

Поврежденія сосудовъ.

Несмотря на то, что весьма часто приходилось видѣть случаи, гдѣ направленіе канала огнестрѣльной раны совпадало съ положеніемъ большихъ сосудовъ, кровотеченія наблюдались рѣдко. Въ особенности памятенъ намъ одинъ подобный случай.

Рако Радуновичъ, раненъ 27 августа, въ грудь и плечо. На плечѣ входная рана была какъ-разъ *in sulco bicipitali interno*, на границѣ верхней трети плеча со среднею, а выходная—на задней поверхности плеча на самой срединѣ. Рана зажила безъ всякихъ осложнений. Отсутствие кровотеченій въ подобнаго рода случаяхъ можетъ быть, какъ извѣстно, объяснено двоякимъ образомъ: или уклоненіемъ сосудовъ при раненіи, что признается авторами, или же тѣмъ, что, и при несомнѣнныхъ ранахъ артеріальныхъ стволовъ, кровотеченія можетъ и не быть ¹⁾.

Первичныя кровотеченія, хотя и не часто, мы наблюдали при огнестрѣльныхъ ранахъ, именно: на 114 огнестрѣльныхъ ранъ въ Даниловградѣ мы имѣли, только въ трехъ случаяхъ кровотеченія сряду послѣ раненія, не считая тѣхъ ранъ, при которыхъ было окрашено кровью бѣлье раненнаго, и, затѣмъ, по доставкѣ его на перевязочный пунктъ, кровь болѣе не показывалась. Изъ указанныхъ трехъ случаевъ, въ двухъ, кровотеченіе было въ полость рта: въ одномъ случаѣ, при огнестрѣльномъ переломѣ верхней челюсти, въ другомъ — нижней. Можетъ быть, эти кровотеченія были обусловлены поврежденіемъ незначительнаго артеріальнаго ствола, но продолжались въ теченіи нѣсколькихъ часовъ довольно упорно, вслѣдствіе неблагоприятныхъ условій для достиженія раны. Не смотря на всѣ неудобства для примѣненія кровеостанавливающихъ средствъ черезъ полость рта, — нельзя придавить кровоточащую часть бинтомъ, какъ на туловищѣ и конечностяхъ, нельзя употребить и тампонацію, какъ при кровотеченіяхъ носовыхъ, — указанные кровотеченія были остановлены, безъ оперативныхъ кровавыхъ пріемовъ, однимъ энергическимъ промываніемъ полости рта струею холодной воды. Раны были нанесены около полудня 4

¹⁾ Тамже, стр. 285, въ 1 томѣ.

іюня, а къ вечеру, часамъ къ 9-ти, кровотеченія, открывшіяся сряду послѣ раненія, остановились. Третій случай представлялъ

Новакъ Джукичъ, черногорецъ, раненный 25 мая при аванпостной стычкѣ: входное отверстіе было снутри, въ средней трети правого бедра, а выходное—снаружи, въ верхней трети голени. Раненъ былъ утромъ и тотчасъ-же былъ доставленъ въ даниловградскій госпиталь весь въ крови. По открытіи раны, черезъ выходное отверстіе пошла струйка артеріальной крови. Немедленно была прижата *art. femoralis* къ лонной дугѣ пальцемъ, что продолжалось около одного часа. Такъ какъ, по ходу раны, можно было предположить раненіе *arteriae popliteae*, то приготовились, на случай къ перевязкѣ бедренной артеріи. Но предварительно положили ногу на лубокъ, хотя рана не была соединена съ поврежденіемъ кости, и крѣпко забинтовали, примѣнивъ давленіе на рану,—и кровотеченіе не возобновлялось до 5-го іюня, когда мы этого больного упустили изъ виду, по закрытіи госпиталя въ Даниловградѣ.

Что касается вторичныхъ кровотеченій, то мы имѣли возможность наблюдать ихъ въ цетиньскомъ госпиталѣ, гдѣ на 100 раненныхъ было четыре случая кровотеченій. Если-бы можно было обобщить это ничтожное количество раненій и при нихъ кровотеченій, то пришлось бы сказать, что въ Черногоріи былъ самый малый процентъ кровотеченій, потому что Пироговъ, при огнестрѣльныхъ ранахъ, принимаетъ случаевъ кровотеченій отъ 4 до 10%¹⁾. Но такъ какъ въ указанное число 100 ранъ вошли и незначительныя огнестрѣльныя поврежденія, процентъ же Пирогова относится только къ значительнымъ поврежденіямъ, то приходится принять, что приведенный нами процентъ (4%⁰)—уже не самый малый, а, по крайней мѣрѣ, средній.

Кровотеченія открывались преимущественно ночью, что вполне согласуется съ замѣчаніемъ Пирогова; ²⁾ поэтому въ Цетинье были приняты мѣры: студенты жили въ госпиталяхъ и ночью поочередно ходили по палатамъ. Къ чести ихъ, ни одно кровотеченіе не оставалось незамѣченнымъ въ свое время: всѣ были останавливаемы сейчасъ-же пальцевымъ прижатіемъ, приносящаго кровь къ ранѣ, главнаго артеріальнаго ствола.

¹⁾ Тамже, т. 1, стр. 803.

²⁾ Тамже, т. 1, стр. 303.

Въ одномъ случаѣ кровотеченіе открылось при проникающей ранѣ локтеваго состава, безъ перелома составныхъ концовъ (Стеванъ Радониць), на 9-й день послѣ раненія. Входное отверстіе было *in plica cubiti*, безъ выходнаго, такъ, что нужно было допустить раненіе плечевой артеріи. Кровотеченія были въ этомъ случаѣ періодическими и повторялись, черезъ нѣсколько часовъ, въ теченіи пяти дней, съ особенною частотою по ночамъ. Больной за это время исхудалъ, поблѣднѣлъ и ослабѣлъ, но, тѣмъ не менѣе, на перевязку *art. brachialis* не согласился. Послѣ больной выздоровѣлъ, при полномъ анкилозѣ въ локтевомъ сочлененіи.

Другой случай кровотеченія былъ наблюдаемъ при проникающей ранѣ груди (Благое Іовановичъ) и представлялъ тоже періодическія кровотеченія. Входное отверстіе было вправо отъ позвоночника, на уровнѣ послѣдняго груднаго позвонка, а выходное—въ области 8 ребра, на 3 поперечныхъ пальца взади отъ *lineae axillaris dextrae*. Кровотеченіе открылось черезъ двѣ недѣли послѣ раненія и повторялось, въ теченіи трехъ дней, нѣсколько разъ. Потомъ пять дней его не было, а послѣ кровотеченія возобновились съ большею силою, открывался разъ по 5 въ сутки, въ особенности ночью. Прижатіе пальцемъ области межребернаго промежутка, между 9 и 10 ребромъ, останавливало кровотеченіе. Черезъ рану было сообщеніе полости плевры съ воздухомъ. Больной умеръ черезъ 4 мѣсяца.

Въ третьемъ случаѣ, кровотеченіе было, при острогнойномъ отека, въ области стопы, послѣ разрывъ на тыльной ея поверхности, черезъ 2 недѣли послѣ раненія. Кровотеченіе остановилось отъ прижатія, примѣннаго на самый кровотокащій разрывъ, но черезъ 2 дня больной умеръ отъ острогнойнаго отека.

Четвертый случай былъ похожъ на предъидущій тѣмъ, что кровотеченіе появилось тоже при распространеніи вонючаго гноя на верхнюю часть голени и нижнюю часть бедра. Рана была въ области праваго колѣннаго состава: входное отверстіе снаружи *patellae*, выходное—сзади и тоже снаружи. Кровотеченіе было изъ выходной раны и скоро остановилось прижатіемъ бедренной артеріи. Больной былъ взятъ домой, въ безнадежномъ состояніи.

Кромѣ того, въ двухъ случаяхъ ранъ, проникающихъ въ плечевый составъ и осложненныхъ переломомъ плечевой головки,

наблюдалось обильное отдѣленіе крови, вмѣстѣ съ гноемъ, такъ что первая преобладала, въ сравненіи съ послѣднимъ. Это явленіе стало замѣчаться предъ наступленіемъ смертельнаго исхода.

Венозныхъ, ясно выраженныхъ, кровотеченій намъ не пришлось видѣть.

Поврежденія нервовъ.

Еще рѣже, чѣмъ поврежденія сосудовъ, мы видѣли поврежденія нервныхъ стволовъ. Впрочемъ, мы должны сознаться, что точную діагностику мы могли поставить только относительно тѣхъ ранъ, которыя наблюдали въ Цетиньѣ въ теченіи долгаго времени. Здѣсь, на 100 огнестрѣльныхъ ранъ, только въ двухъ случаяхъ мы могли констатировать поврежденіе нервныхъ стволовъ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ была проникающая рана локтеваго состава (Джюко Пешай), съ входнымъ отверстіемъ въ области локтеваго отростка, и выходнымъ—на передней поверхности предплечія, въ верхней его части, при чемъ были разбиты составные концы плечевой и локтевой костей. Когда рана стала заживать и въ составѣ образовался анкилозъ, были замѣчены паретическія явленія въ ручной кисти и потеря чувствительности. Въ другомъ случаѣ была уже зажившая рана въ области таза (Никола Киничъ, раненъ 11 іюня): входное отверстіе было на уровнѣ *cristae ilei*, съ лѣвой стороны, на продолженіи *lineae axillaris S.*, выходное—съ правой стороны, въ области ягодичной, на уровнѣ копчика. Послѣ заживленія раны остались нѣкоторые припадки со стороны нервной системы, именно: разстройство функціи лѣвой ноги: больной могъ ходить и дѣлать всѣ движенія, но жаловался на то, что онъ это дѣлаетъ не съ прежней свободой и увѣренностію; кромѣ того, была потеряна чувствительность на задней поверхности лѣваго бедра, что заставляеть принять въ данномъ случаѣ поврежденіе *n. cutanei posterioris femoris*.

Можно предположить, что были поврежденія нервовъ и кромѣ приведенныхъ, но были замаскированы острыми воспалительными припадками.

Заживленіе огнестрѣльныххъ каналовъ per primam intentionem.

Послѣднія войны вполнѣ доказали возможность заживленія пулевыхъ каналовъ первымъ натяженіемъ, которое прежде или вовсе не допускалось, или же считалось величайшею рѣдкостью. Такъ, Штромейеръ принимаетъ за правило заживленія огнестрѣльныххъ ранъ черезъ нагноеніе ¹⁾. Нейдѣрферъ считаетъ первичное натяженіе при огнестрѣльныххъ ранахъ рѣдкимъ въ высокой степени, хотя и допускаетъ возможность его, въ доказательство чего приводитъ единственный примѣръ, и то, не изъ военно-полевой, а изъ мирной практики ²⁾. Точно также и въ популярномъ въ Россіи учебникѣ Питы и Бильрота заживленіе огнестрѣльныххъ ранъ *per primam intentionem* принимается, какъ величайшая рѣдкость. ³⁾ Пироговъ, въ своихъ «Началахъ военно-полевой хирургіи», допускалъ возможность заживленія чѣмъ-то въ родѣ перваго натяженія (подъ струпомъ) только иногда и, притомъ, въ поверхностныхъ огнестрѣльныххъ ранахъ ⁴⁾. Въ другомъ мѣстѣ книги онъ допускаетъ возможность заживленія и глубокихъ пулевыхъ ранъ *per primam intentionem*, въ томъ случаѣ, если раненный «въ хорошее время года, при удобной транспортировкѣ, будетъ перемѣщенъ въ здоровую мѣстность. Всѣ рѣдкіе случаи зарощенія пулевыхъ ранъ *per primam intent.*», прибавляетъ онъ, «про возможность котораго еще и до сихъ поръ спорять, принадлежать къ этой категоріи» ⁵⁾.

Но уже послѣ посѣщенія германскихъ лазаретовъ въ 1870 г., нашъ великій хирургъ пишетъ, что онъ «видѣлъ гораздо чаще раны отъ пуль Шасспо заживающими, или зажившими почти безъ нагноенія» ⁶⁾. Д-ръ Ковалевскій, наблюдавшій раны въ

¹⁾ *Stromeyer*, Maxim. der Kriegsheilkunst, стр. 181.

²⁾ *Neudörfer*, Handb. der Kriegschir., т. 1, стр. 97.

³⁾ *Фишеръ*, Общая военная хирургія, въ хирургіи *Питы и Бильрота* стр. 176.

⁴⁾ *Пироговъ*, Начала военно-полевой хирургіи, т. 1, стр. 239.

⁵⁾ Тамже, т. 2, стр. 269.

⁶⁾ Его же: Отчетъ о посѣщеніи военно-санитарныхъ учреждений въ Германіи, стр. 66.

Черногоріи, раньше насъ годомъ, утверждаетъ, что онъ часто наблюдалъ случаи раненій ружейною пулею, гдѣ рана заживала безъ нагноенія» ¹⁾).

На основаніи того, что намъ пришлось наблюдать въ Черногоріи, мы должны вполне присоединиться къ заявленію д-ра Ковалевскаго. Въ весьма многихъ случаяхъ мы видѣли заживленіе пулевыхъ каналовъ, при самомъ ничтожномъ нагноеніи, а въ нѣкоторыхъ, далеко не рѣдкихъ, случаяхъ оно послѣдовало безъ капли гноя, что въ особенности часто (въ половинѣ всѣхъ ранъ мягкихъ частей) было наблюдаемо на бедрѣ. При этомъ мы должны оговориться, что первымъ натяженіемъ заживалъ только собственно пулевой каналъ, самыя же отверстія его въ кожѣ, въ нашихъ случаяхъ, всегда подвергались рубцеванію черезъ процессъ грануляціонный. Обыкновенно эти случаи протекали слѣдующимъ образомъ. Въ первые дни оба отверстія покрывались коркой, струпомъ; реакціи воспалительной—красноты, боли и т. д. не появлялось вовсе. Черезъ недѣлю или дней черезъ десять, корочки отпадали вовсе, и подъ ними обнаруживались грануляціонныя поверхности въ періодѣ рубцеванія, которыя вслѣдъ за тѣмъ скоро заживали. Изъ глубины канала такъ ни капли гноя и не выходило, равнымъ образомъ не наступало вовсе и воспалительныхъ острыхъ явленій (случаи см. въ III отдѣленіи. «Раны мягкихъ частей»).

Вообще говоря, цикатризаціи кожныхъ отверстій при пулевыхъ ранахъ не наступали слишкомъ скоро. Полнаго закрытія рубцомъ пулевой раны, въ большинствѣ случаевъ, мы не дожидались, такъ какъ больные, съ закрытіемъ канала, обыкновенно спѣшили оставить больницу, или-же мы и сами предлагали имъ лѣчиться амбулаторно, въ виду наплыва новыхъ раненныхъ. Но, судя по тѣмъ случаямъ, которые оставались въ больницѣ до полнаго заживленія раны, можно сказать, что оно не наступало ранѣе 3—4 недѣль.

Говоря о заживленіи пулевыхъ каналовъ, безъ поврежденія костей, первымъ натяженіемъ, мы не можемъ не упомянуть объ одномъ случаѣ перелома бедра, въ нижней его части, за-

¹⁾ Ковалевскій, Отчетъ по цетиньскимъ госпиталямъ, стр. 8.

жившаго, тоже безъ нагноенія въ глубинѣ канала. При этомъ было поврежденіе и колѣннаго состава.

Джуро Мусевичъ, 30-ти-лѣтъ, раненъ 4-го іюня. Перенесъ транспортировку отъ Даниловграда до Цетинье безъ всякихъ приспособленій для обезпеченія неподвижности конечности. На 6-й день послѣ раненія, въ Цетинье наложена была гипсовая повязка. Гной отдѣлялся черезъ заднее отверстіе—собственно, разрѣзъ, черезъ который была удалена пуля,—въ самомъ ничтожномъ количествѣ, такъ что, по наложеніи гипсовой повязки, мы могли не прорѣзывать окна, въ теченіи нѣсколькихъ дней. Можно сказать, что гноя отдѣлялось лишь нѣсколько капель въ сутки. Входное же отверстіе, бывшее на передней поверхности колѣна, выше *patellae*, вовсе не представляло нагноенія. Черезъ мѣсяцъ по снятіи повязки, мы нашли мозоль въ мѣстѣ перелома и значительный выпоть въ составѣ, серознаго характера. Раны совершенно зажили черезъ мѣсяцъ. При сращеніи послѣдовало укороченіе конечности на 2 см. Черезъ 2½ мѣсяца больной могъ ходить съ палкой и въ такомъ состояніи выписался.

Подобнаго рода случаи описываются авторами, какъ величайшая рѣдкость ¹⁾).

Объ изслѣдованіи огнестрѣльных ранъ.

Съ одной стороны, въ виду возможности заживленія пулевыхъ, простыхъ (безъ осложненій переломами, поврежденіемъ составовъ, и т. п.) ранъ, первымъ натяженіемъ, съ другой, въ виду того, что и пули нерѣдко остаются въ тѣлѣ безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій для больнаго,—мы прибѣгали къ изслѣдованію ранъ, въ первое время послѣ раненія, въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ. Обыкновенно изслѣдованіе полости пулевого канала производилось уже по прошествіи болѣе или менѣе долгаго времени, когда не обнаруживалось въ ранѣ наклонности къ заживленію. Раньше же того, ограничивались изслѣдованіемъ при помощи ошупыванія и осматриванія, и этого было совершенно достаточно для опредѣленія, существуетъ-ли простая рана мягкихъ частей, или она сопряжена съ переломомъ, что имѣло важность при рѣшеніи вопроса о выборѣ того или другаго способа лѣченія.

¹⁾ *Фишеръ*, Общ. Военная Хирургія, стр. 251.

При изслѣдованіи пулевыхъ каналовъ, мы, въ большинствѣ случаевъ, пользовались обыкновеннымъ зондомъ. Относительно зонда приходится вполне согласиться съ мнѣніемъ нашего маститаго хирурга, что, на тонъ, слышащійся при перкуссіи зондомъ, нельзя положиться: то пулю можно принять за кость, то кость за пулю, — даже твердоватое, похожее на хрящъ, отложение на стѣнкахъ ходовъ и на днѣ полостей, можетъ ввести въ заблужденіе¹⁾. Хотя и часто приходится слышать отъ хирурговъ, что, при постукиваніи зондомъ, по звуку можно отличить пулю отъ кости, но надо сознаться, что это основано на чисто субъективномъ ощущеніи, и, поэтому, ошибки легко могутъ случаться, на что уже указываетъ весьма большой запасъ инструментовъ, придуманныхъ для открытія пуль. Если-бы легко было отличить пулю отъ кости, то не къ чему было-бы придумывать ту массу аппаратовъ для открытія пуль, которую мы встрѣчаемъ въ военныхъ хирургіяхъ. Мы въ одномъ случаѣ были введены въ заблужденіе, при изслѣдованіи зондомъ пулевого канала въ мягкихъ частяхъ бедра, у черногорца Саввы Букчинича, въ цетинскомъ госпиталѣ. На днѣ огнестрѣльной раны, въ верхней трети бедра, прощупывалось черезъ входное отверстіе (выходнаго не было) зондомъ тѣло, хотя и издающее не очень ясный звукъ, но, тѣмъ не менѣе, твердое. Вся область канала представляла плотную припухлость, безъ рѣзкихъ границъ и безъ ясно выраженныхъ острыхъ воспалительныхъ явленій. Сдѣланъ былъ разрѣзъ на мѣстѣ предполагаемой пули, именно, на вершокъ внутри отъ входной раны, находившейся на передней поверхности бедра, и пули не было найдено. Плотное тѣло оказалось мышцею, оплотнѣвшею настолько, что при разрѣзѣ ножомъ она хрустѣла. Правда, мы и до операціи сомнѣвались и не были увѣрены, что зондъ ударяется въ пулю и согласились на разрѣзъ только по неотступной просьбѣ больного.

Нелатоновскаго зонда мы не имѣли и, поэтому, не могли испытать его достоинство при изслѣдованіи пулевыхъ каналовъ. Тѣмъ менѣе мы могли примѣнить для открытія пуль электрическіе аппараты.

¹⁾ Начала военно-полевой хирургіи, т. 1, стр. 191.

Что касается изслѣдованія огнестрѣльныххъ ранъ помощію пальца, то къ нему мы прибѣгали съ большою осторожностью, въ силу того обстоятельства, что черногорцы, какъ и сербы, противились этому. Чтобы изслѣдовать пальцемъ, необходимо нужно было захлороформировать больного, а хлороформа черногорцы ужасно боялись, послѣ одного несчастнаго случая, бывшаго въ 1876 году.

Совершенно не существуетъ способовъ изслѣдованія пулевого канала, въ случаѣ присутствія въ немъ, не твердаго, а мягкаго посторонняго тѣла, напр., куски рубашки или верхней одежды. Въ этихъ случаяхъ зондъ совершенно несостоятеленъ: онъ вездѣ встрѣчаетъ мягкія части. Пироговъ указываетъ на одинъ признакъ присутствія въ ранѣ куска сукна или чего-либо подобнаго; онъ говоритъ, что въ этого рода случаяхъ «гной изъ нарывовъ почти всегда ихорозный и вонючій» ¹⁾. Не смотря на то, что случаи присутствія кусковъ одежды въ ранѣ намъ нерѣдко доводилось наблюдать, — намъ ни разу не пришлось видѣть въ нихъ ихорознаго и вонючаго отдѣленія, вызваннаго этого рода посторонними тѣлами. Если, на основаніи этого, мы не можемъ еще отрицать признака, указаннаго Пироговымъ, то, во всякомъ случаѣ, можемъ ограничить его примѣненіе и не согласиться съ тѣмъ, что онъ наблюдается, «почти всегда». Такимъ образомъ, мы не могли ориентироваться въ случаяхъ присутствія въ ранѣ органическихъ постороннихъ тѣлъ и на основаніи ихорознаго отдѣленія, имѣя только одинъ признакъ, длительное теченіе раны, не обусловленное страданіемъ кости. Не имѣя средствъ для діагностики въ подобныхъ случаяхъ, приходилось выжидать. Такъ какъ черногорцы боятся разрѣзовъ, въ особенности, пока еще не привыкли къ врачу, то расширеніе раны, съ цѣлью введенія пальца, производилось только въ исключительныхъ случаяхъ. Обыкновенно послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго нагноенія, постороннія тѣла выходили, сами собою, силою природы.

О леченіи огнестрѣльныххъ ранъ.

Всѣ условія леченія огнестрѣльныххъ ранъ въ Черногоріи подробно разобраны нашимъ предшественникомъ по хирургии

¹⁾ Тамже, т. 1, стр. 201.

ческой дѣятельности въ цетинскомъ госпиталѣ и старшимъ товарищемъ по занятіямъ въ хирургической клиникѣ проф. Е. И. Богдановскаго, докторомъ Ковалевскимъ, въ его отчетѣ, который мы неоднократно цитировали. Поэтому, отсылая читателей къ этому отчету, мы касаемся лѣченія огнестрѣльныхъ ранъ только слегка.

При перевязкѣ ранъ и мы, подобно д-ру Ковалевскому ¹⁾, употребляли корпію предпочтительно предъ ватой, даже, и гигроскопической, въ виду неблагопріятнаго свойства послѣдней, не только всасывать отдѣляемое ранъ, но и изсушать грануляціонныя поверхности. Кромѣ того, вата всегда присыхаетъ къ поверхности ранъ, въ особенности, краевъ ихъ, такъ что съ трудомъ приходится отдѣлять ее при перевязкѣ, что очень часто ведетъ къ разрыву грануляцій и кровотеченіямъ изъ нихъ. Въ корпії этихъ недостатковъ нѣтъ. Говорятъ, что приготовленіе корпії неизбѣжно ведетъ къ ея загрязненію. Однако, намъ ни разу не приходилось видѣть какія либо госпитальныя осложненія, развитіе которыхъ можно бы было приписать корпії.

Далѣе, при перевязкѣ ранъ мы всегда употребляли промываніе ихъ водой, съ прибавленіемъ карболовой кислоты (до 2%), при помощи Эсмарховскаго ирригатора, и ничего дурнаго отъ употребленія воды не видѣли въ противность заявленію д-ра Ковалевскаго ²⁾. Ковалевскій, по его словамъ, вовсе не употреблялъ воду для промыванія пулевыхъ каналовъ. Между тѣмъ, намъ памятенъ одинъ случай, гдѣ, благодаря энергическому промыванію водой полости пулевого канала, мы избѣжали гнойныхъ затековъ на шеѣ.

Никола Павичевичъ, 45-ти-лѣтъ отъ роду, имѣлъ рану, со входнымъ отверстіемъ въ мѣстѣ перехода слизистой оболочки нижней губы въ кожу, какъ-разъ по срединѣ ея, и выходнымъ—in fossa supraspinata dextra; при этомъ, нижняя челюсть, при входѣ пули, была переломлена. Каналъ, такимъ образомъ, простирался черезъ всю длину шеи. Вся область, по направленію раны, была болѣзненна и припухла, при лихорадочномъ состояніи. Мы начали промывать рану, пропуская воду черезъ входное отверстіе въ выходное, и воспалительныя припадки исчезли, съ удаленіемъ большаго числа клоч-

¹⁾ Ковалевскій, Отчетъ, стр. 19 и 20.

²⁾ Тамже, стр. 24.

ковъ омертвѣлыхъ тканей. Всякій разъ, когда не удавалось пропустить воду насквозь, изъ одного отверстія въ другое, болѣзненность и другіе острые воспалительные припадки въ области пулевого канала обнаруживались съ новою силою и опять прекращались, когда было достигаемо промываніе канала насквозь, черезъ всю его длину. Съ уменьшеніемъ отдѣленія гноя *ad minimum*, промываніе было прекращено.

Случаевъ некробіоза грануляцій отъ употребленія воды, мы не видѣли, въ противоположность наблюденіямъ д-ра Ковалевскаго; да, наконецъ, едва-ли кто и будетъ настаивать на усердномъ промываніи хорошей грануляціонной поверхности.

Ковалевскій, не первый уже, возстаетъ противъ употребленія воды для промыванія ранъ. На злоупотребленіе водою, при промываніи огнестрѣльныхъ ранъ, обратилъ вниманіе еще Нарановичъ, при осмотрѣ прусскихъ госпиталей въ Фленсбургѣ, но онъ совѣтуетъ не тревожить водою только чистую рану, при умѣренномъ нагноеніи ¹⁾.

Затѣмъ, во всѣхъ хирургіяхъ сильно возстаютъ противъ опорожненія гнойныхъ полостей посредствомъ давленія. Конечно, часто этимъ злоупотребляютъ, но, по нашему мнѣнію, Фишеръ ужъ зашелъ слишкомъ далеко, приписывая большую часть гнойныхъ затековъ этому варварскому, какъ онъ выражается, приему. При условіи страшнаго отвращенія и боязни со стороны черногорцевъ, по отношенію къ разрывамъ, мы вынуждены были прибѣгать къ контрапертурамъ только въ самыхъ крайнихъ случаяхъ и прежде, чѣмъ сдѣлать разрывъ, перепробовать всѣ другія средства. Не забыть мнѣ одного случая (Мергутъ Андричъ), въ которомъ пулевой каналъ былъ слѣпой, входное отверстіе сзади *trochanteris majoris*, зажившее первымъ натяженіемъ. Черезъ 10 дней послѣ раненія, образовался огромный абсцессъ на срединѣ бедра, распространявшійся на переднюю и наружную поверхности послѣдняго. Сдѣланъ былъ разрывъ, съ цѣлю опорожненія гнойной полости и извлеченія пули, которой присутствіе мы, на основаніи ощупыванія, здѣсь заподозрили. Но, благодаря-ли тому, что ощущеніе обма-

¹⁾ Нарановичъ, Замѣчанія о санитарной части въ прусской арміи во время шлезвигъ-гольштинской войны, стр. 28.

нуло насъ, или-же, благодаря поспѣшности, съ которой мы должны были окончить операцію, такъ какъ она производилась, по причинѣ упрямства больного, безъ хлороформа,—пуля не была найдена. Послѣ оказалось неудобство сдѣланнаго нами разрѣза для стока гноя; больной все время лежалъ, и поэтому разрѣзъ приходился сверху, по отношенію къ гнойной полости, отчего гной застаивался въ ней, какъ въ какомъ-либо сосудѣ. Необходимо было сдѣлать еще разрѣзъ на наружной сторонѣ бедра, черезъ который, какъ болѣе низкій, при лежачемъ положеніи больного, опорожнялась-бы полость отъ гноя. Но больной этому воспротивился. Что же мы должны были дѣлать? Поневолѣ, пришлось, при каждой перевязкѣ утромъ и вечеромъ, опорожнять полость посредствомъ давленія на ея область. При этомъ, впрочемъ, мы не переставали напоминать больному, что разрѣзъ сдѣлать придется, такъ какъ иначе онъ не выздоровѣетъ. Между тѣмъ, гной не обнаруживалъ ни малѣйшей наклонности вытекать произвольно черезъ рану на передней поверхности бедра, и приложенная на рану корпія оставалась совершенно сухою отъ перевязки до перевязки. Послѣ каждой перевязки, когда полость была опорожнена выдавливаніемъ, на область ея накладывалась подушечка изъ ваты, съ цѣлью постояннаго давленія. Пуля вышла черезъ рану при одной изъ перевязокъ и черезъ 2 мѣсяца больной совершенно выздоровѣлъ при указанномъ способѣ лѣченія, такъ, что мы остались неправы предъ больнымъ, отвергая возможность выздоровленія безъ новаго разрѣза.

Вообще, не подвергая ранъ и окрестности ихъ безцѣльному размятію, мы, въ случаѣ обнаруженія гнойнаго затека, сначала опорожняли гнойную полость при помощи выдавливанія гноя черезъ рану, и накладывали по направленію затека градусный компрессъ; и нерѣдко, этого было достаточно для уничтоженія развивавшагося гнойнаго затека: съ каждымъ днемъ гною при давленіи выходило меньше и меньше, и, наконецъ, гнойная полость вовсе заростала. Только видя безуспѣшность этого способа опорожненія полости, мы настаивали на разрѣзѣ, подъ угрозой прекратить лѣченіе храбраго на войнѣ и трусливаго въ больницѣ черноморца.

При развитіи острыхъ воспалительныхъ явленій въ области

раны, мы прибѣгали къ употребленію холода, именно: въ видѣ пузыря со снѣгомъ и всегда съ большою пользою. Кромѣ уже успокоительнаго дѣйствія холода на больного, какъ средства болеутоляющаго, холодъ оказывалъ вліяніе на уменьшеніе воспалительныхъ припадковъ. Въ Даниловградѣ, у одного раненнаго въ стопу, было входное отверстіе сзади правой наружной лодыжки, на 1 поперечный палецъ ниже ея, а выходное— съ внутренней стороны стопы, на палецъ кзади отъ основанія hallucis. Оба отверстія особенно малы. Не смотря на такой ходъ канала, не было признаковъ поврежденія костей, что, вѣроятно, зависѣло отъ уклоненія пули на своемъ ходу. На третій день послѣ раненія появилась воспалительная реакція: вся стопа покраснѣла и опухла, при общемъ лихорадочномъ состояніи. За неимѣніемъ пузырей для льда, больному было предложено употреблять холодныя примочки изъ воды со снѣгомъ. Черезъ два дня воспаление исчезло вовсе. Къ сожалѣнію, мы больного видѣли только первую недѣлю послѣ раненія, а послѣ потеряли изъ виду. Если въ Черногоріи нельзя было достать льду, то всегда можно было получить снѣгъ съ горъ, потому что въ расщелинахъ между послѣдними онъ лежитъ все лѣто; только для этой цѣли необходимо было ежедневно посылать особаго человѣка. Въ Сербіи же было невозможно достать ни льду, ни снѣгу.

Въ періодъ рубцеванія ранъ, послѣ закрытія пулевого канала, мы почти всегда употребляли полоски липкаго пластыря. Въ послѣднее время въ хирургіи наступила реакція противъ мазей и пластырей, вообще, которая дошла до того, что Нарановичъ въ Пруссіи въ 1864 году не видалъ вовсе употребленія липкаго пластыря ¹⁾.—При перевязкѣ грануляціонныхъ поверхностей полосками липкаго пластыря достигаются двѣ выгоды: съ одной стороны, слегка раздражая грануляціи, пластырь вызываетъ ихъ ростъ, съ другой же, давленіемъ, онъ препятствуетъ развитію пышныхъ грануляцій. Дѣйствительно, при перевязкѣ липкимъ пластыремъ, намъ несравненно рѣже приходилось прибѣгать къ ляпису *in subst.*, чѣмъ при перевязкѣ другими средствами. Что

¹⁾ Тамже, стр. 24.

касается вліянія липкаго пластыря на заживленіе ранъ, то мы почти всегда замѣчали увеличивающуюся, по крайней мѣрѣ, вдвое быстроту рубцеванія, при замѣнѣ пластыремъ обыкновенной перевязки 2% растворомъ карболовой кислоты. Въ этомъ случаѣ онъ дѣйствовалъ подобно ляписной примочкѣ (2 gr. на $\mathfrak{zj}$) и представлялъ выгоду еще въ томъ отношеніи, что имъ можно было стягивать края ранъ, что въ значительной степени способствовало ихъ заживленію.

Впрочемъ, нужно сознаться, что нѣкоторые больные, правда, весьма не многіе, не переносятъ пластыря. Въ Черногоріи, подъ вліяніемъ липкаго пластыря, развилась у одного изъ раненныхъ въ мягкія части бедра (Марко Чепановичъ) экзема на раненой конечности, задержавшая его на цѣлый мѣсяцъ въ больницѣ. Подобное же явленіе намъ приходилось наблюдать въ клиникѣ проф. Богдановскаго, у больного Фессака, имѣвшаго саркому въ подкожной ямкѣ, удаленную посредствомъ экстирпации, но у этого больного развилась экзема и отъ карболовой кислоты, — онъ не переносилъ и Листеровской повязки, не только липкаго пластыря.

Перевязку ранъ производили, какъ въ Сербіи, такъ и въ Черногоріи, два раза въ день: утромъ съ 9 до 11 и вечеромъ, отъ 5 до 7 часовъ. Многихъ раненныхъ, съ заживающими ранами, можно было бы перевязывать только одинъ разъ въ день, но черногорцы не могли равнодушно видѣть свою рану безъ перевязки въ то время, какъ у другихъ перевязывали, и поэтому сестры обыкновенно уступали ихъ настояніямъ. Конечно, всѣ заживающія раны можно перевязывать одинъ разъ въ сутки, но раны съ обильнымъ нагноеніемъ иногда требуютъ перевязки и по три раза въ день, поэтому распространять правило перевязки только одинъ разъ въ день на всѣхъ раненныхъ, какъ это видѣлъ покойный проф. Нарановичъ въ Пруссіи ¹⁾, мы не считали цѣлесообразнымъ. Когда черезъ повязку и изъ подъ концевъ ея стекаетъ гной на постель, тогда повязка теряетъ всякое значеніе. Въ такомъ случаѣ лучше оставить раненнаго безъ всякой повязки, по способу Бурова.

¹⁾ Тамже, стр. 45.

Повязки накладывались бинтомъ, если только въ немъ не было недостатка. Майоровскія повязки не могутъ вполне замѣнять бинтъ, потому что бинтомъ можно, не только удерживать перевязочныя средства, но и, по мѣрѣ надобности, надавливать на раненную часть, что, въ особенности, важно при наклонности раны къ образованію гнойныхъ затековъ. Въ этихъ случаяхъ, соотвѣтственно направленію затековъ, клали градусные компрессы и прибѣгали къ равномерному бинтованію члена. Въ виду всего этого, Майоровскія повязки употреблялись только при поверхностныхъ ранахъ.

Говоря о лѣченіи ранъ въ Черногоріи, мы не можемъ не сообщить о чрезвычайномъ уваженіи, которое черногорцы питаютъ ко всякаго рода мазямъ. Кажется, это относится, впрочемъ, и ко всякому простому народу. Бывало, невозможно было отвязаться отъ больныхъ, не разрѣшивши сестрѣ намазать ихъ больные члены мазью; съ этою цѣлю обыкновенно избиралось камфарное масло.

Въ заключеніе, я считаю необходимымъ коснуться еще одного обстоятельства, своеобразнаго для Черногоріи. Почти къ каждому раненному являлась для ухаживанія за нимъ женщина изъ его семьи: мать, жена, дочь и т. п. Это явленіе представляетъ и хорошую сторону, именно, въ томъ отношеніи, что у каждого раненнаго была собственная и заботливая сидѣлка. Но, съ другой стороны, этого рода прислуга производила много безпорядковъ въ больницѣ, портила воздухъ и, наконецъ, требовала расхода со стороны госпиталя, такъ какъ, по причинѣ бѣдности, не имѣла средствъ къ пропитанію и своимъ присутствіемъ безмолвно вынуждала насъ отпускать двойную порцію на каждого раненнаго. И въ Россіи, гдѣ народъ привыкъ къ извѣстнымъ госпитальнымъ порядкамъ, не легко разлучать больныхъ или раненныхъ съ родственниками, а въ Черногоріи, гдѣ народъ не знаетъ никакихъ стѣснительныхъ правилъ, гдѣ каждый считаетъ себя юнакомъ, въ особенности, если онъ на своемъ вѣку срубилъ до 5 турецкихъ головъ, — мы не считали возможнымъ выгонять родственниковъ изъ больницы, въ особенности, отъ трудныхъ больныхъ и тяжело раненныхъ. И это тѣмъ болѣе, что въ Черногоріи мы были только пріѣзжими гостями. Словъ нѣтъ, отъ этого происходило для насъ много

неудобствъ, но, съ другой стороны, мы можемъ быть увѣрены въ томъ, что не подали повода къ такимъ прискорбнымъ явленіямъ, примѣръ которыхъ описываетъ Нарановичъ. Въ 1864 году отецъ, благодаря строгому буквальному, исполненію правилъ въ іоаннитскомъ госпиталѣ, въ Пруссіи, не былъ допущенъ въ больницу къ раненымъ сыновьямъ, которые и умерли въ то время, какъ отецъ вынужденъ былъ скитаться въ отчаяніи около больницы ¹⁾).

III. Огнестрѣльные раны мягкихъ частей, по различнымъ областямъ тѣла.

Простыя огнестрѣльныя раны конечностей, преимущественно, нижнихъ.

При разборѣ огнестрѣльныхъ ранъ мягкихъ частей, наблюдавшихся въ сербскую войну, мы, прежде всего, наталкиваемся на малое количество ранъ мягкихъ частей верхнихъ конечностей. Изъ общаго числа 199 ранъ въ Сербіи, прошедшихъ чрезъ наши руки, 122 приходятся на мягкія части различныхъ областей тѣла, безъ поврежденія костной системы. Это количество распредѣляется такимъ образомъ по областямъ тѣла: всего болѣе приходится на нижнія конечности, именно 73 раненія; на верхнія-же конечности выпадаетъ только 12 раненій. Затѣмъ, 31 рана относится къ раненіямъ туловища и 6—къ раненіямъ головы. На основаніи малаго количества ранъ верхнихъ конечностей, въ сравненіи съ количествомъ ранъ нижнихъ конечностей, находившихся на излѣченіи въ больницахъ, отнюдь еще нельзя заключать о дѣйствительно маломъ числѣ раненій мягкихъ частей верхнихъ конечностей въ сербско-турецкихъ сраженіяхъ. Это для всякаго врача, наблюдавшаго раненныхъ въ Сербіи, какъ нельзя болѣе понятно. Вслѣдствіе недостатка мѣстъ въ больницахъ въ Сербіи, легкіе раненные лѣчились амбулаторно, о чемъ уже я неоднократно упоминалъ. Ясно, что всѣ раненные въ мягкія части верхнихъ конечностей, или, по

¹⁾ Тамже, стр. 50.

крайней мѣрѣ, значительное ихъ большинство, принадлежали къ категоріи легкихъ раненныхъ и, будучи лѣчимы амбулаторнымъ образомъ, не попадали въ больничныя записи. Хотя Пироговъ пишетъ, что „о статистикѣ поврежденій конечностей мнѣнія военныхъ врачей довольно согласны; замѣтили, что число раненныхъ въ нижнія конечности обыкновенно болѣе раненныхъ въ верхнія», —но все-таки не могло-же быть столь мало ранъ мягкихъ частей верхнихъ конечностей въ Сербіи, сколько приведено нами выше.

Въ Черногоріи ранъ мягкихъ частей верхнихъ конечностей было въ больницахъ также весьма мало. Мы находимъ во врачебныхъ журналахъ цетинскихъ госпиталей записанными съ конца мая мѣсяца, когда появились первые раненные въ Черногоріи, въ 1877 году, послѣ сраженія на Крстацѣ, 23 мая, и подъ Мартиничами, 24 мая, —до половины сентября, 104 раны нижнихъ конечностей, тогда какъ ранъ верхнихъ конечностей, за тотъ-же періодъ времени записано всего только 36 на общее число всѣхъ ранъ мягкихъ частей—221. Остальныя-же 81 раненіе мягкихъ частей распредѣлялись между головой и туловищемъ: было 25 ранъ головы и 56 ранъ туловища. Всего-же раненныхъ въ цетинскихъ госпиталяхъ значится по книгамъ, за указанный періодъ времени 355 человекъ. Опять-же малое количество ранъ мягкихъ частей верхнихъ конечностей, въ сравненіи съ числомъ таковыхъ-же ранъ нижнихъ конечностей, зависѣло въ значительной степени оттого, что такого рода раненные въ верхнія конечности лѣчились, большею частію, амбулаторно, или-же вовсе не являлись къ врачу, оставаясь въ своихъ домахъ. Какъ безъ принужденія черногорцы являются всѣ поголовно на войну, также они безъ всякаго стѣсненія, въ случаѣ болѣзни или раны, могутъ и оставлять войско. Въ Сербіи для этого требовалась записка отъ врача, а въ Черногоріи ничего не требовалось: здѣсь всякій раненный воленъ идти, куда хочетъ и лѣчиться, гдѣ и какъ хочетъ. Раненный черногорецъ въ мягкія части верхнихъ конечностей считаетъ свою рану маловажною и весьма часто отправляется прямо домой, не обращаясь къ врачебной помощи. Нельзя сказать того-же относительно раненныхъ въ мягкія части нижнихъ конечностей.

Лишенный возможности ходить на своих ногахъ, черногорецъ болѣе серьезно относится къ своей ранѣ и обыкновенно стремится поступить на излѣченіе въ больницу, если только найдеть къ тому возможность.

Имѣя въ виду всѣ эти обстоятельства, мы приходимъ къ заключенію, что объ истинномъ числѣ только ранъ мягкихъ частей нижнихъ конечностей, можно судить по количеству записанныхъ во врачебные журналы раненныхъ. Свѣденія же объ истинномъ количествѣ ранъ мягкихъ частей верхнихъ конечностей могутъ быть добыты для Сербіи и Черногоріи только на перевязочныхъ пунктахъ, сряду послѣ сраженія. Въ первый моментъ и черногорецъ, пораженный раною, еще не можетъ ориентироваться, опасна-ли его рана или неопасна и спѣшитъ къ врачу, если только таковой имѣется по близости. Къ сожалѣнію, наши наблюденія на перевязочномъ пунктѣ были весьма кратковременны и ограничены. Во время сербско-турецкой войны мнѣ пришлось быть съ 15 сентября по 27 октября на перевязочномъ пунктѣ при отрядѣ майора Лазаря Чолокъ-Антича (нынѣ умершаго), сначала на Янковой Клисурѣ, а потомъ въ Крушевцѣ, но за этотъ періодъ времени въ отрядѣ Чолокъ-Антича не было большихъ сраженій: нѣсколько бывшихъ стычекъ дали десятка 2—3 раненныхъ, изъ которыхъ большая часть были ранены въ пальцы рукъ (см. выше — Членовръ въ Сербіи). Въ Черногоріи же, въ 1877 году, я завѣдывалъ первое время, до погрома Сулеймана, госпиталемъ въ Даниловградѣ, куда поступали раненные изъ арміи Божидача Петровича, защищавшаго юго-восточную границу Черногоріи. Эта армія выдержала при насъ два сравнительно жестокихъ сраженія: 24 мая подъ деревней Мартиничами, и 4 іюня, при горѣ Планѣ. Даниловградъ находится всего въ 2—3 верстахъ отъ обоихъ пунктовъ сраженія и потому раненные являлись сряду же въ нашъ госпиталь. Кромѣ того, я, сряду послѣ сраженія, объѣзжалъ лагери и тамъ на мѣстѣ видѣлъ всѣхъ раненныхъ. Поэтому раненные, записанные нами въ Даниловградѣ, могли бы служить намъ для выводовъ, относительно истиннаго количества всѣхъ ранъ въ Черногоріи, если-бы только число ихъ было больше.

Указанныя два сраженія дали намъ общее число 114 раненныхъ. Изъ нихъ 25 ранъ были сопряжены съ поврежденіемъ костной системы; остальные-же 89 ранъ захватывали только мягкія части и дѣлились, по областямъ тѣла, слѣдующимъ образомъ: головы—6, туловища—20 (изъ нихъ 8 ранъ, проникающихъ въ полость живота и окончившихся, сколько мнѣ извѣстно, смертію), верхнихъ конечностей—28 и нижнихъ—35. И здѣсь преобладающее количество ранъ, предъ всѣми областями тѣла, относится на долю нижнихъ конечностей, какъ и по госпитальнымъ записямъ. Какъ здѣсь, такъ и тамъ, чуть не половина всѣхъ ранъ мягкихъ частей относится къ ранамъ нижнихъ конечностей. Какъ уже мы замѣтили, на 122 раны мягкихъ частей въ Сербіи было 73 раны нижнихъ конечностей, т. е. гораздо болѣе половины, чуть, не двѣ трети; въ Черногоріи, въ цетиньскихъ госпиталяхъ, на 221 рану мягкихъ частей—104, т. е. почти половина, относились къ нижнимъ конечностямъ. Въ Даниловградѣ хотя ранъ нижнихъ конечностей было и менѣе половины общаго числа ранъ мягкихъ частей, тѣмъ не менѣе, онѣ далеко превышали треть общаго числа, и, во всякомъ случаѣ, ихъ было больше, чѣмъ ранъ мягкихъ частей головы, туловища и верхнихъ конечностей, взятыхъ порознь. Но и ранъ мягкихъ частей верхнихъ конечностей, на самомъ дѣлѣ, если судить по даниловградскимъ даннымъ, было вовсе не такъ мало, какъ мы находили въ госпиталяхъ въ Сербіи и Черногоріи: на перевязочномъ пунктѣ въ Даниловградѣ ихъ получалось почти треть всѣхъ ранъ мягкихъ частей. Приведенное нами отношеніе ранъ конечностей къ общему числу ранъ очень близко къ статистическимъ даннымъ, въ большемъ количествѣ собраннымъ у Фишера ¹⁾).

Обращаясь, въ частности, къ ранамъ нижнихъ конечностей, безъ поврежденія костной системы, мы, отнеся ягодичную область къ туловищу, дѣлимъ всю ногу на три области: а) область бедра, б) голени и с) стопы. Раны въ области составовъ, безъ поврежденія связочнаго аппарата и составныхъ концовъ костей, отнесены, напр., на колѣнѣ, то къ бедру, то къ голени,

¹⁾ Фишеръ, въ хирург. Питты и Бильрота—Общ. Воен. хир., стр. 366.

смотря по тому, выше-ли, или ниже надколѣнной косточки онѣ находились. 35 ранъ мягкихъ частей нижнихъ конечностей въ Даниловградѣ дѣлились такъ: 22 раны области бедра, 9 ранъ голени и 4 раны стопы.

Раздѣливши, въ свою очередь, верхнюю конечность на области плеча, предплечія и ручной кисти, мы находимъ почти тоже отношеніе, что и на нижнихъ конечностяхъ. Изъ 28 ранъ мягкихъ частей верхнихъ конечностей, 17 относились къ области плеча, 9—къ области предплечія и 2—къ ручной кисти. Чѣмъ дальше отъ туловища, тѣмъ меньше ранъ на конечностяхъ.

Всего яснѣе можно видѣть расположеніе ранъ мягкихъ частей, по областямъ тѣла, изъ слѣдующаго:

Раны, на перевязочномъ пунктѣ въ Даниловградѣ:

Области тѣла.	Р а н ы.	
	Безъ поврежденія костей.	Съ поврежденіемъ костей.
голова	2	4
лице	4	4
грудь	1	4
животъ	9	—
область таза	4	—
бедра	22	2
голени	9	1
стопы	4	1
плеча	17	3
предплечія	9	3
ручной кисти	2	3
penis	1	—
Итого.	89	25

Подтвержденіе факта большей частоты ранъ мягкихъ частей бедра, по отношенію къ ранамъ голени, и ранъ плеча, въ сравненіи съ ранами предплечія, мы находимъ и во врачебныхъ журналахъ цетиньскихъ госпиталей. Такъ какъ въ глазахъ раненаго черногорца, и раны бедра, и раны голени имѣютъ одинаковое значеніе, большею частію, лишая его возможности хо-

дить или, по крайней мѣрѣ, затрудняя хожденіе въ большей или меньшей степени, то въ госпитали неизбѣжно попадаютъ и тѣ и другія раны въ одинаковой пропорціи. Точно также и относительно верхнихъ конечностей нужно сказать, что, если общее количество ранъ ихъ въ госпиталяхъ было значительно меньше дѣйствительнаго числа ранъ верхнихъ конечностей, по вышесказаннымъ причинамъ, то отношеніе ранъ плеча и предплечія между собою должно соотвѣтствовать дѣйствительности, потому что нѣтъ причинъ, по которымъ можно было бы обращать особенное вниманіе на простыя раны той или другой области верхней конечности, въ смыслѣ большей или меньшей опасности. Въ цетиньскихъ госпиталяхъ было 58 ранъ мягкихъ частей бедра, 36—голени, 6—стопы, 22—плеча, 9—предплечія и 5—ручной кисти. Здѣсь, какъ ранъ бедра больше, чѣмъ ранъ голени, такъ и ранъ плеча больше, чѣмъ ранъ предплечія, и, наконецъ, всего меньше ранъ стопы и ручной кисти съ пальцами.

Въ Сербіи-же у меня записано 35 ранъ мягкихъ частей бедра и 33 раны мягкихъ частей голени. На измѣненіе отношенія между ранеными въ мягкія части бедра и голени въ Сербіи, въ сравненіи съ черногорскими данными, могло оказать вліяніе то обстоятельство, что въ Сербіи я имѣлъ дѣло, главнымъ образомъ, за исключеніемъ только парачинскаго госпиталя,—съ матеріаломъ уже старымъ, съ ранеными, уже залегавшими. Затягиваться-же имѣли особенную наклонность раны мягкихъ частей голени, какъ въ Сербіи, такъ и въ Черногоріи, что мы увидимъ изъ послѣдующаго.

Изъ всего этого можно видѣть, насколько должно быть осторожнымъ въ обращеніи съ статистическими данными, и сколько особенныхъ, чисто мѣстныхъ условій, въ Сербіи, и Черногоріи, нужно принять во вниманіе при ихъ разборѣ!

Слѣдить регулярно за теченіемъ ранъ мы могли только въ Цетиньѣ, завѣдуя однимъ и тѣмъ-же отдѣленіемъ госпиталя въ теченіи почти четырехъ мѣсяцевъ. Наблюдая огнестрѣльные раны мягкихъ частей, мы первоначально имѣли въ виду провести параллель теченія ихъ по различнымъ областямъ тѣла, чтобы представить, такъ сказать, сравнительное теченіе ранъ

въ различныхъ частяхъ тѣла, безъ поврежденія костной системы. Но матеріалъ нашъ оказался, во-первыхъ, слишкомъ ограниченнымъ, чтобы дѣлать изъ него какіе-либо выводы, относящіеся ко всѣмъ областямъ тѣла, и, во-вторыхъ— одностороннимъ: мы имѣли въ значительномъ числѣ раны только нѣкоторыхъ областей, а именно: простыя раны только нижнихъ конечностей. Поэтому, мы можемъ представить здѣсь сравнительное теченіе ранъ мягкихъ частей бедра и голени и только этими двумя областями и ограничиться; ранъ-же мягкихъ частей другихъ областей тѣла мы коснемся только вскользь.

При разсматриваніи книгъ цетиньскихъ госпиталей, въ которыхъ обыкновенно отмѣчались день раненія, день поступленія, день выписки раненнаго и діагностика, бросается въ глаза рѣзкая разница въ срокахъ пребыванія въ госпиталяхъ, между ранеными въ мягкія части бедра и ранеными въ мягкія части голени.

По книгѣ даниловскаго госпиталя значится: 16 раненныхъ въ мягкія части бедра. Изъ нихъ 7, т. е. почти половина раненныхъ оставались въ больницѣ менѣе двухъ недѣль (1 оставался 8 дней, 4—10 и 2—14 дней), а изъ остальныхъ 9 человекъ 8 выписались ранѣе полутора мѣсяца (3 лежали въ больницѣ 20 дней, 2—27, 1—32 и 2—37 дней), и только одинъ раненный оставался выше двухъ мѣсяцовъ (67 дней). Ранъ голени, безъ поврежденія костной системы, по книгамъ даниловскаго госпиталя значится 14. Между ними нѣтъ ни одного, который-бы выписался ранѣе двухъ недѣль, и только трое выписались до истеченія мѣсяца (2 оставались въ больницѣ 20 дней и 1—28); затѣмъ 6 пробыли въ госпиталѣ болѣе мѣсяца, но менѣе $1\frac{1}{2}$ мѣсяца (2 пробыли 31 день, 2—34, 1—37 и 1—44 дня); остальные же 5 человекъ оставались въ больницѣ до 2 мѣсяцевъ и даже болѣе, а именно, двое изъ нихъ не были выписаны и послѣ двухъ съ половиною мѣсяцовъ, въ половинѣ августа, когда я дѣлалъ выписку изъ госпитальной книги. Въ книгѣ этой не были отмѣчены дни раненій для многихъ раненныхъ, такъ что приходится принимать за начало болѣзни, не день нанесенія раны, а день поступленія раненнаго въ больницу. Могло случиться, что раненный лѣчился

сначала дома, положимъ, въ теченіи мѣсяца, и только послѣ того являлся въ госпиталь, гдѣ, пробувъ, напр., двѣ недѣли, выздоравливалъ; такимъ образомъ, выходило, что онъ, какъ будто, былъ боленъ всего только двѣ недѣли, тогда какъ рана его, на самомъ дѣлѣ, не заживала цѣлыхъ полтора мѣсяца. Во избѣжаніе подобныхъ ошибокъ, мы примемъ за день раненія для всѣхъ раненныхъ 2-е іюня, потому что это будетъ средній день того періода времени, въ который были нанесены почти всѣ раны за прошедшее лѣто (1877 г.) въ Черногоріи. Битвы начались 23 мая и кончились 9 іюня; послѣ же до конца іюля, т. е., до осады Никшича, не было сраженій. Всѣ раненные, которые вошли въ предъидущій расчетъ, относились, именно, къ указанному періоду времени. Принявши во вниманіе это обстоятельство, мы находимъ, что 10 человекъ изъ раненныхъ въ мягкія части бедра выписались изъ больницы въ томъ-же іюнѣ мѣсяцѣ, въ началѣ котораго и получили раны, и изъ нихъ большая часть,—8 человекъ—т. е., ровно половина общаго числа ранъ мягкихъ частей бедра,—оставили больницу въ первой половинѣ іюня, трое выписались въ началѣ іюля, одинъ—въ половинѣ іюля и, наконецъ, двое оставались до августа. Что же касается ранъ мягкихъ частей голени, то оказывается, что въ іюнѣ была выписана лишь небольшая часть, а именно: четверо да и то двое изъ нихъ оставались до самаго конца іюня; затѣмъ, въ іюлѣ выписались 5 человекъ и 4 оставались до августа мѣсяца. Слѣдовательно, цифры, взятые и при этой поправкѣ, приводятъ къ тому-же результату: очевидно, раненные въ голень, съ поврежденіемъ однихъ только мягкихъ частей, остаются въ больницѣ дольше, чѣмъ раненные съ таковыми-же поврежденіями области бедра.

Нѣчто подобное представляетъ и книга другаго цетиньскаго госпиталя, Билліардо. Здѣсь имѣются точныя свѣденія о днѣ раненія относительно каждаго раненнаго. Изъ 42 раненныхъ въ мягкія части бедра, 3 оставались въ больницѣ менѣе двухъ недѣль (2—11 дней и 1—13); 20 человекъ находились въ госпиталѣ болѣе 2 хъ недѣль, но менѣе одного мѣсяца; затѣмъ, 4 пробыли въ госпиталѣ до 5 недѣль, 6—до 1½ мѣсяца, 4—до 2 мѣсяцевъ, 3—болѣе двухъ мѣсяцевъ и, наконецъ, 2

оставались до половины сентября, т. е. выше трех мѣсцевъ. И такъ, болѣе половины (23) всѣхъ раненныхъ въ мягкія части бедра оставались въ больницѣ менѣе мѣсяца, болѣе трехъ четвертей (33) оставались не болѣе $1\frac{1}{2}$ мѣсяца, и только 9 человекъ, т. е., менѣе четверти оставались свыше $1\frac{1}{2}$ мѣсяца, и изъ нихъ 7 находились въ госпиталѣ не болѣе 67 дней и только у двоихъ дѣло затянулось до 3 мѣсцевъ. Раны же мягкихъ частей голени представляли совсѣмъ другое отношеніе. Изъ раненныхъ въ голень, безъ поврежденія костей (22), находившихся на излѣченіи въ Билліардо, 2 оставались въ больницѣ не болѣе двухъ недѣль, 4—болѣе двухъ недѣль, но не болѣе мѣсяца, 5—до 5 недѣль, 4—до $1\frac{1}{2}$ мѣсяца, 3—свыше двухъ мѣсцевъ и 2—свыше трехъ мѣсцевъ; наконецъ, одинъ, во время моего отъѣзда изъ Черногоріи находился въ больницѣ съ 9 августа, т. е. $1\frac{1}{2}$ мѣсяца и во время моего отъѣзда представлялъ такой видъ раны, что надѣяться на выписку его ранѣе мѣсяца еще было нельзя. Въ то время, какъ больше половины раненныхъ въ мягкія части бедра оставили больницу ранѣе мѣсяца, изъ раненныхъ въ мягкія части голени менѣе мѣсяца оставались въ больницѣ только около четверти (6). Затѣмъ, значительно болѣе одной трети (9) ранъ мягкихъ частей голени затянулось далѣе $1\frac{1}{2}$ мѣсяца, между тѣмъ какъ изъ простыхъ ранъ бедра затянулось менѣе четверти. Однимъ словомъ, по истеченіи $1\frac{1}{2}$ мѣсяца, остатокъ ранъ въ больницѣ остался одинаковый, именно, числомъ 9, какъ отъ 42 ранъ мягкихъ частей бедра, такъ и отъ 22, т. е., почти половиннаго количества простыхъ ранъ голени.

Какая же причина того, что раны мягкихъ частей голени имѣли склонность затягиваться болѣе, чѣмъ таковыя-же раны бедра? Отвѣтъ на этотъ вопросъ мы найдемъ, при ближайшемъ разсмотрѣніи скорбныхъ листовъ, которыми я обладаю для того отдѣленія одного изъ цетинскихъ госпиталей, которымъ завѣдывалъ я непосредственно, съ начала іюня до конца сентября. За этотъ періодъ времени я имѣлъ возможность слѣдить за одними и тѣми-же ранеными, до самаго исхода ихъ болѣзни, потому что транспортировки раненныхъ изъ Цетинѣе не было почти ни куда. Скорбныхъ листовъ мы имѣемъ

21 для ранъ мягкихъ частей голени. Вотъ эти то исторіи болѣзней, вмѣстѣ съ сербскими замѣтками по поводу подобныхъ же случаевъ, и должны намъ разъяснить тотъ выводъ, къ которому мы пришли на основаніи госпитальныхъ книгъ, въ которыхъ отмѣчались только дни раненія, поступленія и выписки раненнаго и названіе раны.

1) *Никола Лаичъ*, 20 лѣтъ отъ роду, раненъ 24 мая подъ Мариничами, поступилъ въ больницу 6 іюня; выписался 7 іюля.

7 іюня. Имѣется входное отверстіе пулевого канала на наружной поверхности, въ верхней трети лѣваго бедра.

9 іюня. Черезъ разрѣзъ пули была извлечена на внутренней сторонѣ бедра, нѣсколько ниже входнаго отверстія. Входное отверстіе заживало безъ отдѣленія гноя изъ полости канала; изъ сдѣланнаго же для извлеченія пули разрѣза гной первое время отдѣлялся въ умѣренномъ количествѣ черезъ вставленный въ рану дренажъ. Къ 20 іюня отдѣленіе гноя изъ раны на внутренней поверхности бедра настолько уменьшилось, что можно было удалить дренажную трубку, а къ 27 іюня оно и вовсе прекратилось. Къ 7 іюля рана на внутренней поверхности бедра совсѣмъ зарубцевалась, тогда какъ на мѣстѣ входнаго отверстія цикаризація была еще неполная.

2) *Петко Николичъ*, 25 лѣтъ, раненъ 24 мая подъ Мариничами, поступилъ въ больницу 7 іюня, выписался 14 іюня же. Имѣется рана въ нижней трети праваго бедра: два одинаковой небольшой величины и круглой формы отверстія находятся одно снаружи, другое—снутри; входное отверстіе находится выше выходнаго. Каналь закрылся безъ нагноенія. Грануляціи отверстій пышны, поэтому сдѣлана каутеризація ляписомъ. Къ 14 іюня началось рубцеваніе кожныхъ ранъ и въ этомъ періодѣ больной выписался для амбулаторнаго лѣченія.

3) *Меркутъ Андричъ*, 30 лѣтъ, раненъ 2 іюня на Пресѣкѣ, поступилъ въ больницу 7 іюня, выписался 17 августа совершенно выздоровѣвшимъ. Его исторія приведена выше, по поводу измѣненія формы пуль, и послѣ, какъ случай лѣченія большей гнойной полости выдавливаніемъ.

4) *Радѣ Божковичъ*, 24 лѣтъ, раненъ 25 мая, поступилъ 7-го

іюня, виписался 19 іюня. Имѣется заволочная пулевая рана, съ внутренней стороны праваго бедра, на границѣ съ промежностью; между входнымъ и выходнымъ отверстіями, разстояніе около 2-хъ дюймовъ. Каналь зажилъ безъ нагноенія. Въ періодѣ рубцеванія ранъ больной выписался для амбулаторнаго лѣченія.

5) *Марко Вукетицъ*, 30 лѣтъ, раненъ 4 іюня подѣ Даниловградомъ, поступилъ въ больницу 8 іюня, выписался 10 іюля. Пуля пробила головку полового члена, задѣвъ приѣтомъ и уретру, такъ что больной мочился тремя струями, и затѣмъ прошла на вылетѣ черезъ мягкія части праваго бедра въ горизонтальномъ направленіи снутри кнаружи. Всѣ четыре раны одинаково малы и круглы. На бедрѣ пулевой каналь закрылся безъ нагноенія. По причинѣ раны полового члена, больной оставался въ больницѣ до 10 іюля, когда послѣдовало полное выздоровленіе его.

6) *Божко Стевановицъ*, 55 лѣтъ, раненъ 2 іюня на Пресѣкѣ, поступилъ 9 іюня, выписался 23 іюня-же. Заволочная рана праваго бедра на задней поверхности. Каналь закрылся безъ нагноенія. Кромѣ того, существуетъ желобоватая рана лѣвой ягодицы отъ той же пули. Въ періодѣ рубцеванія ранъ больной ушелъ изъ больницы для амбулаторнаго лѣченія.

7) *Попъ Стеванъ Каулицъ*, 36 лѣтъ, раненъ 8 іюня подѣ Спужемъ, поступилъ 10 іюня, выписался 1 іюля. Имѣется пулевая рана мягкихъ частей въ верхней трети праваго бедра: входное отверстіе очень маленькое, на наружной поверхности, бедра въ верхней ея трети, а выходное, бѣльшее, находится на срединѣ бедра, на внутренней поверхности, ближе кзади. Каналь закрылся безъ нагноенія. 29 іюня раны зарубцевались, около нихъ осталось только легкое затвердѣніе подѣ кожей.

8) *Радое Драговицъ*, 50 лѣтъ, раненъ 8 іюня подѣ Острогомъ, поступилъ 10 іюня, выписался 19 іюня-же. Пулевая рана на срединѣ праваго бедра, оба отверстія весьма малы и одинакового круглы и находятся одно на наружной, другое — на внутренней поверхности бедра, ближе кзади. Такъ какъ нагноенія пулеваго канала не было, то больной ушелъ въ періодѣ рубцеванія отверстій.

9) *Марко Чепиновичъ*, 30 лѣтъ, раненъ 8 іюня подѣ Острогомъ, поступилъ 10 іюня, выписался 7 августа. Пулевая рана въ нижней трети лѣваго бедра, имѣющая направленіе спереди назадъ:

входное отверстіе на передней поверхности, выходное—на задней, оба болѣе кнаружи. Каналь закрылся безъ нагноенія его полости. Рубцеваніе состоялось къ 15 іюля, но подѣ влияніемъ ликаго пластыря развилась экзема въ окружности раны, распространилась на молодой рубчикъ и произвела въ немъ распаденіе. Подѣ влияніемъ ung. diachyl. Небгае экзема прекратилась и 7 августа больной совершенно выздоровѣлъ. Функція конечности все это время не была нарушена.

10) *Іованъ Николичъ*, 20 лѣтъ, раненъ 8 іюня подѣ Острогомъ, поступилъ 10 іюня, выписался 28 іюля. Пуля вошла снаружи отъ правой надколѣнной косточки и вышла снаружи, по отношенію къ колѣнному составу, образовавъ каналь около $1\frac{1}{2}$ вершковъ длиной. Оба отверстія круглы и малы. Составъ не задѣтъ. Каналь закрылся безъ нагноенія. Раны кожи заживали безъ всякихъ осложненій. Къ 17 іюля, послѣ заживленія ранъ, появилась припухлость въ области lig. patellaris; чрезъ нѣсколько дней прошла и она, и больной совершенно выздоровѣлъ.

11) *Пушиша Дожичъ*, 22 лѣтъ, раненъ 24 мая, поступилъ 6-го іюня, выписался 26 іюня; имѣются двѣ пулевья раны: одна пуля пробила въ горизонтальномъ направленіи мягкія части праваго бедра въ нижней его трети, — входное отверстіе находилось на наружной, выходное — на внутренней, ближе къзади, послѣднее чуть-чуть ниже перваго. Другая рана, въ верхней трети лѣвой голени, имѣетъ также горизонтальное направленіе: входное отверстіе снаружи голени, выходное — снутри. Раны ограничиваются только мягкими частями. Всѣ четыре отверстія имѣютъ одинаково круглую форму и небольшую величину. Оба канала зажили безъ нагноенія, и въ періодѣ рубцеванія кожныхъ ранъ больной ушелъ для амбулаторнаго лѣченія.

12) *Петаръ Митровичъ*, 30 лѣтъ, раненъ 8 іюня подѣ Острогомъ, поступилъ 10 іюня, выписался 19 іюня-же. Имѣется сквозная пулевая рана въ верхней трети праваго бедра: одно отверстіе находится на внутренней, другое — на наружной поверхности праваго бедра, первое нѣсколько выше послѣдняго. Изъ канала было небольшое гнойное отдѣленіе. Послѣ окончательнаго его закрытія, больной, въ періодѣ рубцеванія ранъ кожи, выписался для амбулаторнаго лѣченія.

13) *Джуро Савичъ*, 31 года, раненъ 6 іюня, поступилъ 10 іюня,

выписался 24 іюля. Пуля вошла на границѣ верхней трети правого бедра со среднею и вышла спереди, на одинъ поперечный палецъ ниже правой паховой складки; послѣдняя рана носить характеръ разорванной. Изъ обѣихъ ранъ отдѣляется гной въ небольшомъ количествѣ. Къ 16 іюня подъ выходной раной образовалась воспалительная припухлость. Къ 27 іюня стало замѣчаться распространѣніе этой припухлости in trigono Scarpaе внизъ, по направленію сосудовъ. 7 іюля припухлость стала представлять флюктуацію въ центрѣ, почему сдѣланъ разрѣзъ, и выпущенъ гной, правда, въ незначительномъ количествѣ. Периферическая часть припухлости представлялась все-таки еще затвердѣлою. Въ тоже время около входнаго отверстія образовалась припухлость, разрѣшившаяся отдѣленіемъ гноя черезъ рану. Къ 15 іюля инфильтратъ исчезъ, а къ 20 и отдѣленіе гноя прекратилось вовсе, 24-же іюля и раны кожи совершенно зарубцевались.

14) *Драго Іовановичъ*, 26 лѣтъ, раненъ 9 іюня подъ Острогомъ, поступилъ 13 іюня, выписался 8 іюля. Въ мое отдѣленіе поступилъ уже съ зажившею ранюю, а раньше былъ пользованъ другимъ врачомъ, и потому сразу же и былъ выписанъ.

15) *Сава Вукчиновичъ*, 30 лѣтъ, раненъ 11 іюня подъ Острогомъ, поступилъ 15 іюня, выписался 14 августа совершенно выздоровѣвшимъ. Исторія его помѣщена выше (см. изслѣд. огнестр. ранъ).

16) *Божко Марковичъ*, 40 лѣтъ, раненъ 9 іюня подъ Острогомъ, поступилъ 18 іюня, выписался 11 іюля. Пулевая рана мягкихъ частей правого бедра: входное отверстіе на наружной поверхности, на срединѣ бедра, выходное in trigono Scarpaе. Въ мое отдѣленіе поступилъ уже съ зажившею ранюю и оставался въ больницѣ только по поводу ожога въ области выходнаго отверстія, отъ неосторожнаго обращенія съ карболовой кислотой.

17) *Милія Пасичевичъ*, 15 лѣтъ, раненъ 15 іюля подъ Никшичемъ, поступилъ 27 іюля, выписался 20 августа. Больной имѣетъ двѣ раны пулевья: одна на передней поверхности правого бедра, со входнымъ отверстіемъ, находящимся снаружи и спереди, по отношенію къ бедренной кости, и выходнымъ—снутри и спереди. Пулевой каналъ имѣетъ направленіе снаружи и сверху кнутри и книзу и представляетъ длину въ 2 вершка. Другая рана на правомъ мизинцѣ,—разбита третья фаланга, такъ что изъ раны торчитъ косточка. Къ 30 іюля каналъ на бедрѣ закрылся, послѣ отдѣленія изъ него гноя въ небольшомъ количествѣ. 10 августа вы-

ходная рана на бедръ зарубцевалась, а 15 и входная совершенно зажила и косточка на мизинцѣ извлечена послѣ секвестраціи. До 20 августа больной ожидалъ окончательнаго заживленія раны мизинца.

18) *Плія Поповичъ*, 20 лѣтъ, раненъ 11 іюня подѣ Острогомъ, поступилъ 15 августа. Имѣется въ области верхней трети лѣваго бедра, на одинъ поперечный палецъ кпереди отъ большаго вертѣла, незажившая до сего времени пулевая рана, около 1 см. въ діаметрѣ. Зондъ, введенный въ рану, идетъ и вверхъ подѣ кожей на 1 дюймъ и вглубь, въ горизонтальномъ направленіи, на 2 дюйма, но встрѣчаетъ вездѣ мягкія части. Тазобедренный составъ не представляетъ признаковъ страданія; въ окружности раны нѣтъ ни малѣйшей припухлости. 18 августа сдѣлано выпрыскиваніе въ рану раствора ляписа (2 гр. на 3j), 19 августа повторено тоже выпрыскиваніе. 20-го усилилось отдѣленіе гноя, бывшее прежде ничтожнымъ, въ значительной степени. 1 сентября съ гноемъ вышелъ кусокъ сукна въ 1 дюймъ длины и 1 см. ширины. 5 сентября рана уменьшилась до минимума, но остается въ видѣ свища. 14 сентября гной отдѣляется въ ничтожномъ количествѣ. Въ такомъ состояніи больнаго я и оставилъ въ больницѣ, уѣзжая изъ Черногоріи. Чрезъ мѣсяцъ послѣ моего отѣзда, извлечена была пуля послѣ вскрытія гнойной полости, образовавшейся на наружной поверхности бедра, въ нижней его трети. Рана же пулевая зажила еще раньше.

19) *Мичуиъ Яковичъ*, 30 лѣтъ, раненъ 15 августа подѣ Никшичемъ, поступилъ 20 августа, выписался 2 сентября. Въ верхней трети лѣваго бедра, на внутренней его поверхности, имѣется гранатная рана, около 1 дюйма въ горизонтальномъ направленіи и 1 см. въ вертикальномъ. Въ окружности раны и на самомъ мѣстѣ ея положенія существуетъ весьма плотная инфильтрація подкожной клѣтчатки, при общемъ лихорадочномъ состояніи. Лѣчение было назначено холодными примочками. 22 августа появилась флюктуація въ центрѣ опухоли, но когда предложенъ былъ больному разрѣзъ, онъ уѣзжалъ изъ госпиталя. 24 августа онъ возвратился въ госпиталь уже съ произвольно вскрывшимся абсцессомъ, причемъ гной отдѣлялся въ довольно большомъ количествѣ. 29 августа опухоль исчезла, отдѣленіе гноя прекратилось изъ полости абсцесса и рана начала быстро рубцеваться.

20) *Зейко Вучетичъ*, 20 лѣтъ, раненъ 27 августа въ Летанской нахіи, поступилъ въ больницу 28 августа, выписался 23 сентября,

Пулевая рана мягких частей лѣваго бедра: входное отверстіе спереди и снаружи по отношенію къ бедренной кости, какъ-разъ, на срединѣ длины ея, — круглой формы и весьма малой величины; выходное — сзади и кнаружи, на 3 поперечныхъ пальца ниже входнаго, представляетъ большую величину и звѣздчатый видъ. Существуесть воспалительная припухлость по всему протяженію пулевого канала, съ рѣзкою краснотою; отдѣленіе сукровичное. 31 августа раны очищаются; 2 сентября вполне очистились, но нагноеніе изъ полости канала значительное. 5 сентября пулевой каналъ закрылся, раны имѣютъ видъ воронкообразный. 10 сентября раны уже не представляютъ углубленія въ центрѣ, оно выполнилось грануляціями. 11 сентября появилась у больного дизентерія, отъ которой онъ оправился къ 20 сентября. 23 сентября раны зажили.

21) *Пуриша Николичъ*, 35 лѣтъ, раненъ 26 августа подъ Никшичемъ, поступилъ 30 августа, выписался 15 сентября. Сквозная пулевая рана лѣваго бедра: входное отверстіе — какъ-разъ на срединѣ передней его поверхности, а выходное — на наружной поверхности, ближе впереди, чѣмъ кзади, и выше на 3 поперечныхъ пальца, чѣмъ входное; каналъ имѣетъ протяженіе около 7 дюймовъ. Оба отверстія одинаково круглы и малы. Къ 1 сентября послѣдовало полное очищеніе ранъ, гной отдѣляется въ самомъ ничтожномъ количествѣ. 5 сентября гноя изъ канала не отдѣляется ни капли. 8 сентября раны имѣютъ еще видъ воронокъ, не успѣли выполниться грануляціями. 13 сентября пошло рубцеваніе довольно быстро,

Раны мягкихъ частей голени.

1) *Ристо Чепановичъ*, 30 лѣтъ, раненъ на Планѣ подъ Даниловградомъ, поступилъ 6 іюня, выписался 17 іюня-же. Имѣется лоскутная рана, проникающая только до подкожной клѣтчатки, въ верхней трети лѣвой голени, на передней поверхности. Были наложены швы въ лагерѣ, но prima intentio не состоялась. Къ 17 іюня началось рубцеваніе и даже подвинулось настолько, что больной могъ выписаться для амбулаторнаго лѣченія.

2) *Мированъ Павичевичъ*, 25 лѣтъ, раненъ 23 мая на Кретапѣ, поступилъ 6 іюня, выписался 19 іюня-же. Въ верхней трети лѣвой голени, въ области икроножныхъ мышцъ, имѣется сквозная пулевая рана, имѣющая направденіе снаружи кнутри. Изъ полости канала отдѣляется небольшое количество гноя. Къ 19 іюня пуле-

вой капальник закрылся и больной выписался для амбулаторнаго лѣченія.

3) *Мато Павличъ*, 28 лѣтъ, раненъ 2 іюня на Пресѣѣ, поступилъ 7 іюня, выписался 31 іюня-же. Имѣется сквозная пулевая рана въ нижней трети правой голени, на внутренней ея сторонѣ; направление канала спереди назадъ, длина—2 дюйма. 15 іюня отдѣленіе гноя въ небольшомъ количествѣ. 20 іюня выходное отверстие закрылось, а чрезъ входное отдѣляется гной въ небольшомъ количествѣ. Но на одинъ поперечной палецъ выше выходной раны, снутри отъ ахилловой жилы, образовалась припухлость, при давленіи на которую выдѣляется гной черезъ переднюю рану. 23 іюня гной выдавливается съ большей, чѣмъ прежде, высоты. Сдѣлана контрапертура на мѣстѣ припухлости, и проведенъ дренажъ изъ передней раны въ контрапертуру. 25 іюня распространенія гноя, повидимому, ограничивается, выше не идетъ. 1 іюля гной отдѣляется въ ничтожномъ количествѣ и при давленіи, его не выходитъ вовсе, значитъ, онъ нигдѣ не застаивается. 3 іюля дренажъ удаленъ. 7 іюля гной сталъ скопляться ниже пулевого канала; давленіе градуснымъ компрессомъ. 20 іюля, хотя гной отдѣляется въ ничтожномъ количествѣ, тѣмъ не менѣе, пулевой каналъ до сихъ поръ не закрылся. 24 іюля пулевой каналъ закрылся; остаются поверхностныя заживающія ранки на мѣстѣ кожныхъ отверстій и небольшая припухлость въ области ихъ. 31 іюля раны зажили, припухлость исчезла, больной совершенно здоровъ.

4) *Илья Марковичъ*, 37 л., раненъ 8 іюня подъ Острогомъ, поступилъ 10 іюня, выписался 10 іюля. Имѣется сквозная пулевая рана мягкихъ частей въ верхней трети голени, въ горизонтальномъ направленіи; входное отверстие находится на наружной сторонѣ голени, выходное—на внутренней. 15 іюня отдѣленіе гноя изъ пулевого канала въ небольшомъ количествѣ. 25 іюня входная рана заживаетъ, и чрезъ нее нѣтъ отдѣленія гноя изъ глубины канала; изъ окружности же выходной раны выдавливается гной, хотя и не въ большомъ количествѣ. 29 іюня отдѣленіе гноя прекратилось, но въ области выходной раны, кнутри отъ нея, остается припухлость. Къ 3 іюля раны совсѣмъ зажили и опухоль сдѣлалась мягче. 10 іюля совсѣмъ здоровъ.

5) *Джуро Стаховичъ*, 25 лѣтъ, раненъ 7 іюня, поступилъ 10 іюня. Пулевая желобоватая рана въ верхней трети голени, на правой сторонѣ, въ нижней части fossae popliteae, въ области сухожилій приводящихъ мышцъ. Рана представляется довольно глубокою, около $1\frac{1}{2}$ дюймовъ длины и 1 дюйма ширины. До 15 іюня

уже образовался обширный гнойный затекъ подѣ икроножныя мышцы: при давленіи на ихъ область, до самаго перехода мышечной части въ сухожильную, идетъ гной чрезъ рану. Зондѣ не открываетъ ничего особеннаго, вездѣ наталкиваясь на мягкія части. Такъ какъ больной не позволилъ сдѣлать контрапертуру въ нижней части голени, то ограничились вставленіемъ въ полость чрезъ рану дренажной трубки. 20 іюня на срединѣ голени, въ области икроножныхъ мышцъ, образовался свищъ, но все-таки гной застаивается и массой выходитъ при каждой перевязкѣ. 27 іюня гной опустился еще ниже. 1 іюля сдѣлана контрапертура на границѣ мышечной части съ сухожильною икроножныхъ мышцъ, и изъ нее проведенъ дренажъ чрезъ всю гнойную полость и выведенъ чрезъ рану. Зондированіе и чрезъ разрѣзъ и чрезъ свищъ, подобно тому, какъ и чрезъ самую рану, ни къ чему не приводитъ. 4 іюля гной отдѣляется свободнѣе, но въ весьма большомъ количествѣ. Такъ дѣло шло до 17 іюля, когда больной изъ Биліардо (верхняго этажа) былъ переведенъ въ шатеръ. Въ первое время, по переводѣ въ шатеръ, количество гноя рѣзко уменьшилось, но впослѣдствіи, съ 25 іюля, онъ принялъ характеръ сукровичный. 30 іюля гноя идетъ очень мало; дренажъ удаленъ. 1 августа отдѣленіе гноя изъ сдѣланнаго разрѣза прекратилось почти вовсе; чрезъ произвольно образовавшійся свищъ гноя отдѣляется нѣсколько больше. Около свища существуетъ подѣ кожей полость, около 1½ дюймовъ въ діаметрѣ; разрѣзомъ эта полость превращена въ открытую рану; пальцемъ изъ нее можно ощупать свищевый ходъ по направленію къ пулевой ранѣ. До 15 августа отдѣленіе гноя было самымъ умереннымъ, 15-го же августа, при давленіи на всю икроножную область, гной пошелъ струей чрезъ свищъ на срединѣ голени. 18 августа опять гной больше не выдавливается изъ области икроножныхъ мышцъ. 22 августа вся область икроножныхъ мышцъ представляется оплотнѣлою. 23 августа опять гной пошелъ въ огромномъ количествѣ, и чрезъ свищъ на срединѣ голени, и чрезъ раскрывшійся снова разрѣзъ въ нижней части голени, при давленіи на всю область икроножныхъ мышцъ. До 5 сентября дѣло было все время въ одномъ положеніи. Больной похудѣлъ подѣ вліяніемъ почти постояннаго лихорадочнаго состоянія. Послѣ этого количество гноя стало уменьшаться и къ 27 сентября, когда я оставилъ Черногорію, всѣ свищи закрылись. Но чрезъ нѣсколько времени послѣ моего отъѣзда, какъ мнѣ сообщилъ оставшійся до конца войны въ Черногоріи, студентъ Свѣтлосановъ, раны открылись снова, была сдѣлана новая контра-

пертура на внутренней поверхности ахилловой жилы. Зондомъ тоже ничего не могли открыть. Произошла контрактура въ колѣнѣ и въ такомъ печальномъ видѣ больной, наконецъ, оставилъ больницу уже въ концѣ октября мѣсяца.

6) *Крста Новаковичъ*, 25 лѣтъ, раненъ 9 іюня подъ Острогомъ, поступилъ 13 іюня, выписался 24 августа. Имѣется пулевая сквозная рана лѣвой голени, безъ поврежденія костей. Входное отверстіе находится на задней поверхности голени, въ верхней ея трети, ближе къ внутренней сторонѣ; выходное — въ средней трети голени, на наружной ея сторонѣ, кзади отъ малоберцовой кости. Къ 20 іюня образовался огромный гнойный затекъ подъ икроножными мышцами, при давленіи на область которыхъ гной идетъ довольно сильной струей, главнымъ образомъ, чрезъ входную рану; гноя выдѣляется не менѣе глубокой тарелки при каждой перевязкѣ. Вставлены дренажныя трубки въ обѣ раны. Къ 25 іюня гной опустился до ахилловой жилы. Сдѣлана контрапертура съ внутренней стороны послѣдней. Послѣ этого, количество гноя стало уменьшаться, но къ 7 іюля опять отдѣленіе гноя увеличилось до прежнихъ размѣровъ. Такъ дѣло шло до 17 іюля, когда больной былъ переведенъ изъ Билиардо, (верхняго этажа) въ палатку. Здѣсь уже къ 20 числу іюля количество гноя рѣзко уменьшилось. 24 іюля гной отдѣляется въ небольшомъ количествѣ чрезъ контрапертуру, и при давленіи на область икроножныхъ мышцъ онъ вовсе не выходитъ. 30 іюля существовавшая гнойная полость совсѣмъ закрылась, раны кожи рубцуются. Въ области икры образовалась припухлость. Смазываніе t-ra jodi и согрѣвающие компрессы. 12 августа всѣ раны совершенно зарубцевались, припухлость исчезла. Боль при наступленіи на ногу мѣшаетъ ходбѣ. 16 августа больной началъ ходить сносно, только при ходбѣ нога отекаетъ. 24 августа выздоровѣлъ. По сообщеніямъ Свѣтлосанова, въ октябрѣ, этотъ больной снова явился въ больницу съ огромнымъ абсцессомъ въ области икроножныхъ мышцъ. Сдѣлано было нѣсколько разрѣзовъ и чрезъ мѣсяцъ больной снова выздоровѣлъ. За все время болѣзни не было открыто въ ранѣ ничего посторонняго; не выходило секвестровъ, такъ что нельзя было предположить и раненія кости безъ перелома, который былъ исключенъ сразу.