

Заседания медицинских обществ.

Красная научно-медицинская ассоциация АТССР.

1) Психоневрологическая секция.

Заседание 21/XII 33 года.

1. Попов Н. И. и Бадюл П. А.—*О проходимости гематоэнцефалического барьера при эпид. энцефалите и множественном склерозе.*

Наблюдение над 9 случ. Э. Э. и 5 случ. множ. склероза.

Во всех 9 случ. послеэнцефалитического паркинсонизма, независимо от давности случая и выраженности клинической картины, проницаемость барьера была ничтожной.

В 5 случ. множеств. склероза наблюдались определенные взаимоотношения между клинической картиной болезни, динамикой ее развития и проницаемостью барьера: большая проницаемость при выраженных и быстро развивающихся картинах. Это соответствует наблюдениям Попова и Александровой при специфических заболеваниях нервной системы.

2. П. А. Бадюл и А. Х. Терегулов.—*О субарахноидальной аутогематерапии при хронических формах эпид. энцефалита и рассеянном склерозе.*

Наблюдения над 20 больными с эпид. энц. и 8 больн. с множ. склерозом. Путем люмбальной пункции субарахноидально вводилось от 0,5 до 2,5 куб. см. крови, с промежутками в 5—7 дней, число пункций 4—5. Результаты лечения обычно выявлялись после 2—3 пункций. При хронич. формах э. э. отчетливое улучшение наблюдалось у 5 б-ных, незначительное — у 9; в 6 случ. не было никаких изменений. При рассеянном склерозе заметное улучшение было в 1 сл. Эффект длился от 1 до 3 мес., выражался в ослаблении внепиримидной гипер-tonии, слюнотечения, сонливости, отделения кожного сала и т. д.

3. Л. Н. Клячкин и А. Н. Терегулова.—*О влиянии физиотерапевтических агентов на проходимость гематоэнцефалического барьера (предварит. сообщение).*

Вводя собакам внутримышечно 10% раствора иода из расчета 1 см.³ на К° веса, авторы установили проходимость иода через барьер; коэффициент проходимости приблизительно = 3,5. При понижении концентрации до 5%, проходимость сохранилась приблизительно с тем же коэффициентом, при понижении ее абсолютной величины. Диатермия шейной части позвоночника и передней части шеи (0,3 А, 25¹) увеличивала проходимость иода (понижая коэффициент до 2,3).

Прения: И. И. Русецкий, Г. А. Клячкин, М. П. Андреев, д-ра Гринбарг, Клячкин, Жилин, Бадюл, Рифман, Попов.

Заседание 28/XI 33 г.

1. И. И. Русецкий и Н. И. Попов.—*К учению о роли вегетативной нервной системы при ишиасе.*

При исследовании 25 больных получены следующие данные. При подвздошно-крестцовом ишиасе на больной ноге, с развитием заболевания, происходит переход кожной t° из состояния гипотермии в состояние гипертермии (по сравнению со здоровой конечностью). При тронкулярном ишиасе наблюдались случаи длительно удерживающейся гипотермии. Сравнительное изучение состояния кожной t° и чувствительности позволяет установить два синдрома: а) начальный—гиперэстезии—гипотермии, б) поздний—гипоэстезии—гипотермии,—паретической сосудистой реакции. В позднем синдроме группируются симптомы выпадения: в сфере анимальной—гипоэстезии, мышечная гипотония и др., в сфере вегетативной—частичная десимпатизация (гипертермия, паретич. сосудистая реакция). Отсюда—необходимость лечебных мероприятий, тонизирующих симпатический отдел вегет. нервн. системы (тепловое лечение, соответствующие медикаменты). Основной тип температурной кривой (точки поясницы, ягодицы и бедра) для тронкулярного ишиаса дает наивысшую точку на подвздошно-