

исчезновением или облегчением головных болей и шума, исчезновением тремора. Больные, ранее прикованные к постели, после новокаинового блока могли вставать без болей и обморока.

Хороший эффект получен от новокаинового блока при обширных контузиях тела, которые составили 0,89% всех травм. Сильные боли, наблюдавшиеся у этих больных, быстро и стойко купировались.

„Футлярный“ новокаиновый блок с успехом применялся как анестезирующий фактор при ампутационных болях, болях на почве термических повреждений и при поражениях периферической нервной системы.

Мазевая масляно-бальзамическая повязка применялась в 89% случаев огнестрельных ранений различных областей тела в виде: а) обычных повязок, сменяемых через 5—6 дней; в) наложения длительно-неснимающихся повязок с иммобилизацией гипсовыми повязками (на конечностях „сапожок“); смена повязки через 10—15 дней; с) длительно действующих бактерицидно-масляных депо с гипсовой повязкой по модификации докладчика. В виде заливки мази в полости и карманы и рыхлой тампонды.

Положительный эффект лечения сказывался через 5—6 дней. Раны с обильным отделяемым и плохими бледными грануляциями быстро заживали. Уже при второй перевязке раневой дефект обычно выполнялся здоровыми грануляциями, и наблюдалась быстрая эпителизация с краев. Слепые раны закрывались через 10—15 дней. Касательные повреждения с дефектами мягких тканей поддавались лечению в 15—20 дней.

42% больных (из которых 92% имели огнестрельные ранения) через месяц после поступления выздоровели и были выписаны из госпиталя.

Докладчик останавливается на целесообразности и пользе длительно-неснимающихся гипсовых повязок при лечении ожогов и отморожений. Были продемонстрированы больные после коммоцио-контузионного состояния, общих ушибов тела и больные с наложенными иммобилизующими гипсовыми повязками по поводу отморожений.

3. Доц. С. П. Вилесов. *О замещении кожи после ранений по комбинированному способу Алглава-Тиршу.* Дается критическая оценка различным способам пересадки кожи. Подчеркивается необходимость дифференцированного подхода к выбору метода в зависимости от особенно той каждого случая. На конечностях пересадка кожи по Филатову показана лишь там, где кожный покров испытывает большую механическую нагрузку и где другие способы пластики оказались неэффективными.

Среди методов свободной аутоаутографии докладчик отдает предпочтение комбинированному способу Алглава-Тирша, который был с успехом использован в тыловом госпитале для замещения дефектов после ранений. Сущность методики, предлагаемой докладчиком, состоит в пересадке небольших кусочков кожи, взятых по Алглаву без жировой клетчатки, и одновременной пересадке тонких эпидермальных лоскутов по Тиршу, накладываемых на грануляционную поверхность между первыми лоскутами. Таким образом покрывается трансплантатами почти весь дефект. В короткий срок наступает заживление раны. Вновь образованный покров, благодаря наличию участков со всеми элементами кожи, эластичен и отличается хорошей выносливостью к механической нагрузке. В редких случаях неприжизнения лоскутов, взятых по Алглаву, лоскуты Тирша обычно остаются жизнеспособными. Этим самым комбинированный метод предотвращает возможность полной неудачи пластики. В заключение демонстрируются больные с пересадкой кожи по Алглаву-Тиршу после ранений и отморожений. По докладу развернулись оживленные прения, в которых приняли участие профф. Герцберг, Гусьнин, Новиков, Шулуко, доценты Шалагин, Гулевич, военврач I ранга Романов и др.

### Заседание 20/V 1940 г.

Д о к л а д ы. I. Проф. Л. И. Оморочков. *К вопросу о травматической эпилепсии.*

Литературные данные относительно частоты эпилепсии после травмы различны — от 10% до 20%. Имеет значение характер травмы и локализация ее. Травматическая эпилепсия делится на 2 категории — раннюю и позднюю эпилепсию.

При анализе трех случаев поздней эпилепсии, где при энцефалографии и на операции оказались резко измененными боковые желудочки, резкое их расширение, их асимметрия, окклюзия желудочка бокового, непроходимость воздуха в субарахноидальных пространствах конвекса, выясняется значение травмы, как момента, способствующего развитию таких патологических изменений, которые обуславливают появление эпилептических и эпилептоидных состояний.

При травме резко понижается потенция глии, наряду с чем мезенхимная реакция берет перевес, участвуя преимущественным образом в репаративных процессах. Разрушается барьер между эктодермой и мезенхимой и последняя вторгается в нервную паренхиму. Такая перестройка резко меняет физиологические отношения мозговой ткани, т. к. выпадает основная функция глиозной ткани — регулирование процессов обмена специально функционирующих нервных элементов — ганглиозных клеток и во-