

гипестезией на правой половине шеи и лица; имеется качественное повреждение тактильных восприятий. Мускулатура плечевого пояса и лица на правой стороне представляет похудание, не давая, однако, изменения электровозбудимости. Расстройства со стороны симпатической нервной системы дополняются с. Ноггега справа, отсутствием головного и местного пилomotorного рефлекса на правой половине груди и правом плече, anhidrosis'ом правой половины лица, шеи и правого плеча. В связи с тем, что симпатический синдром установился после операции, докладчица делает заключение о повреждении п. sympathici во время операции.—В прениях высказались: проф. Фаворский, Клячкин, прив.-доц. Русецкий, Гасуль и д-р Чураев.

2. Доцент Р. Я. Гасуль. *Лучи радия и Röntgen'a в терапии нервных заболеваний*. Напечатано в № 2 „Каз. мед. журнала“ за 1930 г.—Прения: Проф. А. В. Фаворский отметил, что при лечении невралгии тройничного нерва освещение в некоторых случаях придется переносить на заднюю центральную извилину. Относясь скептически к рентгенотерапии tabes'a и рассеянного склероза, проф. Фаворский считает возможным испытать этот вид терапии при заболеваниях периферической нервной системы. Проф. Г. А. Клячкин отметил безразличность лучей Röntgen'a и уместность скептицизма к рентгенотерапии в некоторых случаях. Прив.-доцент И. И. Русецкий, касаясь характера изменений тканей под влиянием рентгенотерапии, считает возможным благоприятные результаты рентгенотерапии относить на уменьшение секреции спинномозговой жидкости pl. chorioidei. Д-р Л. Н. Клячкин указал, что рентгенотерапия при синингомизии может рассчитывать на успех лишь в стадии разращения глиозных элементов.

3. Д-р А. А. Сарыгин. *Случай энцефалита* (с демонстрацией микроскопических препаратов). Больной К., 32 лет, кочегар, не отягощенный наследственностью, lues отрицает, алкоголем не злоупотреблял. В августе 1927 г. заболел острым инфекционным заболеванием, сопровождавшимся повышением t°, поносом и потерей сознания на несколько дней, после чего у больного появились понижение зрения, почти полный паралич движений глазных яблок, шаткая походка, расстройство сна, боли в плечевом поясе и ногах, шум в ушах, легкие приступы головокружений. Через 1½ месяца появились общие эпилептические припадки, раньше не наблюдавшиеся. В дальнейшем зрение ухудшалось, атаксия нарастала. 9 ноября 1927 г. поступил в клинику нервных болезней ун-та. Объективно отмечено: зрачки равномерные, реакция их на свет вялая, vis. 0,3 в обоих глазах, стеклами не корригируется, височные половины сосков бледноваты; почти полный паралич произвольных движений глазных яблок с сохранением автоматических, ptosis lev. palp. d.; некоторая скованность, резко выраженная атаксия походки мозжечкового характера, без посторонней помощи ни стоять, ни ходить не может, в руках легкая атаксия; сухожильные и периостальные рефлексы повышены, клонус стоп, кожные рефлексы сохранены, патологических рефлексов нет; тонус мышц несколько повышен, больше в мышцах ног; чувствительность не изменена; слух понижен, с. Rinné положительн, полное выключение вестибулярного аппарата: психика формальных отклонений не представляет; плеоцитоз 6,5, давление не повышено, RW в крови и спинномозговой жидкости отриц., p. Pandu — слабо положительна; моча—N: t°—37,1°. За время пребывания в клинике наблюдалось несколько общих эпилептических припадков, явления атаксии нарастали, и 27 ноября 1927 г. больной скончался от паралича сердечной деятельности in stat. epilepticus.

Макроскопически мозговые оболочки и мозг представлялись не измененными; микроскопически, по методам Nissl'a, Mann'a, Mallory и при окраске Scharlach R., обнаружены хронические и частью острые воспалительные изменения в области четверохолмия, резко выраженные в окружности Сильвиева водопровода, распространяющиеся также и на белое вещество. Менее выражены воспалительные явления в подкорковых узлах и Варолиевом мосту. В коре большого мозга изменения сводятся к артерииту. В мягкой мозговой оболочке—легкие воспалительные изменения.

Секретарь Чураев.