскрытія трупа съ описаніемъ микроскопической картины спинного и головного мозга: онъ указываетъ на гиперемію и отекъ ткани головного мозга, разраженіе нейроглии; пронизываніе сѣраго вещества головного и спинного мозга лейкоцитами; явленія хроматолиза и пр.

*Н. Топорковъ.*

---

**Д-ръ Г. Рейтцъ.** *О бѣсоодержимости въ Японіи.* *Обзорнiе психіатріи, неврологіи и эксп. псих.* 1901 г. № 2.

Изъ данной статьи узнаемъ, что въ Африкѣ, Японіи и Китаѣ бѣсоодержимость существуетъ эндемически. Бѣсоодержимость въ

Японіи, не см. на свои особенности, вызванныя мѣстными суевѣріями весьма походить на демономаніи въ Европѣ. Обращаетъ на себя вниманіе очень большое сходство отдѣльныхъ симптомовъ; такое же большое значеніе внушенія и самовнушенія. Наличие у японскихъ больныхъ истеріи очевидна.

С. Васнецовъ

---

**Соколовъ** (*Анестезія въ помѣшательствѣ*). *Обзорніе психіатріи, неврологіи и Экспер, псих.* 1901, № 2.

Д-ръ Soddart указываетъ на бывающую довольно часто у душевно-больныхъ такъ наз. «относительную haemianestesiю». Если больной можетъ чувствовать на обѣихъ (симметричныхъ мѣста) сторонахъ тѣла, но на одной лучше, чѣмъ на другой, то это и есть «относительная haemianesthesia». Геміанестезическая сторона бываетъ почти всегда правая у лѣвшей, и наоборотъ. Относительная haemianesthesia особенно ассоціируется съ расстройствами въ сферѣ половыхъ органовъ—мастурбація, климактеріи, болѣзни матки и яичниковъ. Въ тяжелыхъ формахъ stupor'a больные не ощущаютъ болевыхъ раздраженій, однако, при своемъ поправленіи пациенты передаютъ, что они при уколахъ испытывали острую боль, но не въ состояніи были сказать о ней. Особый интересъ представляетъ измѣнчивость вообще какъ распредѣленія, такъ и самаго появленія анестезіи въ зависимости отъ той или другой формы психической болѣзни. Maximum анестезіи, когда она занимаетъ почти все тѣло; minimum—когда она отмѣчается лишь на тыльной поверхности пальцевъ. Варьируя во времени и интензивности, анестезія встрѣчается наиболѣе часто въ прогрессирующей demen. secund., въ post—маніакальномъ ступорѣ, въ случаяхъ меланхоліи, а также въ ступорозныхъ случаяхъ алкоголизма и хореического помѣшательства. Въ качествѣ симптомовъ, ассоціирующихся съ измѣнчивостью анестезіи, наблюдаются: въ психическомъ отношеніи—большая потеря памяти, въ физическомъ—уменьшеніе поля зрѣнія. Принимая во вниманіе, съ одной стороны, что кортикальная проекція ощущеній по наблюдениямъ Horsley'я, Schäffer'a, Flechsig'a и др., локализируется въ g. fornicat., а съ другой—наличие ощущенія сообозначаетъ существованіе сознанія, вправѣ заключить, что, при разбираемыхъ формахъ анестезіи, поврежденія расположены въ той части нервной системы, которая составляетъ физическій basis сознанія. Руководясь, однако, нѣкоторыми данными, напр., въ случаяхъ экстензивнаго распредѣленія анестезіи, когда даже область рта и зѣва не чувствуетъ уколовъ булавки, фарингеальный же рефлексъ сохраненъ, слѣдова-