

507726

Дозволено военной цензурой.

Отд. отт. изъ „Харьк. Медич. Журнала“ за 1916 г.

Медицинская часть отчета о лазаретѣ  
для раненыхъ воиновъ  
Харьковского Медицинскаго Общества и Всероссійскаго  
Союза Городовъ № 4.

Проф. Б. Г. Пржевальскаго.



ХАРЬКОВЪ.



Типографія и Литографія М. Зильбербергъ и С-вья.  
Донецъ-Захаржевская ул., с. д., № 6.



1916.



1931  
CHB 6773





22



Біddіл 21. I

№ 3190.

Медицинская часть отчета о лазаретѣ  
для раненыхъ воиновъ  
Харьковскаго Медицинскаго Общества и Всероссійскаго  
Союза Городовъ № 4.

504726

Проф. Б. Г. Пржевальскаго.



Видано  
1900

Центральна Наукова  
БІБЛІОТЕКА при ХДУ  
Іно. №



Центральна наукова бібліотека  
ХНУ імені В. Н. Каразіна  
2013р.



## Медицинская часть отчета о лазаретѣ для раненыхъ воиновъ Харьковскаго Медицинскаго Общества и Всероссийскаго Союза Городовъ № 4.

*Завѣдывающаго лазаретомъ проф. Б. Г. Пржевальскаго.*

Краткія свѣдѣнія о лазаретѣ для раненыхъ воиновъ Харьковскаго Медицинскаго Общества и Всероссийскаго Союза Городовъ № 4, приводимыя ниже, представляютъ профессиональный медицинскій отчетъ о дѣятельности лазарета и касаются 445 раненыхъ и больныхъ, изъ которыхъ 101 были въ немъ въ 1914 г., 207 въ 1915 г. и 107 въ первой половинѣ 1916 г.

Хотя эти данныя, даже въ рамкахъ условленной краткости, являются далеко несовершенными, тѣмъ не менѣе, въ виду того, что безъ нихъ совсѣмъ непонятенъ характеръ и объемъ дѣятельности лазарета, и что неполнота свѣдѣній зависѣла отъ переобремененности небольшого персонала лазарета живымъ трудомъ по уходу за тяжело ранеными, нерѣдко при этомъ перенесшими большія операціи, составитель отчета рѣшается предложить его вниманію врачей.

Лазаретъ открытъ 9-го ноября 1914 г., въ Харьковѣ, по Пушкинской ул., въ домѣ № 14, въ главномъ зданіи Медицинскаго О-ва. Лазарету сперва были отданы помѣщенія, принадлежащія до войны преимущественно Бактеріологическому Институту Харьковскаго Медицинскаго О-ва и служившія для устройства въ нихъ лекцій и занятій для врачей.

Первоначально лазаретъ былъ устроенъ на 83 кровати; оборудованіе и содержаніе 33-хъ изъ нихъ приняло на себя Медицинское О-во вмѣстѣ съ различными частными лицами и учрежденіями, остальные 50 были оборудованы и содержались на средства Всероссийскаго Союза Городовъ.

Число кроватей, принадлежащихъ Медицинскому О-ву, осенью 1915 г. было сокращено до 25, такъ какъ О-во вынуждено было часть помѣщеній лазарета освободить и возвратить ихъ для нуждъ Бактеріологическаго И-та, дѣятельность котораго по приготовленію вакцинъ и сыворотокъ въ это время чрезвычайно расширилась. Число кроватей Союза Городовъ осталось при этомъ неизмѣннымъ.

Лѣтомъ 1916 года Союзъ Городовъ обратился въ Медицинское О-во съ предложеніемъ расширить лазаретъ, и О-во нашло возможнымъ для этой цѣли уступить съ 1-го іюля помѣщенія, занимаемыя его правленіемъ, секретариатомъ и конторой. Въ этомъ новомъ помѣщеніи поставлены 40 кроватей; такимъ образомъ, число кроватей возросло до общей суммы 115. Союзъ Городовъ взялъ на себя какъ оборудованіе новыхъ 40 кроватей, такъ и вообще содержаніе всѣхъ 115.

Съ 1-го іюля отношеніе частныхъ лицъ и обществъ къ Медицинскому Обществу по содержанію раненыхъ прекратилось.

При устройствѣ и открытіи лазарета общее собраніе Медицинскаго О-ва избрало завѣдывающимъ врачомъ проф. Б. Г. Пржевальскаго и утвердило врачами лазарета д-ра Мустафу Бекъ Хаджи Касимова и д-ра Н. Ф. Санину-Писнячевскую, перваго старшимъ ординаторомъ, вторую младшимъ.

Со второй половины декабря 1914 года по май 1915 г. въ лазаретъ былъ приглашенъ Попечительнымъ Совѣтомъ лазарета, сверхштатнымъ младшимъ ординаторомъ д-ръ Н. Г. Никольскій.

Съ 1-го іюля 1916 г. обязанности второго младшаго штатнаго ординатора стали исполнять сперва д-ръ М. Ф. Марандичъ, потомъ д-ръ О. С. Фейгина.

Со дня учрежденія лазарета до 1-го іюля работали непрерывно врачи: проф. Б. Пржевальскій, Б. Х. Касимовъ и Н. Ф. Санина-Писнячевская.

Средній медицинскій персоналъ, обязанности котораго исполнялись большею частью студентками старшихъ курсовъ Ж. М. Института, часто обновлялся. Изъ 3-хъ штатныхъ фельдшерицъ, работавшихъ въ лазаретѣ до 1-го іюля, непрерывно оставалась лишь одна А. Д. Нарыжная. То же должно сказать о сестрахъ милосердія: изъ 3-хъ сестеръ прослужила непрерывно все время одна О. А. Фидровская.



Штат низших служащих до 1-го июля состоял из 3-х палатных сиделок, 1 сиделки для операционной и 5 санитаров: из всех их непрерывно несла службу одна сиделка для операционной, остальные же менялись, к сожалению, слишком часто, особенно санитары.

Течение лазаретной жизни и часы врачебного дела шли в следующем порядке, насколько приспособившимися ко времени года.

Весной и летом жизнь лазарета начиналась с 6 час. утра; в это время больные получали чай; завтракали они в 9 час., обедали в 12½ час., пили вечерний чай в 4 часа, ужинали в 6 час. и ложились спать в 9 час.; осенью и зимой утренний чай подавали в 7 часов.

Данные о пище и диете помещены в административной части отчета.

Операции производились от 1½ до 5 час., и если нужно было, то и позже, а также и в другие часы. Перевязки весной и летом начинались с 6 час. утра, осенью и зимой с 7½ час. Время от 11 до 1 час. предназначалось для производства различных терапевтических процедур, электризации, вырываний, массажа и т. п. Рентгенокопия и рентгеновские снимки делались или утром между 11 и 12 час., или пополудни между 5 и 6. Больные доставлялись в рентгеновский кабинет одно время на извозчике, в последствии на автомобиле Союза Городов.

Подробное описание помещения лазарета и его санитарного состояния приведено в отчете Попечительного Совета лазарета. Здесь достаточно указать, что до 1-го июля помещения палат, операционной и перевязочной находились все в одном, именно в 3-м этаже; после расширения лазарета 2 его палаты на 40 кроватей, и перевязочная для них устроены в 1-м этаже.

По временам эту перевязочную приходилось превращать в палату для раненых, требующих больших удобств.

Операционный зал лазарета хорошо освещается дневным светом; для операций вечером и ночью он снабжен электрической лампой в 600 свечей; пол плиточный, стены выкрашены белой масляной краской; в соседней с ним комнате имеется 2 больших медных стерилизатора для приготовления и хранения горячей и холодной кипяченной воды, подаваемой из них в умывальные краны сильной струей. Перевязочный материал и белье стерилизуются в особом помещении, в любом количестве, и в этом лазарет не уступает специальным хирургическим клиникам.

Ко дню открытия лазарета в нем была оборудована специальная рентгеновская комната, но первые месяцы она не могла функционировать за неимением трубок; в последствии же выяснилось, что вообще приходится предпочитать рентгенизацию в частном кабинете д-ра Ю. А. Гольдингера, производимую им лично и во всех случаях рентгенокопии с непреманным участием оперирующего и старшего ординатора; рентгеновский аппарат был передан другому учреждению, освободившаяся же комната получила другое назначение. В случае отсутствия во время каникул д-ра Ю. А. Гольдингера любезно жертвовал своим временем для снимков раненых лазарета д-р С. П. Григорьев.

На помощь лазарету всегда охотно приходили своими консультациями: по глазным болезням проф. Е. П. Браунштейн и, в случае его отъезда, его ассистент, д-р Я. Г. Замковский, по ушным и горловым д-ра: М. С. Гофман, С. А. Робах, М. С. Цыкин, Н. П. Иванов, в иных случаях С. Г. Суручки и в одном случае проф. М. М. Ломиковский, по нервным болезням д-ра: А. И. Гейманович, А. К. Ган, по внутренним проф. П. И. Шатилов, Ф. В. Писнячевский, К. В. Шебалин, прив.-доц. М. А. Трахтенберг и в одном случае проф. К. Н. Георгиевский. Лечение и пломбировку зубов производили зубные врачи: Ю. М. Розовский, С. С. Стернин и Брудь. В декабрь 1914 года и в сентябрь 1915 г., каждый раз по 2 недели во время отъезда старшего врача любезно нес его обязанности д-р А. Н. Гарнье.

Все глазные операции в лазарет произведены проф. Е. П. Браунштейном, руководившим, кроме того, лечением всех глазных больных и раненых.

Кроме глазных, все остальные операции, за исключением немногих, производились старшими врачами; во время его отъезда оперировал д-р А. Н. Гарнье; некоторые операции сделаны д-ром Б. Х. Касимовым.

Все перевязки производились всегда лично ординаторами, — фельдшерицы только ассистировали при этом.

Все раненые перевязывались и при необходимости оперировались во время первого приема, еще до помещения в палаты. Диагнозы устанавливались под руководством старшего врача, первая свѣдѣнія о поступивших отмѣчались при самом поступлении, потом наблюдения записывались дважды в неделю.

Ординаторы дежурили в лазарет через 2 дня на 3-й, по очереди, и в то время, когда было всего 2 ординатора, третий день днем их замѣщали фельдшерицы.



Фельдшерицы и сестры несли свои дежурства поочередно, и въ лазаретѣ всегда были на лицо фельдшерица, сестра и 2 дня изъ 3-хъ дежурный врачъ. Съ увеличеніемъ съ 1-го іюля штата ординаторовъ до 3-хъ въ послѣднемъ отношеніи вышло измѣненіе въ томъ видѣ, что началось ежедневное непрерывное дежурство врачей по очереди.

Первые годы дежурили и дамы-патронессы въ предѣлахъ своихъ специальныхъ задачъ, въ падахахъ и въ столовой,—благодаря имъ входилъ въ жизнь больныхъ освѣжающій элементъ путемъ концертовъ, пѣнія хоромъ учащихся и т. п. Съ большой благодарностью врачи и раненые вспоминаютъ объ отдыхѣ въ музыкальные часы, въ которые отдавала свои силы неутомимая дама-патронесса А. М. Гершковичъ; такъ же нельзя обойти молчаніемъ благодарности тѣхъ раненыхъ, которые, заливчивая свои раны, проходили въ то же время впервые въ своей жизни курсъ грамоты, преподававшейся непрерывно со дня открытія лазарета А. П. Симановичъ.

Лазаретъ широко пользовался химико-микроскопическими изслѣдованіями Химико-Микроскопическаго Кабинета Медицинскаго Общества, и отъ имени лазарета приносится благодарность за это проф. К. Ф. Еленевскому и д-рамъ Н. В. Томашевскому, В. Ст. Тарасенко.

Бактеріологическія изслѣдованія гноя и раневыхъ секретовъ производились въ неограниченномъ числѣ въ Бактеріологическомъ Институтѣ Харьковскаго Медицинскаго О-ва, съ разрѣшенія директора проф. С. В. Коршуна, ассистентами Института д-ми С. С. Амраджиби, С. М. Коцеваловымъ, В. І. Савченко и С. П. Григоровичемъ.

Принадлежность Предсѣдателя Попечительнаго Совѣта лазарета къ Медицинскому О-ву и постоянная близость его къ жизни О-ва и лазарета, содѣйствуя непосредственной освѣдомленности о нуждахъ раненыхъ, очень ускоряли удовлетвореніе ихъ.

Постановленія Попечительнаго Совѣта, хотя заносились и печатались, въ общемъ порядкѣ, въ протоколы Медицинскаго Общества, но отдѣльно не выходили.

Выдающаяся дѣятельность Медицинскаго О-ва въ области научной и практической бактеріологіи не могла не отразиться на родственной ей сторонѣ хирургической работы лазарета. Уже простое сосѣдство съ Бактеріологическимъ Институтомъ и полный доступъ въ его лабораторію для изслѣдованія, содѣйствовали съ перваго дня открытія лазарета пользованію этимъ обстоятельствомъ. Въ лазаретѣ широко примѣняли сыворотки въ различныхъ случаяхъ при терапіи кровотеченій, для вливанія въ раны, изобилующія густымъ гноемъ, для специфическаго леченія стрептококковыхъ процессовъ, при леченіи столбняка.

На основаніи наблюденій, сдѣланныхъ въ лазаретѣ, должно отмѣтить неизмѣнное благотворное терапевтическое дѣйствіе противострептококковой сыворотки при рождѣ и другихъ стрептококковыхъ процессахъ средней тяжести.

Съ октября 1915 г. въ лазаретѣ по инициативѣ пишущаго эти строки были предприняты наблюденія по вакцинотерапіи по Wright'у, именно надъ дѣйствіемъ аутогенныхъ вакцинъ на мѣстныя воспалительныя хирургическія заболѣванія, согласно указаніямъ извѣстнаго Чикагскаго хирурга проф. Murphy, и результаты этихъ наблюденій послужили матеріаломъ для специальной статьи по этому вопросу, напечатанной въ апрѣльской книгѣ Харьковскаго Медицинскаго Журнала 1916 года.

Не будетъ неумѣстнымъ здѣсь отмѣтить общій выводъ этой работы, подтверждаемый данными наблюденій, что хирургическая терапія въ аутогенныхъ вакцинахъ пріобрѣтаетъ всегда полезное, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ могучее средство смягчать тяжесть мѣстной инфекции и тѣмъ содѣйствовать какъ болѣе скорому излеченію, такъ и предотвращенію общаго зараженія организма.

Заканчивая этимъ переченьъ общихъ условій дѣятельности лазарета, раньше чѣмъ перейти къ изложенію специальныхъ данныхъ, касающихся леченія огнестрѣльныхъ раненій въ лазаретѣ, необходимо предпослать нѣсколько пояснительныхъ словъ по этому вопросу.

Военная хирургія, особенно полевая, справедливо считается наиболѣе авторитетными хирургами не только совершенно обособленной, но и высоко специализированной отраслью практической хирургіи.



Характеръ дѣятельности полевыхъ хирурговъ опредѣляется полной неизбежностью компромисса между желательнымъ и достижимымъ: къ этому побуждаютъ часто не поддающіяся никакому учету боевыя событія, сталкивающія хирурговъ съ самыми неожиданными задачами хирургической помощи, требующими немедленнаго разрѣшенія, при этомъ въ грандіозномъ размѣрѣ, который самъ по себѣ исключаетъ всякую медлительно-планомѣрную послѣдовательность, культивируемую при мирныхъ условіяхъ труда. Горячее дѣло подачи первой помощи, однако, требуетъ не одного компромисса и не только наибольшаго числа работниковъ. Теорія полевой хирургіи, ставя первую основой своей практики отреченіе отъ совершенства помощи въ отдѣльныхъ случаяхъ, въ то же время проводитъ другой неопровержимый принципъ, — это достиженіе въ общемъ наилучшихъ среднихъ результатовъ.

Въ силу послѣдняго обстоятельства становится понятнымъ, что на фронтѣ знаніе, искусство, энергія, умѣнье ориентироваться и быстро организоваться въ измѣнчивыхъ условіяхъ задачъ военной хирургіи не менѣе важны, чѣмъ при всякихъ другихъ обстоятельствахъ врачебнаго дѣла. По общему отзыву авторитетныхъ лицъ, стоящихъ близко къ военно-полевой хирургіи, и въ настоящую войну, несмотря на ея окопный характеръ, несмотря на необычайныя затрудненія при подачѣ первой помощи и неизбежность инфекции ранъ, послѣдующее теченіе и исходъ терапіи ранъ предопредѣляется часто ужь первой помощью.

Задачи лазаретовъ, отдаленныхъ отъ фронта, къ числу которыхъ принадлежитъ и лазаретъ Медицинскаго О-ва и Всероссійскаго Союза Городовъ № 4, несравненно ближе подходятъ къ хирургіи мирнаго времени, но и здѣсь характерными чертами выступаютъ неизвѣстныя въ мирной практикѣ массовыя гнойныя инфекціи и особенности огнестрѣльныхъ раненій, отличающихся девитализаціей ткани поврежденной области и общимъ пониженіемъ трофическихъ силъ организма.

Всѣ современные изслѣдователи согласны по вопросу раневыхъ инфекцій въ настоящую войну въ томъ, что въ огромномъ числѣ случаевъ можно различать въ связи съ этиологіей 2 формы мѣстныхъ воспаленій, — протекающую въ первые дни первичная инфекція по существу является фекальной и зависитъ отъ внѣдренія возбудителей, присущихъ экскрементамъ челоуѣка и животныхъ, главнымъ образомъ лошадей, инфекція же, развивающаяся по истеченіи нѣсколькихъ дней, обыкновенно носитъ характеръ нагноительной; возбудители послѣдней всегда имѣются на поверхности тѣла и въ одеждѣ. Съ инфекціями перваго рода, къ которымъ принадлежитъ газовая гангрена со всѣми ея разновидностями, начиная отъ бронзовой рожи, переходя черезъ различныя степени остраго гнойнаго отека и оканчивая настоящей газовой гангреной, въ лазаретѣ Медицинскаго О-ва и Всероссійскаго Союза Городовъ № 4 можно было знакомиться въ достаточномъ числѣ случаевъ только лѣтомъ 1916 года, когда стали поступать раненые непосредственно съ Южнаго Фронта, со сравнительно свѣжими ранами и, во всякомъ случаѣ, въ первые дни послѣ раненія. До этого наблюдались лишь очень рѣдко и не типичныя формы гангрены, какъ это имѣло мѣсто въ лазаретѣ въ 1914 г. всего одинъ разъ.

Среди раненыхъ, доставленныхъ къ концу первой недѣли или еще позже, въ подавляющей массѣ случаевъ, наблюдались только обыкновенныя формы болѣе или менѣе разлитыхъ острыхъ нагноеній. Наряду съ послѣдними довольно равномерно, притомъ сравнительно рѣдко, доставлялись раненые съ развившимися уже явленіями септицеміи: при большемъ размноженіи тканей



и вскрытіи большихъ суставовъ и полостей эти общія септические заболѣванія развивались въ рѣзкой формѣ уже въ первые дни послѣ раненія.

Въ лазаретѣ борьба съ обыкновенными мѣстными нагноеніями иногда очень бурными и разлитыми стала гораздо успѣшнѣе со времени введенія осенью 1915 г. леченія аутогенными вакцинами по Райту-Мэрфи. Результаты вакцинотерапіи съ извѣстной очевидностью сказались въ сокращеніи срока теченія процесса, въ ослабленіи мѣстной реакціи, а также въ томъ, что при вакцинотерапіи, уже послѣ 2—3 инъекцій, можно было вмѣшиваться съ радикальными операціями, не подвергаясь риску ожесточенія процесса.

Кромѣ того, раны съ обильнымъ отдѣленіемъ гноя промывались или 1/2% лизоломъ или же жидкостью Dakin'a (растворомъ хлорноватистаго натра, приготовленнаго такъ: на 1 литръ воды 200,0 бѣлильной извести и 140,0 соды и 40,0 борной кислоты; смѣси даютъ постоять часовъ 5—6 и потомъ фильтруютъ; жидкость не раздражаетъ ткани и не имѣетъ рѣзкаго запаха, дезинфицирующая сила ея очень велика).

При рожѣ хорошую услугу оказывали компрессы изъ 1% раствора колларгола; основной терапіей однако было введеніе подъ кожу или подъ рядъ въ теченіе 3-хъ дней по 40 к. с. антистрептококковой сыворотки, или въ теченіе сутокъ 100 куб. с. (вечеромъ и утромъ по 50 к. с.).

Антистрептококковая серотерапія во всѣхъ случаяхъ мѣстнаго стрептококковаго зараженія средней силы оказывала неизмѣнно благотворное дѣйствіе.

При леченіи воспаленій, кромѣ специфической терапіи, въ лазаретѣ всегда прилагались заботы о приданіи больному органу положенія, обуславливающаго фізіологическій покой: при леченіи переломовъ вытяженіемъ пользовались среднимъ фізіологическимъ положеніемъ посредствомъ способа Барденгейера; въ огромномъ большинствѣ случаевъ примѣняли гипсовомарлевые шины Beely.

Какъ извѣстно, прототипъ этихъ шинъ, въ формѣ пеньково-гипсовыхъ, уже въ 1876 г. на Филадельфійской Международной выставкѣ удостоился бронзовой медали; позже эти шины настолько получили общее признаніе въ томъ и другомъ видоизмѣненіи, что среди современныхъ шинъ, рассчитанныхъ на хорошую фиксацію и точное прилаживаніе, ихъ можно считать основными, — онѣ опрятны, легки и очень прочны, притомъ ихъ очень легко накладывать.

Переломы бедра, какъ правило, а переломы голени, въ большинствѣ случаевъ, производились посредствомъ свободнаго вытяженія подвѣшенныхъ конечностей тяжестями по Барденгейеру-Груне; въ одномъ случаѣ былъ примѣненъ Штейнманъ. Много переломовъ верхнихъ конечностей доведены до хорошаго сращенія съ сохраненіемъ функціи посредствомъ гипсовомарлевого видоизмѣненія шинъ Бэли.

Примѣнявшіяся въ лазаретѣ гипсовомарлевые шины дѣлались изъ заранее приготовленныхъ лонгетовъ марли, шириной отъ 3 до 4 пальцевъ, пригипсованныхъ и сложенныхъ по 6 штукъ въ одинъ бинтъ; для нижней конечности употребляются цѣльные бинты нужной длины, иногда отъ пальцевъ стопы до высоты гребешка подвздошной кости; для верхней конечности необходимо готовить отдѣльно лонгеты для плеча и для предплечія: на мѣстѣ соединенія ихъ въ области локтя шины образуютъ прочную спайку, сливаясь въ одно цѣлое.

Шины Бэли оказывали незамѣнимую услугу въ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя было примѣнять вытяженія по Барденгейеру изъ опасенія вызвать расхожденіе отломковъ и ложный суставъ, чего нужно ожидать всегда при



вытяженіи послѣ кроваваго прилаживанія костей въ случаяхъ потери кости на значительномъ протяженіи.

Въ первое время по открытіи лазарета поступало много застарѣлыхъ переломовъ бедра, голени и плечевой кости; эти случаи наблюдались у лицъ, которыя вслѣдъ за огнестрѣльнымъ переломомъ подверглись оперативному леченію въ лазаретахъ, менѣе отдаленныхъ отъ фронта, чѣмъ Харьковъ. Были случаи застарѣлаго перелома бедра съ укороченіемъ въ 20 с. вслѣдствіе смѣщенія отломковъ по длинѣ и подъ угломъ, и такіе же переломы плеча съ укороченіемъ 8 с. и очень сложнымъ анатомическимъ обезображиваніемъ.

Всѣ случаи застарѣлыхъ переломовъ были съ гнойными свищами, а у нѣкоторыхъ при этомъ имѣлась еще подострая болѣе или менѣе распространенная флегмона или затеки гноя.

Послѣ очистки оперативнымъ путемъ отломковъ костей отъ секвестровъ, экзостозовъ и всей массы губчатой мозоли и послѣ должнаго ихъ прилаживанія, въ однихъ случаяхъ они соединялись проволочнымъ швомъ, въ другихъ скрѣплялись гвоздями и въ нѣкоторыхъ удерживались посредствомъ болѣе или менѣе длинныхъ трубокъ изъ декальцинированной кости различнаго діаметра, смотря по толщинѣ кости.

Эти трубки (бобоны) изъ бычачьихъ костей, раньше примѣнявшіеся для другой цѣли, были приготовлены Нью-Йорской фирмой Най-Ширеръ, по образцу англійскаго хирурга Майо-Робсона, и случайно въ достаточномъ количествѣ имѣлись у автора этихъ строкъ.

Опираясь на твердо установленные въ наукѣ результаты наблюденій проф. Нейбера и Мэкивина съ дренажами изъ декальцинированной кости, примѣнявшимися имъ при долгосрочныхъ не снимаемыхъ повязкахъ, свидѣтельствующіе, что отъ этихъ трубокъ черезъ 10 дней остается лишь наружный конецъ, не погруженный въ рану, а погруженная въ ткани часть рассасывается, и что въ гнойныхъ ранахъ рассасываніе трубокъ происходитъ быстрѣе, чѣмъ въ чистыхъ ранахъ, авторъ этого отчета, прибѣгая къ примѣненію трубокъ изъ декальцинированной кости для фиксаціи отломковъ костей, считалъ самое введеніе трубокъ въ гнойныя ткани пріемомъ безопаснымъ и научно провѣреннымъ, но боялся неудачи въ виду скорого ихъ рассасыванія; между тѣмъ результаты превзошли ожиданія. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ примѣненія декальцинированныхъ трубокъ наступило скорое сращеніе безъ замѣтнаго обостренія гнойнаго процесса. Трубки накладывались на концы костей, потомъ мѣсто трубки покрывалось періостальнымъ и паростальнымъ слоемъ, мышцами и подкожнымъ пластомъ; на всемъ протяженіи накладывался шовъ и вставлялись резиновые дренажи въ нижнемъ концѣ ранъ до кости; конечность фиксировалась шиной Бэли; пока происходило рассасываніе декальцинированной трубки, окружающія ее мягкія ткани по ней формировали свободный путь, по которому нарастала потомъ здоровая кость.

Несомнѣнно, что декальцинированныя трубки, скрѣпляющія отломки костей, не влекутъ значительнаго обостренія процесса воспаленія тканей, въ которыя онѣ введены.

Наблюденія надъ сращеніемъ отломковъ, скрѣпленныхъ проволокой или никелированными проволочными гвоздями послѣ кровавой подготовки застарѣлаго перелома со свищами, подтвердили правильность общепринятаго временнаго положенія, что вокругъ проволоки и гвоздей въ костяхъ развивается разжижающее кость воспаленіе, и лучшіе результаты получаются при условіи извлеченія этихъ инородныхъ тѣлъ въ концѣ 2-й недѣли. Въ лазаретѣ при соблюденіи (матеріаль, касающійся этихъ наблюденій, послужилъ



основаніемъ для доклада въ Хирургическомъ Обществѣ при Императорскомъ Харьковскомъ университетѣ) этого условія успѣхъ былъ достигнутъ во всѣхъ случаяхъ.

Въ одномъ случаѣ ( $\frac{1915}{104}$ ) застарѣлаго перелома нижней челюсти, гдѣ былъ дефектъ почти половины ея, начиная отъ уровня клыка до середины вертикальной вѣтви, и образовался уже рубецъ соответственно нижнему краю челюсти, была сдѣлана имплантація согнутой вдвое сформированной по длинѣ дефекта и обвитой поперекъ толстой серебряной проволоки. Имплантатъ прочно вросъ, движенія челюсти и форма лица замѣтно улучшились; образованія свищей не послѣдовало, не смотря на то, что послѣ вырѣзыванія плотнаго широкаго рубца была сдѣлана пластинка съ со-сѣдней кожи шеи.

Рентгенъ показалъ также отсутствіе разжижающаго воспаленія въ каналахъ, черезъ которые была продѣта проволока. Этимъ наблюденіемъ подтвердилось и второе положеніе современной хирургіи, что практически ротъ съ челюстями является единственной областью тѣла, гдѣ инородныя тѣла могутъ быть успѣшно имплантированы и при условіяхъ инфекціи.

Кусочки декальцинированной кости, которыми въ 4-хъ случаяхъ былъ заполненъ дефектъ толщи кости отломковъ, хотя и приведенныхъ до соприкосновенія концами, но съ образованіемъ углубленія между ними, вслѣдствіе потери вещества на нѣкоторомъ протяженіи длины и толщины, удержались на мѣстѣ, не были вымыты гноемъ и, повидимому, содѣйствовали нарастанію кости только въ половинѣ изъ 4 случаевъ, хотя скрѣплявшая отломки проволока во всѣ 4 раза удалялась одинаково въ концѣ второй недѣли.

Во всѣхъ случаяхъ упорныхъ костныхъ свищей примѣнялось введеніе въ нихъ пломбы Мизетигъ-Моргофа послѣ предварительнаго соскабливанія грануляцій; такимъ образомъ, много свищей, длившихся раньше цѣлыми мѣсяцами, заживало въ 1—2 недѣли; иногда нужно было повторять введеніе пломбы.

Всѣ 4 случая газовой флегмоны нижней конечности проведены посредствомъ длинныхъ разрѣзовъ пораженныхъ областей и раскрытія межмышечныхъ промежутковъ до кости, съ промываніемъ въ моментъ операціи и послѣ жидкостью Dakin'a и компрессами изъ нея же,—всѣ случаи кончились выздоровленіемъ. Палочка Вельча установлена бактериологически въ одномъ случаѣ; во всѣхъ случаяхъ были газовые пузыри въ гноѣ и въ тканяхъ и большія гнѣзда подкожныя и межмышечныя несомнѣнной гангрены; въ послѣдующемъ теченіи, во всѣхъ случаяхъ наблюдалось живое стафилококковое нагноеніе, и оно быстро уступало вакцинотерапіи Wright'a—въ случаяхъ Власова ( $\frac{1916}{420}$ )

и Дорошенко ( $\frac{1916}{438}$ ) газовая флегмона занимала всю нижнюю конечность; у перваго послѣ перелома костей голени, у втораго при переломѣ бедренной кости, и у обоихъ въ результатѣ въ обыкновенный срокъ достигнуто сращеніе переломовъ и полное разрѣшеніе флегмоны.

Въ лазаретѣ было всего 2 случая инфекцій столбнякомъ,—одинъ изъ нихъ развился поздно послѣ раненія и окончился выздоровленіемъ при леченіи противостолбнячной сывороткой и хлоралемъ-гидратомъ, другой окончился смертью.

Всѣ пять случаевъ общаго септического зараженія и одинъ случай гноекровія привели къ смертному исходу.



У всѣхъ этихъ больныхъ общія силы организма были, очевидно, подорваны еще до раненія, и благодаря этому воспалительные процессы развивались въ короткое время до степени, обусловивавшей гибель больныхъ.

При общемъ септическомъ заболѣваніи лицъ съ подорваннымъ питаніемъ всякое леченіе остается безрезультатнымъ. Изъ упоминаемыхъ здѣсь случаевъ оперированы только 3, у одного изъ нихъ вскрытъ гнойникъ колѣннаго сустава, у другого извлечена изъ тазобедреннаго сустава совершенно омертвѣлая и отдѣлившаяся головка бедренной кости, и вся операція также носила характеръ вскрытія гнойника тазобедреннаго сустава, наконецъ, у третьяго вскрытъ гнойникъ въ сосцевидныхъ полостяхъ за ухомъ, но нагноеніе захватило уже венозные пазухи твердой мозговой оболочки и гнойники образовались въ селезенкѣ. Съ 23/iv по 19/v больной былъ въ тифозной больницѣ, куда онъ былъ помѣщенъ въ виду положительной реакціи Видаля.

Въ слѣдующей таблицѣ представлены смертельные исходы какъ септическихъ заболѣваній, такъ и другихъ, въ видѣ общаго обзора всѣхъ случаевъ смерти раненыхъ воиновъ, имѣвшихъ мѣсто въ лазаретѣ съ 11 ноября 1914 по 1-е июля 1916 г.

Въ 1914 году вовсе не было смертельныхъ случаевъ.

Въ 1915 г. было 4 смертельныхъ случая, именно умерли слѣдующіе воины:

| №   | Имя и день поступленія                  | День и область раненія или очага заболѣванія                                                                                                                                  | Пульсъ, темп. и общее сост. въ день поступленія                | Родъ леченія и день операціи                                          | Родъ и день осложненія              | День и причина смерти.             |
|-----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| 194 | Гордѣевъ Игн. Еф. 30 л. 7/vi 1915 г.    | Раненъ не былъ; гангр. гнойникъ послѣ тифа лѣвой полов. шеи. Сведеніе челюсти. Желтуха, общія септ. явленія.                                                                  | 120<br>39<br>крайняя слабость.                                 | Не оперированъ.                                                       | —                                   | 21/vi отъ септической кахексіи.    |
| 218 | Неучакъ Фил. Павл. 27 л. 31/vii.        | 27/vii раненъ шрапнелью въ лѣв. ягод. внутр.поверхн. верхней части бедра, септицемія.                                                                                         | 96<br>39<br>очень слаб.                                        | Не оперированъ.                                                       | Воспален. нижней доли лѣв. легкаго. | 13/viii при явлен. серд. слабости. |
| 228 | Ахметовъ Шайна Магометъ. 19/viii.       | 7/viii раненъ шрапнелью, имѣетъ ссадину на гол., сквозную рану черезъ дельтовидную мышцу и слѣд. раненіе въ обл. лѣв. лопатки. Тризмъ. Припадки столбняка. Раны гангренозныя. | 19—80,0<br>viii 36,6<br>21—120<br>viii 40<br>крайняя слабость. | Не оперированъ. Терапія специфической сывороткой и хлораль гидратомъ. | —                                   | 22/viii умеръ отъ столбн.          |
| 253 | Брачковъ Емельянъ Андреев. 27 л. 12/ix. | 2/ix ран. пулей на вылетъ въ прав. колѣно и въ лѣв. икру. Флегмона всей прав. конечн., гнойн. скопище въ колѣнѣ.                                                              | 120/39,8<br>слабость.                                          | 17/ix. Вскрытъ прав. колѣн. суставъ и сдѣланъ разрывъ флегмоны.       | —                                   | 19/ix умеръ отъ слаб. сердца.      |



Въ 1916 г. было 4 смертельныхъ случая, умерли слѣдующія лица.

| №        | Имя и день поступления                        | День и область раненія или очага заболѣванія                                                                                                                                                                                                          | Пульсъ, темп. и общее сост. въ день поступления | Родъ леченія и день операціи                                                      | Родъ и день осложненія                     | День и причина смерти                            |
|----------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 5<br>313 | Смирновъ<br>Мих. Савел.<br>19 л. 2/1.         | 18/xii 1915 г. раненъ пулей черезъ лѣв. тазобедрен. суст. съ перед. подъ головкой и свищомъ подвижн. части уретры, пролежни, септимія.                                                                                                                | 120<br>бредъ, крайняя слабость.                 | 6/1 разрѣзъ.<br>7/1 извлеченіе при резекціи отдѣлившейся голов. лѣв. бедр. кости. | —                                          | 22/ii умеръ отъ слабости.                        |
| 6<br>392 | Боришполець<br>Ант. Осн. 40 л.<br>3/v 1916 г. | Ракъ слѣпой кишки и всей брюшины. Водянка живота.                                                                                                                                                                                                     | 118<br>36,2<br>слабость.                        | 6/v. Чревосѣченіе—вскрыта брюшная стѣнка и выпущена жидкость.                     | —                                          | 14/v умеръ отъ раковой кахексіи.                 |
| 7<br>398 | Жигуля Степ.<br>Мих. 19 л.<br>19/v 1916 г.    | Съ апрѣля гнойникъ пр. средн. уха и сосцевидныхъ полост., гнойн. тромбозъ вен. пазух. тверд. мозгов. обол. гноекровіе съ переносн. нарывами въ легкихъ. селез. и съ гнойнымъ тазов. перитонитомъ. 14/iv сдѣл. трепан. сосцевидн. обл., свищъ, піемія. | Нитевидный пульсъ 37,4<br>полный упадокъ силъ.  | 14/iv. Вскрыта сосцевидная полость.                                               | Катаральная пневмония. Септические поносы. | 27/v умеръ при явленіяхъ отека легкихъ.          |
| 8<br>403 | Пульгинъ<br>Ив. Аким.<br>19 л. 5/vi.          | 23/v раненъ пулей на вылетъ—входъ у сочлененія 1-го лѣв. ребра съ грудиной, выходъ въ 9 межребріи по прав. подмышечн. линіи, переломъ 9 ребра, кровохарканье.                                                                                         | 110<br>40,2<br>зад. и слаб.                     | Не оперир.                                                                        | —                                          | 9/vi 1916 г. умеръ при явленіяхъ серд. слабости. |

Изъ разсматриваемыхъ 445 случаевъ, бывшихъ на леченіи съ 11-го ноября 1914 г. по 1-е июля 1916 г., умерло 8, что составляетъ общій процентъ для всего этого періода менѣе 2; при этомъ въ 1914 году среди 101 больныхъ вовсе не было смертей, въ 1915 г. изъ 207 умерло 4, т. е. менѣе 2% и въ 1916 г. изъ 107 воиновъ умерло также 4, что составляетъ немного менѣе 4%. Въ 1916 г. изъ 4 смертей одна приходится на больного въ крайней степени истощенія, и 3 на случаи заболѣванія различными формами общей септической инфекціи. Въ 1915 г. изъ 4 смертныхъ случаевъ, смерть произошла у одного раненаго отъ столбняка и у трехъ отъ общаго септического отравленія крови.

За весь періодъ существованія лазарета не было случаевъ смерти непосредственно отъ оперативнаго леченія или въ причинной связи съ нимъ.

Случаи смертельныхъ исходовъ, если въ нихъ при жизни было что-нибудь не вполне опредѣленное, подвергались послѣ смерти патологоанато-



мическому вскрытію, которое производитъ всегда проф. К. Ф. Еленевскій въ секціонной Женскаго Медицинскаго Института, въ присутствіи не менѣе 2-хъ врачей лазарета; съ педагогической цѣлью было объявлено желательнымъ присутствіе фельдшерицъ изъ курсистокъ старшихъ курсовъ.

Въ отчетномъ періодѣ въ группу переломовъ вошло 252 случая, изъ которыхъ только 1 былъ закрытымъ и произошелъ отъ ушиба, всѣ же остальные были огнестрѣльные съ гнойными свищами; 162 не были осложнены поврежденіями другихъ органовъ; къ нимъ можно присоединить еще 24 застарѣлыхъ случая, въ большинствѣ которыхъ также не было поврежденій ни суставовъ, ни нервовъ, но поврежденная конечность была значительно обезображена или укорочена, и самое сращеніе было или неполное, или непрочное, посредствомъ порозной губчатой костной мозоли съ большими экзостозами; 26 переломовъ принадлежало къ суставнымъ и касалось различныхъ большихъ суставовъ; переломы множественные или соединявшіеся съ поврежденіемъ сосудовъ, нервовъ, глазного яблока, наблюдались 39 разъ; 4 перелома сочетались съ образованіемъ аневризмъ, 1 съ пораненіемъ большой вены, въ 1 случаѣ одновременно былъ переломъ бедренной и плечевой кости, въ 4, кромѣ перелома, было поврежденіе нерва или раненіе 2 другихъ областей, въ 2-хъ на почвѣ перелома развилась газовая гангрена, въ 3-хъ раненіе костей конечностей и таза или лица съ поврежденіемъ нерва и въ 12 случаяхъ переломъ сочетался съ поврежденіемъ глаза.

Въ прилагаемой таблицѣ обзоръ наибольшей группы въ 162 перелома составленъ по анатомическому положенію перелома и по годамъ поступленія въ лазаретъ.

### П е р е л о м ы .

| <i>Огнестрѣльные переломы.</i>                              | 1914 г. | 1915 г. | 1916 г. |
|-------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Черепъ . . . . .                                            | 3       | 5       | 7       |
| Костей лица . . . . .                                       | 2       | 4       | 3       |
| Верхней челюсти . . . . .                                   | —       | 1       | 1       |
| Нижней челюсти . . . . .                                    | 1       | 1       | 3       |
| Позвоночника . . . . .                                      | 1       | 2       | —       |
| Реберъ . . . . .                                            | —       | —       | 1       |
| Лопатки . . . . .                                           | —       | 1       | —       |
| Плечевой головки . . . . .                                  | 1       | —       | 1       |
| Діафиза плечевой кости . . . . .                            | 2       | 3       | 3       |
| Нижняго эпифиза плечевой кости . . . . .                    | —       | 2       | —       |
| Обѣихъ костей предплечія . . . . .                          | 3       | 5       | —       |
| Лучевой кости . . . . .                                     | 1       | 5       | 1       |
| Локтевой кости . . . . .                                    | 1       | 1       | —       |
| Костей кисти руки . . . . .                                 | 11      | 7       | 5       |
| Костей таза . . . . .                                       | 4       | 6       | 3       |
| Головки, шейки и вертальной части бедренной кости . . . . . | —       | 2       | 1       |
| Бедреннаго діафиза . . . . .                                | —       | 6       | 9       |
| Нижняго эпифиза бедра . . . . .                             | 1       | —       | —       |
| Головки большого берца . . . . .                            | 2       | —       | —       |
| Обѣихъ костей голени . . . . .                              | 2       | 4       | 4       |
| Большого берца . . . . .                                    | 4       | 3       | 2       |
| Малаго берца . . . . .                                      | 2       | —       | —       |
| Костей стопы . . . . .                                      | 5       | 10      | 4       |
| Всего . . . . .                                             | 46      | 68      | 48      |



Простой переломъ лучевой кости . . . . . 1

Итого . . . 47 68 48

Общая сумма переломовъ, не сочетавшихся съ другими поврежденіями была 162.

Изъ осложненій переломовъ аневризмами отмѣчены въ 1914 г. 1 аневризма бедренной артеріи и въ 1915 г. три: (волярной, межкостной, бедренно-подколенной и бедренной). Въ 1916 г. сдѣлана 1 разъ перевязка бедренной вены при разрывѣ ея въ случаѣ перелома бедренной кости.

Переломы суставныхъ концовъ костей, проникающіе въ суставъ и при этомъ раненіе суставной сумки.

|                                 | 1914 г. | 1915 г. | 1916 г. |
|---------------------------------|---------|---------|---------|
| Тазобедренный суставъ . . . . . | 3       | 2       | —       |
| Колѣно . . . . .                | 2       | 3       | 2       |
| Голеностопный . . . . .         | —       | 1       | —       |
| Плечевой . . . . .              | 1       | 2       | 1       |
| Локтевой . . . . .              | 1       | 4       | 1       |
| Лучезапястный . . . . .         | 1       | 2       | —       |
|                                 | 8       | 14      | 4       |

Къ случаямъ, вошедшимъ въ счетъ вышеприведенной таблицы, должно присоединить еще два случая суставныхъ переломовъ, сочетанныхъ съ другими большими поврежденіями, это именно: 1) переломъ тазобедреннаго сустава и при этомъ раненіе scroti и urethrae и 2) переломъ обѣихъ костей лѣваго предплечья съ переломомъ костей указательнаго пальца правой руки и 2 и 3 пальцевъ лѣвой ручной кисти.

Изъ другого рода суставныхъ поврежденій было въ 1915 г. 1 случай ушиба колѣна, 1 случай нагноенія колѣна, 1—нагноенія лучезапястнаго сустава.

Простыя кожномышечныя раненія видны изъ слѣдующей таблицы:

|                                | 1914 г. | 1915 г. | 1916 г. |
|--------------------------------|---------|---------|---------|
| Голова . . . . .               | —       | —       | 2       |
| Шея . . . . .                  | —       | —       | 1       |
| Грудь . . . . .                | —       | —       | 2       |
| Лицо . . . . .                 | 1       | —       | —       |
| Лопатка . . . . .              | —       | 1       | 1       |
| Подключичная область . . . . . | —       | 1       | —       |
| Грудная мышца . . . . .        | 1       | 1       | —       |
| Подмышечная впадина . . . . .  | —       | 2       | 1       |
| Плечо . . . . .                | 2       | 1       | 1       |
| Предплечіе . . . . .           | 2       | 1       | 1       |
| Кисть . . . . .                | 2       | —       | —       |
| Поясница . . . . .             | 1       | 2       | —       |
| Ягодицы . . . . .              | 1       | 2       | —       |
| Scrotum . . . . .              | —       | 2       | —       |
| Бедро . . . . .                | 4       | 7       | 7       |
| Голень . . . . .               | 3       | 4       | —       |
| Колѣно . . . . .               | —       | 1       | —       |
| Подколенная область . . . . .  | —       | 1       | —       |
| На стопѣ . . . . .             | —       | 1       | —       |
|                                | 17      | 27      | 16      |

Всего простыхъ кожномышечныхъ раненій за весь отчетный періодъ было 60.



Множественных кожномышечных ранений было въ 1914 г. 2, въ 1915 г. 3, въ 1916 г. 8. Ранъ кожномышечныхъ, осложненныхъ поврежденіемъ нервовъ, въ 1914 г. было 3.

Контрактуры мышечнаго происхожденія было въ 1915 г. 3 случая.

Перевязокъ большихъ артерій въ 1914 г. 1 и въ 1915 г. 1 случай.

Въ связи съ пораненіемъ мягкихъ частей наблюдались аневризмы въ 1914 г. подключичной артеріи ниже ключицы 1 и бедренной 1, и въ 1915 г. глубокой артеріи бедра 1 и бедренноподколенной 1.

Перевязано большихъ артерій—въ 1914 г. 1 разъ подключичная и 1 разъ передняя берцовая, въ 1915 г. 1 разъ лучевая.

Свищей въ мягкихъ частяхъ ампутаціонной и экзартикуляціонной культи было въ 1915 г., послѣ ампутаціи пальцевъ на кисти . . . 1

„ „ голени . . . . . 3

„ „ бедра . . . . . 2

въ тазобедренномъ суставѣ . . . . . 1

Всего . . . . . 7

Реампутацій вслѣдствіе свищей съ торчаніемъ кости съ изъязвленіемъ приросшаго къ ней рубца въ 1915 году было:

Бедро . . . . . 2

Голени . . . . . 1

Плеча . . . . . 1

Всего . . . . . 4

Большихъ абсцессовъ, потребовавшихъ типичныхъ для раневыхъ областей разрывовъ, какъ, напр., при локализациі глубоко въ околоуставной ткани, напр. вокругъ тазобедреннаго плечевого и грудиноключичнаго съ затеками въ средостѣніе или представлявшихъ исключительными по роду и распространенію инфекціи, какъ, напр., паратифозный инфильтратъ періоста нѣсколькихъ реберъ, слившійся въ общую массу, было 4 случая, и всѣ относятся къ 1915 году.

Отмороженія наблюдались на стопѣ и пальцахъ въ 1914 г. 2, въ 1915 г. 7 и въ 1916 г. 3.

Поврежденія областей, заключающихъ въ себѣ большія полости и важные внутренніе органы, а равно и раненія послѣднихъ отмѣчены въ слѣдующихъ случаяхъ:

|                                         | 1914 г. | 1915 г. | 1916 г. |
|-----------------------------------------|---------|---------|---------|
| 1. Раненія груди, легкихъ и средостѣнія | 3       | 5       | 9       |
| 2. Живота и его органовъ . . . . .      | —       | 2       | 2       |
| 3. Груды и живота . . . . .             | —       | 1       | —       |
| 4. Таза . . . . .                       | —       | 4       | —       |
| 5. Черепа съ поврежденіемъ мозга . . .  | 3       | 2       | 5       |
| 6. Позвоночнаго канала и спинного мозга | 4       | 1       | —       |
| Всего . . . . .                         | 10      | 15      | 16      |

Изъ 5 случаевъ поврежденія черепа 1916 г. всѣ были подвергнуты трепанациі черепа въ госпиталяхъ менѣе отдаленныхъ отъ фронта и поступили въ лазаретъ въ Харьковъ 2, со свищами 3, съ параличными явленіями, причѣмъ въ одномъ изъ нихъ до трепанациі паралича не было.

Различныя степени паралича периферическаго происхожденія, вслѣдствіе ушиба съ кровоизліяніемъ и рубцомъ, вслѣдствіе давленія костной мозоли или благодаря нарушенію цѣлости нервнаго ствола послужили показаніемъ для освобожденія нерва или нейропластики различныхъ крупныхъ стволовъ верхней и нижней конечности въ 1915 г. 5 разъ, въ 1916 г. 1 разъ.



|                                                       | 1914 г. | 1915 г. | 1916 г. |
|-------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Операция энуклеация глазного яблока сделана . . . . . | —       | 1       | 8       |
| Всего . . . . .                                       |         | 9       |         |

Въ 1916 г. сделана операция удаления воспаленного слезного мешка 1.

Въ 1915 г. произведена 1 операция вылушения шейныхъ туберкулезныхъ железъ, 2 резекции epididymis testis при туберкулезѣ этого органа, 1 экстирпация testis при туберкулезномъ поражении самого testis, операция двусторонней паховой грыжи по радикальному способу Кохера, 2 чревосечения: въ одномъ случаѣ при общемъ раковомъ поражении всей брюшины, въ другомъ, при общемъ туберкулезѣ брюшины, развившемся послѣ поражения слѣпой кишки; трепанация сосцевиднаго отростка у 2-хъ больныхъ при остромъ нагноении въ сосцевидной полости, и у 2-хъ больныхъ сделана радикальная операция удаления червеобразнаго отростка.

Въ 1914, 1915 и 1916 г. каждый годъ у одного раненаго былъ діагносцированъ тифъ, и больные были переведены въ специальную больницу.

| Сдѣланы операции:                                                                                                                                   | 1914 г. | 1915 г. | 1916 г. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| 1. Большіе или сложные разрывы . . . . .                                                                                                            | 6       | 18      | 19      |
| Всего . . . . .                                                                                                                                     |         | 43      |         |
| 2. Пластическія операции для закрытія дефекта мягкихъ частей . . . . .                                                                              | —       | 5       | 2       |
| Всего . . . . .                                                                                                                                     |         | 7       |         |
| 3. Разсѣченія сухожилій и мышцъ для устранения контрактуръ . . . . .                                                                                | —       | 4       | —       |
| 4. Простыя некротоміи, въ томъ числѣ съ послѣдующимъ проволочнымъ швомъ . . . . .                                                                   | 10      | 21      | 15      |
| Всего . . . . .                                                                                                                                     |         | 46      |         |
| 5. Некротоміи съ костной гетеропластикой посредствомъ декальцинированныхъ костей . . . . .                                                          | —       | 7       | —       |
| Всего . . . . .                                                                                                                                     |         | 7       |         |
| 6. Некротомія большихъ трубчатыхъ и плоскихъ костей съ пластическимъ закрытіемъ дефекта подкожножировымъ или мышечнымъ лоскутомъ на ножкѣ . . . . . | 2       | 3       | —       |
| Всего . . . . .                                                                                                                                     |         | 5       |         |
| 7. Операции вскрытія нагноившагося сустава лучезапястнаго . . . . .                                                                                 | 1       | —       | —       |
| Колѣннаго . . . . .                                                                                                                                 | 1       | 1       | —       |
| Всего . . . . .                                                                                                                                     |         | 3       |         |
| 8. Резекцій костей:                                                                                                                                 |         |         |         |
| Ключицы . . . . .                                                                                                                                   | 1       | —       | —       |
| Реберъ . . . . .                                                                                                                                    | 1       | —       | —       |
| Плечевой кости . . . . .                                                                                                                            | 1       | 2       | —       |
| Всего . . . . .                                                                                                                                     |         | 5       |         |
| 9. Резекціи большихъ суставовъ:                                                                                                                     |         |         |         |
| Плечевого . . . . .                                                                                                                                 | 1       | 4       | 1       |
| Локтевого . . . . .                                                                                                                                 | 1       | 4       | —       |
| Тазобедреннаго . . . . .                                                                                                                            | 3       | 1       | —       |
| Всего . . . . .                                                                                                                                     |         | 15      |         |



Общее число всѣхъ выше перечисленныхъ операцій 135; при нѣкоторыхъ изъ нихъ было произведено во время операціи извлеченіе огнестрѣльныхъ снарядовъ.

Пули, застрѣвшія у раненаго Биндюка ( $\frac{1916}{323}$ ) въ стѣнкѣ праваго желудка сердца, у Борисюка ( $\frac{1916}{342}$ ) въ толщѣ печени и у нѣкоторыхъ раненыхъ въ мозгу, въ легкихъ и въ средостѣніи не дали повода къ попыткамъ извлечь ихъ въ виду отсутствія къ этому очаговыхъ показаній и въ виду хорошаго состоянія раненыхъ.

Состояніе Биндюка было настолько хорошо, что несмотря на запротоколированныя въ исторіи болѣзни свѣдѣнія, полученныя д-мъ Ю. А. Гольдингеромъ при рентгеноскопіи, о нахожденіи у раненаго ружейной пули въ стѣнкахъ праваго желудочка сердца, эвакуаціонная комиссія изъ осматривавшихъ раненаго врачей, не считая возможнымъ совсѣмъ освободить его отъ службы, дала ему только трехмѣсячный отпускъ.

Изъ сложныхъ случаевъ успѣшнаго извлеченія огнестрѣльныхъ снарядовъ, давшихъ благотворные результаты, заслуживаютъ вниманія: 1) Шепель ( $\frac{1914}{69}$ ), у котораго ружейная пуля была удалена изъ позвоночнаго канала, гдѣ она, соотвѣтственно 8 грудному позвонку, сдавливая спинкой мозгъ, вызывала припадки клоническихъ судорогъ необычайной силы при малѣйшей попыткѣ больного двинуть ногами, приподняться и даже при пассивномъ подыманіи ногъ,—эти припадки исчезли непосредственно по извлеченіи пули, и функція ногъ у него постепенно возстановилась, 2) Мизановъ ( $\frac{1915}{207}$ ), у котораго шрапнель извлечена изъ бокового сегмента тѣла 3-го поясничнаго позвонка.

Всѣ аневризмы на конечностяхъ проведены по способу Syme-Anandal'a и послѣ профилактической констрикціи сосудовъ положеніемъ резиновой трубки у основанія члена по Esmarch'у обнажался аневризматическій мѣшокъ, опорожнялся дочиства отъ сгустковъ, и отверстія въ приводящихъ и отводящихъ сосудахъ закрывались лигатурой изъ самаго мѣшка.

При высокомъ расположеніи аневризмъ на бедрѣ и плечѣ незамѣнимыми для гемостаза являются иглы Wyeth'a, предложенныя имъ для имостаза при экзартикуляціи въ бедренномъ и плечевомъ суставахъ.

Случай колоссальной артеріовенозной аневризмы на подключичномъ сегментѣ подключичныхъ сосудовъ у раненаго Бадьянца ( $\frac{1914}{31}$ ) былъ успѣшно оперированъ послѣ предварительной резекціи ключицы. Большія опасенія относительно сохраненія ноги у раненаго Лоевскаго ( $\frac{1915}{177}$ ), ампутированнаго уже до поступленія въ лазаретъ на лѣвомъ бедрѣ, вызывала артеріовенозная аневризма бедренноподколѣннаго сегмента главныхъ сосудистыхъ стволовъ правой ноги, но послѣ шва раны на зенѣ и лигированная изъ полости мѣшка обоихъ концовъ артеріи, раненый былъ доведенъ до выздоровленія и выписался изъ лазарета, сохранивъ стопу и всѣ пальцы совершенно неповрежденными.



Перевязкой лѣвой подключичной артеріей надъ ключицей у Гаидинова ( $\frac{1915}{174}$ ) было достигнуто прочное запусѣніе подключичной аневризмы этой

артеріи, у Некрасова ( $\frac{1915}{173}$ ) же послѣ перевязки выше ключицы правой подключичной артеріи при артеріовенозной аневризмѣ сегментовъ подключичныхъ сосудовъ ниже ключицы, сопровождавшейся при рѣзкомъ непрерывномъ шумѣ пульсаціей—всей опухоли, отекомъ области большой грудной мышцы и напряженнымъ отекомъ всей правой верхней конечности, шумъ прекратился только на нѣсколько дней и потомъ опять возобновился, но отекъ и опухоль конечности уменьшились, и не возобновилась передача тягостнаго ощущенія пульсовыхъ толчковъ въ голову.

504726  
Съ точки зрѣнія патологии и терапіи травматическихъ поврежденій гор-  
танныхъ хрящей интересенъ случай огнестрѣльнаго раненія верхне-передняго  
края лѣваго щитовиднаго хряща съ послѣдующимъ суженіемъ голосовой  
щели, вслѣдствіе опухоли ложныхъ связокъ, и съ утолщеніемъ мягкихъ частей,  
сведенныхъ со щитовидными хрящами, главнымъ образомъ, надхрящницы;  
раненому была сдѣлана низкая трахеотомія; извлеченіе канюли сейчасъ же  
вызывало удушье. Была сдѣлана ларингофиссура, извлечены кусочки хряща изъ  
толщи голосовой связки, и удалена часть рубцовъ. Въ результатѣ—возстано-  
вленіе просвѣта щели до нормы, канюля вынута, отверстіе закрылось, опу-  
холь мягкихъ частей на щитовидныхъ хрящахъ исчезла, и появился голосъ.

Выжидательное леченіе въ 3-хъ случаяхъ поврежденія спинного мозга  
съ параличами ногъ, прямой кишки и мочевого пузыря, съ острыми гангре-  
нозно-прогрессировавшими пролежнями крестца и области вертеловъ, съ общимъ  
септическимъ, вслѣдствіе этого, состояніемъ и повосами, привело къ непол-  
ному заживленію пролежней, закрытыхъ потомъ пластическими операціями; у  
Индѣйкина ( $\frac{1915}{213}$ ) при раздробленномъ переломѣ 1 поясничнаго позвонка,

у Шмата ( $\frac{1915}{280}$ ) при слѣпомъ раненіи вправо отъ средней линіи 10 по-  
звонка и у Чабана ( $\frac{1916}{424}$ ) послѣ воздушной контузіи снарядомъ безъ измѣ-  
ненія костей позвоночника, къ самому небольшому улучшенію параличей у  
Индѣйкина и у Шмата и къ осложненію болѣзненной контрактурой съ клони-  
ческими судорогами у Чабана.

Декопрессивная ламинэктомія 5, 6 и 7-го грудныхъ позвонковъ у Лося  
( $\frac{1916}{319}$ ), при застрявшей пулѣ въ заднемъ средостѣніи и развитіи крайней  
слабости въ правой ногѣ, полного паралича лѣвой ноги, недержанія мочи и  
запора, а также громаднаго пролежня на правомъ вертелѣ, по извлеченіи  
осколковъ, дужки и кусковъ реберной шейки, сдавливавшихъ мозгъ, обусло-  
вила полное исчезаніе паралича ногъ, восстановила дѣятельность пузыря и  
прямой кишки и ускорила очистку бывшаго пролежня, подготовивъ возмож-  
ность закрытія его кожной пластинкой,—Лось выписался изъ лазарета въ  
такомъ состояніи, что въ эвакуаціонной комиссіи онъ не былъ освобожденъ,  
но получилъ 3-хмѣсячный отпускъ.

Хотя точное опредѣленіе характера поврежденія позвоночника и спинного  
мозга при огнестрѣльныхъ раненіяхъ возможно только въ моментъ операціи, но  
считался съ тѣмъ, что ламинэктомія при заживленіи ранъ безъ осложнений не



влечетъ никакой опасности, должно признать правильнымъ взглядъ, что при частномъ поврежденіи спинного мозга, при переломахъ позвонковъ слѣдуетъ оперировать, а при полномъ поврежденіи спинного мозга операція не можетъ повредить.

Въ виду того, что опубликованы случаи съ клиническимъ явленіями полного поврежденія мозга, гдѣ операціей были устранены самые тягостные припадки, и что случаи, гдѣ выжиданіе въ теченіе первыхъ недѣль не даетъ улучшенія, вообще не способны улучшаться, должно оперировать во всѣхъ случаяхъ, гдѣ можно ожидать заживленія раны безъ опасныхъ осложнений.

Вальтонъ высказывается по этому вопросу въ слѣдующихъ краткихъ словахъ.

„Нѣтъ никакихъ симптомовъ, которыми устанавливалось бы неоправимое разможженіе мозга. Въ то время, какъ полный дряблый параличъ, анестезія, рѣзкая демаркація, полная потеря рефлексовъ, задержка, приапизмъ и тимпанитъ, если они персистенты, указываютъ на полное неоправимое поперечное поврежденіе, одно возникновеніе этихъ симптомовъ не исключаетъ восстановленія функціи до извѣстной степени. Предсказаніе безъ операціи тяжкое. Если результаты операцій были не блестящи, то все же они достаточны для того, чтобы уполномочить насъ болѣе расширить практику. Въ большинствѣ случаевъ благоразумно оперировать въ теченіе первыхъ дней послѣ поврежденія, нужно только выждать нѣсколько часовъ, частью по причинѣ шока, частью, чтобы исключить діагнозъ простой дисторсіи. У насъ нѣтъ непреложныхъ указаній на протяженіе поврежденія.

Въ худшемъ случаѣ операція не подвергаетъ жизни существенной опасности и не вліяетъ неблагоприятно на теченіе случая; иной разъ она спасаетъ больного отъ смерти или отъ безпомощнаго увѣчья самаго бѣдственнаго характера. вмѣсто того, чтобы выбирать подходящіе случаи для операціи, мы скорѣе должны отбирать случаи, въ которыхъ операція противопоказана (больные съ большимъ смѣщеніемъ позвонковъ, съ высокой температурой, почти умирающіе, остающіеся въ состояніи шока)“.

Если такой взглядъ на ламинэктомию при огнестрѣльныхъ раненіяхъ не расходится съ научными выводами современной хирургіи, то можно только пожелать большого распространенія его и въ госпиталяхъ менѣе отдаленныхъ отъ фронта: отъ широкаго производства ламинэктомиі можно ожидать не меньшаго успѣха, чѣмъ отъ трепанированія черепа, особенно, гдѣ къ трепанаціи не побуждаетъ *indicatio vitalis*, и гдѣ техника не является вполне совершенной.

Заканчивая этимъ объясненія къ приводимымъ ниже клиническимъ даннымъ, я считаю пріятнымъ долгомъ поблагодарить врачей лазарета д-ра М. Б. Х. Касимова и д-ра Н. Ф. Санину-Писнячевскую, положившихъ не мало заботъ и труда на то, чтобы дѣятельность лазарета шла по разъ избранному руслу.

ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВА  
БІБЛІОТЕКА

1931  
ИВБ 6773



LIBRARY OF THE  
BIOLOGICAL MUSEUM