

МЕДИЦИНСКАЯ ЧАСТЬ ОТЧЕТА

о Лазаретѣ для раненыхъ воиновъ Харьковскаго Медицинскаго Общества и Всероссийскаго Союза Городовъ № 4.

III-я Часть

МЕДИЦИНСКІЙ ОТЧЕТЪ

о Лазаретѣ для раненыхъ воиновъ Харьковскаго
Медицинскаго Общества и Всероссийскаго Союза
Городовъ № 4.

Завѣдывающаго Лазаретомъ

проф. Б. Г. Пржевальскаго.

Часть III

МЕДИЦИНСКИЙ ОТДЕЛЪ

Медицинскаго Общества и Всероссийскаго Союза
оказавшаго помощь во время войны Херсонскаго
Городова № 4

Заведующаго Отделом
врачъ Б. П. Писаревскаго

МЕДИЦИНСКАЯ ЧАСТЬ ОТЧЕТА

о Лазаретѣ для раненыхъ воиновъ Харьковскаго Медицинскаго Общества и Всероссійскаго Союза Городовъ № 4.

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

Краткія свѣдѣнія о Лазаретѣ для раненыхъ воиновъ Харьковскаго Медицинскаго Общества и Всероссійскаго 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 ихъ условленной краткости, являются далеко не совершенными, тѣмъ не менѣе, въ виду того, что безъ нихъ совсѣмъ не понятенъ 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 принадлежавшія 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 Всероссійскаго Союза Городовъ.

Число кроватей, принадлежавших 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 Института, дѣятельность котораго по приготовленію вакцинъ и сыворотокъ въ это время чрезвычайно расширилась. Число кроватей Союза Городовъ при этомъ не измѣнилось.

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, занимаемая его правленіемъ 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 профессора 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 вторымъ младшимъ ординаторомъ д-ръ Н. Г. Никольскій.

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

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

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

Штатъ низшихъ служащихъ до 1-го іюля состоялъ изъ 3-хъ палатныхъ сидѣлокъ, 1-ой сидѣлки для операціонной и 5 санитаровъ: изъ всѣхъ ихъ непрерывно несла службу одна сидѣлка для операціонной, остальные же мѣнялись, къ сожалѣнію, слишкомъ часто, особенно санитары.

Теченіе лазаретной жизни и часы врачебнаго дѣла шли въ слѣдующемъ порядкѣ, нѣсколько приспособлявшимся ко времени года.

Весной и лѣтомъ жизнь Лазарета начиналась съ 6 часовъ утра; въ это время больные получали чай; завтракали они въ 9 час., обѣдали въ 12^{1/2} час., пили вечерній чай въ 4 часа, ужинали въ 6 час. и ложились спать въ 9 час.; осенью и зимой утренній чай подавали въ 7 часовъ.

Данныя о пищѣ и діетѣ помѣщены въ административной части отчета.

Операціи производились отъ 1^{1/2} и до 5 час., и если нужно было, то и позже, а также и въ другіе часы; перевязки весной и лѣтомъ начинались съ 6 час. утра, осенью и зимой съ 7^{1/2} часовъ. Время отъ 11 до 1 час. предназначалось для производства различныхъ терапевтическихъ процедуръ: электризацій, впрыскиваній, массажа и т. п. Рентгеноскопія и рентгеновскіе снимки дѣлались или утромъ между 11 и 12 часами или пополудни между 5 и 6. Больные доставлялись въ рентгеновскій кабинетъ одно время на извозчикѣ, впоследствии въ автомобилѣ Союза Городовъ.

Подробное описаніе помѣщенія Лазарета и его санитарнаго состоянія приведено въ отчетѣ Попечительнаго Совѣта Лазарета. Здѣсь достаточно указать, что до 1-го іюля помѣщенія палатъ, операціонной и перевязочной находились всѣ въ одномъ, именно въ 3-мъ этажѣ; послѣ расширенія лазарета 2 его палаты на 40 кроватей, и перевязочная для нихъ устроены въ 1-мъ этажѣ.

По временамъ эту перевязочную приходилось превращать въ палату для раненыхъ, требующихъ большихъ удобствъ.

Операціонный залъ Лазарета хорошо освѣщается дневнымъ свѣтомъ, для операцій вечеромъ и ночью онъ снабженъ электрической лампой въ 600 свѣчей; полъ плиточный, стѣны выкрашены бѣлой масляной краской; въ сосѣдней съ нимъ комнатѣ имѣется 2 большихъ мѣдныхъ стерилизатора для приготовления и храненія горячей и холодной кипяченой воды, подаваемой изъ нихъ въ умывальные краны сильной струей. Перевязочный матеріалъ и бѣлье стерилизуются въ особомъ помѣщеніи, въ любомъ количествѣ, — и въ этомъ Лазаретъ не уступаетъ спеціальнымъ хирургическимъ клиникамъ.

Ко дню открытія Лазарета въ немъ была оборудована спеціальная рентгеновская комната, но первые мѣсяцы она не могла функционировать за неимѣніемъ трубокъ, впоследствии же выяснилось, что вообще приходится предпочитать рентгенизацію въ частномъ кабинетѣ д-ра Ю. А. Гольдингера, производимую имъ лично и во всѣхъ случаяхъ рентгеноскопіи съ неперемѣннымъ участіемъ оперирующаго и старшаго ординатора; рентгеновскій аппаратъ былъ переданъ другому учрежденію, освободившаяся же комната получила другое назначеніе. Въ случаѣ отсутствія во время каникулъ д-ра Ю. А. Гольдингера лю-

безно жертвовалъ своимъ временемъ для снимковъ д-ръ С. П. Григорьевъ.

На помощь Лазарету всегда охотно приходили своими консультаціями по глазнымъ болѣзнямъ проф. Е. П. Браунштейнъ, и въ случаѣ его отъѣзда, его ассистентъ, д-ръ Я. Г. Замковскій, по ушнымъ и горловымъ д-ра: М. С. Гофманъ, С. А. Робакъ, М. С. Цынкинъ, Н. П. Ивановъ, въ иныхъ случаяхъ. С. Г. Сурукчи и въ одномъ случаѣ проф. М. М. Ломиковскій; по нервнымъ болѣзнямъ д-ра: А. Н. Геймановичъ, А. К. Ганъ, по внутреннимъ проф.: П. И. Шатиловъ, Ф. В. Писнячевскій, К. В. Шебалинъ, прив.-доц. М. А. Трахтенбергъ и въ одномъ случаѣ проф. К. Н. Георгіевскій. Лечение и пломбировку зубовъ производили зубные врачи: Розовскій, С. С. Стернинъ и Брудъ. Въ декабрѣ 1914 года и въ сентябрѣ 1915 г., каждый разъ по 2 недѣли во время отъѣзда старшаго врача любезно несъ его обязанности д-ръ А. Н. Гарнье.

Всѣ глазныя операціи въ Лазаретѣ произведены проф. Браунштейномъ, руководившимъ кромѣ того, леченіемъ всѣхъ глазныхъ больныхъ и раненыхъ.

Кромѣ глазныхъ, всѣ остальные операціи, за исключеніемъ немногихъ, производились старшимъ врачомъ; во время его отъѣзда оперировалъ д-ръ Гарнье; нѣкоторые операціи сдѣланы д-ромъ Б. Х. Касимовымъ.

Всѣ перевязки производились всегда лично ординаторами, — фельдшерицы только ассистировали при этомъ.

Всѣ раненые перевязывались и при необходимости оперировались во время перваго приѣма, еще до помѣщенія въ палаты. Диагнозы устанавливались подъ руководствомъ старшаго врача, первыя свѣдѣнія о поступившихъ отмѣчались при самомъ поступленіи, потомъ наблюденія записывались дважды въ недѣлю.

Ординаторы дежурили въ лазаретѣ черезъ 2 дня, на 3-й же день днемъ ихъ 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 спеціальныхъ задачъ, въ палатахъ и въ столовой, — благодаря имъ входилъ въ жизнь больныхъ освѣжающій элементъ путемъ концертовъ, пѣнія хоровъ учащихся и т. п. Съ большою 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, залѣчивая свои раны, проходили въ тоже 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-мъ Н. В. Томашевскому, В. Ст. Тарасенко.

Бактеріологическія изслѣдованія гноя и раненыхъ 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. Амираджиби, С. М. Коцеваповымъ, 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 освѣдомленности о нуждахъ раненыхъ, очень ускоряли удовлетвореніе ихъ.

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

Выдающаяся дѣятельность Медицинскаго О-ва въ области научной и практической бактеріологіи не могла не отразиться на хирургической сторонѣ дѣятельности Лазарета. Ужъ 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 примѣнялась сыворотка въ различныхъ случаяхъ при терапіи кровотеченій, для вливанія въ раны, изобилующія густымъ гноемъ, специфическаго леченія стрептококковыхъ процессовъ, при лѣченіи столбняка.

На основаніи наблюденій сдѣланныхъ въ Лазаретѣ должно отмѣтить неизмѣнно благотворно-терапевтическое дѣйствіе противострептококовой 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 указанію извѣстнаго Чикагскаго хирурга, проф. І. Mighy, и результаты этихъ наблюденій послужили матеріаломъ для спеціальной 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 терапия въ аутогенныхъ вакцинахъ пріобрѣтаетъ 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 спеціальныхъ 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 спеціализированной отраслью практической хирургіи.

Характеръ дѣятельности полевыхъ хирурговъ опредѣляется полной неизбѣжностью компромисса между желательнымъ и достижимымъ. Къ этому побуждаютъ не поддающіяся вліянію 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 отречение отъ совершенства помощи въ отдѣльныхъ случаяхъ, въ тоже 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 неизбѣжность инфекции ранъ, послѣдующее теченіе и исходъ терапіи ранъ, предопредѣляется часто ужь первой помощью.

Задачи лазаретовъ, отдаленныхъ отъ фронта, къ числу которыхъ принадлежитъ и Лазаретъ Медич. О-ва и В. С. Г. № 4, несравненно ближе подходятъ къ хирургіи мирнаго времени, но и здѣсь характерными чертами выступаютъ массовыя гнойныя инфекции и особенности огнестрѣльныхъ раненій, отличающихся девитализаціей ткани поврежденной области и общимъ пониженіемъ трофическихъ силъ организма.

Всѣ современныя 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,—протекающая въ первые дни первичная инфекция по существу является фекальной и зависитъ отъ внѣдренія возбудителей, присущихъ экскрементамъ человѣка и животныхъ, главнымъ образомъ лошадей, инфекция 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 окончивая настоящей газовой гангреной, въ Лазаретѣ Медицинскаго О-ва и В. С. Г. № 4, можно было знакомиться, въ достаточномъ числѣ случаевъ только лѣтомъ 1916 г., 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. въ 1 провѣренномъ случаѣ.

Среди раненыхъ, доставленныхъ къ концу первой недѣли послѣ раненія или еще позже въ подавляющей массѣ случаевъ наблюдались только обыкновенныя формы болѣе или менѣе разлитыхъ острыхъ нагноеній. Наряду съ послѣдними довольно равномерно, при томъ сравнительно рѣдко доставлялись раненые съ развившимися уже явленіями септицеміи: при большомъ разможеніи тканей и вскрытіи большихъ суставовъ и полостей, эти общія септическія заболѣванія развивались въ рѣзкой формѣ ужь въ первые дни послѣ раненія.

Въ Лазаретѣ борьба съ обыкновенными мѣстными нагноеніями иногда очень бурными и разлитыми стало 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 инфекцій, можно было вмѣшиваться съ радикальными операціями, не подвергаясь риску, ожесточенія процесса.

Кромѣ того, раны съ обильнымъ отдѣленіемъ гноя промывались или $\frac{1}{2}\%$ лизоломъ или же жидкостью Dakin'a растворомъ хлорноватистаго натра, приготовленнаго такъ: на 1 литръ воды 200,0 бѣлильной извести, 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 колляргола; основной терапіей однако было введеніе подъ кожу подрядъ въ теченіе 3-хъ дней по 40 к. с. антистрептококковой сыворотки.

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

При лѣченіи воспаленій, кромѣ специфической терапіи, въ Лазаретѣ всегда прилагались заботы о приданіи больному органу положенія, обусловивающаго фізіологической покой: при леченіи переломовъ вытяженіемъ пользовались среднимъ фізіологическимъ положеніемъ посредствомъ способа Барденгейера-Груне; въ огромномъ большинствѣ случаевъ примѣнялись гипсовомарлевья шины Бэли.

Какъ извѣстно, прототипъ этихъ шинъ, въ формѣ пеньковогипсовыхъ, 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, при томъ ихъ очень легко накладывать.

Переломы бедра, какъ правило, а переломы голени, въ большинствѣ случаевъ, проводились 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 гипсовомарлеваго видоизмѣненія шинъ Бэли.

Примѣнявшіяся въ Лазаретѣ гипсовомарлевья шины дѣлались изъ заранѣе 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 подошвенной кости; для верхней конечности необходимо готовить отдѣльно лонгеты для предплечія и плеча: 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 образованіе ложнаго сустава, 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 случаевъ застарѣлыхъ переломовъ бедра, голени и плечевой кости послѣ того, какъ лица, принадлежавшія къ первымъ группамъ раненыхъ, вслѣдъ

за огнестрѣльнымъ переломомъ подверглись уже 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 такого же перелома 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 изъ бычачьихъ костей, раньше примѣнявшіяся для другой цѣли, были приготовлены Нью-Йоркской фирмой Най-Ширеръ по образцу англійскаго хирурга Майо Робсона и случайно въ достаточномъ количествѣ имѣлись у автора этихъ строкъ.

Опираясь на твердоустановленные въ наукѣ результаты наблюденій проф. Нейбера и Мэживина съ дренажами изъ декальцинированной кости, примѣнявшимися ими при долгосрочно неснимаемыхъ повязкахъ, свидѣтельствующіе, что отъ этихъ трубокъ черезъ 10 дней остается лишь наружный конецъ не погруженный въ рану, а погруженная въ ткани часть разсасывается и что въ гноящихся ранахъ трубки разсасываются скорѣе, 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 разсасыванія, межъ тѣмъ результаты превзошли ожиданія. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ примѣнявшія декальцинированныхъ трубокъ поступило 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 разсасываніе 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 никкелированными проволочными гвоздями послѣ кровавой подготовки застарѣлаго перелома со свищами, подтвердили правильность общепринятаго современнаго положенія, что вокругъ проволоки и гвоздей въ костяхъ развивается разжигающее кость воспаленіе, и лучшіе результаты получаются при условіи извлеченія этихъ инородныхъ тѣлъ въ концѣ 2-ой недѣли. Въ Лазаретѣ при соблюденіи (матеріаль касаящійся этихъ наблюденій, послужилъ основаніемъ для доклада въ Хирургическомъ Обществѣ при Императорскомъ Харьковскомъ Университетѣ) этого условія успѣхъ былъ достигнутъ во всѣхъ случаяхъ.

Въ одномъ случаѣ (Бинкендорфъ ^{1915/104}) застарѣлаго перелома нижней челюсти, гдѣ былъ дефектъ почти половины ея начиная отъ уровня клыка до середины вертикальной вѣтви, и образовался уже рубецъ соотвѣтственно нижнему краю челюсти, была сдѣлана имплантация согнутой вдвое, сформированной по длинѣ дефекта и обвитой серебряной проволоки. Имплантатъ прочно вросъ, движенія челюсти и форма лица замѣтно улучшились; образованія свищей не послѣдовало, несмотря на то, что послѣ вырѣзанія плотнаго широкаго рубца, была сдѣлана пластинка съ сосѣдней кожи шеи.

Рентгенъ показалъ также отсутствіе разжигающаго воспаленія въ каналахъ, черезъ которые была продѣта проволока этимъ наблюденіемъ подтвердился и второе положеніе современной хирургіи, что въ отношеніи проволоки продѣтой черезъ кость нижняя челюсть представляетъ исключеніе изъ общаго правила выведеннаго впрочемъ по даннымъ для трубчатыхъ костей. Область рта и челюсти единственное мѣсто въ организмѣ, гдѣ инородныя тѣла успѣшно имплантируются несмотря на инфекцію.

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 наростанію кости только въ половинѣ изъ 4 случаевъ, хотя скрѣплявшая отломки проволока всѣ 4 раза удалялась одинаково въ концѣ второй недѣли.

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

Всѣ 4 случая газовой флегмоны нижнихъ конечностей проведены посредствомъ длинныхъ разрѣзовъ пораженныхъ областей и раскрытія межмышечныхъ промежутковъ до кости, съ промываніемъ въ моментъ операци 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 вакцинотерапии по Райту. Въ случаяхъ Власова (¹⁹¹⁶/₄₂₀) и Дорошенко (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, до стигнуто сращеніе перелома 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 хларалемъ-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 развились въ короткое время до степени, обусловившей 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 другаго 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 венозныя 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-го ноября 1914 по 1-ое Іюля 1916 г.

Въ 1914 году вовсе не было смертельныхъ случаевъ.

Въ 1915 году было 4 смертельныхъ случая.

Въ 1915 г. умерли слѣдующіе воины.

№	Имя и день поступления.	День и область раненія или очага заболѣванія.	Пульсъ, темпер. и общее состояніе въ день поступления.	Родъ леченія и день операціи.	Родъ и день осложн.	День и причина смерти.
1 194	Гордѣевъ Игн. Еф. Зол. 7/VI.	Раненъ не былъ. Гангр. гнойн. послѣ тиф. въ околушн. жел. и лѣв. полов. шеи. Сведен. челюсти. Желтуха общія септ. явленія.	120 39 крайняя слабость.	Не оперированъ.	—	21/VI отъ септической кахэкс.
2 218	Неучакъ Фил. Павл. 27 л. 31/VII.	27/VII раненъ шрапнелью въ лѣв. ягод. внутрен. поверхн. верхн. части бедра. Септицемія.	96 39 очень слабъ.	Не оперированъ.	Воспаленіе нижней доли лѣв. лег.	13/VIII при явлен. серд. слаб.
3 228	Ахметовъ Шайна Магометъ 19/VIII.	7/VIII ран. шрапнелью, имѣетъ оссадину на гол., сквозную рану черезъ дельтовидную мышцу и слѣп. раненіе въ обл. лѣв. лопатки Тризмъ. Припадки столбн. Раны гангр.	19—80,0 VIII 36,6 21—120 VIII 40 крайняя слабость.	Не оперированъ. Терапія специфич. сыворотк. и хлораль гидрат.	—	22/VIII умеръ отъ столбняка.
4 253	Брачковъ Емельянъ Андреев. 27 лѣтъ 12/IX.	2/IX ран. пул. на вылетъ въ прав. колѣно и въ лѣв. икру. Флегмона всей прав. конечн. гнойн. скопище въ колѣнѣ.	120/39,8 слабость.	17/IX Вскрытъ прав. кол. суставъ и сдѣланъ разрѣзь флегмоны.	—	19/IX умеръ отъ слаб. сердца.

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

5 313	Смирновъ Мих. Сав. 19 л. 2/1.	18/XII 1915 г. ран. пулей черезъ лѣв. тазобедерн. суст. съ перел. подъ головк. со свищомъ подвиж. част. уретры. Пролежни. Септицемія.	120 Бредъ, крайняя слабость.	6/1 разр. 7/1 извл. при рез. отдѣливш. голов. лѣв. бедр. кост.	—	22/II Умеръ отъ сла- бости.
----------	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---	---	---

№	Имя и день поступления.	День и область ранения или очага заболѣванія.	Пульсъ темпер. и общее состояніе въ день поступления.	Родъ леченія и день операціи.	Родъ и день осложн.	День и причина смерти.
6 392	Боришполець Ант. Осип. 40 л. 3/V 1916 г.	Ракъ слѣпой кишки и всей брюшины. Водянка.	118 36,2 слабость.	6/V Чревосѣченіе. Вскрыта брюшная стѣнка, и вып. жидк.	—	14/V Умеръ отъ раковой кахекс.
7 398	Жигуля Степ. Мих. 19 лѣтъ 19/V 1916	Съ апрѣля гнойникъ пр. средн. уха и соцевидныхъ полос. гнойн тромбозъ вен. пазух. тверд. мозг. обол. Гноекров. съ переносн. нарывами въ легкихъ. селезен. и съ гнойн. тазов. перит. 14/IV сдѣлан. трепан. соцев. пол. Свищъ, піэмія.	Нитевидный пульсъ 37,4 полный упадокъ силъ.	Не опер.	—	27/V умеръ при явленіяхъ отека легкихъ
8 403	Шульгинъ Ив. Аким. 19 л. 5/VI	23/V раненъ пулей на вылетъ-входъ у сочленія 1-го лѣв. ребра съ груд., выходъ въ 9 межребер. по прав. подмыш. линіи. Переломъ 9 ребра кровохарьканье.	110 40,2 заб. и слаб.	Не опер.	—	9/VI 1916 г. умеръ при явленіяхъ серд. слаб.

Изъ разсматриваемыхъ 445 случаевъ, бывшихъ на леченіи съ 11-го Ноября 1914 г. по 1-ое Юля 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 ракового больного въ крайней степени истощенія, и 3 на случай 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 патологоанатомическому вскрытію, которое производилъ 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 здѣсь была значительно обезображена или укорочена, и само 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 сочетавшіеся 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 раненія 2 другихъ областей, въ 2-хъ на почвѣ перелома развивалась 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 мѣста перелома и по годамъ поступленія въ лазаретъ.

П Е Р Е Л О М Ы.

Огнестрѣльные переломы:	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

	1914 г.	1915 г.	1916 г.
Нижняго эпифиза плечевой кости	—	2	—
Объихъ костей предплечія	3	5	—
Лучевой кости	1	5	1
Локтевой кости	1	1	—
Костей кисти рукъ	11	7	5
Костей таза	4	6	3
Головки, шейки и вертельной части бедренной кости	—	2	1
Бедреннаго діафиза	—	6	9
Нижняго эпифиза бедра	1	—	—
Головки большого берца	2	—	—
Объихъ костей голени	2	4	4
Большаго 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 году 1 аневризма бедренной артеріи и въ 1915 г. три—волярной межкостной, бедренноподколѣнной и бедренной. Въ 1916 г. сдѣлана 1 разъ перевязка бедренной вены при разрывѣ ея въ одномъ 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
Голѣнностопный	—	1	—
Плечевой	1	2	1
Локтевой	1	4	1
Лучезапястный	1	2	—
	8	14	4

Къ случаямъ, вошедшимъ въ счетъ выше приведенной таблицы должно присоединить еще два случая суставныхъ переломовъ, сочетанныхъ съ другими большими поврежденіями, это именно: 1) переломъ тазобедреннаго сустава и при этомъ раненіе scrotum et uretra 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 были въ 1915 году 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	1	—
Лопатки	—	1	1
Подключичная область	—	1	—
Грудная мышца	1	1	—
Подмышечная впадина	—	2	1
Плечо	2	1	1
Предплечье	2	1	1
Кисть	2	—	—
Поясница	1	2	—
Ягодицы	1	2	—
Scrotum	—	2	—
Бедро	4	7	7
Голень	3	4	—
Колѣно	—	1	—
Подколѣнная область	—	1	—
На стопѣ	—	1	—
	17	27	16

Всего простыхъ кожномышечныхъ раненій за весь отчетный періодъ было 60.

Множественныхъ кожномышечныхъ раненій было въ 1914 г. 2, въ 1915 г. 3, въ 1916 г. 8. Ранъ кожномышечныхъ осложненныхъ поврежденіемъ нервовъ въ 1914 г. было 3.

Контрактуръ мышечнаго происхожденія было въ 1915 году 3 случая.

Перевязокъ большихъ артерій въ 1914 году 1 и въ 1915 год 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 бедренноподколѣнной 1.

Перевязано большихъ артерій въ 1914 г. 1 разъ подключичную и 1 разъ переднюю берцовую, въ 1915 г. 1 разъ лучевую.

Свищей въ мягкихъ частяхъ ампутаціонной и экзартикуляціонной культи въ 1915 г. было:

Послѣ ампутаціи пальцевъ на кисти	1
Послѣ ампутаціи голени	3
Послѣ ампутаціи бедра	2
Въ тазобедренномъ суставѣ	1
Всего	7

Реамиутацій вслѣдствіе свищей съ торчаніемъ кости и съ изъясненіемъ приросшаго къ ней рубца въ 1915 году было:

Бедрa	2
Голени	1
Плеча	1
Всего	4

Большихъ абсцессовъ, потребовавшихъ типичныхъ для раненыхъ областей разрѣзовъ, какъ напр., при локализациіи глубоко въ околосуставной ткани, напр. вокругъ тазобедреннаго плечевого и грудноключичнаго съ затеками въ средостѣніе, или представлявшихся исключительными по роду и распространенію инфекціи, какъ напр. паратифозный инфильтратъ періоста нѣсколькихъ реберъ, слившійся въ общую массу, было 4 случая и всѣ относятся въ 1915 г.

Обмороженія 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 средостенія	3	5	9
2. Живота и его органовъ	—	2	2
3. Груды и живота	—	1	—
4. Таза	—	4	—
5. Черепа съ поврежденіемъ мозга	2	2	5
6. Позвоночнаго канала и спинного мозга	4	1	—
Всего	10	15	16

Изъ 5 случаевъ поврежденія черепа 1916 г. всѣ ужъ были подвергнуты трепанаціи черепа въ госпиталяхъ менѣе отдаленныхъ отъ фронта и поступили въ Лазаретъ въ Харьковѣ 2 со свищами, 3 съ параличными явленіями, при чемъ въ одномъ изъ нихъ до трепанаціи 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.
Операція энуклеація глазного яблока			
сдѣлана	—	1	8
Всего			9

Въ 1916 г. сдѣлана операція удаленія воспаленнаго слезнаго мѣшка 1.

Въ 1915 г. произведена 1 операція вылушенія шейныхъ туберкулезныхъ железъ, 2 резекціи epididymis testis, при туберкулезѣ этого органа, 1 экстирпація testis, при туберкулезномъ пораженіи epididymis testis, операція двусторонней паховой грыжи по радикальному способу Кохера, 2 чревосѣченія, въ одномъ случаѣ, при общемъ раковомъ пораженіи всей брюшины, и при общемъ туберкулезѣ брюшины, развившемся послѣ пораженія слѣпой кишки, въ другомъ, трепанація сощевиднаго отростка у 2-хъ больныхъ при остромъ нагноеніи въ сощевидной полости, и у 2-хъ больныхъ сдѣлана радикальная операція удаленія червеобразнаго отростка.

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

Сдѣланы операціи:	1914 г.	1915 г.	1916 г.
1. Большіе или сложные разрѣзы	6	15	19
Всего			43
2. Пластическія операціи для закрытія дефекта мягкихъ частей	—	5	2
Всего			7

3. Разсѣченія сухожилій и мышцъ для устраненія контрактуръ	—	4	—
Всего			4
4. Простыя некротоміи въ томъ числѣ съ послѣдующимъ про- волочн. швомъ	10	21	15
Всего			46
5. Некротомія съ костной гетеропла- стикой посредствомъ декаль- цированныхъ костей	—	7	—
Всего			7
6. Некротомія большихъ трубчатыхъ и плоскихъ костей съ пласти- ческимъ закрытіемъ дефекта подножножировымъ или мы- шечнымъ лоскутомъ на ножкѣ	2	3	—
Всего			5
7. Операциі вскрытія нагноившагося сустава лучезапястного	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 операций 135; при нѣкоторыхъ изъ нихъ было произведено во время операціи извлеченіе огнестрѣльныхъ снарядовъ.

Пули, застрявшія у раненаго Виндюка (1916/323) въ стѣнкѣ праваго желудочка сердца, у Барисюка (1916/342) въ толщѣ печени и у нѣкоторыхъ раненыхъ въ мозгѣ, въ легкихъ и въ средостеніи, не дали повода къ попыткамъ извлечь ихъ, въ виду отсутствія къ этому очаговыхъ показаній и въ виду хорошаго общаго состоянія раненыхъ.

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

Изъ сложныхъ случаевъ успѣшнаго извлеченія огнестрѣльныхъ снарядовъ давашаго благотворные результаты заслуживаютъ вниманія: 1) Шепель (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 (1915/207), у котораго шрапнель извлечена изъ бокового сегмента тѣла 3-го поясничнаго позвонка.

Всѣ аневризмы на конечностяхъ проведены по способу Syme-Anandale'я послѣ профилактической констрикціи сосудовъ наложеніемъ резиновой трубки у основанія члена, по Esmarch'у, обнажался аневризматическій мѣшокъ, опорожнялся дочиста отъ сгустковъ, и отверстія въ приводящихъ и отводящихъ сосудахъ закрывались лигатурой изъ самага мѣшка.

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

Случай колоссальной артеріовенозной аневризмы на подключичномъ сегментѣ подключичныхъ сосудовъ бывшей у раненаго Бадьянца (1914/31) былъ успѣшно оперированъ послѣ предварительной резекціи ключицы. Большія опасенія относительно сохраненія ноги у раненаго Лоевскаго (1915/177), ампутированнаго уже до поступленія въ лазаретъ на лѣвомъ бедрѣ, вызвала артеріовенозная аневризма бедренноподколенного сегмента главныхъ сосудистыхъ стволовъ правой ноги, но

послѣ шва раны на венѣ и лигированія изъ полости мѣшка обоихъ концовъ артерій, раненый былъ доведенъ до выздоровленія и выпи-сался изъ лазарета, сохранивъ стопу и всѣ пальцы совершенно не-поврежденными.

Перевязкой лѣвой подключичной артеріей надъ ключицей у Гаи-динова (^{1915/174}) было достигнуто прочное запусътіе подключичной аневризмы этой артеріи, у Некрасова же (^{1915/173}), послѣ перевязки выше ключицы правой подключичной артеріи при артеріовенозной аневризмѣ сегментовъ подключныхъ 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 пульсовыхъ толчковъ въ голову.

Съ точки зрѣнія патологии и терапіи травматическихъ поврежде-ній гортанныхъ хрящей, интересенъ случай огнестрѣльнаго раненія верхне-передняго края лѣваго щитовиднаго хряща съ послѣдующимъ суженіемъ голосовой щели, вслѣдствіе опухоли ложныхъ связокъ и утолщеніемъ мягкихъ частей соединенныхъ со щитовидными хрящами; главнымъ образомъ подхрящницы; раненому была сдѣлана низкая трахеотомія; извлечение канюли сейчасъ же вызвало удушье. Была сдѣлана лярингофиссура, извлечены кусочки хряща изъ толщи голосовой связки и удалена часть рубцовъ. Въ результатѣ получено восстано-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 ост-рыми гангренозно прогрессивными пролежнями крестца и области вер-теловъ, съ общимъ септическимъ вслѣдствіе этого состояніемъ и поно-сами, привело къ неполному заживленію пролежней, закрытыхъ по-томъ пластическими операціями; у Индѣйкина (^{1915/213}) при раздроблен-номъ переломѣ 1 поясничнаго позвонка, у Шмата (^{1915/280}) при слѣпомъ раненіи вправо отъ средней линіи 10 позвонка и у Чабана (^{1916/424}) послѣ воздушной контузии снарядомъ безъ измѣненія костей позвоноч-ника, къ самому небольшому улучшенію параличей у Индѣйкина и Шмата и къ осложненію болѣзненной контрактурой съ клоническими судорогами у Чабана.

Декомпрессивная ламинэктомія 5, 6 и 7-го грудныхъ позвонковъ у Лося (^{1916/319}), при застрявшей пулѣ въ заднемъ средостѣніи и разви-тіи крайней слабости въ правой ногѣ, полнаго паралича лѣвой ноги,

недержанія мочи и запора, а также пролежня на лѣвомъ вертелѣ, по извлеченіи осколковъ, дужки и кусковъ реберной шейки, сдавливавшихъ мозгъ, обусловила полное исчезаніе паралича ногъ, возстановленіе дѣятельности пузыря и прямой кишки и ускорила очистку бывшаго пролежня, подготовивъ возможность закрытія его кожной пластикой, — Лось выписался изъ Лазарета въ такомъ состояніи, что въ эвакуаціонной комиссіи онъ не былъ освобожденъ, но получилъ 3-хъ мѣсячный отпускъ.

Хотя точное опредѣленіе характера поврежденія позвоночника и спинного мозга при огнестрѣльныхъ раненіяхъ возможно только въ моментъ операціи, но считаясь съ тѣмъ, что ламинэктомія при заживленіи ранъ безъ осложненій 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 клиническими явленіями полного поврежденія мозга, гдѣ операціей были устранены самыя тягостныя 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 осложненій.

Вальтонъ, высказывается по этому вопросу въ слѣдующихъ краткихъ словахъ:

„Нѣтъ никакихъ симптомовъ, которыми устанавливалось бы непоправимое разможженіе мозга. Въ то время, какъ полный дряблый параличъ, анэстезія, рѣзкая, демаркація, полная потеря рефлексовъ, задержка, пріапизмъ и тимпанитъ, если они персистенты, указываютъ на полное непоправимое поперечное поврежденіе, одно возникновеніе этихъ симптомовъ не исключаетъ возстановленія функции до извѣстной степени. Предсказаніе безъ операціи тяжкое. Если результаты операцій были не блестящи, то все же 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. Въмѣсто того, чтобы выбирать подходящіе случаи для операціи, мы скорѣе должны отбирать случаи, въ

которых операція противопоказана (больные съ большимъ смѣщеніемъ позвонковъ, съ высокой температурой, почти умирающіе, остающіеся въ состояніи шока)“.

Если такой взглядъ на лямиктоміи при огнестрѣльныххъ раненіяхъ не расходится съ научными выводами современной хирургіи, то можно только пожелать большого распространенія его и въ госпиталяхъ менѣе отдаленныхъ отъ фронта: отъ широкого производства ляминэ-ктоміи можно ожидать не менѣе успѣха, чѣмъ отъ трепанированія черепа, особенно гдѣ къ трепанациі не побуждаетъ *indicatio vitalis* и гдѣ техника не является вполнѣ 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-Ниснячевскую, положившихъ немало заботъ и труда на то, чтобы дѣятельность Лазарета шла по разъ избранному руслу.