



локоп. Это нарушение функции обмена влечет за собой и нарушение функциональной деятельности нервных элементов, а именно точной регулировки процессов возбуждения и торможения в коре мозга.

В нормальных условиях процессы возбуждения и торможения протекают адекватно определенным раздражителям, имеется полное соответствие между возбуждением и торможением, и первая клетка, находясь в состоянии возбуждения, впадает в тормозное состояние в случае повышения интенсивности раздражения, переходящего физиологические нормы возбуждения клетки.

Быстрота и точность процессов обмена, определяющих специфическую нервную деятельность таким образом обусловлена по нашей теории динамичностью глиозной ткани. Нашими исследованиями установлены резкие изменения физиологических свойств коры головного мозга у эпилептиков, которыми, по видимому, и обуславливается та "готовность к эпилептической реакции", о которой говорит Редлих. Нарушение ликворообращения, с одной стороны, повышенная секреция ликвора, с другой стороны, выявляется и в изменениях мозговых желудочков, что определяется при энцефалографиях.

Практически важно, чтобы каждый случай травмы головного мозга был под длительным врачебным наблюдением. Возможность повышенной секреции ликвора диктует необходимость спинномозговых пункций и вдувание воздуха с целью разорвать образующиеся нежные спайки в субарахноидальных пространствах, развитие которых в дальнейшем создает затруднение ликворообращения. При наличии внутренней окклюзионной гидроцефалии можно рекомендовать пункцию желудочков для эвакуации жидкости.

Вдувание воздуха при энцефалографии имеет не только диагностическое значение, оно дает и определенный терапевтический эффект.

Хирургическое лечение безусловно показано в случаях ранней травматической эпилепсии, где удаление осколков, эвакуация гематомы дает длительный терапевтический эффект. Сложнее обстоит дело с поздней эпилепсией травматического происхождения, где уже резко изменилась кора, приобретя эпилептические свойства.

В этих случаях хирургическое вмешательство часто результата не дает. Только в случаях наличия типичных Джексоновских припадков, обусловленных очаговыми ограниченными изменениями коры, хирургическое вмешательство, а именно операция Горслея, может иметь место.

2. Военврачи Н. И. Любина и В. В. Митин. *Опыт физиотерапии отморожений в условиях тылового госпиталя.* Доклад напечатан в этом №.

Председатель проф. Н. В. Соколов.  
Секретарь В. Осиповский.

*Заседание от 15-го июня 1940 г., посвященное XX-летнему юбилею Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.*  
Доклады: Асс. А. А. Айдаров. *Материалы к вопросу о черепно-мозговых ранениях.*

Автор поделился опытом лечения черепно-мозговых ран в условиях госпитальной армейской базы. Констатирует, что все раненые черепно-мозговые и спинальные концентрировались в одном специальном отделении, куда доставлялись большей частью после первичной обработки из передового района; как правило, операции с целью ревизии производились в госпитале в ближайшее после ранения время, причем послеоперационный период проводился оперировавшим хирургом в течение длительного срока, а иногда до выздоровления. Прошедшие через отделение раненые распределялись следующим образом: с закрытой травмой и спинного мозга — 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и с прочими ранениями, куда относится повреждение нервных сплетений, нервных стволов и др. — 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Ранения от осколков снарядов и мин — 46,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, пулевые — 36,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, комбинированные осколочные и пулевые — 0,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, неустановленные — 11,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, не оружием — 4,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

При закрытых травмах черепа применялось следующее лечение: постельный режим, люминаль и бромиды в комбинации с кофеином; осмотерапия — 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> раствор глюкозы внутривенно по 40—60 куб. см. при систематическом измерении ликворного давления. При ранении мягких тканей черепа как бы мала ни была рана — производилась ее ревизия, а при наличии трещины наружной пластинки считали необходимым убедиться в состоянии внутренней пластинки — для чего рядом с трещиной делалось трепанационное отверстие. Докладчик отмечает, что на передовых этапах нередко накладывали на мягкие ткани черепа глухие швы без ревизии дна раны и не считаясь с неврологическим статусом. Стальные шлемы на головах бойцов оправдали себя — благодаря им было снижено число черепных ранений. Каждый раненый в череп, кроме ревизии раны, подвергался неврологическому обследованию и широко применялась рентгенография. Благодаря этому нередко выявлялось наличие костных повреждений