

вернозных форм. Моноцитоз с уменьшением количества лимфоцитов говорит за пролиферирующий активный процесс. Уменьшение количества моноцитов при неизменном количестве лимфоцитов — за эксудат или экстрапульмональную пропагацию процесса (Флимм).

Экспериментальные наблюдения Сэбина и Кеннингэма методом прижизненной окраски показали, что моноциты крови и эпителиоидные клетки тбк бугорков окрашиваются одинаково и что нарастанию моноцитов в периферической крови соответствует образование новых бугорков в пораженных органах.

Подводя итоги всему сказанному относительно картины белой крови в клинике легочного тбк, я позволю себе сделать следующие выводы:

1) картина белой крови не может быть ведущим симптомом в клинике легочного тбк;

2) при систематическом серийном исследовании и критическом анализе она может иметь ценное вспомогательное значение для уточнения динамики процесса, выбора терапевтического вмешательства, контроля за действием терапевтических мероприятий и для предсказания;

3) необходимо дальнейшее изучение белой крови при тбк легких с учетом патоморфологических изменений в легких, изучение реакций белой крови под углом зрения классификации легочного тбк, построенной на определенном пато-морфологическом принципе¹⁾.

Поступила в ред. 10-IV 1938.

V Украинская конференция по неотложной хирургии и переливанию крови.

Конференция, на которой присутствовал 331 делегат из многих мест Союза, открылась в Киеве 16/V 1937 г.

Председательствует проф. Гальперн.

Академик А. А. Богомолец (Киев). „Проблема механизма действия переливания крови“. См. „Хирургия“ № 3, 1937 г.

Проф. Н. Б. Медведева (Киев) в содокладе на ту же тему указала, что коллоидоклазический шок сопровождается изменением соотношения белков крови реципиента под влиянием встречи с белками донора. Наиболее слабые мицеллы белка не выдерживают этого удара, оседают и в дальнейшем попадают под воздействие со стороны ферментов организма, как чужеродный белок. В таких случаях общее количество белка в крови уменьшается и концентрация остаточного азота нарастает. Глобулиновая фракция преобладает. Явления коллоидоклазии после п. к. не ограничиваются одной кровью, а распространяются на клеточные и на тканевые белки. После совместимого п. к. общее количество белка в печени уменьшается на 16%, при одновременном нарастании количества остаточного азота также на 16%. В отжатом соку печени после п. к. количество белка меньше, причем белок теряет свою растворимость. Под влиянием п. к. белок выпадает в осадок. С дальнейшим его расщеплением уменьшается прочность связи тканевых коллоидов с водой и преобладают вместо белков альбуминового типа белки глобулинового типа. В прессовом соку

¹⁾ Работа Боброва и Горкиной „Клиническое толкование гемограммы у тбк легочных больных“ (Клини. мед., т. XIV, 8, 1936) появилась и стала мне известна после окончания данной статьи.

скелетных мышц после п. к. уменьшается количество белкового азота. В головном мозгу и в сердечной мышце, как и в печени уменьшается общее количество белка, нарастает концентрация остаточного азота, причем концентрация растворенного азота не меняется.

Проф. А. М. Зюков и А. Л. Шехет (Киев). „Лечение скарлатины переливанием крови“.

16/У 1933 г. проф. Зюков впервые произвел п. к. при скарлатине и получил блестящие результаты. С той поры лечено 800 случаев скарлатины. Доклад основан на разборе 234 случаев. Из них средней тяжести было 120 случаев, весьма тяжелых—114. П. к. необходимо производить возможно раньше, как только установлен диагноз. В 108 случаях (45,9%) получен блестящий abortивный эффект: температура снижалась в течение 8-12 часов до нормы. В 70 случаях (29,8%) отмечено значительное улучшение: температура постепенно снижалась, сыпь бледнела.

Незначительное улучшение было получено в 37 случаях—15,0%, без результата—10 случаев (5,5%), смерть—в 9 случаях (3,8%). Итак, п. к. дает эффект в 75% случаев. Антистрептококковая сыворотка дает 25% успеха и 11,6% смертности, а в 40% случаев развивается сывороточная болезнь. В тяжелых и средней тяжести случаях скарлатины авторы рекомендуют переливать очень медленно от 50 до 100 куб. см крови.

Доц. А. А. Федоровский, В. Н. Мещерский, М. А. Галант (Киев) „Особенности п. к. при скарлатине“.

299 случаев п. к. при скарлатине. В 47% наблюдалась реакция, имеющая специфические проявления. Иногда бывали судороги и цианоз. В связи с п. к. было две смерти—0,6%. Чтобы уменьшить опасность от п. к. при скарлатине, авторы предлагают уменьшить количество переливаемой крови, применять прямое п. к., учитывать подгруппы, чрезвычайно медленно вводить кровь. Быть может следует применять кровь „голодных доноров“, содержащую меньше белков и жиров в плазме.

17/У. Председательствует проф. Г. М. Гуревич.

А. Л. Слободской (Харьков). „Задачи организации донорства“

Основная масса доноров находится в областных центрах, а на периферии их мало. Так как в условиях военного времени проблема донорства приобретает еще большее значение, необходимо широко развивать донорство, изучать вопрос о кровозамещающих средах, вопросы консервирования и транспортирования крови. Нужно значительно увеличить число врачей, действительно владеющих методом переливания крови. Нужно заняться предложением проф. Бельского о фракционно-сливной крови. Вопрос о донорстве нужно поставить таким образом, чтобы донорство стало массовым, почетным делом.

Доц. И. Л. Райгородский, С. Г. Гехтман и А. П. Залкинд (Харьков). „Анализ гематологических данных работы Кабинета доноров Украинского института за 5 лет“.

Обследованию подверглось 345 доноров, которые разделяются на 3 группы: 1) хорошая регенерация—139 человек; 2) при первых взятиях крови хорошая регенерация, но затем гемоглобин снижался на 5%—8%; в этой группе—70 человек; на каждого приходилось в среднем 6,4 кровопускания; 3) регенерация неудовлетворительная—135 человек; гемоглобин снижался до 10%, количество эритроцитов падало; в этой группе частота кровопускания была больше, чем в предыдущей. Нельзя предсказать заранее регенераторные способности донора. Несомненно у женщин кровь хуже регенерирует, чем у мужчин. Кровопускание следует дозировать индивидуально. Влияние питания и образа жизни на регенерацию крови подлежит еще изучению.

Н. Г. Цельтнер (Киев). „К вопросу о регенерации крови после кровопускания“.

Кровопотеря у донора довольно значительна от 9 до 10% общего количества крови. Вслед за кровопусканием потеря крови и падение кровяного давления компенсируются работой кровяных депо и капиллярной системы. В ближайшие 2-3 дня еще продолжается падение (абсолютное по Ужанскому) общего числа эритроцитов. Показателем регенерации крови являются ретикулоциты и понижение минимальной осмотической резистентности при повышении максимальной. Кровь регенерирует в течение 6-8 недель. У женщин регенерация нарушается менструальным циклом. Необходимо индивидуализировать повторные кровопускания в зависимости от быстроты регенерации. Работа основана на систематическом обследовании 30 доноров (16 мужчин, 14 женщин)

в возрасте от 20 до 30 лет. К концу месяца полная регенерация была у 8, хорошая—у 5, удовлетворительная—у 9, плохая—у 8 доноров.

Проф. В. В. Ковальский (Киев). „Биохимические исследования регенерации крови у доноров“.

После кровопускания значительно повышается количество калия в крови. и т. к. количество кальция остается стабильным, то коэффициент K/Ca повышается, что говорит о вовлечении в процесс регенерации вегетативной нервной системы. Повышение калия в крови автор связывает с гемолизом, т. к. другие электролиты остаются на прежнем уровне. Содержание сахара в крови снижается, что можно связать с повышением калия,—синергистом инсулина. Процесс регенерации эритроцитов и гемоглобина имеет две фазы: фазу первого снижения (3—9 дней), затем фазу подъема и—на 15—20-й день—фазу второго падения с последующим постепенным нарастанием. Это волнообразное течение регенерации объясняется истощением факторов, стимулирующих ее. Вторая фаза падения накапливает эти факторы. Белковый азот после кровопотери падает на 13%, также испытывая 2 фазы—снижения и подъема.

Остаточный азот дает подъемы, когда снижается азот белковый. Первый подъем регенерации связан с накоплением веществ аминокислотной фракции. В течение 45 дней нет еще полной регенерации крови в биохимическом отношении.

Проф. Гальперн Я. О. (Днепропетровск). „Реакция Вассермана в консервированной крови“.

Кровь лягушек исследовалась в разные сроки хранения, и R. W. всегда оставалась положительной. Хотя положительная R.W. не совпадает с наличием спирохет в крови, однако докладчик призывает к осторожности и проверке данных о гибели спирохет в консервированной крови.

С. Н. Образцов (Киев). „К технике определения титра стандартных сывороток и к определению подгрупп“.

Автор определял подгруппы A_1B и A_2B , применяя методику Блинова, предложенную для определения подгрупп A_1 и A_2 . Для этого докладчик вводил дополнительно сыворотку A_1B . Разбавляя ее разведенной физиологическим раствором сывороткой B(III), он получал смесь, агглютинирующую эритроциты A_1B в течение 5—6 минут, чего с эритроцитами A_1B не получается в течение 10 и более минут. Автор предлагает рассматривать реакцию в лупу при проходящем свете; он сконструировал для этой цели портативный прибор—гемоагглютиноскоп, состоящий из станка с укрепленной в нем стеклянной пластинкой; под пластинкой расположено под углом зеркало (во всю длину пластинки являющееся источником проходящего света). Над пластинкой расположена на ползунке лупа, перемещающаяся над каплями крови.

Г. Г. Караванов (Харьков). „Переливание трупной крови“.

Кровь бралась от 73 трупов главным образом, лиц, умерших от паралича сердца и асфиксии в срок от 2 до 14 часов после смерти; 15 раз ее не удалось получить. Воздух не должен попадать в вену, иначе кровь не пойдет самотеком. Из воротной вены и малого круга кровообращения кровь не поступает. Органы не обесцениваются, судебномедицинское вскрытие не затруднено. Трупное окоченение не мешает взятию крови. Кровь берется в последнее время без стабилизатора. На 73 взятия—2 раза $RW+$, 9 раз $+$, 2 раза неясна. Кровь консервировалась от 2 до 16 суток. Произведено 64 п. к. (9 раз реакция). На 22 п. к. без стабилизатора—одна реакция. Реакция, особенно озноб, зависит от цитрата. Смерти от п. к. не было.

М. И. Баф и Н. Д. Ланда (Киев). „Сульфат магния как консервант крови“.

Изучение осмотической резистентности, РОЭ, количества эритроцитов и лейкоцитов в крови, консервированной 7,5% и 10% $MgSO_4$ (1 часть раствора на 10 частей крови), показало, что изменение этой крови не отличается от изменения крови, стабилизированной цитратом. Произведено 40 п. к., консервированной $MgSO_4$ крови (17—7,5% раствором, 23—10%). 10% раствор—лучший консервант. Неприятной стороной метода является скоропроходящее чувство жара при п. к. Реакций меньше, чем после цитратной крови. Продажный сульфат магния должен подвигаться двойной или даже тройной перекристаллизации.

Е. А. Гринберг (Киев). „Опыт изготовления стандартной сыворотки гр. B(III) из сыворотки гр. 0(I)“.

Для получения сыворотки группы B (III), встречающейся у нас в 23% случаев, использовалась сыворотка группы $O_{\alpha\beta}$, из которой адсорбировался агглютинин β .

Для этого предварительно отстаивалась цитратная кровь группы В(III), плазма сливалась, а эритроциты смешивались с сывороткой группы Оа β (одна часть сыворотки к двум частям эритроцитов). После адсорбции в сыворотке оставался лишь фактор а.

Добашевская (Харьков). „Сравнительная оценка титра смешанных стандартных сывороток из донорской и ретроплацентарной крови“.

Смешивание сывороток различных титров выравнивает титр по высшему или дает титр значительно выше среднего арифметического. Ретроплацентарная кровь является теперь основным источником стандартной сыворотки. Однако, при ее смешении феномен выравнивания титра по высшему нередко отсутствовал, иногда титр понижался. Причину этого, быть может, следует искать в некоторых примесях к ретроплацентарной крови. Если ребенок иной группы, например, мать В α , ребенок—А β , то примесь плацентарной крови снижает титр сыворотки из-за адсорбции агглютинина А, и подгруппа АII не агглютинируется этой сывороткой.

Розенберг (Полтава). „Использование ретроплацентарной крови“.

В течение последнего года собрано 450 банок (по 80 см³) пуповинной и 250 банок (по 40 см³) ретроплацентарной крови. Вначале докладчик получал лишь 30% стерильной ретроплацентарной крови, после применения своего закрытого способа—65%. Ретроплацентарная кровь имеет $\frac{3}{4}$ объема плазмы, в ней мало глобулинов, она медленно свертывается, РОЭ замедлена. Произведено 57 переливаний крови по различным показаниям. Реакция была очень слабой. Необходимо продлевать RW на 9-м и 10-м месяцах беременности.

17. V (вечер). Председательствует доц. А. А. Федоровский.

В. Я. Рабинович (Днепропетровск). „Переливание крови при скарлатине“.

С июля 1936 г. получили п. к. 171—97 тяжелых и 74 средней тяжести больных скарлатиной. Применялась свежеситратная и консервированная кровь. Производилась перекрестная проба, кроме одного случая, где был шок от свежеситратной крови группы О(1), благополучно закончившийся. Переливалось от 100 до 300 см³. Переливали между вторым и пятым днем болезни. 10 повторных п. к. Хороший результат—62 случая, 57 случаев—постепенное снижение температуры; 3% смертности.

М. А. Хелимский и С. Д. Бейлин (Одесса). „Переливание крови при скарлатине по материалам Одесской инфекционной больницы“.

251 п. к. у 243 б-ных скарлатиной (148—средней тяжести, 58 тяжелых), 86 раз была реакция. Сильная реакция отмечалась чаще у тяжелых больных. Осложнения скарлатины были такие же, как и при лечении симптоматическом и антискарлатинозной сывороткой. Из 243 больных умерло 7. П. к. оказывает обрывающее действие в тяжелых случаях. Кровь должна переливаться медленно от одноименного донора.

А. Р. Рабинович (Киев). „К вопросу о механизме действия перелитой крови при скарлатине“.

Реакция кольцепреципитации является показателем наличия стрептококкового антитоксина в крови. Докладчик не мог установить параллелизма между положительной реакцией кольцепреципитации в крови доноров и лечебным эффектом. Пассивный иммунитет, следовательно, не передается больному.

Г. А. Лысенко, Н. В. Петровская и Е. М. Вайсберг (Киев). „Изменение крови в случаях скарлатины при лечении переливанием крови“. Изучено 109 случаев скарлатины, леченной п. к. В случаях с благоприятным результатом наблюдалось уменьшение общего количества лейкоцитов, в особенности нейтрофилов, а также увеличение количества лимфоцитов и появление эозинофильных клеток или их количественное увеличение. Эти изменения появляются через 18—24 часа после п. к. В случаях с менее удовлетворительными результатами изменения выражены значительно слабее. В случаях без терапевтического эффекта этих сдвигов со стороны белой крови не наблюдается.

Л. Д. Рабинович и М. А. Галант (Киев). „Переливание крови при сыпном тифе“.

Произведено п. к. в 19 случаях сыпного тифа на 5—9-й день болезни. Во всех случаях, кроме одного, где была шоковая реакция и обрывающий эффект, п. к. не оказало никакого заметного влияния на дальнейшее течение сыпного тифа. П. к. при сыпном тифе, следовательно, не показано. Однако, сыпной тиф, даже осложненный, не является противопоказанием для п. к. при наличии других показаний. Следует отметить как бы нормализующее влияние п. к. на сдвиги в морфологии крови.

Е. А. Гринберг и доц. Г. И. Хоменко (Киев). „Лечение дизентерии переливанием крови“.

24 больным дизентерией было произведено п. к. В 15 случаях — полный лечебный эффект, в 5 случаях — частичный, в 4 случаях эффекта не было. Наилучшие результаты получены в случаях средней тяжести; в очень тяжелых случаях п. к. дает только временный эффект, танущийся около 12 часов. Повторные п. к. не всегда дают стойкий эффект. В этих случаях нужно комбинировать п. к. с антидизентерийной сывороткой. При дизентерии переливают большие дозы — 400—500 см³. П. к. показано не только в начале заболевания, когда оно дает самый лучший лечебный эффект, но и в разгаре болезни, а также при затяжных формах и при позднем поступлении больных в клинику.

С. Н. Образцов (Киев), „Посттрансфузионные катастрофы“.

Сильная итоксикация при скарлатине нарушает стабильность биокolloидов на столько, что после трансфузии даже одноименных групп крови у реципиента появляется сильная реакция, кончающаяся в большинстве случаев выздоровлением больного. При резком нарушении стабильности биокolloидов, вследствие инфекционного процесса (скарлатины), коллоидоклазия, повидимому, ведет к необратимому нарушению, приводящему к летальному исходу. Такой исход возможен при несовместимости подгрупп (1-й случай автора), а также при переливании совместной крови (второй случай). Микроскопические изменения в обоих случаях соответствуют обычным изменениям при токсико-септической форме скарлатины.

18/V. Председательствуют доц. И. Л. Райгородский, проф. Фридман.

Доц. И. С. Коган (Харьков). „Методы иммунизации доноров“.

Изучение показателей естественного иммунитета у доноров обнаружило высокие иммуно-биологические свойства у них в виде редкого исключения. Докладчик отрицательно относится к попыткам иммунизации крови *in vitro*. 120 доноров иммунизировалось: 1) вакциной, 2) токсином, 3) комбинированным способом — токсином + вакциной. Лучше всего оказался комбинированный способ. Иммунные свойства доноры сохраняли от 2 до 4 недель. Данные Сатурне о том, что при повторной вакцинации иммунитет у доноров нарастает быстрее, не подтвердились. Точно также не подтвердились данные Райта о том, что иммунитет появляется в первые часы после иммунизации.

Р. Б. Грагерова и доц. П. Д. Марчук (Киев). „Судьба иммунных тел при переливании крови“.

Кролики иммунизировались тифозными бактериями, изучались титры иммунных тел — агглютининов, гемолизинов, преципитинов и опсонический индекс. Эти же показатели изучались в крови кроликов, служивших реципиентами до и после п. к. от иммунного кролика. Титр их повышался после п. к. тем значительно, чем выше был титр их у донора, т. е. наблюдался пассивный перенос иммунных тел от донора к реципиенту. Титр сохранялся 2—3 дня.

Ганул (Ромны). „Лечение сепсиса переливанием крови“.

Лечено 14 случаев сепсиса переливанием свежескратной крови по 100—200 см³; больные, которым п. к. произведено до 10-го дня болезни, выздоровели, при более позднем переливании больные погибали.

Юрженко (Старобельск). „Лечение уросепсиса переливанием крови“.

Произведено 60 п. к. при гнойно-септических заболеваниях у 33 больных, среди них 1 больной с уросепсисом выздоровел, по мнению автора, исключительно благодаря п. к.

Проф. М. Т. Фридман (Днепропетровск). „Лечение свежееинфицированных ран витаминами“.

63 кроликам наносились на спине раны; лечение проводилось рыбьим жиром, витамином или сухой асептической повязкой. В 41 случае раны инфицировались стафилококками или стрептококками. Наилучшие результаты дает сухая повязка. Из наблюдений в клинике вынесено такое же заключение. Раны, леченные рыбьим жиром, дают больше некротических масс. Повидимому, в методе Лера гипсовая повязка имеет значение покоя для раны. Возникает два вопроса: 1) идет ли всасывание витамина с поверхности раны; 2) имеется ли действительно местная витаминная недостаточность.

Доц. Н. И. Гарбер (Днепропетровск). „Первичная обработка осложненных переломов“.

Из 59 больных с открытыми переломами 29 подверглись тщательной первичной обработке с глухим швом. Было 9 случаев нагноения и 2 слу-

чая остеомиелита. Из 20 первично обработанных без глухого шва было 9 сл. остеомиелита, в 2 случаях ампутация, в 1 случае наступила смерть. В 10 случаях обработка не была произведена, а только наложены асептические повязки. В этой группе отмечено 3 случая остеомиелита, произведено 2 ампутации. Количество койкодней при первичной обработке с глухим швом меньше, отломки вправлены лучше.

Проф. Л. А. Баринштейн и П. И. Тартаковский (Одесса). „Коллоидные лекарственные „депо“.

Белым крысам вводился морфий в смертельной дозе в 1% агар-агаре, при этом не получалось никаких плохих результатов. Агар-агар может явиться *constituens* для образования лекарственных „депо“.

Доц. М. Г. Рудицкий (Харьков). „Некоторые данные к вопросу о гомопластических пересадках в условиях неотложной хирургии“.

Ткань трансплантатов надпочечника и яичка, консервированных в цитратной крови, сохраняла жизнеспособность, в ней были митозы, но на 17-й день консервации почти вся ткань некротизировалась.

Л. О. Левитас. „Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы вливанием иногруппной крови“.

А. лечил 21 больного с воспалительными заболеваниями женской половой сферы. Произвел 94 вливания иногруппной крови. Вводил, начиная с 5—7 см³, затем через 2—4 дня повторно, повышая дозу до 20 см³, в 2 случаях—до 30 см³. Реакцию наблюдал: тревожную 2 раза, сильную 37 раз и среднюю 55 раз. Две пациентки выздоровели, 5 получили значительное улучшение, в 9 случаях боли прошли, но объективно изменений не наступило, 3 без результатов, 2 больные продолжают находиться под наблюдением.

А. И. Гуревич. (Сумы) „К вопросу о лечении ожогов“.

В 189 случаях ожога проводилось лечение открытым способом. Поверхность ожога 127 раз смазывалась 10% раствором марганцевого калия, 50 раз освещалась кварцевой лампой, а 12 раз применялось то и другое. Когда в процессе эпителизации образуется много корок, хороши теплые ванны. Кварцевая лампа уменьшает запах, ускоряет эпителизацию боли. При лечении марганцем в 10 случаях процесс осложнился рожей. При лечении кварцевой лампой 2 раза была рожа. П. к. производилось в тяжелых случаях. 14 раз—трансплантация кожи. Способ Девиса предпочитался способу Тирша.

М. С. Кривоносов (Киев). „О травматических разрывах селезенки“.

Двухмоментный разрыв селезенки не так редок, как принято считать. А. наблюдал 2 случая двухмоментного разрыва селезенки и один случай кровяной кисты—результат разрыва паренхимы без разрыва капсулы, 1 раз произведена реинфузия излившейся крови.

Доц. Б. Г. Векснер (Днепропетровск). „К механизму действия переливания гетерогенной крови“.

Гетерогенная плазма значительно токсичнее эритроцитов. 20% ее по отношению к общему количеству крови реципиента вызывает смерть, а 25% чужих эритроцитов животное может перенести. Поставлено 28 опытов на кроликах. Кровяное давление при переливании гетерокрови поддерживается чрезвычайно долго и катастрофически падает лишь при угрозе смерти. Вливание сыворотки вызывает падение кровяного давления, но если после вливания эритроцитов прибавить смертельную дозу сыворотки кролики остаются жить. Кровь барана оказалась менее токсичной, чем кровь коровы.

Д. С. Клебанов (Днепропетровск). „Судьба перелитых гетерогенных эритроцитов“.

Бараньи и овечьи эритроциты легко отличимы в мазках крови кролика после гетеротрансфузии по их большому размеру. Они очень быстро исчезают из периферической крови кролика и собаки. У человека уже через 30 минут не было чужих эритроцитов. Проверка по методу Эшби подтвердила эти данные. Гемоглобин в сыворотке появляется сейчас же после п. к. Гетерогенная кровь имеет только стимулирующее значение.

Дзбановский В. П. (Киев). „Истинный и ложный гемолитический шок после переливания крови“.

На 1314 п. к. было 3 случая смерти, связанной с п. к. В первом случае после переливания совместимой крови на 14-й день картина гемолиза и смерть. Второй случай: реципиенту группы В (III) влито 350 см³ группы 0 (I), смерть через 3 1/3 часа. Третий случай: тромбоз коронарных сосудов

после слишком быстрого введения крови. Наблюдается также псевдогемолитический шок,—нервные осложнения у истеричных субъектов. Таких случаев было 9.

Н. И. Малеев (Киев). „Редоксипотенциал крови“.

Редоксипотенциал крови, измеряемый при помощи потенциометра у кролика, имеет постоянные волнообразные колебания, являющиеся проявлением волнообразных колебаний жизненных процессов организма.

Док. Р. М. Розенберг (Харьков). „Роль изопреципитации при переливании крови“.

В сыворотке здоровых людей не удалось получить изопреципитинов. Однако они наблюдались у некоторых больных. В 80 случаях изучалось наличие изопреципитинов до и после п. к. и сравнивалась сила клинической реакции на п. к. с колебаниями изопреципитинов. Клиническая реакция оказалась сильнее выраженной там, где реакция изопреципитации также была сильнее выражена. Иногда последняя получалась в сыворотках группы АВ (IV). Изменение титра преципитинов после п. к. стоит в связи с изменением дисперсности белков.

28/V. Председательствует проф. Л. А. Баринштейн.

Проф. С. И. Спасокукоцкий (Москва). „Лечение травм черепа“.

Доклад основан на изучении 2281 случая триммы головы, прошедших за 1934—36 гг. в Институте им. Склифасовского, 900 случаев в больнице им. Тимирязева, 156 случаев из клиники проф. Левита и 750 случаев из клиники проф. Спасокукоцкого. По материалам Ин-та им. Склифасовского при переломах основания черепа — 51% смертности, при открытых переломах свода — 18%. У детей для борьбы с шоком 29 раз сделано п. к. В 76% при сотрясении мозга имеются повреждения костей черепа. Докладчик различает: 1) *conquassatio*, 2) открытые повреждения черепа и мозга, 3) закрытые повреждения мозга—ограниченное разможнение мозга, ушиб мозга, кровоизлияние в мозг, 4) сотрясение мозга. Эта классификация преследует практические лечебные цели. При обработке раненых в голову самое трудное — бритье (нужно менять бритву несколько раз). Симптомы—однообразные, и поэтому трудно разобраться, где легкие и где тяжелые случаи. В Ин-те им. Склифасовского к тяжелым случаям относят те, при которых потеря сознания продолжается свыше 10 часов.

Опыт прошлой войны доказал, что раненые в голову не доходили в глубокий тыл. При первичной обработке осколки, могущие служить для закрытия дефектов, не нужно удалять. При обработке раны нужно делать лоскутный разрез и зашивать наглухо. Герцен предлагает зашивать рану над тампоном. Французы высказываются за закрытый способ лечения ран головы. После операции больного нужно оставлять на операционном столе (покой). Раненых в череп можно перевозить на аэроплане. При ранении синусов рациональна тампонада жиром и мышцей. Антисептические вещества хороши, но главное—это первичная обработка раны. Не нужно увлекаться декомпрессивной трепанацией, но и выжидать долго не следует.

При сотрясении мозга имеется большое возбуждение или депрессия (как при опухолях мозга), вследствие субдуральных или эпидуральных гематом. Джексон отвергал спинномозговую пункцию. Рационально вливание серно-кислой магнезии, гипертонических растворов глюкозы. Кровопускание в количестве 400 см³, лучше всего делать на 2-й день. После кровопускания больные заявляют о прояснении зрения. Артериальное кровяное давление остается без изменения у таких больных, венозное же давление повышено. После кровопускания венозное давление падает. Если кровопускание не помогает, то нужно оперировать. После травм черепа бывают остаточные повреждения; в борьбе с ними также помогают кровопускания. Кровь, взятая при кровопускании, годна для переливания.

Проф. И. Н. Ищенко (Киев). „Принципы лечения энцефаломенингеальных синдромов травматического происхождения в освещении науки об их патогенезе“.

Автор, экспериментируя на собаках, изучал механизм возникновения синдрома мозгового давления и испытывал влияние различных терапевтических мероприятий. Искусственное сдавление мозга кровью, вводимой эпи—или субдурально в желудочки или в вещество мозга, вызывает у животных синдромы, содержание которых зависит от количества введенной крови, от компрессии мозга, от места локализации искусственной гематомы, от скорости введения крови и, наконец, от моментов, иногда не поддающихся учету. Основным объек-

тивным признаком всех наблюдаемых синдромов является расстройство внутричерепной гемодинамики, выражающееся в повышении артериального кровяного центрального и периферического давления и в изменении ритма сердца. Кровяное давление может подниматься выше 200 мм ртутного столба без смерти животного, если компрессия мозга локализуется вдали от продолговатого мозга и если она не длительна. Одновременно, как правило, повышается венозное кровяное давление. В основе этих синдромов лежат: а) раздражение твердой мозговой оболочки и вещества мозга, б) компрессия мозга, в) перемещение мозга и полостей ликворо-системы с последующим блоком продолговатого мозга, г) анемия мозга, д) отек мозга. Значение этих моментов различно в каждом отдельном случае. Расстройство кровообращения идет параллельно с нарушением дыхания. Терапевтические мероприятия при искусственном синдроме мозгового давления предопределяются в первую очередь локализацией сдавления. При экстрадуральной компрессии основным рациональным способом является декомпрессивная трепанация, которая должна быть произведена в стадии раздражения мозга, т. к. в стадии паралича она не дает эффекта. При субдуральном сдавлении мозга показано извлечение ликвора, операция Оди (трепанация мембранае атланта-затылочной), кровопускание, гипертонические растворы глюкозы. Кровопускание показано при наличии высокого венозного давления и при высоком артериальном давлении. При низком или падающем венозном давлении и лабильном или падающем артериальном—кровопускание опасно. При резко выраженных бульбарных явлениях показана операция. Разгрузка мозга последним способом должна быть произведена медленно. При бульбарных явлениях может быть применена люмбальная пункция или пункция цистерны, но очень осторожно. Весьма рационально применять либо перед люмбальной пункцией или пункцией цистерны, либо самостоятельно пункцию бокового желудочка, дабы избежать возможности блока продолговатого мозга. Автор предостерегает от перенесения всего изложенного на человека без критической оценки каждого случая.

А. А. Бабский, А. Г. Сосновский и А. М. Самбург (Одесса). „Повреждения черепа“.

Прошло 350 больных с повреждениями. Повреждение черепно-мозговых нервов при переломах основания черепа встречается в 40%, чаще поврежден п. facialis. Первичная обработка раны в течение первых 24 часов дает успех. Лечение переломов основания черепа консервативное (люмбальная пункция, в 2 случаях — кровопускание). При сотрясении мозга дают эффект гипертонический раствор глюкозы (20 случаев), уротропин, спинномозговая пункция. В 10 случаях кровопускание по 250—300 см³. Умерло 132 человека (37,7%). Изолированный ушиб мозга бывает редко. Тут применяется с хорошим эффектом осмотерапия, уротропин. Ранняя операция обеспечивает успех закрытого лечения.

Проф. Н. Н. Милостанов (Харьков). „Первичные вмешательства при открытых повреждениях черепа“.

315 случаев травмы головы со смертностью 12% (38 чел.). Смертность в первые часы большей частью бывает от травмы, а не от инфекции. 50% раненых в череп остаются на поле битвы в первые часы. Раннее первичное вмешательство играет большую роль. При огромных грязных ранах тоже показано débridement. Глухой шов—одно из ведущих звеньев, обеспечивающих успех (Петров). После глухого шва нет мозговых грыж. Инородные тела должны быть удалены под контролем рентгена.

Доц. А. А. Федоровский и Я. Л. Журавский (Киев). „К лечению закрытых повреждений черепа“.

За 1936 год на 462 травмы было 133 повреждения головы (28,8%). В коммунально-контузионном состоянии прошло 39 больных. Легких травм было 9, средних 11, тяжелых 19. Из 19 тяжелых больных у 10 были переломы черепа (трещины). Длжащаяся свыше 4—5 дней высокая температура свидетельствует о наличии вторичного заболевания, например, менингита. Из 39 больных умерло 5. Лечение кровопусканием проводилось систематически у 33 больных (у 6 повторно) по 20—300 см³, в последнее время по 400—500 см³. Результаты: без успеха — у 6 больных, кратковременный успех у 6, стойкое улучшение у 14, полный успех у 7.

Доц. Б. С. Браиловский (Киев). „Нормальные и специальные методы рентгеноисследования при распознавании переломов и трещин черепа“.

Благодаря комбинированной методике исследования—рентгеновским снимкам в разных направлениях со специальной укладкой, автору удалось в 20 из 40 травм черепа обнаружить трещины.

А. А. Бабский (Одесса). „Пластика дефектов мозга“.

При пломбировке дефектов мозга агар-агаром реактивные явления меньше, чем у контрольных животных. Агар-агар обладает хорошим гемостатическим действием. Рассасывается агар-агар в течение двух месяцев. В одном случае ранения мозга был применен агар-агар с хорошим результатом.

Председательствующий проф. Баринштейн подвел итоги работ конференции, отметив важность ряда интересных проблем, разрабатываемых докладчиками.

Акад. А. А. Богомолец в заключение выразил удовлетворение тем, что хирурги проявили большой интерес к теоретическим докладам.

19. V. Утреннее заседание (председательствует д-р Слободской) было посвящено организационным вопросам. Выступавшие представители всех филиалов и значительной части опорных пунктов говорили о перспективах работы в третьей пятилетке, в которой предвидится значительное расширение работы институтов и их филиалов.

Конференция приняла резолюцию по докладу д-ра Слободского „Проблема организации донорства“, в которой предусматривается ряд практических мероприятий по улучшению положения с донорами в УССР.

Поступила в ред. 1. I. 1938 г.

Защита диссертаций.

I

В публичном заседании Казанского государственного медицинского института 13/IV 38 г. ассистент хирургической клиники Казанского ГИДУВ В. А. Суворов защитил диссертацию на степень кандидата медицинских наук на тему „Сравнительная оценка патоморфологических изменений в перитонизированной и неперитонизированной культе слепой кишки у собак“.

Вопрос обработки культи червеобразного отростка при аппендектомии привлекает внимание хирургов главным образом в связи с осложнениями, наблюдающимися при этой операции.

Автор поставил себе задачу на основе изучения патолого-анатомических и гистологических изменений провести сравнительную оценку способов с перитонизацией и без перитонизации культи отростка и выявить условия развития в культе отростка инфекции в зависимости от применения антисептических средств и способов обработки культи.

С этой целью было поставлено 120 опытов на собаках. Собаке под общим эфирным наркозом производилась лапаротомия с последующей аппендектомией, причем культа обрабатывалась различными способами (перитонизировалась или не перитонизировалась). Опытные животные убивались на различных сроках (от 6 часов до 1 года после операции).

Анализ данных эксперимента позволяет установить следующее: оба метода обработки культи не являются идеальными, и после операции аппендектомии как вокруг перитонизированной так и неперитонизированной культи возможно образование абсцесса, но абсцесс, развившийся вокруг перитонизированной кишечным швом культи, менее опасен, так как он с самого начала отграничен. Погружение культи в брюшную полость без перитонизации может вызвать соскальзывание или прорезывание лигатуры с последующим развитием перитонита; кроме того, недостатком метода обработки культи без перитонизации являются резко выраженные спаечные процессы, значительно отличающиеся по своей интенсивности от спаечных процессов при перитонизированной культе. При перитонизации культи, подвергавшейся антисептической обработке (иодной настойкой и карболовой кислотой), спаечные процессы выражены резко, чем в случаях без подобной обработки.

Официальный оппонент проф. И. П. Васильев. Работа пытается разрешить актуальный вопрос о целесообразности отдельных видов операции. Задача