

ВРАЧЕБНЫЙ ВЕСТНИК

НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Вологодского Губернского Отдела Здравоохранения
и Рижского Военного Госпиталя.

ГОД ИЗДАНИЯ ПЕРВЫЙ.

Апрель, Май, Июнь и Июль 1921 г.



Вологодское Отделение
ГОСУДАРСТВЕННОГО ИЗДАТЕЛЬСТВА
Вологда—1921 г.

Редакция Врачебного Вестника оставляет за собою право сокращать рукописи и делать в них необходимые поправки.

В присылаемых рукописях обратная сторона полулиста должна быть оставлена чистой, рукопись должна быть написана четко, страницы пронумерованы.

Статьи, где либо напечатанные, или имеющие быть напечатанными в других изданиях, не принимаются.

Отдельные оттиски, или номера журнала в количестве 20 выносятся лишь авторам оригинальных статей, выразившим желание получить таковые.

Статьи, письма, запросы и проч. переписку просим направлять по адресу членов Редакционной Коллегии:

Д-ра Фалина, Вологодский Губздравотдел или.

д-ра Грегори, Хирургическое Отделение Рижского военного госпиталя. Г. Вологда.

ВРАЧЕБНЫЙ ВЕСТНИК

НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Вологодского Губернского Отдела Здравоохранения
и Рижского Военного Госпиталя.

ГОД ИЗДАНИЯ ПЕРВЫЙ.

Апрель, Май, Июнь и Июль 1921 г.



Вологодское Отделение
ГОСУДАРСТВЕННОГО ИЗДАТЕЛЬСТВА
Вологда—1921 г.

СОДЕРЖАНИЕ №№ 4, 5, 6 и 7.

Оригинальные статьи:

	Стр.
<i>Проф. В. А. Оппель.</i> Выключение привратника	1—
<i>Н. Я. Полубояринов.</i> К вопросу о ранних признаках туберкулеза легких	10—
<i>А. В. Грегори.</i> Работа перевязочного отряда 23 пехотной дивизии за войну 1914—1917 года	17—
<i>Проф. В. Воячек.</i> Два видоизменения подслизистой резекции носовой перегородки—круговая (циркулярная) резекция и консервативная операция перегородки	51—
<i>Ч. М. Чарновский.</i> О ректальном наркозе эфирно-масляными клизмами	57—
<i>Д-р. Острогорский.</i> Ампутация по Gritti	64—
<i>Н. Я. Полубояринов.</i> Заразные заболевания в Вологодской губ. за 1920 год	70—
<i>С. К. Соловьев.</i> Огнестрельные переломы бедра и их лечение в практике последней войны	75—
<i>В. А. Штаркер.</i> О летаргическом энцефалите (окончание)	82—
<i>Н. Я. Полубояринов.</i> К вопросу о симптоматологии цынги	87—
<i>Обозрение текущей медицинской литературы:</i>	
А. Хирургия	96
Б. Неврология и психиатрия	96—
<i>Отчеты о Съезде хирургов Красной армии Северного фронта</i>	99—
<i>Отчет о научных совещаниях врачей при Рижском военном госпитале</i>	102—
<i>Отчет об операциях по хирургическому отделению Рижского военного госпиталя за первую половину 1921 года</i>	106—
<i>Организация двухнедельных курсов по полевой хирургии для врачей при Рижском военном госпитале</i>	113
<i>Объявление Правления съездов Российских хирургов</i>	114
<i>Письмо в Редакцию</i>	”
<i>Хроника</i>	115

(Р. В. Ц. Вологда).

Типография „Северосоюза“

Напечатано 700 экз.

Выключение привратника.

Проф. В. А. Оппель.

В последние годы круглая язва желудка и двенадцатиперстной кишки обращает на себя особое внимание хирургов. Я уже писал, что количество операций по поводу круглой язвы начинает догонять количество операций по поводу аппендицита. Естественно потому заняться освещением некоторых деталей оперативного лечения круглой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. К таким деталям между прочим относится вопрос о выключении привратника.

Если напр. обратиться к монографии Lieblein'a 1905 года, то там о выключении привратника говорится еще очень мало: под выключением привратника понимается способ Eiselsberg'a перерезки желудка между язвой и наложенным желудочно-кишечным соустьем. В 1913 году Kausch в главе: „хирургия желудка и кишки“ в Handbuch der praktischen Chirurgie посвящает выключению привратника больше внимания, но все изложение этого вопроса занимает 27 строчек. Kausch сообщает, конечно, об имеющихся различных способах выключения привратника, но к сожалению не приводит показаний и противопоказаний к подобного рода операции. Между тем накопившийся за последние годы материал в России позволяет более широко поставить вопрос о выключении привратника.

Чтобы поставить вопрос в надлежащую плоскость обсуждения, считаю нелишним сразу оговориться, что я не принадлежу к сторонникам резекции, даже поперечной, желудка по поводу язвы желудка, не принадлежу к сторонникам резекции двенадцатиперстной кишки по поводу ее язв. Полагаю, что в виде правила оперативное лечение круглой язвы желудка или двенадцатиперстной кишки должно заключаться в наложении желудочно-кишечного соустья. Индивидуальные показания могут потребовать и резекции, т. е. возможно допустить индивидуальное отклонение от схемы оперативного лечения, но схема, по моему, заключается именно в операции gastroenterostomia. Само собой разумеется, как то и принято большинством хирургов, все преимущества остаются за задним соустьем; по индивидуальным показаниям (обширные спайки задней поверхности желудка) приходится прибегать и к передней гастроэнтеростомии, но уж тогда с межкишечным соустьем по Braun'y. Если задаться целью наложением желудочно-кишечного соустья способствовать только более быстрому опорожнению желудка от его содержимого, тогда вопрос о желудочно-кишечном соустье решается так, как только что было изложено. Если поставить себе еще новую задачу, а именно: уничтожить контрактуру желудка, освободить напряжение в области рубцующейся язвы, тогда выгоднее прибегнуть к операции, о которой я писал год тому назад: Jejunocorporisventriculostomia totalis unilat. По изложенным мною соображениям, в таком случае приходится прибегать к переднему соустью.

Как бы то ни было, раз дело идет о лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки наложением того или иного вида желудочно-кишечного соустья, то сейчас же возникает вопрос: когда к такому соустью прибавлять выключение привратника?

Прежде чем отвечать на этот вопрос, в двух словах позволю себе коснуться техники выключения привратника. Из всех предложенных способов наиболее радикальным является способ Eiselsberg'a: желудок перерезается, оба—каудальное и оральное отверстия зашиваются наглухо; пища из желудка не имеет теперь иного выхода, как через образованное соустье. Однако, радикальность метода совпадает в данном случае с его относительной громоздкостью: получаются большие линии швов, требующие довольно продолжительного времени. Потому, нужно думать, способ Eiselsberg'a не получил очень широкого распространения. Хирурги искали и нашли гораздо

более простые способы выключения привратника, заключающиеся в перетяжке привратника, или в его ушивании. Ушивание привратника поперечными и продольными складками может повести к цели, может создать сужение привратника, но, думаю, создаст полной, или почти полной его непроходимости. Мне представляется, что ушивание привратника в лучшем случае даст относительное сужение привратника. Перетяжка привратника, может быть также не в состоянии совершенно уничтожить просвет привратника, но во всяком случае способна в гораздо более значительной степени сузить его просвет, почти уничтожить его.

Как известно, способов перетяжки привратника имеется несколько: то это перетяжка ниткой с последующим наложением кругового серо-серозного шва; то это сварительное раздавливание привратника, затягивание ниткой и обшивание, то это перетяжка привратника полоской апонейроза, то это перетяжка слизистой по Biondi. Последняя операция заключается в том, что над привратником проводится продольный разрез до слизистой, после чего слизистая тупо отпрепаровывается по всей окружности от мышечной оболочки; отпрепарованная слизистая перетягивается ниткой, разрез на привратнике зашивается, сверху может идти круговой серо-серозный шов привратника.

Я пользовался ушиванием привратника, пользовался способом Biondi. Первый как сказано, произвел на меня впечатление ненадежности, второй—сравнительно трудности; довольно легко прорывается слизистая оболочка. Правда, разрыв ее несет с собой большой опасности, но тем не менее представляет некоторое осложнение. Потому я совершенно согласен с *И. И. Грековым* и другими, которые при выключении привратника, пользуются перетяжкой его круглой печеночной связки. Этот способ на самом деле крайне прост: нет ничего легче провести круглую связку вокруг привратника; если теперь туго затянуть связку и аккуратно, крепко сшить концы, чтобы связка не распустилась, то получается надежная перетяжка, надежное выключение. Именно этот способ может быть рекомендован в качестве схемы.

Теперь и встает вопрос: когда же производить перетяжку привратника, иными словами, каковы показания к выключению привратника? На этот вопрос в настоящее время существуют различные ответы. Некоторые хирурги, напр. *Э. Р. Гессе*, полагают, что перетяжку привратника следует присоединять ко всякой гастро-энтеростомии, производимой по поводу круглой язвы желудка, где бы таковая не помещалась. Для такого взгляда существуют свои обоснования. Эти обоснования следует рассмотреть так как вопрос на самом деле серьезный. Чтобы рассматривать обоснования такого взгляда, следует хоть в двух словах напомнить об анатомии круглой язвы.

В настоящее время можно сознаться, что наше представление о большей частоте круглой язвы привратника было неправильным. Сейчас я не задаюсь целью привести точную статистику места расположения круглой язвы; сейчас достаточно будет указать, что язва может поселиться на любом отделе желудка, начиная с сагитальной и кончая привратником, причем язва малой кривизны во всяком случае встречается не реже язвы привратника. Довольно часто наблюдаются язвы задней поверхности желудка. К редкостям относятся язвы передней поверхности и большой кривизны. Почему это так, это вопрос иной, но факт остается фактом. Здесь необходимо добавить, что круглые язвы двенадцатиперстной кишки также очень и очень нередки.

Итак, схематически для лечения язв как желудка, так и двенадцатиперстной кишки мы прибегаем к наложению желудочно-кишечного соустья. Предлагается схематически же ко всем этим соустьям, вернее говоря, к соустьям по поводу различной локализации язв прибавлять выключение привратника, в виде его перетяжки. Пользу именно такого отношения к делу приводится два соображения: первое заключается в том, что перетяжка привратника будто бы препятствует последующему сужению желудочно-кишечного соустья; второе—старается убедить в том, что перетяжка привратника, заставляя содержимое желудка выходить только через соустье, тем самым изменяет направление движения желудочного содержимого, создает таковы образом условия, при которых содержимое не будет приходить в соприкосновение с поверхностью язвы, или по крайней мере будет приходить в соприкосновение, но такое тесное. Оба соображения заслуживают самого внимательного к себе отношения, так как, если они правильны, ими необходимо воспользоваться в интересах успешного

ния желудочно-кишечного соустья с одной стороны, в интересах заживления язвы— с другой.

Всякий хирург, производящий гастро-энтеростомию, знает, что от времени до времени место соустья сужается, наступает как бы рецидив явлений круглой язвы; требуется повторная операция. Если бы перетяжка привратника служила средством предупреждения развития сужения желудочно-кишечного соустья, то можно было бы быть вполне удовлетворенным: было бы найдено средство предупредительной борьбы с возможностью развития сужения. К сожалению дело не обстоит так просто. Доказать полную неправильность положения о том, что перетяжка привратника служит предохранителем последующего сужения соустья, можно было бы, приведя наблюдение, где было наложено желудочно-кишечное соустье, была-бы сделана перетяжка привратника и, несмотря на это, наступило бы последующее сужение соустья. Такого прямого наблюдения пока в моем распоряжении не имеется. Думаю, что и такие наблюдения будут опубликованы. Отсутствие подобного наблюдения не мешает мне привести ряд других фактов, которые то более прямо, то более косвенно опровергают мнение о предохранительном значении выключения привратника.

На самом деле. Количество желудочно-кишечных соустьев, накладываемых по поводу развившейся почти полной рубцовой непроходимости привратника, и в прежние, дореволюционные время было довольно велико. Достаточно вспомнить большую статистику на этот счет проф. *Спасокукоцкого*, чтобы иллюстрировать сказанное. А между тем тот же проф. *Спасокукоцкий* жаловался на развивающиеся сужения наложенных им желудочно-кишечных соустьев, наложенных по поводу именно непроходимости привратника, т. е. по поводу самой природой образованных выключений привратника? Мне, как и другим хирургам, приходилось не только видеть такие сужения, но и релапаротомировать больных для образования новых соустьев. Понимаю, что эти наблюдения равносильны наблюдениям с искусственно образованным выключением привратника.

С другой стороны: желудочно-кишечные соустья, наложенные без перетяжки привратника, не ведут обязательно к последующему сужению соустья. А это должно было бы быть именно так, если бы перетяжка привратника играла роль предохранителя против сужения. Мне приходилось релапаротомировать больных после желудочно-кишечных соустьев чрез несколько месяцев, через несколько лет после операции по поводу других причин, и я находил соустья вполне проходимыми. Количество таких наблюдений, правда, не очень велико, но тем не менее они имеются. Одна больная скончалась в клинике через 5 лет после наложения желудочно-кишечного соустья, скончалась от истощения после обширной резекции тонких кишок. На вскрытии у нее констатирована полная проходимость желудочно-кишечного соустья, хотя перетяжки привратника не было сделано.

На приведенные сейчас факты можно, конечно, сделать возражение. Последнее будет состоять в том, что сужения соустьев при одновременной перетяжке привратника наблюдаются реже, чем после гастро-энтеростомии без такой перетяжки. Но такое положение надо еще доказать. Доказательств его пока, на сколько мне известно, нет.

Таким образом, на мой взгляд, первое соображение в пользу обязательного присоединения к желудочно-кишечному соустью перетяжки привратника отпадает. Остается второе соображение. Прежде, чем заняться им, мне кажется все же необходимым остановиться на вопросе о причине сужений желудочно-кишечных соустьев. Что они наблюдаются—это факт; что они, так сказать, наводят тень на операцию гастро-энтеростомии, тоже не подлежит сомнению; что желательнее было бы избежать вторичных сужений места соустья, ясно для каждого из нас. Избегнуть же сужения можно будет тогда, когда мы будем знать причину развития сужения.

Не претендуя на окончательное решение этого важного вопроса, я позволю себе высказать свои соображения на этот счет. Мне думается, что сужение желудочно-кишечного соустья, как сужение всякого внутреннего соустья, нами налагаемого, есть результат изъязвления краев соустья. За изъязлением, как известно, следует рубцевание, рубцевание стягивает отверстие. Значит, на мой взгляд, избежать сужения соустья можно будет наверняка тогда, когда наверняка мы предупредим

изъявление краев сделанного отверстия, когда, иначе говоря, мы наверняка будем получать первичное натяжение по всему краю образованного соустья. Мне представляется, что именно в этой плоскости лежит разгадка интересующего хирурга вопроса. К сожалению сделать операцию так, чтобы наверняка избежать изъявления образованного соустья, при настоящем положении дела, кажется невозможным. Можно только стремиться сознательно к цели, принимать меры к предупреждению осложнения. Меры эти могут быть двоякого рода: прежде всего, при всех прочих равных условиях, надо делать возможно большее отверстие для соустья. Чем больше отверстие, тем оно медленнее будет сужаться, даже в случае изъявления его краев. Это предельно. Рядом с этим нужно обратить внимание на тщательность шва. Лично я никогда не накладываю слизисто-слизистого шва, зная, что этот шов обязательно должен прорезаться, следовательно, обязательно даст и изъявление места соустья. Самым тщательным образом накладываю мышечно-подслизистый шов, выкалывая иглу под самой слизистой оболочкой. Такой шов приводит слизистую в полное соприкосновение, при чем весь шов проходит в асептических тканях, весь шов оказывается спрятанным в глубину тканей. Мне приходилось наблюдать больных после гастроэнтеростомий и энтеранастомозов иногда большое количество лет—от 5 и до 10—убеждаться в проходимости анастомозов. Этим я не хочу сказать, чтобы после произведенных мною анастомозов не наблюдалось сужений; конечно, они бывают, ибо тщательный подслизистый шов иногда может сопутствоваться изъявлением краев образованного отверстия, но ведь я и говорю только о том, как по возможности предупредить развитие сужения соустья. Полной гарантии к предупреждению вторичного сужения соустья мы к сожалению еще не имеем.

Что развиваемая мною точка зрения на причину развития сужений соустья в самом деле правильна, показывает патологическая анатомия. Кому приходилось оперировать по поводу развившихся сужений напр. желудочно-кишечных соустьев, кто исследовал эти соустья, тот, конечно, помнит, что эти суженные соустья имеют плотные, рубцовые, омосоловые края. Такие края могут получиться только после изъявлений и изъявлений глубоких, проникающих глубже слизистой оболочки, захватывающих подслизистую и мышечную оболочки. Кому приходилось релапаротомизировать больных с имеющимися соустьями, будь такое соустье наложено несколько недель или несколько лет тому назад, причем соустье не сузилось, тот помнит, что края этого соустья тонки, мягки, нежны, как нежна ткань окружающих их органов, то ли это желудок, тонкая, или толстая кишка. Такое соустье, раз оно образовано, может быть временно выключено из функции, потом опять включено; оно не сужается и не может сузиться, ибо причин для такого сужения нет: нет здесь ни воспаления, ни изъявления, ни рубцового глубокого перерождения; по краям отверстия имеется тонкий рубец, не обладающий склонностью к постоянному сморщиванию.

Я вспоминаю сейчас больную, которую лапаротомировал 13 раз. Не буду говорить обо всех, ей произведенных, операциях. Одна из операций заключалась в том, что пришлось образовать анастомоз между подвздошной кишкой и S-образной, причём отводящий конец подвздошной был перерезан, а поперечная толстая кишка иссечена. Через год после этой операции пришлось наложить большой противоестественный задне-проходное отверстие на подвздошной кишке, значит, выключить всю толстую кишку; anus был наложен проксимально от анастомоза ileo-sigmoideostomia, следовательно, межкишечное соустье также было выключено. С anus'ом больная просуществовала год. Через год anus был уничтожен, зашит, причем место ileo-sigmoideostomia опять включено в калообращение. Анастомоз сейчас же начал функционировать. За год полного бездействия он не сузился, не сузился потому, что он не был изъят, рубцово перерожден, потому, что при наложении межкишечного соустья, получалось первичное натяжение. И на самом деле, при обследовании этого анастомоза при ощупывании его, он представлялся, как я говорил, мягким, нежным, без утолщения стенок, без следов развития рубцовых масс в краях.

Теперь два слова о втором соображении в пользу выключения привратника. Предполагается, что перетяжка привратника изменит направление движения желудочного содержимого, что последнее не будет вынуждено так интимно прилегать к поверхности язвы, как то бывает при прохождении содержимого через привратник.

Эта гипотеза очень интересна, но я решительно не вижу подтверждений ее; я не представляю себе такого изменения механизма передвижения желудочного содержимого. Мне представляется, может быть, ошибочно, что выключение привратника, оставляя для выхода желудочного содержимого одно отверстие—новообразованное соустье, заставит желудочное содержимое дольше пребывать в желудке и таким образом во всяком случае не сократит его соприкосновение с поверхностью язвы. Мне представляется, что желудочно-кишечное соустье, при язве желудка, выгодно именно тогда, когда привратник остается открытым, ибо в таком случае содержимое желудка, имея старый, обычный выход через привратник, приобретает добавочный выход через соустье. Таким образом, желудок разгружается, выход содержимого из него облегчается. Желудочно-кишечное соустье приобретает характер как бы предохранительного клапана.

Нам известно, что при язвах желудка наблюдается спазм привратника. Раз такой спазм существует, то гастро-энтеростомическое отверстие, при сокращениях желудка, выводит пищу, которая не может пройти через спазматически сокращенный привратник. Далее, при язвах желудка выгодно освободиться от содержимого поскорей, дабы язва меньше раздражалась. Опять соустье приходит на помощь. Одним действием, в желудочно-кишечном соустье я усматриваю, при язвах желудка, вспомогательное отверстие, а не заменяющее привратник отверстие. Отсюда понятно, что я не вижу причин к тому, чтобы выключение привратника присоединять ко всякой гастро-энтеростомии, чтобы показания к выключению привратника расширить ad maximum. Мне представляется, что показания к выключению привратника должны быть строго обоснованы. Путем рассмотрения различных случаев положения круглой язвы, думаю мне, можно подойти к решению вопроса о показаниях к выключению привратника.

Возьмем самый простой случай—рубцовое, так называемое доброкачественное сужение привратника, когда патологический процесс уже произвел выключение привратника. Едва ли стоит говорить о том, что прибавлять искусственную перетяжку к уже существующей непроходимости нет никаких причин. Степень рубцового сужения привратника бывает разнообразной: от почти полной непроходимости до относительного и иногда, может быть, не очень большого сужения. На мой взгляд, при любой степени непроходимости показано наложение только желудочно-кишечного соустья, без перетяжки привратника. При почти полной непроходимости, вся пищевая масса будет проходить через новое отверстие; при небольшой степени сужения гастро-энтеростомическое отверстие будет служить целям облегчения опорожнения желудка. Чем больше степень сужения, тем большее количество пищи пойдет через анастомоз; чем меньше степень сужения, тем большее количество пищи может идти и старым руслом, т. е. через привратник, а через анастомоз будет выходить часть пищи. Как будто нет никаких причин к тому, чтобы в подобных случаях создавать искусственное препятствие для прохождения пищи через привратник. Раз ход по нормальному руслу возможен, то он является всетаки наиболее выгодным. Затруднения к его использованию следует устранить гастро-энтеростомия это и делает, но во чтобы то ни стало прекращать движение пищевой массы через привратник не представляется мне нужным.

Если у меня выработалось определенное отношение к сужениям привратника, то отношения к язвам также довольно определены. Опять таки остановлюсь на язве привратника, как на более простом случае. Если говорить о необходимости в подобных случаях выключения язвы, то придется говорить о перерезке или перетяжке желудка проксимально, орально от привратника, так как нельзя накладывать перетяжку над самой язвой. Такая перетяжка из язвенного привратника кажется мне рискованной из за возможности прорезания язвы, из за затруднений к освобождению язвенного привратника для проведения хотя бы кругом него круглой связки. Лично при язвах привратника не вижу показаний к выключению его. При подобных условиях, также вполне достаточно наложить желудочно-кишечное соустье. Из язвенный привратник несомненно представляет собой препятствие для опорожнения желудочного содержимого; гастро-энтеростомия облегчает опорожнения, дает путь к отведению содержимого желудка. Облегчение опорожнения желудка ставит язву прив-

ратника в положение относительного покоя, который может способствовать рубцеванию язвы. Если язва зарубцется, то несомненно присоединится сужение привратника, т. е. присоединится тоже самое выключение. Если язва не зарубцется, появятся индивидуальные показания к новой операции, может быть, ко вторичной резекции привратника.

Против такого рассуждения можно привести следующий аргумент: гастроэнтеростомия не достаточно устраняет раздражение от язвы привратника, почему язва может не обнаружиться склонности к зарубцеванию. Против такого возражения можно конечно, оперировать фактами. Как раз очень недавно мне пришлось релапаротомизировать больного, которому 4 года тому назад другим хирургом была произведена операция гастро-энтеростомии по поводу язвы привратника. Я оперировал больного по поводу возврата явлений затрудненного опорожнения желудка. При операции обнаружено: язва привратника зарубцевалась; привратник занят кольцевидной рубцовой стриктурой; место бывшего желудочно-кишечного соустья сильно сужено, края суженного отверстия плотны, омосололи. Пришлось произвести переднюю гастро-энтеростомию с анастомозом по Braun'у. Для второй задней операции не оказалось места. После операции все явления затрудненного опорожнения желудка исчезли.

Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что язва привратника после желудочно-кишечного анастомоза может зарубцеваться и зарубцевывается, что, несмотря на это, следовательно, несмотря на возникновение сужения привратника отверстие соустья также может зарубцевываться. Приведенный факт стоит в полной гармонии с тем, о чем речь шла уже выше.

По тому же приблизительно типу складываются мои отношения к перетяжкам привратника при язвах тела желудка. Как было мною выше упомянуто, я не вижу преимуществ выключения привратника при подобных условиях. Мне думается, что для лечения язв тела желудка требуется скорейшее опорожнение желудка. Таким именно образом мыслимо уменьшение раздражения язвы, на сколько оно вообще достижимо. При такой постановке дела два отверстия из желудка могут быстрее опорожнить желудок, чем одно отверстие. Такой сравнительной быстротой опорожнения желудка я объясняю в значительной степени те улучшения субъективных ощущений, которые получает больной сразу после произведенной ему гастро-энтеростомии. На основании личных наблюдений, считаю доказанным, что гастро-энтеростомия при язвах тела желудка может кончиться и кончается рубцеванием язвы. Не могу только пока сказать, в каком проценте случаев наступает такой благоприятный исход. Раз он наступает, раз достижимо излечение, то зачем, спрашивается, навсегда лишиться возможности идти старым, во всяком случае более нормальным путем.

Если я говорю о язвах тела желудка, то имею в виду язвы малой кривизны задней поверхности. О язвах передней поверхности, о язвах большой кривизны речь не идет. Полагаю, что эти язвы подлежат скорее резекции. Говорю это на основании теоретических соображений, ибо за всю свою жизнь видел одну язву большой кривизны, да и то после прободения ее, т. е. при прободном перитоните; язвы передней поверхности совсем не встречал.

Чтобы покончить вопрос о язвах специально желудка, позволю себе остановиться на язвах *cardiae*. Такие язвы также встречаются не часто, но тем не менее чаще, чем язвы большой кривизны. Должен сознаться, что гастро-энтеростомии, накладываемые по поводу язв кардиальной части желудка, производят на меня впечатление чего то недосказанного. Я не могу привести убедительных даже соображений в пользу того, что язва кардиальной части желудка ставится в выгодные условия рубцевания при помощи желудочно-кишечного соустья; перетяжка привратника, как жется, в таких случаях может считаться строго противопоказанной, как несомненно способствующая наполнению желудка и таким образом могущая лишь излишне раздражить язву входной части. Думаю, что по вопросу о лечении язв входной части желудка придется иметь особое суждение. Очень возможно, что по поводу именно этих язв придется прибегать к Jejunostomia в том или другом видоизменении, или предпринимать еще более сложные оперативные мероприятия.

Резюмируя все пока изложенное, прихожу к выводу, что при язвах желудка нет показаний к выключению привратника. Между тем выключение привратника

настоящее время нередко прибавляется к гастро-энтеростомии, по поводу язв тела желудка. В заведомой мною клинике некоторые из моих сотрудников также прибегают к выключению привратника. Наблюдая и больных с выключенным привратником, и с невыключенным привратником, я до сих пор не вынес впечатления о выгодах выключения. Потому остаюсь при мнении, что выключение привратника представляет собой излишнее добавление к операции желудочно-кишечного соустья, когда дело идет о лечении язв желудка.

Чтобы оказаться еще несколько более вооруженным в вопросе о выключении привратника, я позволил себе истекший год дважды перетянуть привратник круглой связкой в виде опыта.

Больная 30 лет. 2 года тому назад оперирована проф. Р. Р. Вреденом по поводу опущения желудка. Проф. Вреден произвел больной следующую операцию: к передней поверхности желудка пришила в горизонтальном направлении, следовательно, параллельно кривизмам желудка, ленту из лонейброза. Правый и левый концы ленты проведены через толщу брюшной стенки и укреплены в последней. Таким образом, желудок подвешен на опонейротической ленте. Больная страдала опущением желудка с явлениями застоя желудочного содержимого: боли, тошнота, рвота. Первое время после операции больная чувствовала себя лучше: боли уменьшились, рвота исчезла. Однако, через несколько месяцев все явления затрудненного опорожнения желудка вернулись. Летом 20 года больная поступила в заведомую мною клинику по поводу сильных болей в области желудка, рвот. Я предположил обширные сращения желудка и произвел больной заднюю гастро-энтеростомию. При операции я мог убедиться в том, что на самом деле передняя стенка желудка широко спаяна с передней брюшной стенкой. Результат операции был отрицательный. Через два месяца я произвел больной новую операцию. Спайки между желудком и передней брюшной стенкой разрушены. Опонейротической ленты не найдено; очевидно, она рассосалась и заменилась рубцовой тканью. Чтобы предупредить развитие обширных спаек, на переднюю стенку желудка запрокинут большой пальчик и фиксирован здесь. Привратник перетянут круглой связкой печени. И эта операция не дала положительного результата. Больная по прежнему продолжает жаловаться на боли в области желудка и рвоту желчью.

Приведенное наблюдение представляет собой некоторый интерес. Покойный А. А. Громянов демонстрировал в свое время в хирургическом обществе больного, которого он излечил задней гастро-энтеростомией от сильных болей в области желудка, возникших на почве обширного перигастрита. Лет 10 тому назад мне удалось видеть блестящий эффект *gastro enterostomiae* также по поводу тяжелого и распространенного перигастрита. У приведенной больной перигастритические спайки занимали всю переднюю поверхность желудка. Как раз у этой больной желудочно-кишечное соустье не дало положительного результата. Я мог предполагать, что боли после гастро-энтеростомии поддерживаются отчасти спайками между передней стенкой желудка и передней брюшной стенкой, отчасти—перегибом двенадцатиперстной кишки, что нередко бывает при опущениях желудка. Я старался устранить обе причины болезненных ощущений, и не достиг желанного результата: ни разрушение спаек, ни перетяжка привратника, должествующая прекратить поступление пищевых масс через привратник в двенадцатиперстную кишку, не дали благоприятного результата. Больная утверждает, что после последней операции ей стало даже как будто хуже. Если имеется некоторое ухудшение самочувствия, то его, думаю, нельзя отнести на счет разрушения спаек. Скорее его нужно приписать перетяжке привратника, который затруднил выход желудочного содержимого. Кстати замечу, что у этой больной через 2 месяца после наложения желудочно-кишечного соустья отверстие последнего было мягко, не инфильтрировано, не изменено рубцово и вполне проходимо.

Конечно, касательно приведенной мною больной возникает вопрос, чем же объясняется ее состояние и чем ей можно помочь? Думаю пока, что рвота желчью объясняется особой раздражимостью желудка по отношению к желчи. К сожалению бывают такие раздражимые желчью желудка. Боли, нужно думать, объясняются спайками. Как помочь больной сказать очень трудно. По отношению к некоторым больным мы оказываемся иногда в таком положении, что помощь наша не принесит пользы, и трудно бывает сказать, как излечить больную.

Второй больной, которому я со специальной целью перетянул привратник, также заслуживает некоторого внимания.

В феврале 1920 г. в Государственном Радио-Рентгенологическом Институте мне пришлось оперировать больного около 30 лет, страдавшего язвой малой кривизны желудка. Я сделал ему *jeuno-corporisventriculostomia totalem unilateral. anter. antecol.* но с тем случайным видоизменением, что приводящий отрезок тощей кишки вшит в переднюю стенку желудка. Отводящий от-

резек анастомозирован с приводящим под поперечной кишкой (см. рис. 1). В послеоперационном периоде явления *circuli vitiosi*, которые в конце концов стихли. Тем не менее явления плохого опорожнения желудка у больного остались и постепенно начали увеличиваться. Месяцев через 5 после первой операции я произвел больному релапаротомию. При этом найдено: большое соустье между тощей кишкой и передней стенкой желудка значительно сузилось. Края отверстия плотны, рубцы перерождены. Межкишечное соустье проходимо, края его нежны, отверстие не сужено. Инфильтрат в окружности язвы значительно уменьшился, язва также уменьшилась в своих размерах. Чтобы помочь больному, я предпринял теперь *gastro-enterost. retrocol. post.* Очевидно, соустье пришлось образовать между задней стенкой желудка и отводящим коленом тощей кишки (рис. 2). Послеоперационный период прошел прекрасно, больной скоро выпался, жалуясь на незначительные явления в области желудка. Кстати должен напомнить, что к желудочно-кишечному соустию я прибавил также перетяжку привратника круглой связкой печени.

Приведенная история болезни обнаруживает, что изъязвление краев соустья может сузить даже очень большое отверстие. У данного больного было два соустья: одно между желудком и кишкой, другое—между петлями кишки. Первое соустье, очевидно, изъязвилось и сузилось, второе осталось интактным. Следовательно, и эта операция подтверждает то, о чем я говорил выше, касаясь причин сужения соустья. После второй операции больной чувствовал себя отлично: опорожнение желудка шло хорошо. На сколько тут помогала, или на сколько этому препятствовала перетяжка привратника, трудно сказать. Я бы не рискнул утверждать, что в данном случае перетяжка привратника сыграла какую-нибудь особенно выгодную роль.

Еще раз повторяю: все то, весь тот материал, который находится в моем распоряжении, не позволяет мне приписать перетяжке привратника при гастро-энтеростомии, по поводу круглой язвы желудка какого-нибудь особого благоприятного значения. Раз это так, то я не могу признать перетяжку привратника показанной для лечения круглых язв желудка. В таком случае возникает вопрос, имеет ли свои показания перетяжка привратника вообще? На этот вопрос можно ответить вполне определенно: перетяжка привратника (выключение привратника) имеет свои показания при круглой язве двенадцатиперстной кишки. Мне нет необходимости напоминать, что выключение привратника при язве именно *duodeni* выдвигается вовсе не одним. Целый ряд хирургов совершенно справедливо указывал на значение перетяжки привратника, и тут значение перетяжки вполне понятно.

Когда язва занимает двенадцатиперстную кишку, тогда желудочно-кишечное соустье само по себе не достаточно, ибо пища, выходящая через анастомоз, конечно окажется отведенной от язвы *duodeni*, но пища, поступающая через привратник, будет несомненно раздражать язву двенадцатиперстной кишки. Перетяжка привратника в данном случае выключает двенадцатиперстную кишку из пищевого обращения, уединяет ее, ставит язву несомненно в условия большого покоя, а потому создает условия для ее рубцевания. Ничего подобного не дает перетяжка привратника при язвах желудка. По анатомическим условиям то, чего достигает перетяжка привратника при язве *duodeni*, она не достигает при язвах желудка. Следует оговориться, что только при язвах привратника можно добиться выключения язвы, если протянуть желудок орально от привратника. Как я выше упоминал, этого, на мой взгляд, не стоит делать.

Если, следовательно, говорить схематически, то язва двенадцатиперстной кишки покажет гастро-энтеростомии плюс перетяжку привратника. Мне кажется, что с этой схемой иногда можно сделать отступление. Мне приходилось сталкиваться не только с язвами *duodeni* но уже и с выраженным сужением ее, причем приводящий отрезок *duodeni*, начиная от привратника, был сильно расширен. При подобных условиях, я отказывался от перетяжки привратника, отказывался потому, что я не хотел создавать такого участка двенадцатиперстной кишки, который можно было бы считать, если не абсолютно, то почти двухсторонне выключенным,—если не без всякой возможности опорожнения, то во всяком случае со значительно затрудненным опорожением как в каудальном направлении по причине сильного сужения *duodeni*, так и в оральном направлении по причине искусственно образованного сужения *pylori*. Сделанное мною маленькое замечание, может быть, не покажется достаточно солидным, достаточно убедительным для сторонников принципиального применения выключения привратника при язвах *duodeni*, но мне представляется, что не следует упускать из вида некоторых индивидуальных особенностей, некоторых индивидуально складывающихся показаний и противопоказаний к тем или иным оперативным мероприятиям.

Возможно, что выключенный двумя сужениями участок duodeni будет опорожняться и через очень узкие отверстия тем лучше. Но когда на лицо уже образовавшееся сужение duodeni, то какое особое значение может иметь перетяжка привратника? Мне кажется, что никакого, или очень незначительное.

Если во всем вышеизложенном я больше говорил о том, когда не следует прибегать к перетяжке привратника и сравнительно мало нашел показаний к применению названной сейчас операции, то такое отношение считаю своевременным. Мне кажется, что в настоящий момент мы переживаем увлечение выключением привратника, увлечением, вполне естественным в поисках за вернейшим способом излечения язв желудка применением желудочно-кишечного соустья, но увлечением, которое я разделять не могу и не разделяю. Причины мною приведены.

К вопросу о ранних признаках туберкулеза легких.

Консультанта Рижской военной госпиталя Н. Я. Полубояринова.

Трудно в настоящий момент представить себе ту разрушительную работу, которую производит туберкулез среди населения.

Мы хорошо знаем, что каждый ослабляющий организм момент, есть вместе с тем и момент подготовляющий почву для туберкулеза. Ибо, как говорит проф. Bering: „Jeder von uns ist ein bischen tuberculös“. А раз это так, то достаточно небольшого толчка для его развития. Таких толчков, таких благоприятных моментов для активации гнездящейся в каждом из нас туберкулезной инфекции, за 6½ лет тяжелого переживания, у каждого было достаточно, у многих даже слишком.

Уже в 17 году, когда еще не свирепствовала эпидемия, когда не было и намеха на голод в том масштабе, в каком дали его 18, 19 и 20 года, уже тогда д-р. З. П. Соловьев в заседаниях чрезвычайного Пироговского съезда говорил о той опасности, которую несет война в распространении туберкулеза, отмечая, как несомненный факт туберкулезирующее влияние ее. Что можно сказать теперь, когда количество туберкулизирующих моментов резко умножилось, когда каждый из этих моментов усугубляет влияние другого.

По истине надо удивляться той силе сопротивляемости человеческого организма, которая до сих пор удерживает многих из нас от вовлечения в этот туберкулезный пожар. Сила эта действительно велика, но она имеет свои пределы и требует помощи, в тот первый момент, когда потери ее тонуса начинают угрожать опасности.

Пропустить этот момент зачастую значит потерять надежду на спасение.

Вот почему необходимо оказывать пособие туберкулезному в самые ранние моменты болезни. А для сего следует, конечно, стараться распознать болезнь по первым ее намекам.

Целые тома, отдельные статьи, снова и снова возвращаются к этому вопросу. С большой тщательностью разрабатываются новые симптомы, подчеркивают забытые методы исследования. С одинаковой настойчивостью авторы останавливаются на важнейших и менее существенных симптомах, дабы облегчить задачу распознавания. Уже одно это говорит, как трудна диагностика начальных форм туберкулеза и как в то же время она желательна и необходима для больного.

Все эти соображения позволяют нам отнять некоторое время у читателя беглым обзором тех методов и симптомов, на которых литература фиксирует свое внимание в погоне за ранней диагностикой легочного туберкулеза.

При всех формах туберкулеза легких верхушки поражаются особенно часто. Происходит это видимо потому, что бронхи, идущие к верхушке, направляются круто вверх и вследствие этого воздух при вхождении и выхождении из верхних долей должен идти почти в противоположном направлении; при выдыхании он кроме того встречает ток из остального легкого. Этим затрудняется вентиляция верхних долей и подготавливается почва для развития туберкулезного микроба.

По наблюдениям Königstein'a поражение локализуется на 2½ сант. ниже верхушки, что соответствует спереди середине ключицы. Отсюда процесс идет назад, где он обычно определяется раньше, чем спереди.

По большинству авторов туберкулез чаще начинается с правого легкого и уже вторично переходит на левое, где распространяется значительно быстрее.

Что касается встречающихся в литературе симптомов,—одни из них имеют строго научное объяснение, другие же отмечаются лишь как признаки, часто наблюдаемые у туберкулезных.

К последним из них относится напр. отмечаемый многими авторами, как признак часто встречающийся у туберкулезных лазурный оттенок склер.

Dr. Sangnes у некоторых больных наблюдал, как начальный признак туберкулеза, паралич левого симпатического нерва,—сужение зрачка, уменьшение глазной щели и западение глазного яблока. Тоже самое наблюдал и др. Destrée. Неравномерность зрачков он получил экспериментально у животных, раздражая грудную часть симпатического нерва.

К признакам раннего туберкулеза Turban относит синеватые или фиолетовые узлы расширенных капилляров вен с каждой стороны грудины и особенно на спине на уровне 7-го шейного и 1-го грудного позвонка. Объясняется это аностомозирующей задачей кожных сосудов, берущих на себя работу сдавленных сосудов легких и плевры.

Sirakoff обратил внимание на то, что при нежной коже, особенно у детей, при туберкулезе бронхиальных желез, наблюдается легкий застой в височных венах, выражающийся более сильным наполнением их и большей извилистостью.

Andressen у 86.8% туберкулезных нашел, отмечаемую некоторыми авторами, как ранний симптом бугорчатки, кайму на деснах. Вначале кайма эта бывает беловатой, затем становится фиолетовой. При хронической же бугорчатке переходит в ярко-красный цвет.

Dr. Жебровский в 20% случаев бугорчатки легких, находил увеличение лимфатических желез расположенных в 4 и 5 межреберных промежутках по средней подмышечной линии.

Cordile у предрасположенных к туберкулезу отмечает уклонение сердечного толчка кнутри на парастермальную линию; объясняется это вытянутостью грудной клетки у таких больных и свисанием сердца. Это так называемый астенический тип Stilger'a с капельным сердцем.

Dr. Faisanj в 80% у туберкулезных находил тахикардию и понижение кровяного давления в связи с учащением пульса. Тахикардия объясняется здесь возбуждением блуждающего нерва, или увеличенными бронхиальными железами, или токсинами туберкулезных бацилл, может быть и вследствие уменьшения проходимости легких для воздуха. Часто в таких случаях наблюдается так называемый уэльсовский пульс—не изменяющийся в частоте при перемене положения больным.

По мнению некоторых длительный румянец одной щеки, боли в груди, тянущие боли в мышцах одного плеча, также должны подать повод к исследованию легких на туберкулез.

Dr. Saathof к ранним симптомам бугорчатки относит базедовизм, наблюдаемый при скрытых формах, как результат действия туберкулезного яда на железу.

Burckhard сюда же относит появление очень ограниченных кровохарканий и повышений температуры у молодых девушек во время menses.

По мнению д-р Strauss'a и Aufrecht'a у лиц предрасположенных к туберкулезу акромиальный конец правой ключицы стоит ниже и глубже чем левой, от чего грудь и бывает ассиметрична.

Д-р Freund отмечает у людей, расположенных к бугорчатке и имеющих habitus phthisicus резкое укорочение хряща правого ребра, вследствие чего уменьшаются размеры грудной клетки в верхней части и ослабляется вентиляция.

Признак Kuthy при бугорчатке состоит в том, что отмечается малая подвижность при вдохе, точнее—малое и запоздалое поднятие кверху, акромиального конца ключицы.

Neisser и Petruschky отмечают чувствительность к давлению на отростки грудных позвонков (spinalgia).

Большое внимание приходится уделять перкуссии. Метод этот хорошо известен врачу и нам нужно отметить лишь те его особенности, которые выделяет литература в применении их к туберкулезному больному.

Здесь прежде всего надо остановить внимание на перкуссии по Krönig'y. Метод этот впервые описан Seitz'em и главным образом Zimsen'ом, но только спустя много лет после ряда работ Krönig'a обратил на себя внимание

Самое существенное в Krönig'овском методе наблюдение над тем, что гораздо выгоднее вместо определения верхушки легкого в горизонтальном направлении, проецировать легочный звук верхушки на область плеча в виде полоски идущей через плечевой пояс.

Широко пользуясь методом Krönig'a, Wolf Eisner ввел понятие верхушечного перешейка. Самый метод и результаты его легко будут поняты из приведенных рисунков.

Против Kronig'овской перкуссии возражает Goldscheider, полагая, что при проекции перкурторного легочного звука на наружный плечевой пояс проецируются также и глубже лежащая части легкого, поэтому он перкутирует точно в сагитальном направлении (спереди назад) между головками m. Sernocleidomastoidei.

К области перкуссии относится и Метод Тага. Метод этот дает возможность судить о подвижности легкого и подозревать наличие туберкулеза. Заключается он в следующем:

В стоячем положении больного определяют нижние границы легких сзади при нефорсированном выдохе и отмечают их (линия I находится обычно на высоте поперечного отростка одиннадцатого грудного позвонка, справа б. ч. несколько выше).

Затем больного заставляют глубоко вдохнуть и также отмечают границы (линия II—граница активной подвижности).

Теперь больного укладывают на живот и продельвают тоже, отмечая III и IV те же линии.

Нормально III и II линии совпадают, а IV лежит на 2 поперечных пальца ниже III и II.

В случаях паталогических соотношения меняются.

Нормально.

Левосторонний процесс.

I	_____	I	III, I	_____	I
II, III	_____	II, III	II	_____	II, III
IV	_____	IV	IV	_____	IV

На том основании, что при поражении легкого прежде всего нарушается расширяемость легочной ткани, Koranyi предлагает для исследования верхушек такой прием:

В начале при прямом положении тела больного определяются сзади по Goldscheider'у или по Krönig'у границы легочных верхушек; затем заставляют больного изогнуться вперед так, чтобы голова получилась на уровне бедер—в таком положении снова перкутируют. У здоровых разницы не получится, тогда как при поражении верхушки (если есть сращения) верхняя граница понизится, получится асимметрия; при этом часто фокус, лежащий глубже, делается более поверхностным и более доступным для перкуссии.

Хорошо известны и те общие данные, которые мы ищем у больного туберкулезом при выслушивании.

Чтобы появление этих данных имело место возможно раньше, Krönig рекомендует выслушивать рано утром и только после предварительного приема морфия для задержки отхаркивания. Sticher для той же цели советует в течении некоторых дней давать Ki.

Вот что говорит д-р Гайкович о дыхательных шумах у туберкулезных: при нормальных условиях везикулярное дыхание мягко и приятно для музыкального слуха, а продолжительность вдоха и выдоха одинакова.

При туберкулезе уже в первом периоде дыхание ясно изменено: вдох ослаблен часто не чист, но выдох еще сохраняет свой физиологический характер.

Во втором периоде изменен перкурторный звук; при этом вдох еще ослаблен, нечист и имеет бронхиальный оттенок; выдох удлиннен и резок; высота звука также бывает изменена.

В третьем—вдох ослаблен или отсутствует, дыхание имеет бронхиальный характер; хрипы.

В четвертом, характеризующемся образованием каверн, везикулярных шумов нет.

D'Espine советует обращать особое внимание на измененное голосовое дрожание, которое отмечается при произнесении слов раз, два три—что названо им „бронхофонией“ и наблюдается при давлении на бронх уплотненной железы или легкого.

Проф. enator отмечает бронхиальное дыхание, выслушиваемое иногда над грудиной на границе между ее телом и рукояткой, которое почти неизменно определяется при опухолях средостения и увеличении бронхиальных желез.

Др. Grancher при выслушивании легких в области верхушек обращает внимание только лишь на вдох, выслушивая его над и под ключицей и сравнивая с другой стороной; и если в таких случаях на одной из верхушек отмечается жесткое дыхание-тихое (не такое громкое как при обыкновенных катаррах), ему Grancher придает патогномическое значение. Менее часто и может быть несколько позже наблюдается скандированное дыхание. Вместо жесткого иногда отмечается ослабленное выдыхание с усиленным и удлиненным выдохом.

Мы не останавливаемся на термометрии, однако считаем нужным отметить, что для выяснения небольших повышений температуры в течении дня необходимо производить измерения через каждые два часа.

Д-р Peter для отличия хлороза от начинающейся бугорчатки (кроме исследования крови) предлагает руководствоваться кожной температурой. Если у таких больных прижать кожный термометр во второе межреберье на два пальца кнаружи от грудины, то у хлоротиков температура бывает обыкновенно ниже 36,0 Ц, а у бугорчатых выше.

Для выяснения диагноза иногда применяется искусственная сыворотка. Sirot берет такой состав: $ClNa$ 5, сернокислого натра 10 и перегнанной стерилизованной воды 1000. Впрыскивается под кожу живота 20 кб. с. У туберкулезных в течении 9-ти часов температура поднимается до 38—39 Ц.

За последнее время обращено внимание на так называемую белковую реакцию в мокроте, которая по мнению некоторых является самым ранним, верным, постоянным и часто единственным признаком легочного туберкулеза.

Производится она так: к 10 кб. с. свежей и по возможности свободной от слюны и крови мокроты прибавляют равное количество дистиллированной воды и по каплям 30% уксусной кислоты. Смесь фильтруют, если фильтрат мутный, вторично прибавляют кислоты и фильтруют. С фильтратом проделывают белковые реакции обычным способом.

Как вспомогательное средство, говорит д-р Жамгоцев, альбумино реакция, наряду с другими методами исследования имеет ценное значение и заслуживает особого внимания.

При исследовании мокроты на палочки Kocha нельзя довольствоваться обычными способами—карболовым фуксином по Ziehl-Nellsen'y Fränkel-Gabett'y.

Для этой цели предложено и много других способов: способ Spengler'a, пикриновый Much'a-Gassis'a и др.

За последнее время применяются с успехом способы наращивания и концентрации туберкулезных палочек Biedert'a, Lange-Nitsche, Flermann-Erlandsen'a и др.

Krönig рекомендует предварительно смешивать мокроту с 6—12 кратным количеством натронной щелочи (0,1%) центрифугировать и исследовать осадок.

Uhlenhut с той же целью применил Antiformin (eau de savelle) (7,5%+NaNo). Wolf Eisner указывает на присутствие в мокроте туберкулезных большого количества лимфоцитов (от 33—90% всех клеточных элементов), что делает ее характерной для данного рода больных и может служить ранним диагностическим признаком в затруднительных случаях.

Сюда же относятся исследования мокроты на эластические волокна, Модификация Michaelisa для обнаружения их заключается в следующем:

Стекло с высушенной на воздухе мокротой погружается в раствор Weigert'a для эластических волокон на 1/4 часа. Затем препарат промывают 1% солянокислым алко-голем и рассматривают покрытый кедровым маслом 3—6 объективом.

Vrauer советует для исследования мокроты следующий способ:

- Мокроты 10 кб. с.
- Воды 10 кб. с.
- 10% серно-кислого алюминия 1/2 кб. с.

+Ghloroform и Alcohol aâ qtt VI—X.

Центрифугировать и исследовать средний слой.

Количество мочи выделяемое туберкулезными бывает обыкновенно увеличенным в начале болезни, нормальным во 2-м периоде и обыкновенно уменьшенным в конечном, в связи с обильными потами и поносом.

Кроме того Teissier придает особенное значение, часто по его мнению встречающейся, предтуберкулезной перемежающейся альбуминурии, считая её характерным признаком скрытой легочной бугорчатки.

Альбуминурия эта чаще появляется по утрам и по мнению Talamon'a происходит от токсического действия бугорчатого яда действующего суживающим образом на почечные сосуды.

Большим подспорьем для постановки диагноза является диазореакция, положительная по мнен. некот. авт. даже в начальной стадии туберкулеза.

На IV съезде терапевтов др. Колесницкий отметил, что изменение крови при туберкулезе легких состоит в уменьшении числа красных кровяных шариков и гемоглобина, а также в развитии лейкоцитоза (в последней стадии имеется полениклеоз). Лимфоцитоз же является признаком благоприятным в смысле предсказания.

С диагностической целью может быть проделано впрыскивание мокроты или мочи в лаборатории опытному животному.

В 1913 г. др. Шукиным к вопросу о раннем распознавании бугорчатки был прибавлен следующий симптом, появляющийся за несколько месяцев до легочных явлений—боли в области трапецевидной мышцы. При надавливании концевыми фалангами пальцев он ощущает у таких больных резистентные, как бы находящиеся в спазме, мышечные пучки.

Несколько более подробно на мышечных болях и вернее ригидности мышц останавливается др. Воробьев. Эту ригидность он отмечает в острых процессах и при обострениях, считая ее защитительной реакцией организма, желающего дать покой больной части, кк то бывает и с брюшными органами. Эти наблюдения впервые сделаны были Pottenger'ом и подтверждены Hart'ом, Orszag'ом, Keith, Wolf-Eisner'ом. Приводя эти сообщения др. Воробьев и фиксирует внимание на ригидности мышц шеи и грудной клетки при заболеваниях туберкулезом, считая эти симптомы ценным материалом при других данных. Здес же он говорит о получении Ralint'ом повышенный возбудимости в мышцах, лежащих над пораженными участками легких.

Конечно большим подспорьем в ранней диагностике туберкулеза оказывается рентгеноскопия и рентгенография. Она дает напр. возможность установить изменения в ясности верхушки при начальных формах поражения их, т. наз. кашлевой симптом.

Рентгеном можно определить наличие бронхиальных желез, пораженных туберкулезом и дающих затемнение и установить на пораженной стороне задержку в движении диафрагмы, т. наз. симптом Williams'a. Сам Williams считает такую задержку результатом плохой расправляемости легкого, Holzknacht плевральным сращением верхушки, а Arnsperger сращением по всей плевре.

К методам ранней диагностики туберкулеза надо отнести так называемую серодиагностику:

метод агглютинации—правда очень сложный и требующий гомогенной культуры (путем встряхивания при росте);

метод связывания комплемента—для врача практика сложный и мало убедительный, его могут давать и старые излеченные очаги;

определение опсонического показателя,

и наконец глазная реакция Calmet'a, кожная—Pirquet и кожная Moro-Даганова.

Др. Масловский в цитированном нами журнале „Врачебное дело“ пишет, что иногда все симптомы характерные для туберкулеза отсутствуют и выступает группа совершенно других сильно затемляющих развитие и диагностику туберкулеза.

Формы эти были описаны Laennec'ом, Trusseau, See, Herard'ом, и Sokolovsk'им. Их четыре.

1. Псевдохлоротическая (у девушек):

Бледность кожи с землистым оттенком, прогрессирующее исхудание, отсутствие аппетита, учащение пульса, небольшое повышение t⁰-ры и небольшой первое время сухой кашель.

2. Псевдо-кардиальная (у 16—20 летних юношей):

Сердцебиение, сухой кашель, кровохаркание, иногда систолический шум у верхушки, неправильная незначительная повышения t⁰ры.

3. Псевдомаларийная:

Неделями усталость, временами легкие познобливания,—жар, короткий, сухой, негромкий кашель, одышка при движениях, прогрессирующее исхудание.

4. Псевдоплевральная:

У совершенно здоровых лиц вдруг развивается экссудативный плеврит, которым долгое время и маскируются симптомы со стороны легких.

Приведа данные из литературы, мы остановимся теперь на тех, которые отмечены амбулаторией для туберкулезных больных в гор. Вологде.

Из 1847 случаев у обследованных туберкулезных больных первыми признаками были:

Кашель	615 раз.
Кровохаркание	288 "
Лихорадка	285 "
Исхуение	325 "
Боль в области пораженного участка	134 "
Неясные и смешанные	201 "

Из 897 случаев—только правое легкое было поражено 162 раза:

Из них верхушка	148 раз.
Средняя доля	8 "
Нижняя	6 "
Только левое	79 "
Из них верхушка	73 "
Нижняя	6 "

Обе верхушки были поражены в	273 "
Верхняя и средняя	32 случ.
" и нижняя	5 "
Средняя и нижняя	5 "
Три доли	183 "
Не отмечено	101 "

Из 897 случаев бациллы найдены ранее в 11 случаях:

1— 3 в поле зрения в	26 случ.
3— 6 " "	65 "
6—10 " "	50 "
10—20 " "	49 "
более	35 "
не найдено	661 "

Изследуя больных прошедших у нас в амбулатории, мы особенное внимание уделяем перкуссии по Krönig'y, признаку Granchera, схеме Гайковича при выслушивании, болям в мышцах описанным Щукиным и термометрии.

Другие признаки, поскольку они имеют место, являются с нашей точки зрения ценным подспорьем в деле диагностики. Точные же лабораторные исследования и диагностические реакции по настоящему времени к сожалению трудно осуществимы

Литература:

1. З. П. Соловьев. Демобилизация и туберкулез „Туберкулез“ Лиги № 1—2 1917 г.
2. Др. Р. Гайкович. Лечение бугорчатки легких и др. орг. туберкулином 1913 г.
3. С. С. Зимницкий. Основы бактерио-биолог. распознав. туберк. Казань. 1913 г.
4. Др. Alfred Wolff Eisner. Ранняя диагностика и иммунитет при туберкулезе Изд. Пр. мед. 1911 г.
5. Пр. Никитин. Очерки Частной терапии болезней внутр. органов. Спб. 1912 г.
6. И. И. Файншмидт. К вопросу о распознавании активного характера легочного туберкулеза. Признак Тага. Врачебное дело № 3, 4, 5. 1920 г.

7. А. Н. Масловский. Начальные стадии легочного туберкулеза и скрытые его формы. Врачебн. дело № 3, 4, 5. 1920 г.
8. Г. Т. Жамгоцев. Альбуминореакция мокроты и ее диагностическое значение при легочных заболеваниях.
9. Т. П. Панченков. Медиг. Журнал. Вятского губздрав. № 2. 1920 г. К вопросу о диагностике и классификации легочного туберкулеза.
10. Пр. Д. Д. Плетнев. Сердечная слабость. Изд. Природа 1918 г.
11. Др. Е. С. Абраам. Рентгенодиагностика органов дыхания. Примен. луч. энерг. в медиг. П. Г. Мезерницкий. Практ. м. 1916 г.
12. Др. Боробьев. К симптоматологии раннего туберкулеза. Туберкулез Лиги, № 3—4, 5, 1917 г.
13. Koranyi. К методике перкуссии легочной верхушки. D. M. W. 1918 г. № 7. Реф. Клинич. мед. Вып. I. Авг. 1920 г.
14. Brauer. Новый способ накопления туберкулезных палочек в мокроте. Deutsche med Woch. 1918 г. № 10. Реф. Врачеб. дело № 3. 4. 5. 1920 г.
15. Saathoff Тиреоидизм и туберкулез. Münch med Woch. 1913 № 5. Реф. Туберкулез № 2. 1914 г.
16. С IV с'езда российских терапевтов. „Туберкулез Лиги“ № 2 1913 г.

Работа перевязочного отряда 23 пехотной дивизии за войну 1914—1917 года.

Б. главным врача отряда А. В. Грегори.

Отряд был сформирован в Ревеле, погружен на поезд 12 августа 1914 г., 15 августа выгружен в Люблинской губернии. После двухдневного перехода отряд прибыл в деревню Незабитов Люблинской губернии, где впервые развернулся для приема больных и раненых. Бой (первый для полков дивизии) начался 17 августа днем, к вечеру стали поступать раненые. За 17 августа поступило 193, за 18 августа 167. Работало 5 врачей, 4 фельдшера, заведующий хозяйством, его помощник и весь штат санитаров. Хозяйственные чины, несколько солдат, при содействии одного из врачей были заняты регистрацией больных, питанием их и устройством для них приюта, переменной мокрого и окровавленного белья на чистое и сухое. Дивизионный врач (в начале войны стоявший во главе отряда, тогда еще дивизионного лазарета) налаживал эвакуацию, устанавливал линию, прискивал перевозочные средства и т. д. Остальные врачи перевязывали и оперировали, фельдшера помогали. Отряду приходилось брать на себя также регистрацию принесенных ранеными винтовок и патронов. Санитары переносили раненых с подвод на операционный стол, со стола во временное помещение для раненых, оттуда на повозку, автомобиль и т. д. для дальнейшей эвакуации, они же снимали грязное, мокрое, окровавленное белье, прислуживали при питании раненных, на их же обязанности лежал и уход за ранеными.

В виду отсутствия опыта, неподготовленности персонала к требуемой работе, таковая была вначале мало продуктивной. Весь персонал работал без отдыха двое суток и еле справился с 360 ранеными. Переносились раненые и подавались на стол и на повозки недостаточно быстро, неумело, причинялись излишние страдания, регистрация велась медленно и неумело, окровавленное грязное белье снималось неумело, грубо. Перевязки делались решительно всем раненым, хотя многие из них в перемене повязки и не нуждались. Вопрос о стерелизации инструментов и перевязочного материала не был налажен вовсе. Да и никакого стерелизатора более или менее современного типа по описи не полагалось и не было. Правда, марля отпущена была стерильная в антисептических и индивидуальных пакетах. Руки мылись следующим образом: вода поливалась на руки из казенных умывальных приборов, применялось зеленое, или обыкновенное мыло, руки споласкивались сулемой, или спиртом; какого либо современного умывального прибора, хотя бы самого простого, походного типа не было, перчаток не было.

Очень скудно применялись обезболивающие средства, отчасти по неимению их готовыми в ампулах, несовершенства казенных, предусмотренных-положением о дивизионных лазаретах, шприцев и неимением для них соответствующих стерелизаторов. Не было ни стерелизатора современного типа, ни примуса, ни спиртовок; все это впоследствии было приобретено на хозяйственно-экономические суммы.

Согласно укладке полагался громоздкий, металлический, обшитый асбестом стерелизатор с трубкой и печкой, растапливаемый дровами.

Врачи чувствовали все эти недочеты, устранить которые немедленно не представлялось возможным. Плохая с'организованность, неумелые действия фельдшеров, санитаров, погрешности их против правил асептики, все это создавало тяжелые условия работы. Толкотня, вызываемая неумелой выноской и подачей санитарями раненных, массовое поступление их, в количестве большем, чем мы могли перевязать в силу нашей плохой в первое время организованности, излишняя суетня и всякие

недочеты в постановке хирургического дела создавали тяжелую обстановку и деловали крайне удручающе.

При транспортировке больных, в первые же бои выяснилась полная непригодность четверочных линеек образца 1877 г. в виду их громоздкости и непригодности для наших обычно узких полевых дорог. Перевозили мы раненых главным образом на крестьянских подводах, на так называемых фурманках, легких и приспособленных для полевых дорог. Подобный способ транспортировки раненых оказался необходимым в виду крайней скудости и неудовлетворительности казенных перевозочных средств. В первые месяцы войны крестьяне еще не были разорены и у еще можно было доставать лошадей и подводы. Впоследствии пришлось непригодные четверочные повозки заменить двуколками, приобретенными на хозяйственно-экономические суммы и прибегать к помощи общественных организаций, всегда сравнительно богато обставленных перевозочными средствами.

360 больных и раненых принесли к нам на перевязочный пункт около винтовок и много патронов, в общем груза приблизительно на 100 пудов, что в виду скудости у нас перевозочных средств, перегруженности обоза вообще, невозможно сдать винтовки и патроны, так как в первое время ни штаб дивизии, ни командиры штаба дивизии, ни вообще кто либо другой, принимать винтовок и патронов не хотели, вызывало не мало у нас затруднений. Груз этот все нарастал, около месяца мы его должны были вести с собой, после чего только удалось получить указания куда и кому груз этот можно сдать.

Из 360 больных и раненых, доставленных к нам на перевязочный пункт умерло у нас двое, остальные были эвакуированы на крестьянских подводах, отчасти на автомобилях. Раненых было 347, больных 13.

Ранения по локализации их распределялись по частоте в процентном отношении по нисходящей таблице в следующем порядке:

	В процентах.
Ладонь и кисть	19
Пальцы рук	13
Грудь (и спина)	11
Голень	10
Стопа	8
Плечо	7,4
Предплечье	7
Бедро	5,2
Лицо	2,9
Шея	2,5
Череп	1,9
Живот	1,8
Ягодицы	1,7
Коленный сустав	1,5
Челюсть, рот, зубы	1,4
Плечевой сустав	1,3
Пах	1,3
Уши	1
Локтевой сустав	0,6
Лучезапястный сустав	0,6
Таз	0,3
Мошонка	0,3
Половой член	0,3
Множественных ранений было	12=3,4

Ранений левой половины тела было больше ранений правой половины — в 1,3 раза. Левая кисть и пальцы были ранены в 1,7 раз чаще правой кисти и пальцев. Кистей туженных не было.

Двое из доставленных раненых умерли. Оба раненых были доставлены через 20—24 часа после ранения, без пульса. Скончались — один в день доставки, другой на следующий день. Ранение было сквозное в брюшную полость. Операция произведена не была.

Из доставленных 13 больных, у одного отмечено состояние острого психоза, у троих—растяжение связок голеностопного сустава, у троих—ушиб руки, у двоих—инфлюэнца, у одного—бронхит, у одного—конъюнктивит, у одного—нервное сердце-ение, у одного—растяжение связок коленного сустава. Смертных случаев не было. Военно-пленных австрийцев раненых было 16

К вечеру 18 августа перевязочный отряд (тогда еще дивизионный лазарет) эвакуировал всех больных и раненых и перешел походным порядком в другую деревню вслед за наступавшей дивизией. Завязались бои с наступлением в районе посада возле Люблинской губернии, длившиеся по 29 августа.

За 11 дней, с 19 по 29 августа включительно прошло через перевязочный отряд 742 больных и раненых, из них было раненых 659, больных 83.

Ранения по областям тела распределялись в процентном отношении в нисходящем порядке следующим образом:

	В процентах.
Бедро	12,4
Голень	11,5
Ладонь и кисть	11
Грудь и спина	9,1
Пальцы рук	9
Стопа	8
Плечо	7
Предплечье	5
Череп	4,6
Живот	3,3
Плечевой сустав	2,3
Коленный	2,2
Локтевой	2,2
Пах	2,1
Ягодицы	1,8
Челюсть, рот, зубы	1,8
Лицо	1,4
Шея	1,4
Уши	0,7
Поясница	0,6
Таз	0,4
Пальцы стоп	0,4
Голеностопный сустав	0,4
Глаза	0,4
Половой член	0,3
Позвоночник	0,3
Лучезапястный сустав	0,1
Мошонка	0,1
Промежность	0,1
Лобок	0,1

Множественных ранений было 53=8⁰/₀.

Ранений левой половины тела было больше ранений правой половины—в 1,3 раза.

Левая кисть и пальцы были ранены в 1,4 раза чаще правой кисти и пальцев.

Контуженных было 4.

Двое из раненых умерли в перевязочном отряде, один из них был ранен в живот, другой был ранен несколькими пулями в грудь и плечевой сустав.

Из 83 больных было:

Больных кровавым поносом	19
„ колитом	8
„ энтеритом	3
„ бронхитом	6
„ инфлюэнций	7
„ конъюнктивитом	2

„	трипперным эпидидимитом	3
„	мяским шанкром	6
„	флегмоной	6
„	ушибом ноги	7
„	чирьями	6
„	ревматизмом	4
„	отитом	2
„	ангиной, лимфаденитом, аппендицитом, ушибом го- ловы по	1

Смертных случаев не было.

Из 659 раненых было 225 австрийцев, среди них множественных ран было 43= 19%.

У них ранения по областям тела распределялись следующим образом:

	В процентах.
Грудь и спина	18
Голень	17,6
Бедро	17
Плечо	7,5
Стопа	7
Предплечье	6,1
Коленный сустав	4
Ягодицы	3,6
Череп	3,6
Живот	2,5
Пах	2,5
Ладонь и кисть	2,2
Шея	1,5
Челюсть, рот, зубы	1,5
Плечевой сустав	1,5
Локтевой сустав	1,1
Пальцы рук	0,7
Уши	0,7
Голеностопный сустав	0,7
Лицо	0,4
Промежность	0,4

Как видим, среди раненых австрийцев значительный процент с множественными ранениями; среди австрийцев много раненых в нижние конечности, особенно в бедро, много раненых в грудь, череп, живот и пах и сравнительно мало раненых в пальцы рук, ладонь и кисть; среди них много тяжело-раненых и раненых в нижние конечности, которые были лишены возможности передвигаться, а потому таким образом и попали в плен; большинство раненых в пальцы рук и кисти очевидно избежать плена.

В первую таблицу вошли 19 раненых австрийцев, во вторую 225; последние составляя $\frac{1}{3}$ общего числа раненых, взятых при исчислении второй таблицы, метно влияли при определении процента той или иной группы ранений, чем объясняется главным образом разница в процентных вычислениях обеих таблиц.

29 августа 1914 года наше стремительное продвижение вперед несколько медляется, 13 сентября—останавливается, дивизия перебрасывается к Висле для держания противника, наступающего на Варшаву, начинается позиционная война, 15 октября вновь начинается успешное наше продвижение вперед с форсированием Сана, 17 ноября наступление наше приостанавливается, начинаются бои под Ковым, длящиеся по 1 декабря 1914 г.

За этот промежуток времени наступательных боев, частью позиционной войны, прошло через главный перевязочный пункт (перевязочный отряд) 1340 больных раненых, среди них раненых 1009, больных—331.

Больных и раненых не проходило через перевязочный отряд вовсе за 17 сентября и за 26 дней октября. В сентябре было много передвижений, больных

раненные перевозились полками, транспортами, сдавались по пути в те или иные лечебные учреждения, минуя перевязочный отряд; большую часть октября отряд был вернут, в разворачивании его не встречалось надобности в виду небольшого числа поступающих больных и раненых, которых принимал находившийся в той же деревне лазарет дивизии.

Ранения у 1009 раненых распределялись в процентном отношении по областям следующим образом:

	В процентах:
Пальцы рук	30 ⁰
Кисть	15
Грудь	7,5
Голень	6,5
Бедро	6,3
Предплечье	6
Плечо	5,7
Череп	5
Стопа	4
Живот	2,8
Лицо	1,8
Ягодицы	1,6
Коленный сустав	1,5
Шея	1,3
Челюсть	1,1
Плечевой сустав	1
Глаза	0,6
Уши	0,5
Поясница	0,4
Пах	0,3
Локтевой сустав	0,29
Таз, мошонка, пальцы стопы по	0,18
Позвоночник, крестец, половой член по	0,09

Множественных раненений было 45=4,4⁰/. Контуженных 11. Ранений левой половины тела было больше ранений правой половины в 1,3 раза. Левая кисть и пальцы были ранены в 1,4 раза чаще правой кисти и пальцев.

Умерло 14, из коих 8 было ранено в живот, 4—в грудь, 2—в полость черепа. Умерших были оперированы двое, остальные в виду безнадежного положения их оперированы не были. Из оперированных один был ранен в полость живота, доставлен был через 14 часов после ранения. Зашито 10 кишечных ран, тампон, швы, понос, смерть на третий день после операции. У другого оперированного было сквозное ранение полости черепа, доставлен через 20 часов после ранения, удалены были два свободные осколки и среди них значительная часть большого крыла клиновидной кости. Смерть на 6 день.

Среди раненых поражает сравнительно очень большое число раненых в кисть и пальцы рук, которые составляли почти половину всех раненых, что объясняется главным образом подбором их, получившимся благодаря тому, что в ноябре за неимением соответствующих помещений в перевязочном отряде все тяжело раненные главным образом поступали в отряд общественной организации, имевшей соответствующие помещения для операций и призерения тяжело раненых, все же легко раненные, главным образом раненные в пальцы рук и кисти направлялись в отряд к нам.

331 больной, прошедший через перевязочный отряд за указанный промежуток времени, следующим образом распределился по роду болезни.

Больных дизентерией было	52
„ желудочно-киш. расстройствами	46
„ инфлюэнцией	79
„ флегмоной	20
„ бронхитом	14
„ отморозением	12

„ язвами голеней, нефритом по	7
„ сердечными расстройствами, геморроем, чирьями по	5
„ ушибом, ревматизмом по	8
„ плевритом, пневмонией, ожогом, глазами, чесоткой, ангиной по	4
„ венерическими болезнями	21
„ экземой, неврастенией, ишиасом, малокровием растяжением	2
„ связок по	2
„ периоститом, лимфаденитом, вывихом плеча, желтухой, грыжей, ушами, душевным расстройством, бурситом по	1

Смертных случаев не было.

С 1 декабря 1914 года т. е. с отходом дивизии к реке Нице начинается позиционная война, которая длится до 28 февраля 1915 года. За этот промежуток времени через перевязочный отряд прошло больных и раненых 1390, из них раненых 834. Ранения у 556 раненых по областям распределялись следующим образом в нисходящем порядке:

	В процентах.
Бедро	15
Грудь	12
Голень	10
Плечо	9
Кисть и предплечье по	8,3
Череп	8,2
Пальцы рук	6
Стопа	5,9
Ягодицы, лицо и коленный сустав по	3
Локтевой сустав	1,7
Живот	1,2
Таз, плечевой сустав	1
Челюсть	0,6
Шея, глаза, уши, пах, половые органы по	0,5
Лобок	0,2
Поясница	0,1

Значительное число тяжело раненых, а именно раненых в бедро, голень, грудь и череп объясняется сравнительно значительным числом военно-пленных австрийцев, раненых тяжело (178) во время ликвидации прорыва. Сравнительно много множественных ранений, а именно у 73=13%. На 556 раненых было 16 контуженных. Раненых штыком было 2, раненых в правую половину тела было в 1,3 раза больше, чем в левую половину, между тем как кисть и пальцы левой руки все же оказались ранеными чаще кисти и пальцев правой руки в 1,1 раза.

Умерло 8, из них трое были ранены в грудь, двое в брюшную полость, одно в бедро и таз, один в плечо, ягодицу и таз и один в голень (отрыв голени, остеомиелит, малокровие). Среди больных смертных случаев не было.

Из 834 больных:

Больных инфлюэнцей	„
„ жел-киш. расстройствами	„
„ бронхитом	„
„ венерич. болезнями и их осложн.	„
„ пневмонией	„
„ флегмоной	„
„ чесоткой	„
„ ушибами	„
„ ревматизмом	„
„ язвами голени	„
„ расстройством сердечн. деят.	„
„ ушными болезнями	„
„ малокровием	„
„ глазами	„

» нефритом	13
» плевритом, чирьями по	12
» паховой грыжей	10
» экземой, паротитом по	9
» ангиной	8
» эпилепсией, брюшн. тифом, бурситом, растяжением связок стопы по	5
» гонитом, лимфаденитом по	4
» аппендицитом	3
» периоститом, отморожением, ишиасом, псориазом, фистулой задн. прохода, дизентерией по	2

Больных зобом; выпадением прямой кишки, носовыми полипами, параличом малоберцов. нерва, водянкой яичка, рожей, переломом костей голени, возвр. тифом, мозолью, псих. расстр., желтухой, ларингитом, флюсом, перипроктитом; менингитом, гемор. по 1

С 28 февраля по 22 марта 1915 года перевязочный отряд в свернутом виде; больных и раненых не поступает вовсе; за это время дивизию, а с нею и отряд перебрасываются из Келецкой губернии в Карпаты к границам Венгрии, к Ужокскому перевалу. Начинается наступательно-позиционная война при чрезвычайно тяжелых условиях: непроходимых дорогах, отсутствии жилых строений, снежных буранах; последние четыре версты до места разворачивания перевязочного отряда в Устриках-Торных, обоз отряда шел 16 часов; повозки опрокидывались в ямах, лошади завязали живот в грязи, каждую повозку приходилось вытаскивать из ямы на людях и т. д.

26 марта наше движение вперед приостанавливается, завязываются упорные бои, кончившиеся через месяц поражением по всему фронту и отступлением: 26 марта отряд за неимением помещений разворачивается в униатской церкви и шатрах, персонал отряда—в землянках и двух разбитых комнатах без окон и дверей. Для лошадей не нашлось ни навеса, ни какого бы то ни было укрытого места, стояли они на ветру и под снегом, по колено в липкой грязи, без фуража. Через четверо суток в 80 лошадей пало 28; пришлось для спасения остальных увести их в тыл на 20 верст, где было и крытое помещение и фураж. Четыре шатра для больных и раненых пришлось ставить на вязкой глине. На глину клался хворост (ничего другого не было) на один аршин вышиной, на хворост одеяла, а на них больные и раненые. Хворост под влиянием тяжести тела утрамбовался и утопал в глине, приходилось его все подкладывать. Эвакуация производилась на вагонетках по узкоколейке, до вагонеток и на местах разрушенных мостов больные и раненые переносились на носилках. Вагонетки подталкивались санитарями.

С утра ежедневно весь штат носильщиков отряда высылался с носилками в помощь полковым носильщикам. На доставку раненых за 4—5 верст уходило до 8 часов времени; носильщики по много раз падали в ямы, завязали в грязь выше колен, падали, опрокидывались носилки с ранеными и больными; последние настолько облеплились глиной, что нельзя было зачастую различить отдельные части тела.

За промежуток времени с 22 марта по 24 апреля прошло через отряд 3629 раненых и больных т. е. столько же, сколько за предшествовавшие 8 месяцев войны. Больных было 823, раненых 2806.

По локализации раненых распределяются в процентном отношении следующим образом:

	В процентах.
Пальцы рук	21
Кисть	15
Грудь и бедро по	10
Плечо	9
Предплечье и череп по	6
Голень	5
Стопа	3,5
Живот	2,8
Лица и локтевой сустав по	2,3
Коленный сустав	1,8

Шея и ягодицы по	1
Поясница	0,6
Пах, таз, половой член и мошонка по	0,4
Пальцы ног, глаза, уши по	0,3
Челюсть	0,2
Позвоночник, крестец, суставы плечевой и голеностопный по	0,1
Множественные ранения наблюдались в	6

Ранений левой половины тела было больше таких же правой половины 1,4 раза, левая кисть и пальцы ранятся в 2 раза чаще правой. Среди раненых контуженных было 24. Из раненых умерло в перевязочном отряде 88, а именно раненых в живот 31, в полость черепа 29, в полость живота и черепа 3, в полость живота, шею и лицо 2, в полость живота и бедра 2, в грудную полость 5, в полость черепа и груди 6,—груды и лица 7,—груды и живота 1,—груды, плеча и паха 1,—в оба бедра 1.

Из 823 больных было:

Больных отморожением	20
„ гастроэнтероколитом	13
„ инфлюэнцей	14
„ бронхитом	4
„ ревматизмом	3
„ язвами голеней и нефритом по	2
„ флегмоной	2
„ чирьями и глазами по	1
„ сердечными расстройствами	1
„ ушибами, грыжей по	1
„ ушами, плевритом по	1
„ пневмонией	1
„ дизентерией	1
„ ожогами, триппером, горлом по	1
„ неврастенией, чесоткой, экземой по	1
„ орхитом, брюшным тифом, атеромой, шанкром, сифилисом, па- дучей по	1

Больных геморроем, крапивницей, расширением вен голеней, периоститом, вывихом, куриной слепотой, глистами, циститом, рожей по

Умерло в перевязочном отряде 20, причем исключительно из группы больных гастроэнтероколитом.

24 апреля 1915 года начинается поспешный отход наш от Карпат. 3 мая отряд разворачивается и начинает принимать больных и раненых; 31 мая вновь начинается поспешное отступление, до 7 июня отряд свернут, с 7 июня вновь разворачивается и начинает принимать больных и раненых. Идут арьергардные бои; приходится, оказывая помощь раненым, их сейчас же эвакуировать, сниматься и отходить дальше, вновь разворачиваться и т. д. Такое отступление длится до 1 сентября только к этому времени оно приостанавливается, начинается позиционная война. За время нашего отступления с Карпат с 24 апреля по 1 сентября 1915 года через отряд прошло 3314 больных и раненых, а именно раненых 1939, больных 1375.

Ранеными оказались:

	В процентах.
Бедро	13
Грудь	12,6
Пальцы рук	11,4
Плечо	9,6
Кисть	9
Череп	8,9
Голень	8,4
Предплечье	4,4
Стопа	4,2
Локтевой сустав	3,8

Лицо	3
Живот и коленный сустав по	2
Шея	1,4
Ягодицы	1
Глаза и пальцы ног по	0,9
Челюсть	0,8
Таз и пах по	0,7
Половой член и мошонка	0,5
Уши	0,4
Поясница	0,2
Позвоночник и голеностопный сустав по	0,1

Множественных ранений было 205=10,6⁰/о; левая половина тела была ранена чаще правой в 1,03 раза, левая кисть и пальцы левой руки чаще правой в 1,4 раза.

Контуженных было 124=6⁰/о. Контузия всего тела наблюдалась у 48,—головы у 26, груди, бока и спины у 24,—нижних конечностей у 17,—верхних у 7,—шеи у 1, ягодицы также у 1.

Умерло в отряде 46 раненых, а именно 26 раненых в живот, 8—в грудь, 2—в живот и грудь, 3—в голову, 3—в нижние конечности, 2—в верхние—, 1 в грудь и верхние конечности, 1—в ягодицы и мошонку. Из 1375 больных умерло в отряде 11, из них от холеры 5, от токсического гастроэнтерита (холеры?)—6.

Больные по роду болезни распределялись следующим образом:

Больных инфлюэнцой	369
„ гастроэнтероколитом	322
„ желтухой	83
„ чесоткой	51
„ бронхитом	48
„ флегмоной	47
„ ревматизмом	39
„ холерой	37
„ глазами	36
„ ушибами	33
„ чирьями и воспалением легких по	28
„ сердечными расстройствами	22
„ экземой	19
„ растяжением связок и ушами по	18
„ триппером	17
„ язвами голеней	16
„ лимфаденитом	15
„ сифилисом	13
„ плевритом	12
„ нефритом	11
„ горлом	10
„ нервным и душ. бол.	8
„ малокровием	7
„ грыжей, аппендицитом, брюшн. тифом, периоститом по	6
„ отморожением, геморроем по	4
„ баянитом, ожогом, потертостью по	3
„ выпадением прямой кишки, лишаем, куриной слепотой, глистами, рожей, дизентерией, ишиасом, водянкой яичка по	2

Больных вывихом, недержанием мочи, свинкой, цынгой, флюсом, крапивницей, падучей, переломом ключицы,—голени, малярией, мягким шанкром по 1

1 сентября 1915 года начинается позиционная война на позициях под Тарнополем и длится по 1 августа 1916 г. В этот промежуток времени отряд был свернут с 14 декабря 1915 г. по 22 мая 1916 г. т. е. больше пяти месяцев, за остальные 6 месяцев через отряд проходит 1866 раненых и 535 больных. Ранения у указанных 1866 раненых по областям тела распределяются в процентном отношении следующим образом:

	В процентах
Пальцы рук	13,5
Бедро	11,5
Плечо	11,25
Кисть	11
Грудь	10
Голень	7,5
Череп	7
Предплечье	5,5
Стопа	5
Локтевой сустав	2,8
Лицо	2,7
Коленный сустав	2,62
Живот	1,2
Шея	1
Ягодицы	0,95
Таз и глаза по	0,9
Пах	0,83
Пальцы ног	0,8
Уши и поясница по	0,55
Голеностопный сустав	0,5
Половой член, мошонка, позвон. и челюсть по	0,4
Лобок	0,1
Плечевой сустав, крестец и промежность по	0,05
Множественных ранений было	у 176=9,4

Левая половина тела ранится чаще правой в 1,08 раз; левая кисть чаще правой в 1,03 раза. На 1866 раненых пришлось 100 контуженных=5,3%; общая контузия наблюдалась у 88, контузия головы у 8,—нижних конечностей у 2,—верхних у 2,—лица у 1. Умерло в отряде из раненых 39; из них было раненых в живот 12,—в грудь 10,—в голову 7,—в нижние конечности 6,—верхние—1,—позвоночник и грудь 2,—в живот грудь и верхние конечности 1.

Из 535 больных было.

Больных инфлюэнцой	165
„ гастроэнтероколитом	45
„ чесоткой	38
„ бронхитом	36
„ флегмоной	28
„ ревматизмом	22
„ глазами	17
„ чирьями	16
„ ушами	15
„ ушибами	12
„ грыжей	11
„ триппером и его осложнениями	10
„ мягк. манкром, воспалением легких и растяжением связок по	9
„ экземой, язвами по	8
„ горлом, лимфаден, плевритом по	7
„ нервным душ. бол., желтухой, сердцем, малярией по	6
„ переломом, контрактурой после ран. по	4
„ малокров., геморроем, выпад. кишки по	3
„ рожей, глистами по	2
„ расшир. вен голеней, аппендиц, цистит, ожогом, псориазом, атеромой, нефрит, вывихом, недерж. мочи, курин. слепотой по	1

Случаев смерти в отряде среди названных больных не было.

С 1 августа 1916 г. дивизия наша начинает принимать участие в известном Брусилловском наступлении, которое к северу от нас началось уже 22 мая. С 1 августа по 1 октября бои у нас идут с наступлением. С 1 октября начинается пози-

ционная война. С 1 августа по 1 октября 16 г. т. е. за два месяца проходит через отряд 4500 раненых и 500 больных.

Среди последних было

Больных инфлюэнцей	154
„ гастроэнтероколитом	83
„ бронхитом	35
„ флегмоной	28
„ чесоткой	27
„ ушибом и растяжением связок по ушами	20
„ глазами	13
„ ревматизмом	12
„ язвами голеней	11
„ горлом	9
„ воспалением легких, лимфаденитом по	7
„ грыжей, триппер., серд. расстройством и невралг по	6
„ экземой, флюсом по	5
„ плевритом, маляр., нервн. и душ. бол., сифил., нефритом по	4
„ геморр., аппендиц., зубн. костоедой, цистит, свинкой, кондилом. пол. чл., ожог., глис. по	3
„ потерт. ног, отравл. газом, балянит., расш. вен сем. канат, перелом., водянякой яичка, атером, выпад. пр. кишки, рожей, периост. реб	2
„	1

Смертельных случаев не было.

Частота ранений у 4500 раненых указанной группы по локализации таковых распределяется в следующем процентном отношении:

	В процентах.
Кисть	14,15
Бедро	12
Плечо	9,5
Голень	9
Стопа	8,6
Грудь	8,5
Предплечье	8,2
Пальцы рук	6,8
Череп	6
Живот	3
Лицо	2,8
Ягодицы	2
Коленный сустав	1,8
Шея	1,5
Локтевой сустав	1,4
Пальцы ног	1
Глаза	0,7
Пах, половые органы по	0,6
Таз	0,57
Уши и челюсть по	0,4
Поясница	0,2
Голеностопный сустав	0,17
Крестец	0,05
Позвоночник, лучезап. сустав, лобок по	0,02

Среди 4500 раненых было 630 контуженных—14⁰/₀. Контуженных в голову было 16,—в нижние конечности 24,—верхние—12,—грудь—7,—плечо—1. Контузия всего тела без наружных явлений отмечена у 570.

Множественные ранения имелись в 321 случае—7,1⁰/₀. Левая половина тела ранится чаще правой в 1,6 раза; левая кисть и пальцы чаще правой в 1,8 раза.

Из 4500 раненых и контуженных, в отряде умерло 47, из них раненых в живот—34,— в грудь 4,—в голову 8,—в нижние конечности—1.

С 1 октября 1916 г. по 18 июня 1917 года длится позиционная война; за это время через перевязочный отряд проходит 5015 больных и 833 раненых.

Из 5015 больных было:

Больных инфлюэнцой	1033
„ бронхитом	720
„ гастроэнтероколитом	600
„ чесоткой	300
„ глазами	210
„ флегмоной	170
„ ушами	160
„ сердечными расстройствами	150
„ ревматизмом	130
„ ушибами	120
„ язвами	110
„ чирьями	100
„ воспалением легких	90
„ экземой и отморожением по	80
„ грыжей	70
„ куриной слеп, желтухой, триппером по	60
„ плевритом, сифилисом по	50
„ ожогами, недерж. мочи, лимфад, малокровием по	40
„ невралгиями, нефрит, нервн. и душ. болн., геморроем, отравлением газа по	30
„ растяжен. связок, зубн. костоедой по	25
„ скорбутом	20
„ циститом, расшир. вен голен, периостит. по	15
„ аппендиц., раст. вен сем. канат. по	12
„ потерт. ног, бурсит., перелом., рожей, малярией, выпаден. прям. кишки по	10
„ глистами, фимозом по	8
„ брюшным тифом, атеромой по	7
„ мягким шанкром, волянкой яичка по	6
„ дизентерией	5
„ балянитом, свинкой, сыпным тифом по	4
„ фибромой, трещинами задн. прох., псориаз, сколиозом, кондиллом, парапроктит., липомой, атрофией нижн. кон., воспал. сухож. влаг., опоясывающ. лишаем, крапивницей, контрактурой, фистулой задн. прохода по	2
„ неподв. локтя, хондромой, опухолью живота, маститом, простатит., дифтер., сикозом, носов. полип., зловон. насморк, асцитом, натур. осп., корью, парал. лицев. нерва, оссифицирующ. миозитом, почесухой по	1

Ранения у 833 раненых и контуженных были локализованы по частоте их в процентном отношении следующим образом:

	В процентах
Кисть	18
Пальцы рук	13
Бедро	11,2
Предплечье	10,6
Плечо и голень по	9
Череп	6,2
Стопа	5
Грудь	4,4
Лицо	4,1
Ягодницы, локтевой сустав и шея по	1,3

Глаза	1
Таз	0,8
Пальцы ног	0,7
Уши, живот, голеност. и коленный сустав по	0,5
Пах	0,4
Лучезапястный сустав	0,3
Челюсть, половой член и мошонка по	0,2

Контуженных было 96=11,5%, контузия всего тела отмечена у 50,—головы у 20,—груди у 13,—нижних конечностей у 8,—верхних—у 4,—шеи и полового члена у 1. Множественные ранения наблюдались в 8,5% всех случаев. Левая половина тела ранится в 1,5 раза чаще правой, левая кисть и пальцы в 1,3 раза чаще правой.

За указанный промежуток времени отряд был свернут, больных и раненых не проходило вовсе с 8 апреля по 6 июня 1917 года.

Из раненых умерло 10, из них 4 были ранены в голову, 3—в живот, один в позвоночник, один в шею, один в бедро.

Из больных умерло 2, один от отравления газами в тот же день, другой от гастроэнтероколита на следующий день по поступлении в отряд.

Известное наступление 18 июня 1917 г. дало 1018 раненых и контуженных, прошедших через отряд, 19 июня прошло раненых и контуженных 471, 20 июня 132; больных прошло за 3 дня 36. 21 июня наступление кончается, начинается короткая позиционная война а 8 июля 1917 года начинается паническое наше бегство из под Калуща.

Из 36 больных было:

Больных инфлюэнцой	20
„ флегмоной	5
„ чесоткой, растяж. связ, газотравлен. по	2
„ ожогом, перелом., триппер, цистит., потертостью ног по	1

Смертных случаев не было.

Ранения по локализации их в процентном отношении по частоте их распределяются в следующем порядке:

	В процентах.
Кисть	28
Пальцы рук	15
Предплечье	10
Бедро	8,5
Плечо	7
Череп и стопа по	6,5
Голень	5
Грудь	4,8
Лицо	2,3
Шея и локтевой сустав по	1,3
Ягодицы	1
Коленный сустав	0,8
Пальцы ног	0,7
Глаза	0,4
Уши и живот по	0,3
Пах	0,2
Половой член и мошонка по	0,1

На 1621 раненого пришлось 686 контуженных=42%. Контуженных в голову 12, в нижние конечности—7, в верхние—4, у остальных отмечается контузия всего тела без признаков изменений в наружных покровах. Множественных ранений было 43=2,6%.

Левая половина тела ранится чаще правой в 1,9 раза, левая кисть и пальцы—чаще правой в 3 раза. Умер в перевязочном отряде один раненый (ранен был в нижние конечности).

Паническое бегство наше, начавшееся 8 июля, к началу августа приостанавливается, начинается позиционная война с явной склонностью к отходу при малей-

шем нажиме противника. Так длится до 24 ноября 1917 г., т. е. ко дню перемирия, когда войну внешнюю следует считать оконченной. С 21 июня по 24 ноября 1917 г. т. е. за пять месяцев через отряд проходит раненых 192, больных 1144.

Ранения по областям тела распределяются по частоте их в следующем процентном отношении:

Кисть	22
Пальцы рук	16
Бедро	11,4
Плечо	10
Голень	9
Предплечье	8
Грудь	6
Стопа	3
Череп и живот по	2,5
Ягодицы, лицо и коленный сустав по	1,8
Шея, локтевой сустав и пальцы ног по	1
Челюсть и голеностопный сустав по	0,6
Контуженных было	32=20

Умерло 2, один от сквозного ранения легкого, другой от раны подключичной артерии и острогнолостной гангрены.

Множественных ранений было 6=3,1, левая половина тела ранится чаще правой в 1,6 раза, левая кисть и пальцы чаще правой в 2,7 раза.

Из 1144 больных было:

Больных инфлюэнцей	250
„ жел.-киш. расстройствами	140
„ бронхитом и чесоткой по	80
„ флегмоной	60
„ глазами, ушибом и желтухой по	50
„ ревматизмом	38
„ сердечн. расстр. и сифилисом по	25
„ грыжами	22
„ чирьями	20
„ язвами, лимфад., триппером по	15
„ выпад. кишки, экземой, малярией по	14
„ геморр., горлом, нервн. и душ. бол., растяж. связок, ушами, дизентер. по	10
„ отеромой, невралгией, бурситом по	8
„ расшир. вен голеней, расширен. вен сем. каң. по	7
„ глистами, мягк. шанкером по	6
„ малокр., потерт. ног, аппендиц., воспал. легких, фимозом по	5
„ отравлением газами, гигромой по	4
„ вывих, цистит., недерж. мочи, кост. зубов по	3
„ экземой, кур. слеп., ожог., трещ. задн. прох. по	2
„ эритемой, баянит., эпилепс., носов. полипами по	1

Смертных случаев не было.

Итак, за время военных действий с 17 августа 1914 г. по 24 ноября 1917 г. через перевязочный отряд прошло раненых и контуженных всего 15725, больных 10689; раненых и контуженных следовательно в $1\frac{1}{2}$ раза больше чем больных:

Из 15725 раненых и контуж. умерло в перевяз. отряде	259=1,6%
Из 10689 больных	33=0,3%

Среди 15725 раненых и контуженных было собственно раненых 14002, контуженных 1723. Процент контуженных=12,3%. Множественные ранения наблюдались в 8% всех случаев. Левая половина тела ранится чаще правой в 1,4 раза; левая кисть—чаще правой в 1,8 раза.

Время войны разделено мною на одиннадцать периодов; к первому периоду отнесен собственно только первый бой дивизии: 17 и 18 августа 1914 года; ко вто-

рому—стремительно наше наступление с 19 по 29 августа, к третьему—период наступательно—позиционной войны с 29 августа по 1 декабря 1914 г.; к четвертому—позиционная война с 1 декабря 1914 г. по 28 февраля 1915 года; к пятому периоду—наступательно-позиционная война с 28 февраля по 24 апреля 1915 г.; к шестому периоду—отступление с 24 апреля по 1 сентября 1915 г.; к седьмому—позиционная война с 1 сентября 1915 г. по 1 августа 1916 г.; к восьмому—так называемое Брусилловское наступление—с 1 августа по 1 октября 1916 года; к девятому—позиционная война с 1 октября 1916 г. по 18 июня 1917 г.; к десятому—наступление 18 июня с 18 по 20 июня и к одиннадцатому—отступление—с 21 июня по 24 ноября 1917 г.

Первое наступление наше с 17 августа по 1 декабря 1914 года за 3½ месяца дало нам 2015 раненых и 427 больных, т. е. раненых почти в пять раз больше чем больных.

Второе наступление—Карпатское с 28 февраля по 24 апреля 1915 г., за два месяца дало 2806 раненых и 823 больных т. е. раненых в три раза с лишним больше чем больных. Третье наступление Брусилловское с 1 августа по 1 октября 1916 г., за два месяца дало 4500 раненых и 500 больных т. е. раненых в 9 раз больше чем больных.

Четвертое наступление 18 июня 1917 г. за 3 дня дало 1621 раненого и 36 больных, т. е. раненых в 45 раз больше чем больных.

В общем, все четыре наступления за 7½ месяцев дали 10942 раненых и 1786 больных, т. е. раненых в шесть раз больше чем больных.

Позиционная война с 1 декабря 1914 г. по 28 февраля 1915 г., за три месяца дала 556 раненых и 834 больных, т. е. больных в 1½ раза больше чем раненых;—с 1 сентября 1915 г. по 1 августа 1916 г., за 11 месяцев—1866 раненых и 535 больных, т. е. раненых в три раза больше чем больных;—с 1 октября 1916 г. по 18 июня 1917 г. за 8½ месяцев—5015 больных и 833 раненых, т. е. первых больше чем в шесть раз более чем раненых.

В общем, за все три периода позиционной войны, за 22½ месяца через отряд прошло больных 6384, раненых 3255, т. е. больных почти в два раза больше чем раненых.

Наконец, отступление первое с Карпатских позиций с 24 апреля по 1 сентября 1915 г., за четыре месяца дает 1939 раненых и 1375 больных, т. е. раненых в 1,4 раза больше чем больных.

Второе отступление, скорее паническое бегство из под Калуша с 21 июня по 24 ноября 1917 г. за пять месяцев дает раненых 192, больных 1144, т. е. больных в шесть раз больше чем раненых.

В общем, за оба отступления т. е. за девять месяцев проходит через отряд раненых 2131, больных 2519, больных следовательно в 1,1 раза больше чем раненых.

Итак, во время наступления через отряд проходит в шесть раз больше раненых чем больных, во время позиционной войны—в два раза больше больных чем раненых, во время отступления—почти столько же больных, сколько и раненых.

Отряд был свернут 17 дней в сентябре 1914 г., 26 дней в октябре 1914 г., с 28 февраля по 22 марта 1915 года, с 14 декабря 1915 г. по 22 мая 1916 года и с 8 апреля по 6 июня 1917 года, всего значит 313 дней из 1192 дней войны (считая с 17 августа 1914 г., первого дня боевого крещения дивизии).

По дням больше всего раненых прошло через отряд 18 июня 1917 года а именно 1018, затем идут:

4 сентября 1916 года	955
24 августа	621
5 сентября	589
31 марта 1915 года	549
3 сентября 1916 года	545
27 марта 1915 года	525
19 июня 1917 года	471
29 марта 1915 года	345
2 августа 1916 года	319
24 сентября 1915 года	307

23 августа 1916 года	305
25 сентября 1915 года	293
8 апреля 1915 года	291
29 августа 1915 года	246
26 сентября 1915 года	238
1 августа 1916 года	237
26 августа 1914 года	222
9 апреля 1915 года	209
12 " "	206
30 августа	202
1 сентября 1915 года	195
9 декабря 1914 года	194
17 августа	193
1 апреля 1915 года	170
18 августа 1914 года	167
7 июня 1915 года	162
23 сентября 1916 года	161
14 сентября 1915 года	160
30 марта	159
8 июня	153
26 августа 1916 года	152
22 сентября	149
8 декабря 1914 года	142
20 июня 1917 года	132
4 апреля 1915 года	125
19 августа 1914 года	119
23 марта 1915 года	114
27 августа 1914 года	104
27 сентября 1915 года	102

Итак, отряд по приему больных и раненых из 1192 дней войны работал 879 дней. В среднем, значит, за один рабочий день проходило через отряд 18 раненых и 11 больных. Раненых больше 100 в день падает на 40 дней из 879, причем приходится

на 1914 год	7 дней
" 1915 "	20 "
" 1916 "	10 "
" 1917 "	3 дня.

На первое наступление 1914 г. приходится из семи—пять дней, на второе Карпатское наступление 1915 г.—из 20—десять дней, на третье—Брусилловское из 10—все десять дней, на четвертое—все три дня.

За означенные сорок дней прошло раненых 10796 за остальные 839 дней—4929, в среднем 6 раненых за день; дни чрезвычайно интенсивной работы сменяются днями почти полного отсутствия работы по оказанию помощи раненым.

259 раненых, умершие в перев. отряде были ранены 120 в полость живота, 61—в полость черепа, 42—в полость груди, 4—в полость черепа и живота, 3—полость черепа и груди, 4—в полость груди и живота, 11—в нижние конечности отрывом одного или обоих бедер, 7—в позвоночник, 1—в таз и бедро, 4—в плечо, 2—в ягодицу и мошонку.

Из раненых в живот умирает в перевязочном отряде 38%, из раненых в череп—6%, из раненых в грудь около 3%. Умерло в отряде от неполостных ранений из 259 25—10%. Из 120 раненых в живот умерли в первые сутки 87, на вторые сутки 27, на третьи—4, больше трех суток прожилось двое. Из 61 раненого в череп умерло в первые сутки 50, на вторые сутки 8, на третьи один, на четвертые один и на шестые тоже один. Из 42 раненых в грудь умерло в первые сутки 28, на вторые 11, на третьи 2, на четвертые один.

Ранения по областям распределялись в % отношении в следующем нисходящем порядке:

В процентах.

Ладонь и кисть	14
Пальцы рук	13,3
Бедро	11,5
Грудь и спина	9
Плечо	8,9
Голень	8
Предплечье	7
Череп	6,2
Стопа	6
Лицо (не считая глаз, ушей и челюсти)	3
Живот	2
Локтевой сустав	1,9
Коленный сустав	1,8
Ягодицы	1,4
Шея	1,3
Таз	0,67
Пальцы стоп	0,6
Пах	0,59
Глаза	0,58
Челюсть, рот, зубы	0,5
Уши	0,4
Мошонка, половой член	0,39
Поясница	0,3
Плечевой сустав	0,24
Голеностопный сустав	0,19
Позвоночник	0,11
Лучезапястный сустав	0,05
Крестец	0,04
Локоть	0,03
Промежность	0,01

Верхние конечности ранятся почти в половине всех случаев ранений, а именно 45,39%, нижние—в 28,76%; значит почти $\frac{3}{4}$ всех ранений приходится на конечности, а именно 74,15%. Суставные ранения встречаются в 4,85%, почти одинаково часто как верхних так и нижних конечностей. Раны живота почти в три раза реже ран черепа и в четыре раза реже ран груди.

Частота ранений той или иной области тела за различные периоды войны представляет значительные колебания; зависят они иногда от искусственного подбора раненых, иногда от значительного числа военно-пленных, обычно раненых тяжело и главным образом в нижние конечности; влияют и другие условия как то характер боя, состояние окопов, невозможность выносить тяжелораненых, преднамеренность и т. д.

Частота ранений кисти колеблется от 8,3% до 28% (в среднем 14%). Реже кисть ранится за период времени с 1 декабря 1914 г. по 28 февраля 1915 г. т. е. во время первой позиционной войны, когда мы имели много военно-пленных тяжело-раненых с преобладанием ранения груди, бедра и редко кисти и пальцев. 28% раненых в кисть мы имели в X периоде наступательной войны, во время так называемого наступления 18 июня, мы тогда наблюдали сравнительно часто в окружности ран кисти ожоги и пороховую копоть; ранения эти причинялись ранеными самим себе. Такие раненые противились смене повязки; при смене ее настойчиво требовали смазывания иодом для маскировки ожогов и копоти. Некоторые, стреляя себе в руки, обычно левую, заворачивали ее предварительно в какую-нибудь тряпку, благодаря чему избегали ожогов и внедрения пороха.

Частота ранений пальцев рук колеблется от 6 до 30%, в среднем 13,3%. 6% мы имеем в 4 периоде, т. е. тогда же, когда реже всего была ранена и кисть и 30% мы имеем в 3 периоде от 29 августа по 1 декабря 1914 г., когда все тяжело-раненные попадали в отряд Красного Креста, а к нам направлялись преимущественно

„пальчики“. Много было пальцевых ранений и в последние три периода войны, причина та же, что и для ранений кисти; так мы имеем в 9 периоде 13⁰/₀ ранений пальцев рук, в 10 периоде—15⁰/₀, в 11—16⁰/₀. Часто ранятся пальцы рук в 5 периоде во время Карпатского наступления, с 28 февраля по 24 апреля 1915 г., когда дух значительно пал и тяжелораненные утонули в снегу и глине и погибали, не будучи ранеными. Редки были ранения пальцев рук в 8 периоде, во время Брусиловского наступления с 1 августа по 1 октября 1916 г., а именно в 6,8⁰/₀ всех случаев ранений.

Частота ранений бедер колеблется от 5,2⁰/₀ до 15⁰/₀, в среднем 11,5⁰/₀. Всего ранения бедер наблюдались в первый и третий периоды войны 17,18 августа и с 29 августа по 1 декабря 1914 г. а именно в 5,2⁰/₀ и в 6,3⁰/₀—в эти периоды раненные в бедра попадали чаще в организации Красного Креста; за эти периоды мы видели часто ранятся кисти и пальцы. Напротив того чаще всего ранится бедро в 4 периоде (15⁰/₀) т. е. тогда, когда реже всего ранятся кисти и пальцы.

Частота ранений груди представляет колебания от 4,4⁰/₀, до 12,6⁰/₀, в среднем 7⁰/₀. Реже всего грудь ранится в периоде упадка общего настроения, в последние три периода войны. Частота ранений груди в 9 периоде—4,4⁰/₀, в 10—4,8⁰/₀, в 11—6⁰/₀. Чаще ранится грудь в 6 периоде, в 12,6⁰/₀ и в 4 периоде, в 12⁰/₀. В шестом периоде с 24 апреля 1915 г. по 1 сентября 1915 г. окопы были временного типа, грудь и спина представляли наибольшую по занимаемой площади цель; в 4 периоде было много тяжелораненных в грудь военнопленных, повысивших ⁰/₀ раненных в грудь до 12,6⁰/₀.

Ранения плеча столь резких колебаний в частоте не представляют как ранения кисти, пальцев, бедер и груди. Частота ранений плеча колеблется от 5,7⁰/₀ до 11,2⁰/₀ в среднем 8,9⁰/₀. Мы имеем 5,7⁰/₀ в 3 периоде, когда большинство раненных в плечо попадало в отряды Красного Креста; чаще всего ранится плечо в 7 периоде с 1 октября 1915 г. по 1 августа 1916 г., в 11,25⁰/₀.

Частота ранений предплечья колеблется от 4,4⁰/₀ до 10,6⁰/₀, в среднем 7⁰/₀; реже, в 4,4⁰/₀ оно ранится в 6 периоде с 24 апреля по 1 сентября 1915 г., чаще, в 10,6⁰/₀, в 9 периоде с 1 октября 1916 г. по 18 июня 1917 г. Сравнительно часто ранится предплечье в последние периоды войны в 10—10⁰/₀, в 11—8⁰/₀, так как и кисти и пальцы рук.

Частота ранений головы колеблется от 1,9⁰/₀ до 8,9⁰/₀, в среднем 6,2⁰/₀. Очень редки ранения головы в первые периоды всего 1,9⁰/₀, редки они во 2 и в 3 периоде в 4,6⁰/₀ и в 5⁰/₀, т. е. в самом начале войны, когда шел наступательный бой, а не полевая война, при слабом сопротивлении противника и малом количестве убитых артиллерии. Уже в 4 периоде частота ранений головы повышается до 8,2⁰/₀, особенно значительна частота ранений головы в 6 периоде с 24 апреля по 1 сентября 1915 г. первого нашего отступления, когда со стороны противника вводился массовый артиллерийский стрел артиллерией, с поливанием выбитых из окопов солдат шрапнелью.

Наименее значительна частота ранений в голову в последнем периоде войны всего 2,5⁰/₀. Как в 6-м так и в 11-м периоде противник наступал, с тою лишь разницей, что в 6-м периоде он встречал упорное сопротивление, а в 11-м почти никакие люди бежали при первом удобном случае и не было надобности выбивать их артиллерией и поливать шрапнелью.

Частота ранений стопы от 3 до 8,6⁰/₀, в среднем 6⁰/₀, наиреже в последнем периоде войны, наичаще в 8-м периоде с 1 августа по 1 октября 1916 г. в периоде Брусиловского наступления. Часто ранится стопа и в первые два периода наступления, а именно в 8⁰/₀; редко ранение стопы в 5 периоде с 28 февраля по 24 апреля 1915 г., во время Карпатского наступления, очевидно многие раненные в стопу, не могущие двигаться, замерзали и погибали. Сравнительно редко ранится стопа во периоды окопной, позиционной войны, в 4 м периоде—5,9⁰/₀, в 7-м—5⁰/₀, в 9-м—3⁰/₀.

Частота ранений лица колеблется от 1,4⁰/₀ до 4,1⁰/₀, наиреже ранится лицо в 2-м периоде, наичаще в 9-м. Вообще лицо ранится сравнительно часто во все периоды окопной позиционной войны, частота ранений в 4-м периоде 3⁰/₀, в 7-м—2⁰/₀, в 9-м—4,1⁰/₀.

Живот ранится наичаще во 2-м периоде—в 3,3⁰/₀, наиреже в 10-м периоде в периоде наступления 18 июня, в 0,3⁰/₀, в среднем в 2⁰/₀. Вообще ранения живота сравнительно часты во время наступления в 1, 2, 3, 5 и 8 периодах, а именно

1,80%; 3,30%; 2,80%; 2,80%; и 30%. Наступление 18 июня сюда не входит, наступление это ни по духу наступавших, ни по характеру боя не может считаться наступлением. Редки ранения живота во время позиционной войны в 4-м, 7-м и 9-м периодах, а именно в 1,20%; 1,20% и 0,50%.

Ранения остальных частей тела сравнительно редки. Нижеследующая таблица показывает частоту ранений разных частей тела по периодам в ‰:

П Е Р И О Д Ы.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	средн
Кисть	19	11	15	8,3	15	9	11	14,15	18	28	22	14
Пальцы рук	13	9	30	6	21	11,4	13,3	6,8	13	15	16	13,3
Бедро	5,2	12,4	6,3	15	10	13	11,5	12	11,2	8,5	11,4	11,5
Грудь и спина	11	9,1	7,5	12	10	12,6	10	8,5	4,4	4,8	6	9
Плечь	7,4	7	5,7	9	9	9,6	11,25	9,5	9	7	10	8,9
Голень	10	11,5	6,5	10	5	8,4	7,5	9	9	5	9	8
Предплечье	7	5	6	8,3	6	4,4	5,5	8,2	10,6	10	8	7
Череп	1,9	4,6	5	8,2	6	8,9	7	6	6,2	6,5	2,5	6,2
Стопа	8	8	4	5,9	3,5	4,2	5	8,6	5	6,5	3	6
Лицо	2,9	1,4	1,8	3	2,3	3	2,7	2,3	4,1	2,3	1,8	3
Живот	1,3	3,3	2,8	1,2	2,8	2	1,2	3	0,5	0,3	2,5	2
Локтевой сустав	0,6	2,2	0,29	1,7	2,3	3,8	2,2	1,4	1,3	1,3	1	1,9
Коленный	1,5	2,2	1,5	3	1,8	2	2,62	1,8	0,5	0,8	1,8	1,8
Ягодицы	1,7	1,8	1,6	3	1	1	0,95	2	1,3	1	1,8	1,4
Шея	2,5	1,4	1,3	0,5	1	1,4	1	1,5	1,3	1,3	1	1,3
Таз	0,3	0,4	0,18	1	0,4	0,7	0,9	0,37	0,8	—	—	0,67
Пальцы стоп	—	0,4	0,18	—	0,3	0,9	0,8	1	0,7	0,7	1	0,6
Нос	1,3	2,1	0,3	0,5	0,4	0,7	0,83	0,6	0,4	0,2	—	0,58
Глаза	—	0,4	0,6	0,5	0,3	0,9	0,9	0,7	1	0,4	—	0,58
Нелюсть, рот, зубы	1,4	1,8	1,1	0,6	0,2	0,8	0,4	0,4	0,2	—	0,6	0,5
Ухо	1	0,7	0,5	0,3	0,3	0,4	0,55	0,4	0,5	0,3	—	0,4
Мошонка, пол. чл.	0,6	0,4	0,27	0,5	0,4	0,5	0,4	0,6	0,2	0,1	—	0,39
Поясница	—	0,6	0,4	0,1	0,6	0,2	0,55	0,2	—	—	—	0,3
Плечевого сустава	1,3	2,3	1	1	0,1	—	0,05	—	—	—	—	0,24
Голеност.	—	0,4	—	—	0,1	0,1	0,5	0,17	0,5	—	0,6	0,19
Позвоночник	—	0,3	0,09	—	0,1	0,1	0,3	0,02	—	—	—	0,11
Лучезап. сустав	0,6	0,1	—	—	—	—	—	0,02	0,3	—	—	0,05
Крестец	—	—	0,09	—	0,1	—	—	0,05	0,05	—	—	0,04
Лобок	—	0,1	—	0,2	—	—	—	0,1	0,02	—	—	0,03
Промежность	—	0,1	—	—	—	—	—	0,05	—	—	—	0,01

Как выше указано на 15725 раненых и контуженных приходится собственно контуженных 1723=12,30%.

По периодам имеем:

		В процентах.
Для I периода контуженных		0
„ II „		0,6
„ III „		1
„ IV „		3
„ V „		1
„ VI „		6
„ VII „		5,3
„ VIII „		14
„ IX „		11,5
„ X „		42
„ XI „		20

Большой процент контуженных почти столько же, сколько и раненых мы имеем во время наступления 18 июня благодаря как значительному количеству введенной в бой артиллерии, особенно тяжелой, минометов и бомбометов, так и значительному количеству симулянтов, так называемых „уконтуженных“, т. е. более или менее

искусно изображавших контуженных с непременным желанием ввести в заблуждение врага и под флагом контуженного быть отправленным в тыл; также сравнительно много контуженных и в силу тех же причин в последнем периоде войны, а также и в первом периоде, периоде Брисловского наступления в виду упорного сопротивления противника и значительной силы артиллерийского огня.

Первые периоды войны дадут мало контуженных, так как в эти периоды вводилось в бой сравнительно малое количество артиллерии, особенно тяжелой.

Множественные ранения отмечены в среднем в 8% всех случаев.

Для 1 периода	%	множественных ранений	3,4
" 2	"	"	8
" 3	"	"	4,4
" 4	"	"	13
" 5	"	"	6
" 6	"	"	10,6
" 7	"	"	9,4
" 8	"	"	7,1
" 9	"	"	8,5
" 10	"	"	2,6
" 11	"	"	3,1

Малый процент множественных ранений мы имеем во время боев с наступательным характером, а именно в 1-м периоде, 3-ем, 5-ом, 10-ом и отчасти в 8-ом. Для второго периода процент множественных ранений сравнительно высок благодаря большому числу военно-пленных со множественными ранениями. Наиболее значителен процент множественных ранений во время позиционной войны, когда сравнительно часты ранения шрапнельные, часто множественные и ранения осколками снарядов; так для 4-го периода мы имеем 13%, для 7-го—9,4%, для 9-го—8,5%. При отступлении также довольно значителен процент множественных ранений в виду значительной интенсивности огня неприятельской артиллерии, выбивавшей бойцов наших из окопов с последующим поливанием их шрапнелью; так для 6-го периода мы имеем процент множественных ранений равный 10,6%.

Для 11-го периода, когда мы отступаем при малейших слухах о могущем быть наступлении, когда противнику не требовалось доводить огонь во более или менее значительной интенсивности, чтобы добиться желательного результата, процент множественных ранений низок и равен всего 3,1%.

Среди контуженных преобладали контуженные без объективных данных контузии какой либо части тела; наблюдались крайне угнетенное состояние духа, чувства страха, учащенная деятельность сердца, жалобы на слабость, общую разбитость, головокружение, стеснение груди, сердцебиение, одышку, ослабление слуха; все эти явления приписывались действию разорвавшегося вблизи снаряда; такие контуженные преобладали среди остальных, у которых отмечалась определенная контузия той или иной части тела. Таким образом общая контузия наблюдалась в 87,61%, контузия головы—в 5%, нижних конечностей—в 3%, груди и спины—в 2,5%, верхних—в 1,6%, шеи—в 0,11%, лица, половых органов и ягодиц по 0,06%.

Левая часть тела ранится в среднем чаще правой в 1,4 раза, левая кисть чаще правой в 1,8 раза; положение бойца во время стрельбы с выдвиганием вперед левой руки и левой половины тела может объяснить более частое ранение слева. По периодам это более частое ранение левой половины тела и левой кисти и пальцев в сравнении с правой половиной тела и правой кистью и пальцев выражается в следующих цифрах:

Для	1 периода	1,3 (лев. полов. тела)	и 1,7 (лев. кисть)	чаще чем справа.
"	2	1,3	"	1,4
"	3	1,3	"	1,4
"	4	1,3 (реже чем справа)	"	1,1
"	5	1,4 (лев. полов. тела)	и	2,0
"	6	1,03	"	1,4
"	7	1,08	"	1,03
"	8	1,6	"	1,8
"	9	1,5	"	1,3
"	10	1,9	"	3,0
"	11	1,6	"	2,7

При сравнении частоты ранений левой кисти и пальцев с таковой же левой половины тела по сопоставлению с такими же ранениями справа, получаем следующие цифры:

Для	1 периода	1,7:1,3=1,4
"	2	"	1,1
"	3	"	1,1
"	4	"	0,9
"	5	"	1,4
"	6	"	1,36
"	7	"	0,9
"	8	"	1,1
"	9	"	0,9
"	10	"	1,6
"	11	"	1,7

Цифры, выражающие данное соотношение низки для позиционной войны (0,9). Наибольшие цифры мы имеем во время наибольшего упадка духа в 11-ом периоде—1,7, в 10-ом—1,6, в 5-ом—1,4.

Во время этих периодов наиболее сильно было желание уйти в тыл, охотно выставлялась из окопов рука чаще левая на предмет ранения, чаще наблюдались самострелы опять таки обычно левой кисти или пальцев левой руки.

Как указано выше, больных за все время войны прошло через отряд 10689; в среднем на один рабочий день приходится 12 больных. Первое наше наступление с 17 августа по 1 декабря 1914 г., дало за один рабочий день в среднем 7 больных; второе наступление с 28 февраля по 24 апреля 1915 г.—25 больных; третье с 1 августа по 1 октября 1916 г.—8 больных; четвертое 18 июня 1917 г.—12 больных. Позиционная война с 1 декабря 1914 г. по 28 февраля 1915 г. дает за день в среднем 9 больных; позиционная война с 1 сентября 1915 года по 1 августа 1916 года даст за каждый рабочий день в среднем 4-х больных; позиционная война с 1 октября 1916 г. по 18 июня 1917 г. дает за каждый рабочий день в среднем 24 больных. 1-ое отступление с 24 апреля по 1 сентября 1915 года дает за день 11 больных; 2-ое отступление с 21 июня по 24 февраля 9 больных.

Следовательно, наибольшее число заболеваний мы имели во время Карпатского наступления (в среднем 25 в день), когда приходилось вести войну на перевале Карпат, в окопах, вырытых на горах, в снегу, при снежных мятелях и буранах, недостаточном питании вследствие затруднительности подвоза продуктов; в это время мы наблюдали сравнительно много тяжелых токсических гастроэнтеритов и холероподобных заболеваний, часто оканчивавшихся летально; в это же время было много случаев дизентерии с тяжелым течением болезни, очень часто наблюдались отморожения.

Много больных, а именно 24 за день мы имеем во время позиционной войны с 1 октября 1916 г. по 18 июля 1917 г., сказалось пребывание в примитивно устроенных землянках; за это время было много случаев инфлюэнцы, бронхита, желудочно-кишечных заболеваний и чесотки.

Частота заболеваний той или иной болезнью не находится в зависимости от характера военных действий, а зависела от тех условий, в которых приходилось жить нашим бойцам.

Частота заболеваний теми или иными болезнями, по периодам войны, в ‰, видно из следующей таблицы:

ПЕРИОДЫ.	В средн.	I, II и III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X и XI.
Инflюэнца	22	21	27,6	18	27	31	31	26	23
Жел.-киш. забол.	13	13	11	22	23	9	16	12	12
Бронхит	10	5	10	6	3,5	6	7	14	7
Чесотка	5	1	3	0,1	4	7	5,5	6	7
Флегмона	4	6	4	3	3,5	5	5,6	3,3	6
Бол. глаз	3,6	1,6	1,6	2	2,7	3	2,1	4	4
Ревматизм	3,01	3	2,3	4,5	3	4	2,2	2,5	3
Отморожение	3	3	0,2	24,5	0,3	—	—	1,6	—
Ушибы	2,85	4,2	3	1,1	2,1	2	4	2,1	4
Бол. ушей	2,1	0,7	1,8	1	1,3	—	2,6	3,1	0,9
Бол. сердца и сосуд.	2,1	1,1	2	1,3	1,6	1,1	1	3	2
Язвы голеней	2,06	1,6	2	3	1,2	1,5	1,8	2,1	1,3
Чирьи	2,02	1,2	1,1	2,1	2,2	—	—	2,1	1,8
Желтуха	2	0,3	0,1	—	6	1,1	—	1,2	4
Воспал. легких	2	1	6	0,9	2	1,6	1,2	1,8	0,1
Экзема	1,1	0,5	1,1	0,1	1,1	1,5	0,8	1,6	1,2
Грыжа	1,33	0,2	1,2	1,1	0,5	2	1	1,1	1,9
Триппер	1,11	0,7	—	0,5	1,3	2	1	1,2	1,3
Плеврит	0,95	1	1,1	1	0,9	1,1	0,6	1	—
Кровав. понос	0,95	17	0,2	0,8	0,2	—	—	0,1	0,9
Растяж. связок гол.-ст. с.	0,91	1,1	0,6	—	1,3	1,6	4	0,5	0,9
Тверд. шанкр, сиф.	0,92	—	—	0,2	1	—	0,6	1	2
Венер. бол.	0,9	5	8	—	—	—	—	—	—
Нефрит	0,89	1,6	1,6	3	0,8	0,2	0,6	0,6	—
Лимфаденит	0,88	0,5	0,5	—	1,1	1,1	1,2	0,8	1,3
Нервн. и душ. бол.	0,73	1	0,6	0,1	0,6	1,1	0,6	0,6	0,9
Малокровие	0,7	0,5	1,7	—	0,6	0,6	—	0,8	0,1
Куриная слепота	0,65	—	—	0,1	0,2	0,2	—	1,2	0,17
Ожоги	0,56	1	—	0,5	0,25	0,2	0,1	0,8	0,17
Геморрой	0,55	1,2	0,1	0,1	0,3	0,6	0,1	0,6	0,9
Бол. горла	0,5	1,2	1	0,5	0,7	1,1	1,1	—	0,9
Невралгия	0,45	0,5	0,2	—	0,2	—	1	0,6	—
Недержание мочи	0,41	—	—	—	0,1	0,2	—	0,8	0,2
Отравление газами	0,36	—	—	—	—	—	0,2	0,6	0,3
Холера	0,36	—	—	—	—	2,7	—	—	—

В указанной таблице мы соединили первые три периода, а именно с 17 августа по 1 декабря 1914 г. в виду небольшого числа заболеваний в каждом из этих периодов; далее мы соединили 10 и 11 периоды, так как за три дня 10 периода было всего 36 заболеваний.

На первом месте по частоте заболеваний во всех почти периодах войны стоит инфлюэнца, только в пятом периоде с 28 февраля 1915 г. по 24 апреля 1915 г. на перевале Карпат, при снежных мятелях и буранах по частоте заболеваний стоит на первом месте отморожение, на втором желудочно-кишечные заболевания, вызванные как холодом так и неудовлетворительной постановкой питания людей из-за невозможности своевременной доставки и в достаточном количестве пищевых продуктов по горным малопроезжим дорогам.

Частота заболеваний инфлюэнцой колеблется от 31 до 18, наиболее часто наблюдалась она в 7 и 8 периодах т. е. с 1 сентября 1915 года по 1 октября 1916 г., наиболее редко в 5 м периоде.

Желудочно-кишечные заболевания наблюдались наиболее часто в 5 и 6 периодах с 28 февраля по 1 сентября 1915 г. (от 23—22‰), наиболее редко в 7 периоде с 1 сентября 1915 г. по 1 августа 1916 г. (9‰). Вероятные причины сравнительной частоты желудочно-кишечных заболеваний в 5 ом периоде указаны выше; нужно сказать, что в этом периоде сравнительно часто желудочно-кишечные заболевания принимали тяжелое течение и оканчивались смертью. В 6 периоде особенно в июле и

части в августе 1915 г. перевязочному отряду пришлось стоять в зараженной холерой местности; появилось много желудочно-кишечных заболеваний, а также и случаи холеры среди солдат дивизии; пришлось в это время перевязочному отряду выделить противохолерный отряд для борьбы с холерой как в дивизии, так и среди местного населения.

Сравнительно мало желудочно-кишечных заболеваний мы имеем во все периоды позиционной войны, так в 4 периоде имеем 11%, в 7-ом—9%, в 9-ом—12%. Во время позиционной войны условия питания и доставка пищевых продуктов лучше чем в другие периоды войны, что и объясняет небольшой процент желудочно-кишечных заболеваний.

Частота заболеваний бронхитом колеблется от 14% до 3,5%; наиболее часто отмечается бронхит в 9-ом периоде с 1 октября 1916 г. по 18 июня 1917 г., особенно зимой, наиболее редко в 6-ом периоде весной и летом 1915 года.

Частота заболеваний чесоткой колеблется от 7 до 0,4%; наиболее часто заболевание чесоткой в 7, 10 и 11 периодах т. е. тогда, когда все чесоточные проходили через перевязочный отряд; наименее часто чесотка регистрируется в 5-ом периоде (0,4%) в первые три периода (1%); в эти периоды чесоточные попадали зачастую в лазареты дивизии, или в лечебные учреждения дивизии, минуя перевязочный отряд.

Частота заболеваний флегмоной, а равно и чирьями в разные периоды не представляет больших колебаний и отмечается для флегмоны от 6% до 3%, для чирьев от 2,2% до 1,2%.

Частота заболеваний глазными болезнями зависит повидимому в значительной степени от падения настроения и желания освободиться „по глазам“ от военной службы, чем прежде всего и должно быть объяснено значительное количество людей, эвакуированных „по глазам“ в последние три периода войны. (4% заболеваний глазами). Меньше всего заболевает глазами в первые 4 периода войны (1,6%), когда еще можно было говорить о солдатах, рвущихся в бой.

Заболевших ревматизмом больше всего во время Карпатского наступления, когда особенно приходилось страдать от холода и непогоды и меньше всего в 8-м периоде.

Случаи отморожения очень часты в 5-ом периоде (24,5%), совсем их нет в 7, 8, 10 и 11 периодах (зимой с 1915 на 1916 год люди размещались в хорошо построенных окопах и землянках, зима была мягкая, имелось необходимое количество сухой обуви).

Ушибы наблюдались сравнительно часто во время наступления (1, 2, 3 и 8 периоды 4,2%—4%), а также во время отступления (6, 11 периоды 4%—2,4%), сравнительно реже они во время позиционной войны (7, 9 периоды 2,4%—2%).

Такие же колебания мы имеем для случаев растяжения связок, почти исключительно голеностопного сустава, но выражены они более заметно; так для 1, 2 и 3 периодов частота растяжения связок 1,4%, для 8 периода 4%. для периодов позиционной войны—для 4-го—0,6%, для 9-го—0,5%.

Частота заболеваний сердца и сосудов колеблется от 3% до 1%—наиболее часто заболевания эти регистрируются для последних трех периодов, когда особенно чувствовалась усталость от войны и особенно прислушивались ко всем недугам, которые могли освободить от службы.

Частота наблюдавшихся язв голени колеблется от 3% до 1,2%; 3% наблюдалась во время Карпатского наступления; на более частую заболеваемость язвами голени могли влиять как холод так и сырость. Теплое время года дает наименьший процент заболеваний язвами голени (для 6-го периода, от 24 апреля 1915 г. по 1 октября 1915 г. имеем 1,2%).

Желтуху мы чаще всего наблюдали в 6, 10 и 11-см периодах, больше всего к концу лета и осенью. Желтуха носила инфекционный характер, сопровождалась часто повышением температуры, увеличением печени и селезенки, малым количеством выделяемой мочи, доходившей нередко до полной анурии; нередко бывали в конце 2—3 недели кишечные кровотечения; наряду с тяжелыми случаями, иногда оканчивавшимися летально при явлениях уремии, наблюдались случаи, когда желтуха перешла на ноги и оканчивалась в 2—3 недели. Резкая полиурия обычно отмечала начало выздоровления.

Частота заболеваний воспалением легких колеблется от 6⁰/₀ до 0,4⁰/₀, экзема от 1,6⁰/₀ до 0,4⁰/₀; колебания эти носят случайный характер и зависят как от регистрирующего врача так и от учреждений общественных организаций, работавших совместно с перевязочным отрядом и зачастую отбировавших больных теми или иными болезнями.

Частота грыж наиболее высокая для периодов позиционной войны, особенно для 7-го—2⁰/₀, для 9-го—1,4⁰/₀, для 4-го—1,2⁰/₀; во время позиционной войны в перевязочном отряде нередко производились радикальные операции грыж, на что солдаты дивизии шли очень охотно, так как не только избавлялись от грыжи, но и получали после операции отпуск на 2—3 месяца по „неокрепшему рубцу“. Большой процент грыж падает и на последние два периода (1,9⁰/₀); в эти периоды многие из тех солдат, которые ощущали какие бы то ни было неудобства в паховой области, требовали эвакуацию в тыл „по грыже“; требования эти сопровождалась зачастую угрозами и могли влиять на некоторых врачей в смысле признания грыжи там, где имелось только расширение пахового кольца без заметного выпячивания в него брюшных внутренностей. Что касается венерических болезней, то таковые в первые три периода регистрируются только под рубрикой триппер и венерические болезни, в 4-ом периоде только под рубрикой венерические болезни; в остальные периоды регистрация ведется под рубрикою: твердый шанкр и сифилис, мягкий шанкр, триппер. Чаще всего заболевания венерическими болезнями, относя сюда твердый шанкр, сифилис, мягкий шанкр и триппер, отмечаются в 4-ом периоде, а именно в 8⁰/₀, затем в первых трех периодах—в 5,7⁰/₀, в 10-ом и 11-ом периодах—в 3,8⁰/₀, в 7-ом—3,7⁰/₀, в 6-ом и 9-ом по 2,3⁰/₀, в 8-ом—1,6⁰/₀, реже всего в 5-ом периоде—0,9⁰/₀.

Следовательно, чаще всего венерические заболевания отмечаются в первые четыре периода, когда войны велась на родной земле в Люблинской и Келецкой губерниях, когда в деревнях имелось еще много местного населения; наоборот в 5-ом периоде отряд работал в глухой, безлюдной местности на горах, где только кое-где попадались разрушенные крестьянские избы.

Частота заболевания плевритом представляет сравнительно небольшие колебания от 1,4⁰/₀ до 0,6⁰/₀.

Кровавый понос в виде эпидемии наблюдался у нас только в 1914 году. Частота заболевания им в первые три периода 17⁰/₀, в остальные периоды кровавый понос наблюдался редко от 0,8⁰/₀ до 0,1⁰/₀. Осенью 1914 года отряд находился в Люблинской губернии; время это совпало с урожаем фруктов, очень обильном в означенном году; солдаты в большом количестве поедали фрукты, часто не вполне созревшие, что и могло создать благоприятную почву для развития эпидемии дизентерии.

Нефрит мы чаще всего наблюдали в пятом периоде, периоде Карпатских наступлений, когда приходилось в снежных окопах страдать от холода, стужи и сырости. Частота заболевания нефритом за этот период—3⁰/₀. Реже всего заболевания нефритом в периоды позиционной войны 7-ом—0,2⁰/₀, 9-ом 0,6⁰/₀. Заболевания лимфаденитом, нервными и душевными болезнями, малокровием, ожогами, геморроем, болезнью горла, невралгией, недержанием мочи встречаются сравнительно редко, не представляют больших колебаний и не дают оснований для определенных выводов.

Заболевания куриной слепотой в общем редки, питание все время стояло на должной высоте, наичаще куриная слепота отмечается в 9-м периоде—1,2⁰/₀, особенно в мае и июне 1917 года (стояли ясные и солнечные дни).

Отравление газами имеем только в последних четырех периодах т. е. от 1 августа 1916 г., а именно для 8-го периода имеем 0,2⁰/₀, для 9-го—0,6⁰/₀, для 10 и 11—0,3⁰/₀. Газовым атакам дивизия не подвергалась ни разу, отравления наблюдались лишь от газов во время обстрела химическими снарядами.

Заболевания холерой имеем только в 6-ом периоде а именно 2,7⁰/₀, когда отряду пришлось выделить часть персонала для борьбы с холерой и работать в качестве передового противохолерного отряда в местности зараженной холерой.

Деятельность перевязочного отряда заключалась главным образом в подаче первой помощи раненым и больным; помощь подавалась 1) хирургическая, как оперативная так и помощь по наложению соответствующих повязок 2) помощь медицинская по подаче первой помощи заболевавшим, 3) помощь по призерению до отправки

в тыл или обратно в часть (помещение, ночлег, уход, утоление жажды и голода; 4) помощь по снабжению бельем раненых прибывающих в грязном, окровавленном, рваном и мокром белье; 5) помощь в транспортировке раненых и больных в тыл, или в отправке их обратно в часть. Таким образом перевязочный отряд нес функции отряда хирургического, перевязочного, медицинского, питательного, бельёвого и транспортного.

Для выполнения всей этой работы предусмотрен определённый штат. Для помощи оперативной отряд снабжен хирургическими инструментами, а именно двумя батальонными и двумя дивизионными наборами. Из этих наборов как устарелые и не применяемые должны быть выкинуты все торсионные пинцеты с задвижкой и заменены соответствующими зажимами Пэана и Кохера, Пэановских зажимов во всех наборах, считая и лекарские 15, что крайне недостаточно для больших операций, Кохеровских зажимов нет вовсе. Все иглы с простыми ушками должны быть заменены иглами с патентованными ушками. Распаторов нет вовсе, их следует иметь не менее 5—6; нет Люэровских щипцов, их надо иметь не менее трех. Нет соответствующих кишечных жомов, их надо иметь не менее четырех, лучше всего Дуаэновские. Нет соответствующих иглодержателей, которых должно быть не менее 3—4 (Матье или Троянова). Нет вовсе окончатых щипцов, их следует иметь не менее 6; нет Мюзеевских щипцов, их надо иметь 3—4 пары; необходимо иметь еще 3—4 острые, круглые ложки, щипцы Дальгрена, бор и фрез Дуаэна, десять одно и двухграммовых шприцев Рекорда и два—десятиграммовых, десять Листеровских ножиц для разрезания повязок, две маски Эсмарха, пузырьки-капельницы, аппарат Пакелена, необходимо иметь 2—3 примуса, 2 стерелизатора для инструментов и 2 самых простых походных стерелизатора для материала, белья и инструментов, как например стерелизатор Турнера, удобный, портативный и достаточный для стерелизации необходимого для одной большой операции инструментов и белья. Казенный стерелизатор с трубой, обшитый асбестом, разогреваемый дровами, громоздкий, совершенно не отвечает современным требованиям. Весь этот необходимый хирургический инструментарий, не положенный по каталогу, был приобретен в первый же год войны на хозяйственно-экономические суммы.

Казенного образца, операционные деревянные столы, состоящие из трех частей оказались удобными и портативными. Двух столов мало, необходимо иметь еще 2 или хотя бы один стол для перевязочного материала и инструментов (перевязывать приходится обычно на двух столах одновременно).

Для освещения во время перевязок и операций оказались весьма пригодными спирто-калильные лампы, силою в сто свечей висячие, в виде плафона. К сожалению не всегда можно было запастись соответствующим количеством денатурата. Согласно укладке отряд был снабжен перевязочным материалом, рассчитанным приблизительно на одну тысячу раненых, так например мягких марлевых бинтов всех трех размеров (2, 3 и 4 вершка) полагалось несколько более одной тысячи. Для наложения неподвижных повязок полагались немного громоздких металлических шин, короткие, деревянные лубки, гипс и свыше 1000 крахмальных бинтов, все это оказалось мало применимым для перевязочного отряда; шины металлические были очень громоздкие, да и было их мало, лубки были коротки, а потому мало пригодны, гипс не затвердевал вовсе, крахмальные бинты требовали горячей воды, которая не всегда была под рукой. Выручали полевые аптеки, особенно в первые годы войны, которые широко отпускали длинные фанера и картон; длинные фанера, сложенные при надобности вдвое и втрое оказались весьма пригодными для наложения неподвижных повязок в обстановке перевязочных отрядов; повязка такая накладывалась быстро и в достаточной степени иммобилизовала конечность. Начиная с 1916 года пришлось собственным попечением изготовлять шины для неподвижных повязок. Согласно постановления Съезда хирургов VII армии в январе 1917 года, в Монастырском, на перевязочные отряды, в виду отсутствия фанер и лубков в полевых аптеках, возложено было обязательство изготовлять для себя и для полков деревянные шины, что и было исполнено по моим указаниям столярами команды отряда из досок, доставленных нам инженерным ведомством. Были изготовлены простейшие, деревянные шины, но вполне пригодные для оказания первой помощи. Для нижних

конечностей готовились двух размеров длинные и короткие, ширина и толщина их были одинаковые, те и другие были прямые, на всем протяжении одинаковой ширины и толщины. Ширина равнялась $1\frac{1}{4}$ вершка, толщина около 1 сант. Длина шины длиной $1\frac{3}{4}$ аршина, — короткой — $1\frac{1}{4}$ ар. Длинная шина клалась с наружной стороны бедра, короткая — с внутренней; две короткие шины служили для фиксации голени. Для фиксации верхней конечности готовилась универсальная шина, состоявшая из двух скрепляемых бинтом под прямым углом частей; та часть которая прилаживалась к плечу имела выем для подмышечной впадины, длина ее несколько длиннее плеча, ширина ее у подмышечной впадины около 3 вершков, книзу вершка $1\frac{1}{2}$, толщина около $\frac{3}{4}$ сант., такой же толщины и вторая часть шины, прилаживаемая к предплечью, ширина ее на всем протяжении $1\frac{1}{4}$ верш., длина $\frac{3}{4}$ аршина. Кроме того для переломов плеча готовилась шина под прямым углом с треугольником, прилаживаемым к груди и плечу. Шина и треугольник составляли одно целое. Для каждого полка готовилось около 40 пар шин для верхних и нижних конечностей. Шины эти оказались портативными, удобными и пригодными для работы в полку и перевязочном отряде.

Для перевязочного отряда в нынешнюю войну недостаточно иметь перевязочного материала на одну тысячу раненых; его нужно иметь не менее чем на 4000—5000 раненых. Перевязочный материал на одну тысячу раненых расходуется зачастую в 1—2 дня; бои же длятся иногда неделю и больше и только тогда может наступить некоторая передышка, которую можно воспользоваться для пополнения запаса перевязочного материала. Для того, чтобы быть в состоянии перевязать до 4000—5000 раненых, необходимо было прежде всего увеличить количество мягких марлевых бинтов до 5000—6000, что нами и было сделано за счет 500—600 крахмальных бинтов, металлических шин, занимавших много места в ящиках отряда и отчасти за счет ваты, которой по укладке полагалось сравнительно много. Кроме того пришлось изготовить особый ящик сверх комплекта для бинтов и деревянных шин.

Помощь лекарственная выражалась главным образом в даче болеутоляющих и возбуждающих. Широко применялось подкожное впрыскивание морфия. Сменяя повязку, при наличии значительного разрушения мягких тканей, при переломах, накладывая неподвижную повязку, мы вводим морфий под кожу. Морфий получал обычно и на дорогу каждый такой раненый. Морфий получали все, более или менее сильно страдающие от болей. Раненые в живот, доставленные к нам в тряских повозках по скверным дорогам, под влиянием покоя и морфия зачастую оживали, появлялся пропавший было пульс и создавалась возможность для оперативного вмешательства. Нередко вводились под кожу возбуждающие средства, особенно камфора в масляном растворе; обычно вводился 20% раствор, зараз 2 и более шприцов. Иодная настойка применялась широко, уходило ее до 2-х грамм на каждого раненого и до 20 грамм на каждую операцию. Солевые вливания делались сравнительно не часто. Самый простой прибор оказался самым удобным по крайней мере для работы в перевязочном отряде. Прибор состоял из большой стеклянной воронки с резиновой трубкой ($1\frac{1}{2}$ —2 ар. длиной), толстой и длинной иглой на конце ее. Поднимая выше воронку удавалось в 20—25 минут вводить под кожу до 1000 к. с. солевого раствора.

Шелк готовился у меня впрок, а именно иодистый шелк и хранился в широких горлышках банках с притертой пробкой. Шелк не кипятится, нарезается на соответствующей длины лигатуры, погружается на 24 часа в эфир, затем на 24 часа в спирт и наконец на семь суток в однопроцентный спиртовой раствор иода, после чего шелк готов к употреблению; в этом растворе шелк и хранится. Шелк, приготовленный таким образом является прочным, своей прочности не теряет, несмотря на длительное хранение в указанном растворе. Каждая лигатура легко одна от другой отделяется. Работаю с таким шелком больше 10 лет и лигатурных нагноений при асептических операциях не встречаю.

Лекарственная помощь заболевшим давалась в пределах, положенных по каталогу лекарственных веществ.

Раненые и больные, поступившие в отряд размещались по избам, в теплое время года—в шатрах. Изна или шатер отводились также под операционную и перевязочную. Клалась раненые и больные на носилки, если таковых не хватало, то—на солому и на пол. Шатры сослужили нам огромную службу во время Карпатского наступления в смысле временного призрения в них раненых, давая в то время хоть некоторую защиту от холода, вьюг и дождя (помещений цельных никаких не было). Шатры у нас были обычные, госпитальные. Что же касается Гессенских шатров с двойной парусиной, обшивкой войлоком, походными печками, то такие вполне пригодны для помещения в них раненых и больных даже зимой. Видел я палатки типа Гессенской с прошитой между парусинами ватой; в таких палатках, обогреваемых печками лежали больные и раненые зимой, температура легко доводилась до 14—15° и держались продолжительное время; в таких же палатках, устраивалась зимой баня. Пол застилался деревянными решетками. Вообще же крайне желательно иметь побольше соответствующих шатров и палаток, в которых можно было бы во всякое время года содержать больных и раненых, чтобы не зависеть от количества и состояния помещений, имеющихся в данной местности и пригодных хотя бы для временного содержания в них больных; таких помещений иногда не бывает вовсе, обычно же их очень мало, да и те крайне загрязнены.

Первая забота о поступившем раненом заключается прежде всего в уменьшении боли (впрыскивание морфия), за тем в утолении жажды, на которую жалуется почти каждый раненый, а зимой также в обогревании. Приходилось все время, куда шел приток раненых, иметь кипятков и чай. Раненые и больные обычно более 24 часов не задерживались, за это время получали всегда хлеб, чай и сахар, если задерживались сутки, то и обед и ужин.

Окровавленное, грязное белье сменялось чистым. Чистого (нового) белья отряд возил с собою, как полагалось по каталогу 200 рубах и 100 кальсон. Снятое окровавленное белье выстирывалось и шло новым раненым. Белье новое отпускалось интендантством, но особенно много его было в складах общественных организаций, откуда удавалось получать не только положенные по каталогу рубахи и кальсоны, но также и простыни. Мало было одеял, прикрывались своими шинелями; одеяла также удавалось получать из складов общественных организаций. Получая предметы, неположенные по каталогу, приходилось все время думать о том, чтобы не перегружать обоза и сохранить за ним достаточную подвижность.

Для транспортировки больных и раненых по штату дивизионного лазарета (в ноябре 1914 года переименованного в перевязочный отряд) восемь лишек образца 1877 года. Чрезвычайно громоздкие, запряженные четверкой лошадей, фургоны эти совершенно не годились для наших полевых дорог. Линейки эти на Карпатах все у нас погибли. Для транспортировки раненых мы купили на хозяйственно-экономические суммы 10 двуколок. По положению о перевязочном отряде, вышедшем во время войны, для отряда полагается 20 двуколок для перевозки раненых. Двуколки положены одноконные, между тем для наших полевых дорог двуколки обязательно должны быть пароконные. Если двуколки рессорные и носилки также рессорные с приспособленными для них матрасами, то перевозка раненых на таких двуколках вполне удовлетворительна. Двуколки, имея высокие колеса и широкий ход, устойчивы и могут быть круто поворачиваемы. Хороши также для наших полевых дорог обыкновенные крестьянские повозки (фурманки), четырехколесные и длинные; раненый, положенный на солому в середине корзины такой повозки чувствует себя довольно удовлетворительно, корзина в средней своей части хорошо пружинит и смягчает всякие толчки. Для горных дорог двуколки более пригодны.

Во всех перевязочных отрядах хуже всего была поставлена транспортная часть. Если даже имелись на лицо 20 двуколок, то их было недостаточно для боевого периода, приходилось в начале войны пользоваться крестьянскими подводами, но вскоре таковые окончательно исчезли, пришлось разгружать парные повозки, подстилать солому и ими усиливать транспортные свои средства, приходилось прибегать к содействию дивизионных и корпусных врачей, которые выручали санитарными автомобилями, если отряд случайно находился вблизи шоссированных дорог. В горах нас одно время обслуживал вьючно-санитарный транспорт (длинные носилки с впряженными

в них лошадьми). Приходилось иногда транспортировать раненых на руках при помощи носилок. Транспорт этот наиболее бережный и потому чаще всего применялся к тяжелораненым. Транспортная часть хромает еще и потому, что положением совершенно не предусмотрены транспортные средства для перевозки продуктов для 300 человек команды и фуража для 60 лошадей. Считая по 3—4 фунта в день продуктов на каждого человека, получим 900—1200 фунтов; 30 фунтов фуража на одну лошадь в день составит на 60 лошадей 1800 фунтов. Команда и лошади требуют ежедневно около 3000 фунтов (75 пудов) продуктов и фуража; для перевоза их интендантства до местонахождения отряда нужно было-бы иметь три парные „хозяйственные“ повозки; кроме того еще одну повозку надлежало бы иметь для возки предметов и медикаментов из полевой аптеки. Не имея ни хозяйственных, ни аптечных повозок, приходилось урезывать транспортные свои средства и без того более чем скромные. Вообще транспортная часть везде была крайне плохо поставлена и в полках и в перевязочных отрядах и в лазаретах дивизии и т. д. Общественные организации в смысле транспорта помогали также мало, более существенна была помощь питательных отрядов и еще более перевязочных. Общественные организации всюду стремились перевязывать, тысячами исчислялись цифры наложенных повязок, количество накормленных воинов, между тем как отрядов транспортных, в которых более всего нуждались, было очень мало. На недостатки транспортных средств в передовой линии было обращено внимание на съезде хирургов, причем профессор Вельяминовым была предложена схема, придерживаясь которой можно было бы считать означенный вопрос решенным более или менее удовлетворительно.

По этой схеме предусматривалось: 8 повозок на полк, 20—30 двуколок на перевязочный отряд, один передовой отряд в 20—30 двуколок и один конный транспорт в 50 двуколок на дивизию. Кроме того, в резерве санитарного отдела штаба армии должны иметься 2—4 передовых отряда по числу корпусов, конные транспорты по одному на дивизию и по одной автомобильной колонне на корпус.

Согласно положения главный перевязочный пункт (название перевязочного отряда, когда он развернулся) предназначается 1) для оказания во время боя как специальной хирургической так и общеврачебной помощи раненым и больным, 2) для приготовления их к транспортировке, 3) для оказания им временного ухода и приюта до отправления по назначению.

Специально хирургическая помощь заключалась в накладывании повязок как простых, так и неподвижных и в оперативных пособиях. Чрезвычайно важно правильно наложить неподвижную повязку на главном перевязочном пункте; от того, как она положена на главном перевязочном пункте зачастую зависит судьба раненой конечности. Неподвижная повязка должна быть накладываема не только при переломах костей, но и при более или менее значительных разрушениях одних мягких тканей. Всегда должен иметься достаточный запас хотя бы самых простых шин. Персонал, работающий на главном перевязочном пункте, как врач так и фельдшер должны быть вполне освоены с правилами и техникой наложения неподвижной повязки. Морфий под кожу как до наложения неподвижной повязки при нарушении целостности костей так и перед транспортировкой такого раненого обязательны.

Оперативная помощь, которую приходилось оказывать на главном перевязочном пункте резко различается в зависимости от периода войны: во время боев делались преимущественно чревосечения, трепанации черепа, ампутации и т. д., во время затишья и позиционной войны преобладали грыжесечения, операции геморроя, расширенных вен канатика, голени и т. д.

В 1914 году зарегистрировано 86 операций, в 1915 г.—149, в 1916 г.—18, в 1917 г.—227. По месяцам на январь приходится 14 операций, на февраль—51, март—57, апрель—33, май—32, июнь—68, июль—13, август—32, Сентябрь—33, октябрь—30, ноябрь—51, декабрь—66. Больше всего следовательно операций производилось в июне, декабре, марте, феврале и ноябре, менее всего в июле и в январе. В 1916 году произведено очень мало операций, т. к. отряд в 1916 году был свернут около 5 месяцев, в остальные семь месяцев по разным соображениям ответственная хирургическая работа ложилась на отряды общественных организаций.

Так называемых операций мирного времени, производство которых не предусмотрено положением о перевязочных отрядах, как то: грыжесечений, операций иссечения расширенных вен голеней, семенного канатика, операций геморроя, водянки яичка, фистулы заднего прохода, выпадения прямой кишки, эвентерации, заячьей губы, аппендицита, фимоза, удаления полипов, вылушения атером, жировиков и лигтам, сделано всего 167, а именно радикальных операций грыжи сделано 50, вылушений жировиков, лигтам, атером—39, радикальных операций геморроя—32, вырезаний расширенных вен голеней—15,—семенного канатика—8, операций водянки яичка и фимоза сделано по 5, аппендектомий и операций фистулы заднего прохода сделано по 4, операций по поводу выпадения прямой кишки сделано 2, операций по поводу эвентерации, заячьей губы и полипа уха сделано по одной. Все эти операции производились в 1917 году и только 12 из них производились в первые три года войны.

В январе 1917 года произведено 11 таких операций, в феврале 32, в марте 42, в июне 20, в ноябре 25, в сентябре 10, в октябре 15. Производились операции эти в 1917 году, когда медицинский персонал наиболее сработался и приспособился к производству асептических операций в обстановке военного времени вблизи боевой линии. В указанные месяцы отряд стоял на месте сравнительно долгое время и следовательно была возможность создавать соответствующую обстановку для асептических операций.

Из 50 операций по поводу грыж 38 приходится на грыжи паховые. Производились они большею частью по Боброву с оставлением канатика *in situ*, частью по Bassini. Расширенные вены голеней и канатика вырезались. Операция геморроя производилась по лигатурному способу с предварительным расширением сфинктера и разрезом кожи на месте перехода его в слизистую соответственно перевязываемому геморройному узлу. Водянка яичка производилась по способу Winckelmann'a. При выпадениях прямой кишки пересаживалось *fascia lata*. Аппендектомия производилась по Lennander'y.

Из остальных 313 операций наиболее часто производились вылушения и ампутации пальцевых фаланг, таких операций зарегистрировано 86, трепанаций черепа произведено 46, чревосечений—30, перевязок сосудов 24, сухожилия сшивались 22 раза, ампутаций сделано 27 (по 2 раза предплечья и плеча, 9 раз голени 14 раз—бедро), 27 операций произведено с целью извлечения снарядов, осколков и пуль, 12 операций сделано по поводу флегмон, 14 раз произведено *Débridement* по поводу оскольчатых переломов конечностей, 7 раз произведена односторонняя кастрация по поводу одностороннего ранения яичка, 5 раз производилось вылушение глаза, 3 раза трахеостомия, по 2 раза ламинектомия, резекция плеча и ребра, по одному разу произведена операция сшивания оторванного носа, вылушено плечо, наложен шов на легкое и сделана операция по поводу неподвижности локтя.

Большинство указанных операций являлись неотложными, производились они обычно в период боев. Неотложность производства операций перевязки сосудов, сшивания сухожилий, отчасти экзартикуляций и ампутаций не могли бы возбуждать сомнений. Другие операции как например чревосечение, трепанации черепа и т. д. могут считаться неотложными постольку, поскольку раннее производство их значительно улучшает предсказание. *Débridement* при оскольчатых переломах конечностей производилось сравнительно редко, удалялись только свободно лежащие осколки.

Думаю, что при этого рода ранениях врачу на главном перевязочном пункте меньше следует оперировать, а более заботиться о соответствующей перевязке и о соответствующем наложении неподвижной повязки.

Трепанация черепа производилась при наличии явлений давления на мозг. Безсознательное состояние, частый и слабый пульс составляли при черепных ранениях *prognosis pessima* и служили противопоказанием к производству операций. Раненые после трепанации черепа чувствовали себя как правило на следующий день значительно лучше: сознание прояснялось, пульс выравнивался, раненые как бы оживали, но уже через 4—5—6 дней наступало зачастую ухудшение и смерть наступала сравнительно очень быстро от гнойного менинго-энцефалита (имею в виду случаи с нарушением целостности *durae* и разрушения мозга). В одном случае сквозного огнест-

рельного ранения черепа с входным отверстием в глаз и выходным над ухом той же стороны, при наличии бессознательного состояния, полного и редкого пульса были удалены остатки глаза, костные осколки входного и развороченного выходного отверстия, а также из глубины раны извлечена большая часть большого крыла или новидной кости; палец введенный в глазницу встречается с тремя пальцами введенными в выходное отверстие. На следующий день полное сознание, нормальная температура, на третий день больной просит есть, разговаривает охотно с соседями, улучшение длилось 5 дней, к началу 6 дня головная боль, которая все усиливалась к концу 6 дня потеря сознания; из выходного отверстия вытекает довольно много разжиженного мозгового вещества, на седьмой день exitus letalis.

По условиям боевой обстановки раненых после трепанации черепа пришлось обычно эвакуировать в день операции, или на следующий день. Только в восьми случаях удалось проследить дальнейшую судьбу трепанированных по прошествии 8—10 дней, общее состояние их было вполне удовлетворительно; следует отметить, что в пяти случаях из означенных восьми повреждена не была. Эвакуация раненых в полость черепа крайне вредно отражается на состоянии их; наиболее бережная эвакуация на руках проводилась там, где таковая представлялась возможной. При необходимости эвакуировать раненого в полость черепа полагаю, что раненый выиграет, если будет эвакуирован после удаления костных осколков, давящих на мозг и приведения раны в асептическое состояние, чем, если он будет эвакуирован без оперативного вмешательства с костными, давящими на мозг, осколками, приставшей грязью, ушибленными, омертвевшими тканями и т. д. Думаю, что, чем раньше в подобных случаях будет предпринято оперативное вмешательство, тем лучше; такое должно быть предпринято в первые 24 часа после ранения. Если раненый в полость черепа не может быть оставлен на месте до заживления раны, то по возможности эвакуация в день операции, или на следующий день переносится легче, чем эвакуация на 4—7 день т. е. в периоде наибольшего развития реактивного воспаления.

При трепанациях черепа подготовка операционного поля весьма облегчалась применением машинки для стрижки волос; только ею можно было сравнительно быстро удалить волосы с запекшейся кровью и грязью.

Очень тяжело протекали случаи ранений в брюшную полость. Редко таких раненых нам доставляли ранее 12 часов, обычно же через 12—24 часа после ранения. Раненые в брюшную полость доставлялись обычно в очень тяжелом состоянии без пульса или с очень частым и еле слышимым пульсом, клейким холодным потом, частым дыханием, мертвенно-бледностью, стонущими от сильных болей. После впрыскивания морфия и покоя уже через несколько часов раненые оправлялись от перенесенных во время эвакуации мучений (переезд в 3—4 версты в тряской повозке по изрытой трудно проезжей дороге), пульс становился лучше, являлась возможность приступить к операции. Подобное тяжелое состояние иногда зависело от обильного внутреннего кровоизлияния, значительно чаще превалировали явления шока, а может быть острейшего септического перитонита, чем собственно и можно объяснить тяжелое состояние раненого, когда обильного кровотечения не было. Разрушения, производимые ружейной пульей, особенно остроконечной при прохождении ее через брюшную полость всегда были очень значительны. Отверстия в кишках были обычно довольно значительными по размерам, развороченными, кишечное содержимое в большом количестве выступало в брюшную полость. Такие раненые обычно умирают безразлично оперировать их, или не оперировать; может быть результат был бы иной, если бы было возможно оперировать ранее 12 часов после ранения. Оперированные живут повидимому несколько дольше неоперированных (в виду тяжелого общего состояния резекции не делалось, где было возможно отверстия зашивались, чаще же раненая кишка выдвигалась наружу) неоперированные с ранением кишок, леченные консервативно умирают обычно через 36—48 часов, оперированные через 3—4 суток. Из всех оперированных по поводу огнестрельной раны живота жило больше 7 суток пять (дальнейшую судьбу их проследить не удалось); в двух случаях была ранена печень, кишки и желудок ранены не были, операция произведена в обоих случаях в первые 8 часов после ранения, тампонада свободным сальником, швы на печень, туалет

брюшной полости, зашивание на глухо. Через 7 дней оба раненные были живы, состояние их было вполне удовлетворительное, явлений перитонита не было. В одном случае при входном отверстии в правой боковой половине живота и входном в левой половине оказалось, что пуля прошла через мышцы живота, не поранив брюшной полости; по местоположению входного и выходного отверстия можно было предполагать ранение органов брюшной полости; на самом же деле направление пулевого канала было как бы опоясывающим. В одном случае при ранении спереди назад в левую боковую поверхность живота, пуля прошла на вылет, проникла в брюшную полость и причинила ушиб кишечной стенки, не пробив ее; наконец в одном случае сквозного ранения брюшной полости была ранена тощая кишка в 6 местах (раненый был доставлен через 10 часов после ранения), раненая кишка выведена наружу, посажена на марлевый, проведенный тупо через брыжейку, тампон, отграничена тампонами от брюшной полости, кожный разрез сужен. Защитить в этом случае отверстия в кишке из-за большой величины отверстий и ушибленности краев их не представлялось возможным, резецировать я не решился из-за общего очень тяжелого состояния больного. Последние три оперированные через 7 дней чувствовали себя вполне удовлетворительно.

В случае ранений кишек возможно простой, бережный и быстрый способ оперирования в виду тяжелого состояния раненых является наиболее показанным. Показано хирургическое вмешательство в первые 12 часов после ранения. Благоприятный исход огнестрельного ранения остроконечной трехлинейной пулей кишек, принятого более чем через 12 часов после ранения сомнителен.

Из раненых в брюшную полость, леченных консервативно, осталось в живых трое, по крайней мере через 10 дней после ранения они чувствовали себя вполне удовлетворительно, при отсутствии каких бы то ни было перитонеальных явлений. Из них двое были ранены одновременно в грудную и брюшную полости (кровохарканье, выпадение сальника), один в желудок (кровавая рвота), повидимому также в печень при выпадении сальника.

Из раненых в полость живота умирают в перевязочном отряде 38%, остальные 62% частью были эвакуированы, по возможности на руках, частью были оставлены на попечение других лечебных учреждений, нас сменявших. Дальнейшая судьба их неизвестна, кроме описанных восьми, о состоянии которых получены сведения через 7—10 дней.

Следует ли раненых в брюшную полость оперировать на главном перевязочном пункте? Думаю, что следует, если можно создать соответствующую обстановку, если с момента ранения прошло не более 12 часов и если общее состояние допускает возможность оперативного вмешательства; повидимому при ранениях печени ранее хирургическое вмешательство особенно показано, как дающее надежду на благоприятный исход и необходимое для остановки обычно обильного внутреннего кровотечения.

Производство на главном перевязочном пункте двух случаев ламинотомий вернее débridement при ранениях позвоночника я считал показанным главным образом из-за невыносимых болей, которыми страдали оба раненные; боли морфию не уступали. В одном случае отломленный остистый отросток первого поясничного позвонка повернулся таким образом, что концом своим производил давление на спинной мозг, во втором случае давили на спинной мозг дуга и остистый отросток 12 грудного позвонка; пуля, ударив слева направо в 12-ый грудной позвонок, произвела указанное давление, после чего изменила направление и пошла вдоль оснований остистых отростков 1, 2, 3, 4 и 5 поясничных позвонков, отрезав их у основания. Удаление отростков и костных отломков, производивших давление на спинной мозг, устранило невыносимые боли. За всю войну мне не приходилось встречать более благодарных пациентов, чем этих двух раненных. Влияние операции на боли было магическим, таковые исчезли совершенно; что же касается паралитических явлений, то непосредственного влияния операция не оказала; раненых этих пришлось эвакуировать на другой день; дальнейшая судьба их мне к сожалению не известна. Вообще же весь оперативный материал в 313 случаев не мог быть соответствующим образом использован, операции эти производились во время боев и передвижений, раненные не могли

задерживаться. Наркоз применялся обычно хлороформный, способ капельный, маска Эсмарха. Нужно отметить, что наркоз переносился прекрасно, усыпление наступало быстро, протекало гладко, периода возбуждения часто не было вовсе; влияло в этом отношении и хорошее качество отпускаемого хлороформа и состояние раненых обычно обезкровленных, утомленных, долгое время не потреблявших спиртных напитков.

12 раз применен был прямокишечный наркоз по Gwatmey'ю. Применение означенного наркоза считалось возможным при отсутствии противопоказаний со стороны кишечника. Предварительно (за $\frac{1}{2}$ часа) впрыскивался морфий, накануне операции давалось слабительное (ol. ricini), за несколько часов до операции ставилась клизма, после чего вводился per rectum эфир в масляном растворе в количестве приблизительно одного грамма эфира на каждый фунт веса тела. Мы брали 2 части эфира на одну часть *olie lini* или *sesami*. Эфирно-масляный раствор вводился медленно из кружки Эсмарха в положении больного на боку с подогнутыми нижними конечностями. В начале введения означенного раствора чувствовалось небольшое жжение и позыв на низ, которые быстро проходили. Уже через пять минут после введения в кишку эфирно-масляного раствора ощущался запах эфира в выдыхаемом больным воздухе, большой постепенно и без всякого возбуждения засыпал. Сон наступал через 40—50 минут. Почти в половине случаев пришлось давать еще эфир per inhalationem, чтобы добиться полного наркоза, его требовалось очень мало не более 20—25 грамм. Сон продолжался от 3 до 4 часов.

В одном случае двухсторонней паховой грыжи наступил полный и глубокий наркоз через 40 минут после введения в кишку эфира, наркоз протекал гладко. К концу операции обратили на себя внимание редкий пульс и дыхание у больного. Пульс 48, дыхание 10. Через 4 часа пульс 30, дыхание 7, наркоз глубокий, пульс малого наполнения, дыхание поверхностное; *ol. camphorae*, *coffein* под кожу—никакого улучшения пульса и дыхания. Должен отметить что как в этом случае так и во всех остальных 11 случаях, сейчас-же после операции кишка промывалась теплой водой помощью у образного наконечника, выводилась оставшиеся в кишке эфир и масло. Еще через 2 часа пульс давал всего 18 ударов в минуту, дыхание 5; так как камфора, коффеин, растирание, массаж области не давали никаких результатов, то решено было дать больному для вдыхания кислород. На глазах стало нарастать кровяное давление, появился румянец стал чаще пульс и дыхание и через пол часа больной стал приходить в себя и просыпаться; на следующий день больной себя чувствовал вполне удовлетворительно и через 8 дней был эвакуирован с зажившей раной.

Перевязочный материал, халаты, косынки, резиновые перчатки, инструменты кроме режущих стерелизовались в продолжение одного часа в аппарате Турнера. Для мытья рук был сделан собственным попечением висячий рукомойник с крышкой из оцинкованного железа, в него вливалась кипяченая вода; в две другие стеклянные кружки с крышкой вливалось в одну 10% раствор зеленого мыла в воде, предварительно прокипяченный, в другую—раствор сулемы 1:1000. Рукомойники кружки вешались на стенку, от них шла резиновая трубка, пропускаемая каждая через прибитый к стене зажим, от которого шла проволока к педали. При нажимании педали из резиновой трубки через стеклянный наконечник, в нее вставленный, вытекала жидкость, попадая на руки и в таз поставленный на табуретку. Руки намыливались мылом, споласкивались водой и обмывались сулемой, после чего протирались стерильной марлей, смоченной денатурированным спиртом. Операционное поле обтиралась стерильной марлей, смоченной бензином или спиртом, после чего смазывалось иодной настойкой. Перед операцией надевались простерелизованные резиновые перчатки. Оператор и ассистент одевали стерильные халаты. Все необходимое для одной операции умещалось в одном стерелизаторе Турнера. Режущие инструменты помещались в денатурат. Результаты оперативного вмешательства давали право сделать вывод, что асептика проводилась нами правильно и умело, что умели мы приспособляться к существующей обстановке; так например на 121 асептическую операцию (50 грыжесечений, 39 вылушений жировиков и гигром, 15 вырезаний расширенных вен голеней, 8—семенного канатика, 5 операций водянки яичка, 4 аппендектомии) мы только в двух случаях грыж имели небольшое нагноение в швах.

остальные случаи зажили per primam. 119 больных эвакуированы с полным заживлением раны на 7—11 день. У двоих, у которых заживление шло per granulationem, таковое наступило через 3—4 недели.

Итак на главном перевязочном пункте должны производиться все неотложные операции, к которым я бы отнес также трепанации черепа и чревосечения при известных к тому показаниях, особенно если трепанацию черепа удастся сделать в первые 24 часа после ранения, а чревосечение в первые 12 часов после ранения, имея в виду благоприятные результаты хирургического вмешательства, предпринятого вскоре после ранения (не позже указанных сроков). За время войны перевязочный отряд передвигался по железной дороге в 1914 году из города Ревеля в Варшаву—4 суток, оттуда через Ивангород к станции Клементовице Люблинской губернии—10 часов, где и был выгружен, в 1915 году отряд передвигался по железной дороге от города Кельцы до гор. Радзивилова (Галиция)—4 суток; остальные передвижения совершались походным порядком. Таких передвижений в 1914 году было 41, в 1915 г.—61, 1916—19, в 1917—37. За 41 переход в 1914 г. сделано 600 верст, на что потрачено $226\frac{1}{3}$ час., за 61 переход в 1915 году сделано 904 вер., на что потрачено $304\frac{3}{4}$ часа, в 1916 г.—248 верст, потрачено $67\frac{1}{2}$ час., в 1917 г.—708 верст, потрачено 244 часа. Итак за 158 переходов пройдено 2460 верст, на что потрачено $842\frac{3}{4}$ часа. В среднем за один переход делалось 15,88 версты, а в один час—2,9 версты.

Первую зимовку 1914 года отряд простоял в дер. Хрусцице в 48 верстах от гор. Кельцы, в 3-х верстах от уездного города Пиньчова с 6 декабря 1914 года по 28 февраля 1915 года. Вторую зимовку 1915 года отряд стоял в дер. Лука-Вельке (Галиция под Тарнополем) с 15 декабря 1915 г. по 22 мая 1916 г. третью зимовку 1916 года отряд провел в Литвинуве (Галиция) с 23 ноября 1916 г. до 9 апреля 1917 года наконец, четвертая зимовка 1917 года началась в деревне Ботушаны (Буковина) с 17 октября 1917 г., там-же отряд и находился в день прекращения боевых действий 24 ноября 1917 года.

Итак зимовка 1914 г. длилась около 3-х месяцев, зимовка 1915 года—5 месяцев, зимовка 1917 года— $4\frac{1}{2}$ месяца и последняя зимовка, прерванная прекращением боевых действий—5 недель.

Самое длительное пребывание отряд имел в 1) дер. Лука Вельке—5 месяцев (зимовка 1915 г.), затем, 2) в дер. Литвинув— $4\frac{1}{2}$ месяца (зимовка 1916 г.), далее 3) в дер. Хрусцице около 3 месяцев (зимовка 1914 г.). Затем идут (больше месяца), 4) дер. Кшиве (Галиция)—51 день—с 2 сентября по 23 октября 1916 г., 5) дер. Почапиньце (под Тарнополем)—50 дней с 5 июня по 25 июля 1916 г., 6) дер. Ивачув-Дольны под Тарнополем—40 дней с 21 сентября по 1 ноября 1915 г., 7) дер. Ботушаны (Буковина) зимовка 1917 г. с 17 октября по 24 ноября 1917 г. 38 дней, 8) дер. Микулиньце (около Тарнополя)—38 дней с 7 ноября по 15 декабря 1915 г. 9) дер. Бурдужена (Буковина) 31 день с 9/9 по 9/10 17 года. Больше трех недель отряд находился, 10) в дер. Устрики Горные (Карпаты, Галиция на границе с Венгрией)—29 дней, с 26 марта по 24 апреля 1915 г., 11) в дер. Волчищовизна (Галиция, в 40 верстах от Львова—29 дней с 2 по 31 мая 1915 г., 12) в дер. Госцератов (Люблинская губерния)—26 дней—с 20 сентября по 15 октября 1914 г., 13) в дер. Урмань (Галиция)—21 день с 5 по 26 июля 1915 г.; больше двух недель—14) в дер. Волощизна (Галиция)—18 дней с 3 по 21 июня 1917 г., 15) в дер. Гура Гумора (Буковина)—18 дней—с 19 августа по 6 сентября 1917 г., 16) в дер. Имбравовице (Люблинской губернии)—14 дней с 17 ноября по 1 декабря 1914 г. и 17) в дер. Заграбелка (предместье Тарнополя)—14 дней—с 26 июля по 9 августа 1915 г.

Наконец с 12 апреля по 30 мая 1917 года дивизия, а вместе с нею и отряд находились в резерве в дер. Струсово (Галиция).

Итак за все время войны длительных стоянок в 2 недели и более было всего 18, на этих 18 стоянках отряд провел 843 дня; на остальных 140 стоянках отряд в общей сложности пробыл 349 дней т. е. в среднем около $2\frac{1}{2}$ дней на одну стоянку.

Больше всего переходов было в июне 1915 года (1-ое отступление)—17 переходов, прошли 241 версту, затем в июле 1917 г. (2-ое отступление)—16 переходов, прошли 364 версты, в марте 1915 г.—16 переходов прошли 299 верст, в сентябре

1914 г.—14 переходов, прошли 212 верст и в октябре 1914 г.—10 переходов, прошли 148 верст.

Стремительность и поспешность 2-го отступления—вернее панического бегства на лицо, за 16 переходов пришлось пройти 364 версты; при первом отступлении с Карпат в 1915 году, пройдено было за 17 переходов значительно меньше, а именно 241 верста. В марте 1915 года отряду пришлось пройти походным порядком от ст. Радзивилов (Галиция), где он был высажен до дер. Устрики Горные (место разворачивания)—всего 299 верст. По люблинской губернии отряд прошел походным порядком 121 версту, по Келецкой губернии 233 версты, по Румынии 203 версты, по Буковине 43 версты, остальное по Галиции.

Из клиники горловых, носовых и ушных болезней Военно-Медицинской Академии.

на видоизменения подслизистой резекции носовой перегородки—круговая (циркулярная) резекция и консервативная операция перегородки*).

проф. В. Воячка.

У маленьких детей носовая перегородка бывает прямой; у взрослых же, в громадном большинстве случаев, она представляется более или менее искривленной. Если при этом состояние носа остается нормальным, то такое искривление нужно считать индивидуальной семейной или расовой особенностью физиологического характера. Но в известном % случаев искривление перегородки связано с различными назальными симптомами и представляет явно патологическую форму. Причиной ее является или 1) травма носа, или 2) неравномерный рост различных отделов перегородки носа и костной ее рамки, или 3) рахитические изменения, при которых могут сильно обезображиваться и другие отделы носового скелета**). Искривление берет нередко весьма причудливую форму, так как может суммироваться из ряда отдельных аномалий; например, одновременно с простым изгибом перегородки в горизонтальной, вертикальной, или обеих этих плоскостях (притом обычно S-образно), наблюдаются экзостозы на местах спайки двух соседних костей или хряща носовой перегородки (если эти экзостозы более или менее заострены, то они называются остиями носовых раковин, смотря по своему протяжению в длину; округленные выступы именуется буграми); кроме того отдельные части скелета перегородки могут смещаться (наклоняться) и утолщаться, независимо от изогнутости. Изгиб перегородки иногда бывает также и отклонение спинки наружного носа сколиоз ее, или образование ее боковой поверхности, соответственно треугольному хрящу, заметного выпячивания. При травматических деформациях нередко на наружном носу бывают заметны следы причинной травмы—западение или уплощение спинки носа. При атрофическом типе искривления встречаются относительно редко.

Симптомы девиаций состоят в 1) сужении носового просвета, со всеми его последствиями и патологических рефлексах, от раздражения чувствительных нервов, вследствие ненормального соприкосновения перегородки с носовыми раковинами, и, вообще, с боковой стенкой. Затруднение дыхания достигает высшей степени, когда искривление перегородки сопровождается аномалией устройства хоан—именно их сужением, или же одновременно существующей гипертрофией раковин или tuberculum, или полипами и различными неправильностями костной боковой стенки носа.—При отклонении перегородки мы часто встречаем т. наз. компенсаторное изменение формы раковин, состоящее в том, что в суженной половине носа они сплющиваются, а на расширенной-гипертрофируются (на счет одной слизистой оболочки, или даже на счет своего костного остова). Иногда приспособление боковых стенок носа к искривлению столь совершенно, что просвет носового хода в каждом данном сечении, а следовательно и проходимость носа для воздуха остается нормальной, и, вообще, бывают случаи, когда, несмотря на сильное искривление перегородки больные со-

*) Сообщено в Обществе врачей по горловым, носовым и ушным болезням в Петрограде (3 года).

**) В. Воячек о нескольких особых случаях подслизистой резекции носовой перегородки. «Сборник ушных, носовых и горловых болезней» 1914 г. стр. 270).

вершенно от этого, повидимому, не страдают.—Слизистая оболочка на выпуклой стороне перегородки (также—на вершине гребешка или ости) иногда представляет сильно растянутой, а поэтому и истонченной; если искривление находится близко от наружных носовых отверстий, то оно легко травмируется при сморкании иковырянии носа, что может повести к образованию ссадин и рубцов, привычного носового кровотечения (из Киссельбахового места) и к т. наз. переднему сухому катару, т. е. ограниченному сухому катару в передних отделах носовой полости.

Деформации перегородки, зависящие, как сказано, от неправильного роста и положения скелетных ее частей формируются по большей части медленным темпом по мере развития хрящевого-костного остова носа, и дают себя знать, обычно, в время, когда размеры лица принимают свою окончательную форму, следовательно в периоде возмужалости и позже. В таких случаях нужно считать указанный недостаток стойким и величину его не подлежащей сампроизвольному уменьшению. Если же искривление перегородки обнаружено у ребенка, то в дальнейшем оно может изменяться в обе стороны, т. е. или деформация с годами усиливается, или наоборот, становится менее заметной, что опять таки зависит от колеблющихся взаимно отношений в росте перегородки и той рамки, в которую она вставлена.

Для диагноза заболевания иногда достаточно одного беглого взгляда при передней риноскопии, но точная установка размеров искривления и других подробностей важных в смысле последующей терапии, возможна только при помощи кокаиновой и тщательного зондирования носовых ходов.

Лечение искривлений показывается только в том случае, если они сопровождаются патологическими симптомами, и если все данные говорят в пользу прямой их зависимости от деформации. За исключением раннего детского возраста, когда можно еще ожидать некоторой пользы от ортопедических приемов (редрессации перегородки посредством аппаратов), в остальных случаях единственным способом уничтожить недостаток является резекция искривленных участков кости и хряща.

Практиковавшиеся в 80-х и 90-х годах прошлого столетия первоначальные методы выпрямления носовой перегородки сводились к удалению наиболее выдающихся частей искривления (крысты) или же к насильственному перелому перегородки с последующим фиксированием раз'единенных частей в правильном положении; эти способы были весьма несовершенными в том смысле, что 1) или не устраняли главной части деформации (например, простое выдалбливание крысты), или же не обеспечивали достаточно правильной формы носовой перегородки (остеокластические способы); кроме того, подобные операции часто вели к образованию стойких прободений перегородки и обширных рубцов, со всеми их тягостными последствиями.

Введение „подслизистой резекции“, совпавшее с открытием адреналина, явилось значительным шагом вперед, так как благодаря этой операции мы получили возможность придавать перегородке идеально прямую форму, независимо от степени и характера ее искривления. Она состоит в том, что посредством специальных инструментов отсепаровывается слизистая оболочка перегородки с надхрящницей и костницей на обеих сторонах искривления, и таким образом обнажается ее спина. Затем вырезывается последовательно 4-й хрящ, кроме узкой полоски под спиной носа, в качестве стропила, для гарантии ее целостности, далее—сдвигаются и кусываются костные части искривления; операция заканчивается тампонадой носовых полостей, которая прижимает отсепарованные мягкие листки один к другому и обеспечивает их первичное сращение в первые 48 часов. После этого большие тампоны вынимаются и ноздри закладываются в течение еще 3—4 дней ватными комочками ваты. В результате вновь образованная перегородка получает прямую форму. Однако и этот прием не лишен известных недостатков, которые должны быть устранены дальнейшими усовершенствованиями. Так например, в общеупотребительных способах подслизистого иссечения в окончательном результате носовая перегородка представляет из себя по большей части податливую перепонку, нередко „флоттирующую“, т. е. легко отклоняющуюся в ту или другую сторону под действием проходящей через нос струи воздуха*). От этого она нередко присасывается

*) О послеоперативной мягкости перегородки см. „Вестник ушных, горловых и носовых болезней“. 1910 г. стр. 506—507.

боковой стенке носа и обуславливает опять затруднение носового дыхания. И составные части слизистой оболочки перегородки, например, слизистые железы, тоже часто страдают;—атрофируются от травматизации при сепаровке или же от неизлечимой облитерации сосудов и нарушения питания.

Поэтому, если бы можно было устранять кривизну перегородки без обязательного удаления значительной части ее скелета, то операция сделалась бы более консервативной, а это обеспечивало бы в послеоперационном состоянии более совершенный возврат к норме. Руководствуясь таким соображением, мы пробовали применять сначала вариант общепринятой подслизистой резекции, обозначенный нами, как „круговая“ или „циркулярная резекция“, а в дальнейшем пришли к убеждению, что, в сущности, для придания перегородке прямой формы вовсе не требуется иссекать всю ее искривленную часть, а достаточно только *уничтожить те ее отделы, которые мешают остальным принять вертикальное положение*. К таким участкам принадлежат: соседние с четырехугольным хрящем отделы костного скелета, т. е. перпендикулярной пластинки решетчатой кости и сошника, а также носовой гребешок носового отростка верхней челюсти. Если удалить сравнительно небольшую, пограничную с хрящем, полоску из этих образований, то твердая рамка, мешающая хрящу быть прямым, разрушается, и хрящ, сохраняющий нередко свою эластичность, может самостоятельно выпрямляться. В таких случаях операция перегородки по принципам возможного консервативизма должна была бы состоять в одном лишь удалении указанных частей,—и это легко осуществляется, если принять для руководства следующее:

При классической форме подслизистой резекции носовой перегородки подлежит удалению почти целиком четырехугольный хрящ, безразлично участвует ли он в деформации, или нет; в виду опасности западения носовой спинки, не резецируется соседняя полоска хряща, примыкающая к этой спинке, и служит как бы стропилой для хряща. Между тем в целом ряде случаев такое уничтожение большей части четырехугольного хряща является ненужным, а иногда и вредным и, наоборот, бережливость при его резекции может оказаться весьма выгодной по различным соображениям.

1. Если известная часть четырехугольного хряща не входит в образование искривления перегородки, то нет причины ее удалять.
2. Если четырехугольный хрящ изогнут, хотя бы и на всем своем протяжении, это искривление зависит от того, что рамка, вмещающая хрящ слишком узка и хрящу не хватает места, чтобы выпрямиться; но *достаточно высвободить его из этой рамки* (путем предлагаемой „круговой резекции“) — и он сам выпрямится.
3. Оставляя прямую, или сделавшуюся прямой, благодаря указанной операции часть хряща на месте, мы обеспечиваем перегородке ее нормальную твердость, что не всегда достигается при классическом способе, когда хрящ удаляется почти целиком.
4. При предлагаемой „круговой“ резекции получается гарантия против неприятного осложнения—сквозной перфорации перегородки, так как оставляемая часть хряща как раз соответствует обычному месту таких оперативных перфораций. До сих пор существовавшие способы закрытия этих отверстий (зашивание, пластика из слизистой оболочки раковины) в большинстве случаев не достигали цели, главным образом вследствие атрофического состояния слизистой оболочки перегородки на краях отверстий. Эта дряблость слизистой оболочки, как упомянуто выше, часто наблюдается в переднем отделе перегородки и зависит от травматических моментов, так как это место хорошо доступно для ногтей больного, или же от самопроизвольного истончения, так как на изогнутом месте перегородки слизистая оболочка, растягиваясь, делается соответственно тоньше.
5. Чтобы предупредить сквозное отверстие в тех случаях, когда при сепаровке слизистой не удалось избежать ее продырявливания на симметричных местах, мы применяли раньше вращивание между листками слизистой кусочка из вырезанных хряща или кости (сошника, перпендикулярной пластинки). В подобных случаях такой пластики (по Halle) был продемонстрирован нами на одном из заседаний общества врачей по горловым, носовым и ушным болезням в Петрограде. Но, отрезанный и снова вставленный кусочек хряща, при неудаче, может не прижиться; сле-

довательно, гораздо более гарантии, если мы на месте возможной перфорации оставим кусок хряща в связи с одним из слизистых лоскутов, что достигается опять же путем предлагаемой „круговой“ резекции.

Так как при упомянутом способе резекции значительная часть слизистой оболочки перегородки остается в связи со своей твердой подкладкой, то этим уменьшаются также и *последствия травматизма слизистой оболочки*, которые не так малы, как можно думать, и состоят в последовательной атрофии желез, пустении сосудов, перерождении нервов, иногда даже в метаплазии эпителия, а в свою очередь вызывает сухость, симптомы атрофического насморка, и, вообще, ослабление носовой функции. Вероятность этого уменьшается при оперировании способом „круговой“ резекции.

Техника „круговой“ резекции (*resectio submucosa circularis*) при распространенном искривлении, захватывающем и хрящевую и костные части, состоит в следующем: после обычного разреза и отсепаровывания слизисто-надхрящного лоскута одной стороны хряща, на нем осторожно очерчивается скальпелем или полустропильным распатором диск того размера, который желательно оставить, примерно так, как показано на изображении буквами о. ч. х. Этот диск остается в связи с слизистой оболочкой другой стороны, и в конце операции будет притампонирован к отсепарованному лоскуту первой стороны. После того, как на протяжении всей окружности указанного диска хрящ прорезан насквозь до надхрящницы, диск делается подвижным и как бы независимым от остальной части хряща перегородки. Его можно отсепаровать створками Киллиановского расширителя и он не мешает производить удаление более глубоких частей перегородки, по общепринятому методу, т. е. в этих отделеках уже с отсепаровкой слизистых лоскутов с обеих сторон. Как продолжать операцию дальше—это зависит от формы и распространенности искривления. Если оно тянется в глубину, сопровождается обширными крестами, то нужно, постепенно отсекая эти части, удалить все искривленное, как при обычном ходе операции. В конечном результате перегородка должна принять прямую форму, не смотря на то, что ей остается упомянутый диск о. ч. х. Если этого нет, то, значит, диск где нибудь еще пружинит; тогда простого кругового разреза мало и нужно вырезать из хряща целую полосу в тех местах, где диск еще недостаточно высвободился из рамки;—после этого пружинистость окончательно пропадает. На изображении представлено примерное количество протяжения перегородки может быть удалено в обыденных случаях искривления ее (это обозначается заштрихованием соответственного диска).

Если часть четырехугольного хряща, предназначенная для формирования диска „о. ч. х.“ сама по себе не искривлена, или очень мало искривлена, то ее не обязательно разделять с ее рамкой, и тогда можно избежать копотливого выкраивания полоски из верхних и передних частей четырехугольного хряща. Например, иногда можно смело оставить самую переднюю часть четырехугольного хряща; иногда для того чтобы устранить пружинистую изогнутость диска „о. ч. х.“ достаточно только рассечь хрящ циркулярно, не вырезая кругом него сплошной полоски и вывихнуть диск из его рамки; вообще следует делать минимум того, что нужно для будущего прямого строения перегородки (это и служит руководящей идеей предлагаемой операции).

Величина оставляемого диска зависит от нескольких обстоятельств: 1) если центральные части четырехугольного хряща сами по себе деформированы, то выкроить большого диска не удастся; 2) если почему либо большой диск мешает работе в губной бине, то поневоле придется уменьшать его размеры, или же *рассекать его на части*, оставляя опять таки в связи с лоскутами второй стороны. Можно образовать не один, а рядом 2 или 3 маленьких куска для замены одного крупного; 3) если, благодаря узости ноздрей или другим условиям, операция сама по себе трудна по технике, то диск иногда придется делать маленьким, хотя, нужно заметить, что предлагаемое нововведение—формирование диска—само по себе иногда не только не усложняет, но ускоряет производство всей операции.

Техника консервативной резекции глубоких отделов перегородки, если четырехугольный хрящ сам по себе не искривлен: после обычной подготовки и анестезии проводят разрез через слизистую до хряща в передних отделах перегородки и отсе-

паровывают слизисто-надхрящный и надкостный слой („скелеттируют“) четырехугольный хрящ и прилегающие части вышеуказанных костей, но только с одной стороны. Далее разрезают четырехугольный хрящ в глубине, по близости от этих костей, по возможности параллельно границе между ними и хрящем, и проникают на другую сторону хряща, конечно не нарушая целостности его мягких покровов. Теперь посредством расширителей можно раздвинуть края раны, образуемые на одной стороне мягким слизисто-надхрящно-надкостным листком, а на другой четырехугольным хрящем и остающимися в связи с ним мягкими покровами другой стороны. В глубине раны видна спайка четырехугольного хряща с соседними костями (иначе твердая рамка, в которую он вставлен). Она скелеттируется, но уже с обеих сторон и удаляется общепринятыми при операциях на перегородке—способами. После этого нужно определить, может ли теперь хрящевая часть перегородки удерживать прямое положение и, если да, то операция заканчивается обычным способом (прилаживанием лоскутов одного к другому и двусторонней тампонадой носовых полостей), Если же четырехугольный хрящ начинает косить, то нужно вырезать из него полосу параллельно спинке носа, а при надобности еще и из переднего ребра, или параллельно ему, так, чтобы получились результаты на подобие описанной выше „циркулярной“ резекции; оставшийся хрящевой диск с неотделенной слизистой на одной стороне болтается тогда свободно и принимает сам отвесное положение на срединной линии тела. Вырезывание из хряща целой полосы можно иногда заменить простым линейным разрезом хряща по тем же направлениям, причем, если резать хрящ косо, то отрезки его легко смещаются, заходят один на другой, и таким образом получается нужная подвижность и достаточное выпрямление хрящевой части перегородки. Третьим моментом операции является подробный осмотр самых глубоких отделов перегородки и определение их состояния после всего сделанного раньше. В глубоких отделах также могут существовать, как известно, изгибы, на этот раз костных пластинок, обычно соединенные с образованием костного гребешка на месте шва между сошником и перпендикулярной пластинкой („глубокая кривизна“). Если величина этого заднего (или глубокого) искривления и опасность рецидива деформации перегородки заставляют нас уничтожить и его, то можно поступить так: 1) ломают перегородку каким нибудь инструментом (например, затупленными щипцами Luc'a) выше и ниже гребешка, совершенно не отсепаровывая слизистой; это не всегда удобно и не безопасно в том смысле, что одновременно с отламыванием кости можно прорвать и слизистую оболочку на обеих сторонах; 2) отсепаровывают слизистую оболочку с одной стороны; костные же пластинки переламывают вместе с покровом другой стороны; отломки по возможности фиксируют тампонами в прямом положении; те же тампоны прижимают отделенную слизистую оболочку к отломкам и обеспечивают ее приживание; 3) отсепаровывают слизистую на вогнутой стороне совершенно, а на выпуклой только сверху гребешка и снизу его, пересекают кость ножницами, пилой или долотом также выше или ниже его, а если удается, то и сзади; если же не удастся, то надламывают оставшееся не рассеченным место сзади гребешка, и далее поступают, как в пунктах 1 и 2; наконец, 4) в крайнем случае, когда деформация слишком велика, приходится резецировать глубокую кривизну целиком и по общепринятому способу.

Резюмируя все сказанное, можно заключить, что предполагаемая консервативная операция перегородки является некоторым возвратом к оставленным в настоящее время прежним способам выпрямления перегородки простым ломанием ее, и имеет общее с ним преимущество—большую гарантию ее будущей прочности; она выгодно отличается от этих методов тем, что совмещает одновременно достоинства подслизистых операций и обеспечивает целостность перегородки в смысле перфораций*), которые были обыденным последствием прежних грубых остеокластических и других неподслизистых приемов.

В литературе мы нашли следующие указания на однородные попытки усовершенствования операции перегородки:

1. John Mackenzy, N. Y. Medical Record. 1911. 25. XI. Удаляет spina maxillaris и прилежащую полосу хряща на расстоянии до 5 миллиметров выше дна носовой

*) Частота перфораций по статистике Diepold'a (реф. Zentralblatt für Ohrenheilkunde 1915 стр. 27); по Fein'у а 50% случаев; по Krieg'у—12,3%; по Freer'у—10%; по Horn'у—6%.

полости; надрезывает хрящ вдоль верхнего края девиации сзади наперед без повреждения слизистой другой стороны; перегибает хрящ и удерживает его в прямом положении четверо суток (оперировано 100 случаев).

2. Halle. Zeitschrift für Laryngologie. 1908. т. I стр. 315. Реф. в „Вестнике ушных, горловых и носовых болезней“. 1909 г. стр. 318. При вывихе перегородки делает два разреза, между которыми остается пластинка хряща для подпорки верхушки носа.

3. Zemann. Archiv für Laryngologie. 1913. Реф. в „Ежемесячнике ушных болезней“. 1917 г. Разрабатывает вопрос о частичном сохранении искривленной носовой перегородки.

4. Ch W. Richardson. Реф. по Zeitschrift für Laryngologie. 1913 г. стр. 864. Ломает костную часть перегородки и закрепляет ее в прямом положении.

Обстоятельные работы, в которых можно познакомиться с современным состоянием вопроса об операции перегородки:

1. V. Eicken. Leitschrift für Laryngologie. 1914 г. стр. 210.

2. М. Самойленко. Деформации носовой перегородки и их лечение. С.-Петербург. 1913 г.

Из отделения ушных, горловых и носовых болезней Рижского Военного Госпиталя.

О ректальном наркозе эфиромасляными клизмами *).

Ч. М. Чарновская.

Хирургу, имеющему дело с операциями на лице, шее и голове, не раз приходится испытывать много неудобств от общего наркоза через рот. Часто можно наблюдать, как ассистент, стоящий на наркозе, несмотря на весь свой опыт и умение приспособляться, мешает оперирующему, который в свою очередь стесняет дающего наркоз. Ведение наркоза при больших операциях на черепе и шее, или таких, как радикальная операция гайморовой полости, резекция верхней челюсти, операции на гортани, бронхоскопия и т. п.—бывает весьма затруднено. Поле операции находится при этом в непосредственной близости с маской и руками дающего наркоз; хирург не имеет достаточного простора, трудно соблюсти все требования асептики; еще труднее наркотизирующему уследить за всеми деталями наркоза, как-то: реакция со стороны зрачков, борьба с западанием языка, правильное и равномерное введение наркотика больному и т. д. Существует наконец целый ряд случаев, когда хирург не решается на операцию только потому, что применение наркоза через рот встречает те или иные затруднения. Если Вы имеете пожилого больного с глухими тонами сердца и с явлениями со стороны легких, или если перед Вами ребенок с явлениями неразрешившейся пневмонии, и этим больным предстоят большие операции, которые будут продолжаться часами, Вы невольно задумаетесь, стоит ли делать им операции ввиду угрожающих опасностей от хлороформа или эфира.

Ректальный наркоз при помощи эфиромасляных клизм совершенно устраняет все эти затруднения.

Способ этот далеко не нов. В литературе имеются указания, что еще в 1887 г. Н. И. Пироговым, а впоследствии и его учениками с целью общего наркоза были произведены попытки введения паров эфира в прямую кишку. Однако попытки эти вызвали сильное воспаление слизистой оболочки прямой кишки и в большинстве случаев сопровождались явлениями острого колита. При вскрытии двух погибших у Баума больных, в одном случае были найдены омертвление и прободение слепой кишки, а в другом—сильное кровотечение в толстой кишке и множественные язвы. Вследствие этого прямокишечный наркоз парами эфира был оставлен. В 1910 г. Sutton'ом был предложен прибор, позволяющий вводить в прямую кишку кислород, насыщенный парами эфира. Ввиду, однако, сложности прибора способ этот распространения не имел. В 1912 г. Prampolini предложил вводить в прямую кишку 5% раствор эфира в физиологическом растворе с предварительным впрыскиванием морфия и атропина. Гарнак, однако, ни разу не видел полного наркоза от применения этого способа и последний, таким образом, тоже, видимо, оставлен. Наконец в 1913 году американским врачом Gwathmey'ем был предложен способ общей анестезии при помощи клизм из эфира, смешанного с маслом. Gwathmey произвел более 1000 операций под ректальным наркозом с эфиромасляными клизмами и ни разу не наблюдал каких-либо вредных последствий своего способа наркоза. Вскоре после этого многие хирурги, в том числе и русские, стали применять эфиромасляные клизмы.

Для проведения ректального наркоза можно употреблять почти всякий эфир, имеющийся под руками. Лучше всего, конечно, иметь *Aether purissimus pro narcosi*;

*) Сообщено в заседании Научного Совещания врачей 27. III. 21 при Рижском военном госпитале.

но и другие сорта эфира, обычно отличающиеся от него лишь содержанием воды, смело могут быть пушены в ход. Дело в том, что вредные примеси, содержащиеся иногда в небольшом количестве в эфире, несравненно легче могут быть перенесены организмом при медленном введении их per rectum, чем если бы они быстро были введены в легкое при наркозе через рот. Необходимым для этого способа наркоза маслом может быть прованское. У русских авторов есть указания на применение ol. Sesami. Мы в своих случаях применения ректального наркоза пользовались, за неимением другого, подсолнечным маслом, которое к тому же, было совершенно негодно к употреблению в пищу по причине прогорклости. Тем не менее масло это не вызывало никаких неприятных последствий, или мешающих ведению наркоза явлений.

Каковы же показания к применению ректального наркоза эфиромасляными клизмами?

1. Область операции: лицо, шея, голова.
2. Продолжительность операции. Состояние полного наркоза продолжается часами и Вы можете оперировать в течение нескольких часов.
3. Наличие катарров дыхательных путей, хроническое воспаление легких, туберкулез, эмфизема и т. п., в особенности при наличии недостаточности или слабости сердечной деятельности, когда ни эфира ни хлороформа per os вводить нельзя.
4. Операции в брюшной полости. Эфир per os часто вызывает рвоту, которой не бывает при введении per rectum.
5. Необходимость делать операцию больному без его ведома (детская практика малосознательное отношение к опасностям своего болезненного состояния) и необходимость избежать сопротивления наркозу.
6. Нежелание или страх больного подвергнуться наркозу, обуславливающий собою иногда тяжелые осложнения. Обстановка введения больному эфиромасляной клизмы на его постели в палате мало отличается от простой водяной клизмы и устраняет совершенно этот страх.
7. Неуверенность в чистоте имеющегося под руками препарата эфира для наркоза через рот.

Сфера противопоказаний к применению эфиромасляных клизм значительно уже:

1. Хронические и в особенности острые катарры толстых кишек, могущие усилиться от применения такой клизмы.
2. Область операции: прямая кишка, промежность, таз.
3. Кратковременность операции и необходимость быстро усыпить больного.

Техника ректального наркоза весьма проста и отличается у различных авторов весьма немногим.

1. По Gwarhney'ю, основателю способа, готовится смесь эфира с прованским маслом соответственно возрасту больного, причем для детей от 1—6 лет берется 50% смесь, от 6—12 лет—65%—ная, от 12 л. и старше дается 75%—ная. Начиная с 12 лет рекомендуется предварительное впрыскивание морфия. Клизма готовится таким образом, что на 20 фунтов веса больного вводится 30,0 грамм указанной смеси.
2. Др. Монюшко применяет от 195,0—210,0 грамм эфира смешанного с 65,0—70,0 гр. прованского масла. (Выходит около 250—260 куб. ст. эфира).
- 3) Аксенов и Юхельсон брали равные количества эфира и масла и готовили клизму из расчета по 40 куб. ст. эфира на каждый пуд веса женщины и 50 куб. ст. эфира—на каждый пуд веса мужчины.
4. Ревидцева и Домбровская давали от 90,0—100,0 грамм эфира, смешанного с двойным количеством кунжутного масла.
5. Европин употребляет смесь равных количеств эфира и масла из расчета 1,0 грамм эфира на 1 фунт веса больного.
6. Нами применяется эфир в количестве 50 куб. ст. на каждый пуд. веса мужчины, 40 куб. ст. на пуд веса женщины и 30 куб. ст. на пуд веса маленького ребенка; причем на весь объем эфира мы даем половину объема масла у взрослых и равный объем—у детей.

Таковы способы приготовления смеси.

Несложный инструментарий, нужный для ведения ректального наркоза, состоит в следующем:

1. Кружка Эсмарка, или большая воронка.
 2. Две толстые резиновые трубки.
 3. 1 толстый, мягкий катетр.
 4. Зажим.
 5. Шприц, емкостью в 250—300 куб. ст., для введения смеси в прямую кишку (может быть заменен Эсмарковской кружкой или большой воронкой).
 6. Ведро для теплой воды.
 7. Градуированный цилиндр, емкостью в 300—400 кубиков.
 8. Сосуд (большая чашка или кружка) для смешивания эфира с маслом.
- Накануне вечером больному дается слабительное; утром за $\frac{1}{2}$ часа до наркоза—простая водяная клизма за $\frac{1}{4}$ часа—шприц морфия под кожу.

Самая процедура введения эфира-масляной клизмы сводится к следующему. Больной в палате на своей постели, в положении на левом боку с несколько приведенными к животу бедрами. Резиновый толстый катетр, смазанный вазелином, вводится на глубину 12—15 сантиметров в прямую кишку. Медленным давлением поршня шприца, в который набирается смесь, или медленным поднятием Эсмарковской кружки, или воронки в случае неимения шприца, эфира-масляная клизма вводится в кишку. Обычно появляются при этом жалобы на небольшое и скоро проходящее жжение и позывы на низ. Жжение бывает совершенно незначительное; позывы на низ устраняются просто словами наркотизирующего. Вслед за этим Вы предлагаете больному удобно лечь в своей постели в положении на спине, укрыться одеялом и спать. Нельзя здесь не отметить обычно наблюдающегося в этот момент спокойного и бодрого настроения как самого больного так и передающегося ему такого же настроения его товарищей по палате, чем выгодно отличается этот способ наркоза от других. Через 2, 3 минуты после введения клизмы ясно ощущается запах эфира в выдыхаемом воздухе, появляется легкое головокружение, иногда веселое настроение и больного начинает клонить ко сну. Редко появляется период возбуждения. Минут через 40, 50 обычно наступает состояние полного наркоза с расслаблением всех мышц, отсутствием конъюнктивальных и зрачковых рефлексов при несколько суженных зрачках, и теперь Вы можете приступить к операции. Состояние наркоза длится 2, 3 иногда 4 и 5 часов и Вы можете оперировать в любое время этого большого промежутка. Пульс и дыхание иногда значительно замедляются. При замедлении пульса до 40—45 ударов в минуту и дыхания—до 10—12 раз в мин. надлежит вывести остающуюся в кишке часть клизмы после чего и пульс и дыхание учащаются. Если состояние полного наркоза наступает очень быстро, скажем через 12—15 минут, то нужно считать, что у данного индивида происходит слишком скорое всасывание эфира, и во избежание осложнений в таком случае остатки клизмы нужно вывести. Остатки клизмы надлежит вывести и в том случае, если независимо от времени наступления полного наркоза больной начинает сильно храпеть, язык и челюсть западают, а с конъюнктивы и со зрачков отсутствуют рефлексы. Если в течении получаса, или $\frac{3}{4}$ часа, больной не спит, надлежит ввести добавочную эфира-масляную смесь в количестве приблизительно $\frac{1}{4}$ первоначальной дозы. Случается, особенно у детей, которые иногда выбрасывают смесь, что добавочную клизму приходится вводить и 2 и 3 раза. Двух и трех кратное введение добавочного ректального наркоза наблюдалось иногда в наших случаях и у взрослых, причем добавки эти нами применялись через каждые полчаса и в размере $\frac{1}{4}$ первоначальной дозы.

Из сказанного видно, что в течении этого начального периода наркоза наблюдение за больным можно поручить лекарскому помощнику, или опытной сестре. Выведение остающейся в кишке эфира-масляной клизмы в тех случаях, когда этого требует значительное замедление пульса и дыхания, или одно из вышеперечисленных ненормальных явлений, производится при помощи одной толстой резиновой трубки, типа употребляющихся для промывания желудка, вставленной в прямую кишку, причем остатки клизмы выливаются самопроизвольно, или выжимаются из кишки при надавливании рукой на colon descendens. Если смесь почти вся всосалась

и нужно произвести промывание кишки, то пользуются двумя резиновыми трубками, причем одна из них надевается на наконечник Эсмарховской кружки, а другая свешивается в ведро или подкладное судно. Через Эсмарховскую кружку вводится в кишку теплая вода, а через трубку свешивающуюся в ведро, остатки эфира масляной клизмы вместе с водой выводятся наружу. Все эти манипуляции, если имеются к ним показания, легко может произвести лекарский помощник, или сестра, без того чтобы была прервана операция. К тому же нужно сказать, что перечисленные осложнения в течении ректального наркоза обычно наблюдаются в начальном периоде его, когда к операции еще не приступали. Имеется, таким образом, возможность вывести остающуюся в прямой кишке эфирную смесь, устранить слишком сильное действие наркотика и подать больного в операционную с выправившимся пульсом и дыханием.

В ушном отделении Рижского Военного Госпиталя произведено 120 операций с дачею наркоза через прямую кишку.

Возраст больных, подвергшихся ректальному наркозу, колебался в наших случаях от 2-х месяцев до 56 лет.

На нижеприводимой табличке указаны операции, при производстве которых был применен ректальный наркоз.

Название операции.	Количество случаев.
Радикальная операция среднего уха	83
Антротомия	19
Операции по поводу внутри черепных осложнений	8
Операции по поводу тромбоза синусов	4
Пластические операции	3
Резекция верхней челюсти	1
Резекция нижней челюсти	1
Резекция ребра	1
Итого	120

Смертельных исходов, обусловленных наркозом через прямую кишку мы не наблюдали.

В одном случае, при очень тяжелом общем состоянии больного, страдавшего тромбозом всех синусов левой половины головы и, как оказалось на вскрытии, гнойным менингитом, вскоре после дачи ректального наркоза мы имели, повидимому, паралич расширителей гортани и остановку дыхания, потребовавшую трахеостомии, после чего дыхание восстановилось и операция была произведена. В одном случае мы наблюдали значительное замедление дыхания (до 5 раз в мин.) и пульса (до 58 ударов в минуту); то и другое прошло после промывания кишки. В двух случаях нам пришлось оперировать в течении острых явлений катаральной пневмонии причем оба больные, легко перенесли ректальный наркоз, поправились через несколько дней от воспаления легких.

Здесь надлежит еще сказать несколько слов о действии эфира-масляных клизм на кишечник. Тотчас после введения клизмы, как уже было указано, появляется чувство жжения в прямой кишке, на которое особенно реагируют маленькие дети, старающиеся при этом выбросить эфирную смесь из кишки. Однако, жжение это весьма незначительно и в течении двух, трех минут проходит.

В течении всего времени засыпания, а равно и после пробуждения от наркоза, больные не предъявляют никаких жалоб с этой стороны. Как правило, — никаких явлений раздражения кишечника после применения ректального наркоза не наблюдается. В шести случаях у нас наблюдалось легкое раздражение кишечника в виде жидкого стула несколько раз в день в течении первого дня после наркоза, без тенезма и болей. Впрочем часть этих случаев может быть объяснена также и диететическими погрешностями.

Ввиду сравнительной новизны для нас этого способа, ректальный наркоз применялся нами с большой осторожностью. Период, потребный для достижения полного сна в наших случаях колебался от 12 минут до 2-х с лишком часов и в одном случае — до 3-х часов. Такой большой промежуток объясняется наличием тех случаев,

когда вследствие излишней предосторожности, вытекавшей из недостатка личных наблюдений, мы слишком поздно прибегали к даче добавочного наркоза. Анализируя в этом направлении наш материал, мы видим, что в 33-х из 120 случаев наркоз оказался недостаточным и действие эфиромасляной клизмы пришлось усилить дачей небольших количеств эфира или хлороформа через рот, причем наблюдалось, что на все время продолжавшейся обычно больше часа операции требовалось лишь несколько капель, реже несколько грамм, хлороформа. Если принять во внимание с другой стороны ничтожное количество случаев, где потребовалось произвести промывание кишечника, причем пульс и дыхание сразу становились лучше, то указанные 33 случая добавления наркоза через рот можно почти все отнести за счет излишней осторожности в начале применения описываемого способа наркоза.

Средняя продолжительность наступления полного наркоза в наших случаях равнялась 1 часу 11 мин., причем это арифметическое среднее значительно больше в первых десятках наших случаев и значительно меньше в последнее время наших наблюдений. Есть, таким образом, все основания думать, что с усовершенствованием техники ректального наркоза и особенно при умении вовремя вывести остающийся в кишке эфир, постепенно устранятся почти все случаи с дополнительной дачей наркотика через рот.

Разбирая далее наш материал, мы видим, что во всех 7 случаях наблюдавшихся у нас осложнений наркоза в виде более или менее значительного угнетения деятельности сердца и дыхания с необходимостью произвести промывание кишечника, угнетение это наступало в течении первых 35-ти мин. после введения эфиромасляной клизмы и до начала операции. С другой стороны мы видим, что в тех случаях, когда производилось добавление наркотика *per os* или *per rectum*, сон наступал не раньше, чем через час; при этом ни в одном из случаев дачи добавочного наркоза не пришлось прибегать к промыванию кишки. Отсюда мы сделали вывод и взяли себе за правило, о чем говорилось уже выше, что если через пол-часа после введения эфиромасляной клизмы больной еще далеко не спит, то надлежит ввести добавочную порцию ректального наркоза.

Средняя продолжительность уже наступившего полного наркоза, т. е. время, в течении которого можно оперировать больного без того, чтобы он значительно реагировал, в наших случаях равнялась 3 час. 33 мин. В одном случае удаления нижней челюсти, миндалика, части языка, части мягкого неба, перерожденных лимфатических желез шеи, перевязки *carofidis externae* и вставления костного протеза по поводу распространенного рака нам пришлось оперировать в течении четырех с половиной часов! Несмотря на пожилой возраст больного, артериосклероз и миокардит 6-ной весьма легко перенес наркоз; при этом больному было введено в клизме всего 120 куб. ст. эфира, оказавшимися достаточными для этой громадной операции. Конечно, в данном случае никакой наркоз через рот не мог бы дать столь благоприятного эффекта.

На нижеследующей таблице проводится параллель между эфирным наркозом *per os* и *per rectum*.

Per os.	Per rectum.
<p>Краткость всех трех периодов: усыпления, сна и пробуждения.</p> <p>Для операции, продолжающейся час, полтора требуется не меньше 200, 250 грамм эфира.</p>	<p>Длительность всех трех периодов.</p> <p>Это же количество эфира достаточно для операций, продолжающихся даже несколько часов. Чем более длительно предполагается операция, тем более возрастают показания к применению ректального наркоза. Особенно это относится к длительным операциям под хлороформом, вредное влия-</p>

Per ós.

Неприятное чувство страха перед наркозом и перед операционной обстановкой.

Требуется значительный опыт ведения наркоза вообще. Наркотизатором непременно должен быть врач, который в течении всего наркоза должен следить за состоянием больного.

Период возбуждения, иногда выраженный в такой сильной степени, что требуется несколько человек, чтобы удержать больного на столе.

Частое западание языка, необходимость вытягивать его и прошивать, или удерживать языкодержателем; необходимость придерживать челюсть, вытирать глотку и т. подоб.

Обильное скопление слизи в верхних дыхательных путях.

Часто наблюдаемая рвота во время наркоза.

При осложнениях от наркоза, вызванных слишком большой дозой эфира, необходимо бывает прекратить операцию, производить искусственное дыхание, наблюдать за зрачками и лицом больного, потягивать за язык и т. под.

Быстрое наступление осложнений от наркоза и обычно наблюдаемая в таких случаях лихорадочность и растерянность в работе персонала.

Опасность эфирного наркоза при свечах, керосиновых лампах, газовом освещении и в тесных помещениях.

Часто наблюдающиеся явления раздражения дыхательных путей и легких и обострения воспалительных процессов в этих органах.

Per rectum.

ние больших доз которого всем известны.

Больной может не знать о начале наркоза. Засыпает и просыпается у себя в палате. Какой-либо страх отсутствует.

Ведение и наблюдение за наркозом смело можно поручить лекарскому помощнику или сестре и лишь в редких случаях осложнений, и то возникающих обычно до операции, необходима помощь и наблюдение врача. Во время операции больной почти не требует наблюдения.

Отсутствие значительно выраженного периода возбуждения; медленное и спокойное наступление сна.

Полное отсутствие явлений западания языка в течении нормального ректального наркоза, который сопровождается спокойным, ровным сном, без храпа и без скопления слизи в дыхательных путях.

Редко наблюдается рвота до или после наркоза. Еще реже рвота наблюдается во время наркоза.

При явлениях слишком сильного действия эфира через прямую кишку достаточно, не прекращая операции, промыть кишечник. Впрочем, все явления осложнения ректального наркоза обычно наблюдаются и ликвидируются до операции.

Медленность наступления осложнений от наркоза и возможность спокойно с ними справиться.

Полная безопасность.

Никакого влияния на дыхательные пути и легкие—даже при выраженном болезненном их состоянии.

Per os.	Per rectum.
<p>Вредное влияние на дыхательные пути примесей к эфиру перекиси водорода, альдегида, серной и уксусной кислот и др.</p> <p>Быстрое пробуждение после наркоза, сопровождающееся обычно рвотой, головными болями, чувством разбитости и сильными болями в оперированной области.</p> <p>Кормление больных на другой, иногда даже на третий день после эфирного наркоза часто вызывает рвоту.</p>	<p>Менее вредное влияние этих примесей эфира, которые предварительно проходят через капилляры кишечника и печени.</p> <p>Ни головных болей, ни чувства разбитости. Значительно меньше беспокоящая больного тошнота и рвота и нечувствительность в течении долгого времени к болям в оперированной области. Медленное пробуждение.</p> <p>Уже вечером того же дня бывает можно поить и даже кормить больных без тошноты и рвоты.</p>

Подводя итоги нашим наблюдениям над применением ректального наркоза эфиромасляными клизмами, мы должны сказать, что вопрос об этом способе наркоза очень интересен и его необходимо разработать на большом материале. Анализ наших случаев, правда немногочисленных, но тем не менее ни разу не заставивших нас пожалеть о применении ректального наркоза, позволяет высказаться с уверенностью в пользу широкого применения этого способа наркоза в хирургии при вышеуказанных к нему показаниях. И если за последнее время сознание выгод эфирного наркоза вообще перед хлороформным, по словам проф. Кравкова, постепенно растет и применение его становится все шире, то при помощи наркоза эфиромасляными клизмами мы еще больше расширяем сферу применения эфира и устраняем почти все противопоказания к эфирному наркозу вообще.

Особый интерес к описанному способу ректального наркоза должна проявить хирургия головы, где выгоды этого способа очевидны. В частности, врачу-специалисту оторино-ларингологу способ этот даст во многих случаях неоценимые услуги.

Ампутация по Gritti.

Д-ра Острогорскою.

После того, как Пирогов ввел в хирургическую практику свою знаменитую операцию, Gritti в 1857 г. предложил остеопластическую ампутацию бедра выше колена. На живом она впервые была произведена Sawostitzki'm в Киеве в 1862 году.

Первоначальная методика операции по Gritti такова (привожу по Oliva), оператор образует передний четырехугольный (или даже закругленный), так называемый пателлярный лоскут, проводя кожный разрез, который от верхнего конца capitulum fibulae проходит поперечно через переднюю поверхность голени сантиметра на три ниже нижнего края чашечки до середины внутренней поверхности головки tibiae. От обоих конечных пунктов этого поперечного разреза проводятся два боковых продольных через мышелки бедра до уровня верхнего края чашечки. Потом кожа левой рукой оттягивается вверх и лоскут отпрепаровывается до нижнего края чашечки; ligamentum patellae на месте соединения с чашечкой поперечно пересекается, и открывается сустав. После этого оператор приступает к отпиливанью внутренней поверхности чашечки. Это делается таким образом, что он отвертывает лоскут вместе с patella вверх, фиксирует ее левой рукой в перпендикулярном направлении, придавливая ее верхний край к передней поверхности мышелков бедра, и отпиливает ее суставную поверхность маленькой дуговой пилой. После этого сдвигают больного на край стола, чтобы сделать задний лоскут и перепилить бедро. Лоскут вырезывается от боковых разрезов через перпендикулярное к оси бедра сечение, которое идет к кости и соединяет оба боковые разрезы переднего лоскута приблизительно на два сантиметра ниже их верхних концов.

Перепиливанье бедра производится на два сантиметра выше свободного края заднего лоскута, где поперечник кости как раз сходится с опиленной поверхностью patellae. После перевязки сосудов опиленная поверхность patellae приводится в точное соприкосновение с культей бедра и здесь фиксируется швом, проведенным нижнего края костей. Кожные края переднего и заднего лоскутов соединяются etc.

В этот первоначальный способ в последующее время многократно вносились различные изменения. Одни делали пателлярный лоскут более длинным (Schuh), или овальным (Linhart); другие старались достигнуть более прочного соединения костей путем перерезки сухожилия quadriceps'a (Neudörfer, Szymanowski), наложением гипсовой (Michnowski), или коллодийной (von Wahl) повязки, с помощью костного шва (Bardeleben), приколачиваньем (Sawostitzki, Brnns). Некоторые (Gross, Rizzoli, Melchior) накладывали на бедро patell'y без предварительного отпиливанья ее хрящевой поверхности. Многие обратили свое внимание на уровень распила бедренной кости, причем в то время, как авторы конца прошлого столетия (Ried, Stokes) стремились поднять этот уровень, в новейшее время Wilms переносит его книзу, на мышелку. Наконец, некоторые изменили прямое опиливанье суставной поверхности patellae на углообразное (Busières), или в дугообразное (Kocher).

Операция Gritti в доантисептическое время не получила большого распространения, так как оказалось, что она часто влекла за собою тяжелые септические осложнения—субфасциальные и межмышечные флегмоны, нагноения под пателлярным лоскутом, некроз опиленных костей, гангрену лоскутов. Смертность операции была весьма высока; по статистике Salzmann'a она определяется от 74 до 79%. Такие печальные результаты не могли не сказаться на дальнейшей судьбе операции.

в начале антисептической эпохи операция была забыта. В статистике Бреславльской хирургической клиники упоминается 27 ампутаций бедра; из них нет ни одной по Gritti (Müller. Statistik der Amputat. der K. chirurg. Klinik zu Breslau vom Jahre 1877 г.—bis März 1884 г.). В клинике Billroth'a с 1877—1880 г.г. было произведено 23 ампутации бедра; по Gritti операция ни разу не была произведена. (A. Wölfler. Die Amputationen an Prof. Billroth's Klinik 1877—1880 гг.). Тоже самое нужно сказать о статистиках Küster'a—57 ампутаций (Kleinwächter. Die Amputat. und Exartic. im Augusta-Hospital in den Jahren 1871—1885 гг.); Oberst'a—85 ампутаций (Oberst. M. unter dem Einflusse der Antisepsis. Behandl. in der Hall. Klinik. 1874—1880).

В 90-х годах прошлого столетия операция Gritti опять начинает привлекать внимание хирургов.

Wenzel из клиники проф. Trendelenburg'a сообщает о девяти случаях (1885—1887) с хорошим непосредственным и окончательным результатом. Voigt из клиники проф. Albert'a приводит десять случаев, из которых восемь дали хороший результат; двое погибли от причин, не зависящих от операции. Oliva из клиники Bruns'a сообщает 9 случаев; все с хорошим результатом.

Казалось бы прошедшая война 1914—1917 года должна была бы дать богатый материал по данному вопросу; оказывается, что на всех фронтах костнопластические операции производились редко, а в особенности на нашем фронте (Мартынов, Романов). По материалу Клопфера, обнимающему 168 ампутаций бедра, операция Gritti была произведена всего в 12 случаях.

Мне кажется, причина указанного явления двоякая: с одной стороны технические трудности операции—нужно думать, что операции во многих случаях произвелись начинающими хирургами,—с другой стороны, операции производились в большинстве случаев по витальным показаниям по поводу тяжелых нагноительных процессов, требовавших открытого лечения раны и потому не допускавших пластики.

В течение 1919—1920 академического года я имел возможность в клинике проф. Оппель наблюдать четыре случая операции по Gritti; у меня получилось впечатление, что операция с технической стороны весьма проста. Проф. Оппель производит операцию следующим образом. Дугообразный разрез при слегка согнутом колене, начинающийся на середине боковой поверхности одного мыщелка спускается до *tuberositas tibiae* и восходит до середины противоположного мыщелка. Разрез проводится сразу до кости. Лоскут с *patella* откидывается кверху, femur перепиливается, отступая на 2 ст. от верхнего края суставного хряща. Артерия прижимается помощником в верхней $\frac{1}{3}$ бедра к кости. На уровне распила кости мягкие части пересекаются одним ударом. Сосуды перевязываются, *Patella* накладывается на бедренную кость. Проводится матрацный шов из крепкого шелка с одной стороны через *ligamentum patellae*, с другой через сухожилия сгибателей и остатки суставной сумки. Кожный Т-образный шов. Обыкновенная повязка. В таком виде операция была произведена проф. Оппель в первый раз 16 апреля 1914 на 67 летнем пациенте (Аксентьевский Николай) по поводу гангрены левой стопы. Пациент погиб от прогрессирующей гангрены и сепсиса. С 1914 по 1916 г. операция была произведена 4 раза (16 марта, 1914—Колосов, 64 л. *Gangraena pedis sin.*; 27 октября 1915 г.—Енисеев Иван. *Cancer cruris dextr.*; 11 декабря 1915 г.—Плинер Соломон, 46 л. *Gangraena cruris sin.*; Панчинский 55 л. 1915 г.) с хорошим результатом.

Привожу краткие выдержки из историй болезни тех случаев, которые я наблюдал.

1. Дрейер, 23 л.; еврей, музыкант; поступил в клинику 29 ноября 1919 г. *Endoarteriitis obliterans, gangraena digitorum pedis sinistri.*

28 февраля 1920 г. *amputatio femoris sinistri* по Оппелью. *Ligatura v. femoralis dextrae.*

8 марта Сняты швы, *prima intentio*. *Patella* подвижна, культя болезненна.

15 марта *Idem.*

26 марта *Idem.*

2 апреля *Patella* неподвижна, при давлении болезненна.

5 мая *Idem.*

6 июня, культя при нагрузке неболезненна. Боли в верхнем углу рубца при давлении.

8 октября. Теже боли при давлении. *Patella* неподвижна, неболезненна.

2. Бальцевич Иван, 51 г., поляк, аптекарь поступил 8 января 1920 г. *Endoarteriitis obliterans, gangraena cruris ei pedis sinistri.*

- 15 января. Amputatio femoris dextr по Оппел'ю.
 23 января. Сняты швы; prima intentio. Patella подвижна, болезненна.
 30 января. Культя болезненна при давлении и нагрузке. Отшла лигатура.
 10 февраля. Ранка гранулирует медленно. Культя болезненна. Patella мало подвижна.
 25 февраля. Большой выписался с небольшой гранулирующей ранкой. Культя болезненна при нагрузке. Рентген показывает смещение patellae кзади.
 3. Завилович Аарон, 42 л., еврей. дантист. Поступил 25 февраля 1920 г. Endoarteriitis obliterans, gangraena ped. d.
 28 февраля. Операция по Оппел'ю.
 8 марта. Сняты швы; prima intentio.
 10 марта. Культя болезненна при давлении. Patella слегка подвижна. Умер от дизентерии.
 4. Вацеславов Павел, 38 л., поляк. Поступил 10 февраля 1920 г. Endoarteriitis obliterans, gangraena pedis dextr.
 14 февраля. Операция по Оппел'ю.
 21 февраля. Сняты швы; prima intentio. Patella болезненна при давлении, неподвижна.
 25 февраля. Idem.
 3 марта. Болей в культе нет и при погрузке и при поколачиваньи, patella неподвижна. Выписался 22 марта. Культя неболезненна. Patella неподвижна.

К этим четырем я могу присоединить еще один случай, оперированный др-ом Будинским в 2 лазарете Красного Креста с хорошим результатом.

Противники операции Gritti говорят, что операция сложна: требуется провести два костных распила, при чем отпиливание patellae затруднительно. Далее нужно тщательно фиксировать распилы посредством гвоздя или костного шва. Все это осложняет операцию; требует времени и ловкости оператора. Вышеприведенные случаи ясно показывают, что опиление patellae, которое действительно затруднительно, т. к. patella легко выскальзывает из под пилы, при чем возможно поранение мягких частей, не обязательный момент операции. Он может быть опущен без ущерба для дела. Хрящ patellae вследствие давления культы бедра атрофируется и разсасывается, получается, так сказать, decubitus хряща, и он заменяется соединительной тканью. Это видно на нашем препарате. Препарат взят от умершего от дизентерии больного Завилович. Он представляет (Рис. 1) срединный разрез через мягкие и костные части культы. На нем ясно видно, что patella плотно прилегает к бедру, причем угол на хрящевой поверхности patellae несколько входит в костномозговой канал бедренной кости. По направлению кзади хрящ patellae утончается и у края совсем исчезает. Здесь, очевидно, начинается рассасывание хряща. Мы не можем сказать с уверенностью, наступает ли впоследствии между patella и бедром костное сращение, или же остается только соединительно-тканное соединение, синдесмоз. Рентгеновские снимки, сделанные в боковом направлении с больных. (Дрейер—спустя 10 месяцев после операции; Матвеев—два месяца после операции; Бальцевич—один месяц), показывают, что костного сращения не наступило. Больные не пользовались культей. Я думаю, если бы они пользовались ею, то, благодаря постоянному механическому раздражению, наверное получилось бы костное сращение, так же как это происходит при застарелых несросшихся переломах при лечении поколачиваньем по Турнеру. Во всяком случае повторное исследование больных после операции убедило нас, что patella неподвижна, следовательно достаточно фиксирована разрождениями соединительной ткани. В сущности говоря безразлично в смысле функции в данном случае имеется ли синостоз или синдесмоз. Последнее соединение мы встречаем, как физиологическое в некоторых частях скелета (таз).

Фиксирование patellae гвоздем или костным швом не обязательно (Ауз); достаточно простого пришиванья ligamentum patellae к сгибателям бедра. Рентгеновские снимки и препарат показывают, что она сохраняет положение, приданное ей при операции. Правда, в одном из наших случаев получилось всетаки смещение patellae (кзади). Повидимому это смещение произошло вследствие того, что распил бедра был произведен слишком высоко, благодаря чему сухожилие quadriceps'a не было напряжено и не получилось поэтому плотного прилегания patellae к бедру. При неосторожных движениях больного, а может быть при наложении повязки patella была смещена. Итак, при разбираемой нами модификации из операции Gritti исключаются два момента: опиление patellae, костный шов. Благодаря этому операция значительно упрощается. Она превращается в обыкновенную лоскутную ампутацию с той только разницей, что здесь в лоскуте заключена patella. В таком виде операция не пред

ставляет никаких трудностей, доступна и для начинающих хирургов, требует минимум времени.

К недостаткам операции Gritti относят то, что *patella* недостаточна для прикрытия распила бедренной кости, благодаря чему получается выстояние острого края распила и последующий *decubitus* противолежащих мягких частей. Подобное состояние действительно может наступить в том случае, если бедренная кость опиливается слишком низко, через мышелки. Но мы проводим распил только над мышелками, благодаря чему получается более или менее точное совпадение поперечников обеих костей. Если острый край распила бедренной кости все-таки выстоит, то он сравнивается костными щипцами.

Надмышелковый распил имеет еще то преимущество, что при нем нет напряжения сухожилия *quadriceps'a*, чем предупреждается соскальзывание *patellae* вверх. Это осложнение повидимому вообще бывает редко. Bohl (1896) в антисептическое время нашел между 82 случаями с 1878 г. указанное осложнение только 6 раз—7,3%, причем при помощи вытяжения липким пластырем оно было устранено. Rioblenc (1895) насчитывает с 1880 г. между 69 случаями соскальзывание *patellae* 7 раз с двумя последующими репозициями; из оставшихся пяти четыре были обусловлены нарушениями в течении заживления раны. Из наших 5 случаев в одном наблюдалось смещение *patellae* кзади. Я объясняю это осложнение случайно более высоким уровнем распила бедренной кости. Таким образом, как слишком низкий, так и слишком высокий распилы бедра неблагоприятно отражаются на положении *patellae*.

При надмышелковом распиле с пришиванием *ligamentum patellae* к сгибателям бедра при условии правильной техники и безукоризненного течения заживления, смещение *patellae* не должно иметь места. С нашей точки зрения надмышелковой распил представляет еще ту выгоду, что облегчает приспособление протеза с подвижным коленом. В самом деле при низко положенном распиле, т. е., при чрезмышелковом бедро еще удлиняется за счет лежащей на дне бедренной гильзы, подкладка для культи и прилежащего к ней шарнира для сустава.

Таким образом, ось вращения сустава на ампутированной конечности будет ниже, чем на здоровой, иначе говоря культя+бедренная часть протеза будет длиннее, чем здоровое бедро. Этого не может быть при надмышелковом распиле, так как здесь между культей и осью сустава есть некоторое пространство, в котором и может поместиться подкладка для культи и бедренная часть искусственного сустава.

Говорят, что при операции Gritti существует опасность гангрены лоскута. При правильной технике эта опасность минимальна, так как лоскут не будучи длинным, имеет в то же время широкое основание, и, кроме того, кожа не отделяется от подлежащих частей. Во всяком случае гангрена лоскута здесь не чаще, чем при любой лоскутной ампутации. Статистика показывает, что при операции Gritti указываемое осложнение наблюдалось редко и при том не могло быть поставлено на счет операции (Альберт).

Целый ряд авторов—Lüoke, Linhart, Heine, Bruns, Salzmann высказываются отрицательно относительно конечных результатов операции Gritti в том отношении, что покрывающая чашечку кожа не приспособлена к давлению. Lücke (*Die Amputatio morbis transcond. nebst Bemerkungen über die Exarticulatio genu. Archiv f. kl. Chir* 1869 г. В. XI) говорит: „Когда становятся на колени, то касаются пола или бугорком большого берца или только нижней третью чашечки. Между тем главная поверхность *patellae* никогда не служит опорным пунктом, и наоборот, мы знаем, что давление и толчки на эту область могут повести к гигроне и *bursitis praepatellaris*. Не кажется, с этим нельзя согласиться. Хотя при нормальных условиях *patella* и не служит опорною поверхностью, все-таки кожа, покрывающая ее, привычна к растяжению и ко всякого рода insultам, с одной стороны благодаря постоянным движениям в коленном суставе, а с другой стороны, благодаря тому, что *patella* представляет, так сказать, выдающийся и потому подверженный insultам пункт. Сюда относятся прежде всего трение одежды, затем, мелкие травмы случайные и неслучайные. Если, напр., мы представим себе технику открыванья двери (плотно закрытой) толчкообразным движением колена, то нам ясно будет, что здесь опорным и следовательно, травмируемым пунктом будет именно *patella*. Соответственно этому

и кожа, покрывающая *patell'u* грубее, чем на остальных местах бедра. Таким образом, хотя кожный покров на *patella* и не обладает такой выносливостью, как напр. на *tuberositas tibiae*, тем не менее он привычен к давлению и весьма пригоден для прикрытия культи. Наконец, если мы теперь умеем воспитывать культи по *Hirschl'u*, то вообще говоря вопрос о выносливости кожи отпадает; если кожа не вынослива ее можно сделать таковой. Что же касается *bursitis praepatellaris*, то он, вероятно предполагается из теоретических соображений, а не из данных опыта. В литературе я не нашел указаний на это осложнение.

Подводя итог всему сказанному, я заключаю, что операция *Gritti* заслуживает широкого применения. С технической стороны в приведенной нами модификации она представляет в высшей степени простую операцию, требующую максимум 20 минут времени. Профессор *Оппель* делает ее в 6,7'. Она дает нам идеальную культю (*Ewald*); именно—культя покрыта привычной к давлению кожей, рубец располагается сзади, так что на опорной поверхности мы не имеем ни кожной, ни мышечной, ни костной раны. Форма культи сохраняется постоянно (*Oliva*), так как для образования культи служит *patella*, а не сокращающиеся мягкие части. Не малую роль играет сохранение прикрепления *quadriceps'a*, хотя некоторые авторы (*Lücke*) и не придают значения этому обстоятельству.

При операции *Gritti patella* фиксирована, и кажется на первый взгляд, что сохранение сухожилия *quadriceps'a* бессмысленно, так как он действует через посредство этой кости. Действительно, действие широких мышц выпадает, потому что они начинаются на бедре. Не так обстоит дело с *m-lus rectus*. Он прикрепляется выше вертлужной впадины и поэтому при фиксированной чашечке в состоянии производить сгибательные движения в тазобедренном суставе; кроме того он противодействует контрактуре флексоров. Все это имеет большое значение для пользования протезом.

Операция *Gritti* дает культю весьма удобную для последующего приспособления протеза с подвижным коленом.

В четырех из приведенных нами случаев операция *Gritti* была произведена по поводу тяжелых заболеваний, сопровождающихся резким понижением питания тканей, следовательно, понижением их способности к заживлению. Это позволяет нам рекомендовать операцию в случаях с подобным же состоянием тканей, как-то при диабетической гангрене, в военно-полевой практике, где способность тканей к заживлению понижена вследствие травмы или инфекции.

В тех случаях, где приходится оперировать в заведомо инфицированных тканях, где рана не может быть зашита и должна лечиться открыто, следует производить операцию по *Оппелю* в два момента. Сначала производится усечение конечности при чем пателлярный лоскут рыхло заворачивается в марлю и отворачивается. Когда рана очистится, распил бедра и хрящевая поверхность *patellae* очищаются от гниющей и приводятся в соприкосновение. Начиная с 1914 г. в течение всей кампании 1914—1917 года автор многократно оперировал указанным способом с хорошим успехом.

Также *Oehlecker* (1915) дважды применил этот принцип; один раз при ампутации по *Пирогову*, другой раз при ампутации по *Gritti*; оба раза с хорошим результатом. В такой модификации операция *Gritti* должна получить широкое применение в военной практике.

Литература:

1. Ауэ, Курс оперативной хирургии.
2. Венгловский. Оперативная хирургия.
3. *Ewald P.* Amputation und Tragfähigkeit des Stumpfes. Münch. med. Woch. 1916 № 21 стр. 772.
4. *Клопфер*. Об ампутационных культях. Диссертация. Петроград 1917 г.
5. *Kocher*. Учение о хирургических операциях.

6. Круглевский. Руководство к практическому изучению оперативной хирургии.
7. Lücke. Die Amputatio femoris transcondylica etc. Archiv f. Kl. Chir 1869 т XI.
8. Oehlecker. Die Verwenduug des Fersenbeins und der Knieseheibe zur secundären Stumpfdeckung nach Amputationen wegen Eiterung, Z. f. Chirurg 1915. № 27.
9. Oliva. Die Amputation des Oberschenkels nach Gritti. Beiträge zur Klinischen Chirurgie 1890. Bd. 6. Heft. 2.
10. Petersen und Gocht. Amputationen und Exarticulationen. Deutsche Chirurgie 1907.
11. Retzlaff. Veber Stumpfplastik. Münch med. Wochenschr. 1916. № 29 стр. 1054.
12. Riedel. Welche Gesichtspuncte sind bei der Amputation und Exarticulation in Bezug auf die spätere Prothese zu berücksichtigen, Deutsch med. Woch. № 26 стр. 781.
13. Розанов. Ампутация и протезы. Врачебная газета 1915 № 46 стр. 862.
14. Wilms Verbesserung des Grittischen, Amputationsstümpfe. Deutsch. med. Woch. 1915 № 43, стр. 1270.

Заразные заболевания в Вологодской губернии за 1920 год.

Д-ра Полубояринова.

Для того, чтобы ознакомиться с ходом заразных заболеваний вообще можно пользоваться двумя сравнительными методами: 1) показателем количества заболеваний той или другой болезнью на тысячу населения; 2) и сравнением цифр заболеваний предыдущих лет. Оба эти метода в настоящее время и особенно по отношению Вологодской губернии будут только относительно точными. Первый метод мало применим вследствие текучести населения (военного и гражданского). Второй—вследствие изменения границ самой губернии и отсутствия точных данных за предыдущие годы во вновь прирезанном уезде Каргопольском. Однако, по скольку это возможно было, мы в наших отчетных данных применили и тот и другой методы. Для большей наглядности мы приводим здесь сводную сравнительную таблицу по имеющимся в настоящее время уездам Вологодской губернии, где указаны цифры заболеваний за период с 12—17 г.г. и за 19 и 20. Точных данных за 18-й год мы получить не могли, а потому приходится сравнивать первое шестилетие с последующим двухлетним периодом 19 и 20 годов (см. ниже сравнит. данные).

Из приведенной таблицы мы прежде всего видим, что некоторые формы болезней дали колоссальную заболеваемость: сыпной тиф около 30,000 за два последних года и таким образом два года—19-й и 20-й превосходят шесть лет с 12—17 в сто раз, а каждый полный год из второй группы превосходит год из первой по количеству заболеваний в 300 раз. Всего заразных заболеваний за 1919 г. было 33,504, а в 1920 г.—27906, т. е. в 19 г. 335,04 на 10000 населения, а в 1920 г.—279,06. Количество жителей в Вологодской губернии мы берем из данных статистического отдела в 1.004.046.

Возвратный тиф дал за последние годы по количеству заболеваний в 30 раз больше, чем за шесть предшествующих, а каждый год 2-й группы превосходит год из первой—в 75 раз.

Цифры остальных заболеваний за 2-х летний период почти одинаковы с цифрами за шесть предыдущих лет, и таким образом заболевания последних двух лет будут по остальным болезням втрое больше, чем за предшествующие годы.

Наоборот, заболеваемость скарлатиной не только не увеличилась за 19 и 20 годы вместе, а наоборот уменьшилась по сравнению с старыми годами. Если каждый год с 12—17 дал в среднем около 700 заболеваний, то 19-й и 20-й дали каждый около 500. Впрочем 20-й год дал заболеваний в три раза более 19-го.

Общий же итог о заразных заболеваниях говорит о резком увеличении количества заболеваний и появлении новых болезненных форм для губернии (испанки, малярии и, пожалуй, цынги—1000 за два года, которой в предыдущие годы было очень незначительное количество).

Не безинтересно будет отметить ход заболеваний сыпным и возвратным тифом среди красноармейцев и граждан.

В цифровых данных кривые всех трех тифов почти пунктуально совпадают друг с другом.

Сделать же расчет на тысячу красноармейцев не представляется возможным, во-первых вследствие непостоянства данного элемента, во-вторых за отсутствием таковых данных. Заранее можно сказать, что, конечно, среди красноармейцев в % отношении таковых заболеваний значительно больше.

Заболевания тифами среди населения гор. Вологды в 1920 году.

	Сыпной тиф.		Возвратный тиф.		Брюшной тиф.	
	Красно-армейцы	Гражданские.	Красно-армейцы	Гражданские.	Красно-армейцы	Гражданские.
Январь . . .	484	583	79	48	6	—
Февраль . . .	900	818	115	71	6	—
Март . . .	491	734	5	42	5	3
Апрель . . .	138	345	8	20	3	—
Май . . .	83	147	30	2	—	1
Июнь . . .	33	71	10	3	—	8
Июль . . .	16	15	4	7	7	10
Август . . .	9	17	2	—	15	12
Сентябрь . . .	13	18	7	1	8	17
Октябрь . . .	48	30	2	2	6	68
Ноябрь . . .	83	32	134	5	4	19
Декабрь . . .	94	51	191	15	14	19
За год .	2392	2861	587	216	74	157

Приведя эти предварительные соображения мы переходим к характеристике каждой отдельной формы болезни.

Сыпной тиф, проделав с октября 18 года и по конец 20 года кривую в два подъема, дал до 1 января 1921 года в Вологодской губернии 10209 заболеваний в 19 году, т. е. 102,99 на 10000 и 17,037 в 20 году, что дает 170,37. 10000. Высота подъемов также как и по всей России совпадает и в Вологодской губернии. В 1-ю волну ее максимум отмечается в апреле месяце 1919 года. Во вторую—в марте 1920 г.

Среди уездов большее количество дал Кадниковский, Вологодский, Грязовецкий, Тотемский, г. Вологда, Каргопольский и Вельский уезды.

Остается остановиться на причинах распространения эпидемий и вносить что-нибудь новое к общим причинам имеющим место по всей России, едва ли есть основание. Одно можно сказать, что все вспышки даже зимы 20—21 годов имеют прежде всего тесную связь с передвижением по железным дорогам, отдыхом в домах ночлега при этих передвижениях, скученностью и понижением гигиенических условий в стране. Словом все то, чем пользуется и благодаря чему господствует вошь.

Сравнительные данные о заразных заболеваниях по Вологодской губернии (5-ти уезд. и гор. Вологде до 19 года, включая Каргопольск. уезд):

С 1912—1917 г.г.

за 1919 и 1920 г.г.

Сыпной тиф	343	27440	
Дизентерия	6666	7676	
Корь	5708	4760	
Брюшной тиф	3176	4493	
Натуральная оспа	2621	3808	
Скарлатина	4117	1275	
Возвратн. тиф	50	1491	
Дифтерит	643	697	
Рожь	142	1919 г.	332
Испанка	} Данных не имеется.	4147	465
Остро-желудочные		877	762
Цынга		172	1062
Сифилис		—	—
Туберкулез		—	—
Коклюш		—	285
Малярия		58	154
Куриная слепота	99	128	
Холера	62	—	

Сравнительные данные о заразных заболеваниях по городу Еологде:

	С 1912—1917 г.г.	За 1919 и 1920 г.г.		
Сыпной тиф	105		4401	
Дизентерия	379		478	
Корь	171		216	
Брюшной тиф	242		267	
Натур. оспа	344		247	
Скарлатина	1304		361	
Возвратный тиф	18		568	
Дифтерит	379	1919 г.	84	1920 г.
Роса	—	93		170
Испанка	—	224		30
Остро-желудочные	—	18		—
Цынга	—	1		16
Сифилис	—	34		—
Туберкулез	—	12		—
Коклюш	—	—		—
Малярия	—	6		—
Куриная слепота	—	—		—
Холера	—	48		—

Данных не имеется.

Вторым по количеству резко повысившихся заболеваний за два сравниваемых периода был возвратный тиф. За отчетный 19-й год 862 или 8,62 на 10000 и 20-й год—637 или 6,37. 10000, он дал как бы общую кривую с одним большим подъемом и в ноябре месяце 19 года и наклоном к перейти к незначительно поднимающейся волне в конце 20 года. Возвратный тиф давал небольшие вспышки в Вологодской губернии и раньше. В 1920 году на первом месте стоит Тотемский уезд, на 2-м—Каргопольский.

Третий тиф—брюшной—относится уже к водной инфекции, и казался бы, должен был иметь соответствующее время для своего развития—летний период. Однако, в Вологодской губернии, как парадокс, мы имеем кривые за 19 и 20 годы с подъемами к началу и концу года каждую и с падением этой кривой в летнее время. В 19-й год—2542 или 25,42 на 10000, в 20-й г.—1959 или 19,59 на 10000.

Брюшной тиф по количеству заболеваний, за последние годы возрос несколько более чем, в 3 раза. Знакомая с цифрами заболеваний прежних лет, мы имеем время от времени вспышки его то в одном, то в другом из уездов губернии: так в 1905 и 6-м г. г. в Вологодском, Грязовецком и Кадниковском, в 1911 и 13 г.г. в Вельском у.

В 1920 г. если не количественно, то своими кривыми, он идет по уездам параллельно. Покрывает всех Кадниковский уезд, за ним идут Каргопольский и частью Вельский, кривая которого резко поднимается в начале года и к марту месяцу падает до очень низких цифр.

Осенью и зимой 1920 года увеличение заболеваний в г. Вологде приходится связывать с привозом молока из ближайших деревень, где единичные заболевания тифом имели в это время место.

Причины общего подъема кривых к зиме установить пока не удалось.

К желудочно-кишечным заболеваниям относится дизентерия, она также за взятые нами периоды дала почти равные цифры и следовательно увеличила количество заболеваний более чем в 3 раза. Ее вспышка неизменно относится к августу и сентябрю месяцам, а начало к концу июня.

Как в 19, так и 20 г.г. это было почти одинаково. Почти одинаковые кривые имеем мы и для всех уездов с очень небольшой, пожалуй, разницей даже в абсолютных цифрах. В 1919 году она дала несколько больше заболеваний 4681 или 46,81—10000; в 1920 году 3016 или 30,16—10000.

Случаев холеры в 1919 году было 62. За отчетный период их не наблюдалось. Здесь же необходимо отметить большое количество (702) остро-желудочных заболеваний в 1920 г. в Тотемском уезде. Другие уезды такой рубрики почти не дали. Возможно впрочем, что часть дизентерийных больных Тотемским уездом зачислено было,

как желудочно-кишечных. Тем более, что время август и сентябрь, когда эти заболевания регистрируются, вполне совпадает с заболеваниями в нашем районе дивантерией.

Такое же увеличение больных в тройном размере за последние годы дала оспа. В 19 году 2420 или 24,20—10000, в 20-м году 1391 или 13,91—10000. Количество заболеваний особенно резко было в апреле 1919 г. и несколько меньше за отчетный год в мае 1920 года.

Кривая заболеваний падает к лету в связи, конечно, с усиленными весенними прививками и снова начинает подниматься к декабрю. За 1920 год первое место занимает Грязовецкий, Вельский, Вологодский уезды и т. д.

Дифтерит, давший тройное увеличение за последние годы, несколько большее количество больных дал в 1919 году, его кривые ничего особенно характерного не представляют. За 1920 год почти половину всех заболеваний по губернии дал город Вологда. В 20-м г. 117 или 1,17 на 10000.

Корь не отставала в цифрах увеличения за последние годы от прочих болезней. Наибольший подъем кривых ее идет на весенние месяцы. Особенно большое заболевание корью дал 1919 год. (4161 или 41,61. 10000).

В 1920 году заболеваний корью было меньше. За этот год количество заболеваний также повышается в феврале, марте и спадает немного к июню, чтобы снова несколько подняться в ноябре (589 или 5,88. 10000).

Особое место среди всех заразных заболеваний занимает скарлатина, количество заболеваний ее за 19-й год как бы уменьшилось (324 или 3,24.10000), 1920 год дал резкое с предыдущим увеличение—968 или 9,68.10000. Среди уездов на первом месте стоит город Вологда и Вологодский уезд, Вельский уезд и т. д.

Из детских заболеваний остается коклюш; за неимением цифр за прежние годы его сравнивать не приходится, приведем лишь цифры 1920 года—272 или 2,72.10000 заболеваний, из них Грязовецкий уезд 150 и Вельский уезд—107, при незначительном остатке на остальные уезды.

Из некоторых уездов данных о коклюше не поступало, также как нет их и по гор. Вологде.

Из этого едва ли однако можно сделать заключение, что коклюша в отмеченных уездах совершенно не было.

Рожистых заболеваний за 1919 и 20-й г.г. насчитывалось 640 случаев, при чем в 19-м году было 208 заболеваний, в 20-м году—432. Особенно сильное заболевание рожей дали апрель и декабрь 19 года. Рожистые заболевания по большей части являлись внутри-госпитальной инфекцией, вот почему большинство их падает на город Вологду.

В 1920 году наибольшие заболевания дали февраль, ноябрь и декабрь. В уездах в 20 году цифры заболевания рожей почти одинаковы.

Сильную эпидемическую вспышку дала в 19-м году испанка, всего этот год дал 4147 заболеваний или 41,47 на 10000. Наибольшее количество их падает на ноябрь и декабрь месяцы.

Из уездов в 20-м году (а этот год по Вологодской губернии дал заболеваний в 10 почти раз меньше) на первом месте стоит Кадниковский, на втором Каргопольский (в 20 г. 465 или 4,65 на 10000).

Наибольшее количество заболеваний испанкой в 20-м году приходится отнести на январь и февраль. Таким образом 19-й и 20-й г.г. в общем итоге дают одну кривую с подъемом в 4 зимних месяца.

Заболевания цынгой в прежние годы возможно имели место в Вологодской губернии, но цифр и данных об этих заболеваниях мы не нашли.

Количество этих заболеваний резко возросло в 20-м году—1062 или 10,62 на 10000. Возможно, что такое резкое повышение надо отнести за счет наибольшей точности в этом году регистрации, а может быть, и это, пожалуй, будет вернее, что вопросы питания в 20-м году были в губернии острее, чем в 19-м. Когда кривая заболеваний цынгой, в 19-м году идет почти ровной, слегка ломанной линией, в 20-м, поднимаясь на более высокие цифры, она дает подъемы в марте и особенно в августе. На первом месте в этом заболевании стоит наиболее бедный уезд Грязовецкий, вторым

идет Кадниковский, Каргопольский же уезд регистрирует только 1 заболевание. Кривая Грязовецкого уезда, как и обще-губернская, дает в 20-м году два под'ема в марте и августе.

Рядом с цынгой надо поставить, так называемую, куриную слепоту, которая в 19-м году дала по губернии 99 случаев, в 20-м году 128 или 1,28 на 10000, с преимущественными заболеваниями в марте и апреле, т. е. весенние месяцы, когда ухудшаются условия питания и доходят до максимума условия антигигиенического крестьянского существования. Наибольшее количество этой формы болезни в 20 году дал Тотемский уезд—104 заболевания с повышением в марте месяце до 71.

Количество малярийных заболеваний в Вологодской губернии невелико. Раньше север таких заболеваний не знал и познакомился с ними лишь за время войны. Как появилась здесь эта инфекция нам установить не удалось. Одно лишь с точностью установлено, что ее очень много среди военных или жителей Северо-Двинской губ., или имевших там известное пребывание. В Северо-Двинской губернии заболевание малярией сильно распространено и среди гражданского населения. Можно предположить, что случаи Вологодской губернии также имеют связь с губернией Северо-Двинской, куда кажется нам, для изучения эпидемии малярии следовало бы направить из Центра комиссию.

Закончив описание общих форм заразных заболеваний, регистрация которых, несмотря на целый ряд неточностей современной статистики, поддается все же большому учету, перейдем теперь к тем формам, которые регистрируются значительно хуже и цифры которых далеки от хотя бы грубой истины, сюда прежде всего должен быть отнесен туберкулез.

Туберкулезных заболеваний по данным статистики за 1920-й год отмечено 1108, т. е. 11,08 на 10000. Однако число это прежде всего первичных поступлений данного года. Но и они далеко неверны. По отношению учета туберкулеза должны быть приняты другие статистические формы. В итоге получится большая неточность при общей оценке состояния здоровья населения. Так, Вельский уезд зарегистрировал туберкулеза за 1920 год только в 4 единицы. При проведении же „недели туберкулеза“, он получил в среднем 250—300.

Тоже надо сказать и о венерических заболеваниях, цифры которых, отвечая обществу, не соответствуют наличию больных.

Огнестрельные переломы бедра и их лечение в практике последней войны.

Д-ра мед. С. К. Соловьева.

Из огнестрельных ранений после полостных едва ли не самое главное значение имеют переломы бедра, как по сложности подачи первой помощи при них, так и по характеру течения ран и трудности достижения удовлетворительных результатов, в смысле восстановления функциональной способности.

Целый ряд причин, как анатомического, так и физиологического характера лежит в основе этих явлений и для того, чтобы уяснить себе их, достаточно вспомнить, что бедро принадлежит к числу самых больших трубчатых костей, и что современная остроконечная пуля, разбивая его, производит действие подобно разрывной пуле, т. е. не ограничивается только простым пробиванием кости и нарушением ее целостности, но, наоборот, в большинстве случаев производит множественный осколчатый перелом, так что в результате ранения обнаруживается дефект кости на громадном протяжении.

С другой стороны бедро является опорой для туловища и построение его удовлетворяет известным законам механики. Когда оно лишается способности, в силу указанного характера ранения, удовлетворять своему назначению, организм, лишаясь одного из двух главных своих опорных пунктов, не может исполнять свои функции по передвижению и оказывается в этом смысле несостоятельным.

Здесь же необходимо иметь в виду и то неблагоприятное обстоятельство, что бедро входит в состав двух наиболее важных и нужных суставов и невозможность пользоваться им выводит из действия и оба указанные суставы.

Сказанным до известной степени уже объясняется серьезный характер ранений бедра с точки зрения подачи первой помощи. Такие раненые принуждены оставаться там, где достигнет их пуля или осколок, так как сами передвигаться не могут. Правда, нам иногда приходилось наблюдать случаи, когда раненый в бедро ползком добирался сам до ближайшего перевязочного пункта, один раз даже с голенью, вывернутой на 180 градусов, но такие случаи единичные, подавляющее же большинство остается, как мы уже указывали, именно там, где настагает их ранящий снаряд.

Выбраться такие раненые могут только с посторонней помощью, причем последняя должна оказываться не меньше, чем двумя людьми, так как вынести пострадавшего можно лишь на носилках.

Вслед за удалением раненого из места непосредственной опасности для жизни встает на очередь вопрос об оказании ему медицинской помощи—наложении повязки, остановки кровотечения, иммобилизации. По сравнению с другими ранами, разница в характере первой помощи при переломах бедра громадная. В то время, как при ранениях мягких частей достаточно простой повязки, накладываемой с помощью индивидуального пакета, а при переломах костей верхней конечности—прикрепления раненого члена к туловищу, что опять таки могут делать и делают—товарищи раненого, при переломах бедра недостаточно закрыть рану или попытаться ее неумело иммобилизовать. Неблагоприятные моменты при ранении его выступают уже сейчас же после ранения. Если справедливо вообще выражение в Volkmann'a, что первичная перевязка решает участь больного, то прежде всего его надо вспомнить при обсуждении переломов бедра.

С одной стороны раненый, полагая, что раз у него не ранено туловище, может пытаться сидеть, с другой в силу сокращения и тяжести мышц дистальный и проксимальный концы оттягиваются в разные стороны и при попытках к движению отломки трутся друг о друга и причиняют ужасные боли. Одновременно с болью эта

подвижность отломков производит и целый ряд изменений в нормальном течении раны, о которых прекрасно сказано в книгах проф. В. Г. Цеге-фон-Мантейфеля и К. Н. Петрова.

Однако, избегнуть всего этого не всегда возможно, так как здесь необходимо произвести правильную иммобилизацию суставов, а это далеко не так просто и весьма часто не исполняется на практике.

Непосредственно по окончании Русско-Японской войны проф. В. Г. Цеге-фон-Мантейфель, читая лекции курсу, на котором мы тогда находились, с грустью говорил о том безобразном отношении врачей к лечению огнестрельных переломов вообще и бедра в особенности, какое наблюдалось им на фронте. Вероятно, такие же призывы раздавались из уст этого почтенного профессора и в последующие годы, когда нас уже не было в университете. И можно было думать, что те времена, когда раненые в бедро погибали из за неумелого обращения с такими ранами медицинского персонала, в том числе и врачей, прошли совершенно безвозвратно. Однако, действительность не оправдала наших надежд и скоро нам случилось столкнуться вновь с теми же самыми картинами, которые десять лет тому назад рисовал нам проф. Цеге-фон-Мантейфель. Снова потянулись ранения бедра или вовсе не фиксированные, или фиксированные так, что иммобилизован был лишь один сустав и польза от такой повязки, конечно, равнялась нулю. Снова таких раненых таскали из одного учреждения в другое, в каждом старались перевязать—для чего раненого вносили в перевязочную, снимали с носилок, вновь перекладывали на них и потом переносили на постель. И все это при свободно болтающихся отломках. Надо только удивляться той терпеливости русского солдата, которую приходилось нам видеть. Если таким образом накладывались повязки врачами и под наблюдением врачей, то разве можно было ожидать лучших результатов от повязок, накладываемых мало опытными сестрами милосердия военного времени. Конечно, и среди сестер были великолепные работницы, с которыми не могли идти в сравнение очень многие из врачей, но такие сестры насчитывались единицами. Разве при такой администрации на фронте можно было думать, что требование „v. Volkmann'a“ чтобы вообще не умирал ни один раненый от полученного повреждения, которое само по себе не угрожает жизни, и чтобы ни раненый, ни оперированный не погибали от вторичных воспалительных расстройств, исходящих из ран“, будет выполнено?

Поэтому вопрос об упорядочении дела помощи раненым с переломом бедра естественно, волновал хирургов и на всех почти собраниях врачей военного времени горячо доказывалась необходимость более сознательного отношения к таким раненым. Однако, эта необходимость медленно входила в сознание и на втором и даже третьем году все еще приходилось наблюдать отсутствие и неправильную иммобилизацию переломов бедра.

Если, таким образом, дело с подачей первой помощи обстоит так серьезно, то не менее серьезное положение создается и в дальнейшем течении разбираемых ранений.

Если еще во время Русско-Японской войны было доказано, что раны в большинстве инфицируются и инфицируются уже в момент ранения, то это положение для настоящей войны получает новую, еще более доказательную, чем раньше, аргументацию. С одной стороны, в настоящее время громаднейшее значение имеет артиллерийский бой, когда войска засыпаются снарядами, рвущимися на мелкие куски. Осколки, попадая во встречные предметы и падая на землю, рикошетом попадают в тело и сразу же приносят с собой заразу. Позиционная война, требующая долгого бессменного стояния воинских частей на одном месте, невозможность поддержать чистоту тела также создает весьма неблагоприятные условия для последующего течения огнестрельных ранений. Новые виды вооружения, как ручные гранаты, имеют также значение, так как при ранениях ими почти всегда в ранах находятся куски дерева, входящего в состав гранаты. Правда, значение всех только что перечисленных факторов оспаривается покойным академиком Н. А. Вельяминовым, однако, по видимому, надо согласиться в данном случае не с ним. Но если это, действительно, так, то значит, к обширной травме, наносимой механически, присоединяется еще заражение раневой поверхности, что требует от организма новых сил для борьбы

с микробами. Этим моментом опять таки определяется и характер врачебной помощи при разбираемых ранениях. В этом вопросе воззрения целого ряда врачей-хирургов проделали огромную эволюцию, и в настоящее время на лечение выработался более определенный взгляд, чем это было в начале войны.

По поводу всех методов лечения переломов бедра можно сказать что прежде всего поражает то разнообразие, которое было проявлено врачами. Во-первых, были высказаны различные идеи, во-вторых, эти идеи варьировались на различные лады, так что чего-нибудь определенного вначале не получалось.

Вначале было так, что образовались два больших лагеря, резко отличавшихся друг от друга тем, что одни стояли за активное вмешательство, другие наоборот за консервативное лечение. И те и другие мотивировали свою точку зрения, исходя из паталого-анатомических и физиологических данных.

Сторонники активного и притом раннего вмешательства указывали на то, что раз операция при современных условиях является неизбежной, раз бедро разбивается на многие мелкие куски, из которых каждый является источником заразы, то необходимо расширить рану, чтобы обеспечить сток отделяемого, чтобы сделать доступной всю рану, чтобы можно было удалить осколки. При этом дело доходило до того, что требование удалять осколки не ограничивалось осколками только свободно лежащими, но распространялось и на те из них, которые имели еще более или менее крепкую связь с надкостницей. В частности госпиталь, в котором нам пришлось работать, как раз принадлежал к числу тех, который стоял за наиболее ранний и наиболее активный метод лечения. Раннее вмешательство с удалением почти всех осколков было возведено в правило, которое и проводилось более или менее регулярно в жизнь. Однако, уже по прошествии, приблизительно, двух с половиной, трех месяцев, мы стали задумываться над результатами нашей работы и навели нас на это, именно, переломы бедра. Дело в том, что в то время, как переломы предплечья, голени и отчасти плеча при таком лечении шли довольно хорошо, бедро давало в этом отношении резкую разницу, так что, повторяю, результаты были далеки от тех, которые бы ободряли хирурга.

Одновременно, применяя неподвижные повязки, мы тоже не могли похвастаться получаемыми результатами. Мы пользовались разного рода повязками—и сплошной гипсовой, и окончатой, и мостовидной, и шинной по проф. Ростовцеву. Не удовлетворяли нас вот почему. Ведь, подавляющее большинство, именно, ранений бедра было заражено уже в самый первый момент ранения и оказания первой помощи. Это обстоятельство усиливалось при эвакуации раненого и, следовательно, в госпитале и лазарете ближайшего тыла приходилось так или иначе „обработать“ больного: следить за правильным оттоком гноя, удалять осколки, накладывать контр-апертуры и т. д. Все это при гипсовой повязке сделать было бы затруднительно и каждый раз при таких манипуляциях приходилось бы снимать и вновь накладывать повязку, а как это легко, известно всякому хирургу. Мы уже не останавливаемся здесь на других физиологических данных, которые говорят за применение гипсовой повязки, когда нет выхода, или когда речь идет о транспорте в глубокий тыл—во время боев, или отступления. Тогда в связи с обсуждением затронутого нами вопроса на различных собраниях и в частных беседах, мы стали пробовать другие методы—именно методы вытяжения, причем пользовались станками, образца принятого в Финляндском лазарете, расположенном в то время в Варшаве. Уже тогда лазарет этот поставил своей задачей лечение переломов, по возможности переломов бедра и результаты, получавшиеся у него, были поистине изумительными и достойными подражания. Этот метод на первых же порах принес несомненную пользу нашим раненым и мы в дальнейшем, главным образом пользовались, именно им, вводя в него те или иные коррективы, сообразно с обстоятельствами дела, обуславливаемыми особенностями каждого данного случая. Однако больших отклонений от принятого направления и образца вытяжения мы не допускали, несмотря на все предлагавшиеся нововведения. А нововведения сыпались, как из рога изобилия, причем авторы оспаривали друг у друга свое авторское право, но интересуюсь заглянуть хотя бы в новейшую историю хирургии. Зачастую создавалась ничего, не стоящая

шумиха, по поводу которой можно было повторить приводимое М. Л. Нобель-Олейниковой, выражение:

„Если бы хирурги лечили переломы по добрым старым способам с тем же усердием и такой же изобретательностью, какую они теперь обнаруживают при оперировании и измышлении новых приборов—хирургия бы не пострадала, а больные выиграли бы“. И в самом деле, читая такую великолепную книгу, как „Учение о переломах“—Мальгенья, можно, употребляя выражение проф. Н. Н. Бурденко (на одном из заседаний Петроградского общества врачей военного времени), сказать: как мало мы знали, или как скоро забыли историю хирургии“.

Все, что с таким жаром предлагается многими авторами и трактуется как что-то совершенно новое, в том числе и гипсовая повязка, аппараты для вытяжений, костный шов, разного рода шины, иммобилизирующие повязки и т. д., было известно давным давно и начало всех перечисленных методов теряется в седой старине. Частично мы пытались проверить предлагаемые способы, однако, в большинстве случаев скоро отказывались от них.

Результаты лечения вытяжением были столь удовлетворительны по сравнению с другими методами, что мы повторяем, остановились на нем и проводили его следующим образом:

Непосредственно по поступлении раненому накладывалось вытяжение и снималось оно или по сращении, или в случае повышения температуры и необходимости произвести то или иное оперативное вмешательство. Последнее, однако, производилось лишь при настоятельных к тому показаниях и обыкновенно сводилось к расширению входного отверстия, наложению контр-апертуры, удалению инородных тел и осколков, совершенно свободно лежащих в полости раны и совершенно не связанных с надкостницей. Хотя некоторые хирурги и рекомендуют в случаях инфицированных ранений удалять осколки, даже и связанные с надкостницей, тем не менее мы воздерживались делать это, имея в виду факты прирастания осколков, что неоднократно подтверждалось рентгеновскими снимками и последующими операциями в области переломов.

Громадной важности вопросом мы считаем далее вопрос о перевязках раненых в бедро, находящихся на вытяжении. Несмотря на многочисленные страстные споры по этому поводу, окончательное решение еще не может считаться достигнутым. Некоторые хирурги, основываясь на строго физиологических данных утверждали, что перевязки должны производиться как можно реже, потому что каждый раз благоприятные условия заживления раны изменяются к худшему и силы организма, благодаря таким перевязкам разбиваются, а микробы, наоборот, получают большую опору и толчок для своего распространения. В этих видах данная группа хирургов настаивала на том, что повязка часто сменяться не должна, по крайней мере это делать можно не чаще, чем раз в 7—10 дней. Если повязка промокает, следует подбинтовать рану и снабдить ее новым количеством всасывающего материала. Запах от раны также не является показателем для смены повязки. Правда, это неприятно больному, это бросается в глаза и санитарам и другому персоналу и особенно беспокоит сестер милосердия, но это не должно служить искушением для врача и последний категорически должен настаивать на строгом проведении в жизнь принципа *noni me tangere*, и оставаться в положении лица, игнорирующего все протесты и приходящего на помощь организму лишь тогда, когда он нуждается в этом и когда без постороннего вмешательства он побороть микробов не может. Результаты, получившиеся от такого метода были поистине изумительными и, меня повязки через указанный срок, мы иногда совершенно не узнавали рану—настолько последняя за это время очищалась и покрывалась свежими сочными грануляциями. С другой стороны, мы имеем все данные утверждать, что частые перевязки ничего кроме вреда не приносили. Мы не раз поздно раскаивались в том, что соглашались, сообразно с настойчивыми просьбами больного, на перевязку прежде срока. Мы имеем целый ряд данных для того, чтобы утверждать справедливость только что сказанного. Температурная кривая наглядно говорит о том, сколь вредно вмешательство в течение болезненных процессов, так как такие скачки, которые мы имеем после перевязки— в 2 иногда 3 градуса, ничем не могут быть объяснены как только тем, что в данном

случае происходит реакция организма на грубое вмешательство в физиологический процесс. Когда реакция эта кончается, тогда наступает период успокоения, температура падает и общее благосостояние больного вновь достигает той же ступени, на которой оно было до перевязки.

Защитники противоположного взгляда указывают на те случаи, когда при перевязках раненных, лечившихся по описанному методу, гной ручьем лился из раны, иногда издавая невыносимый запах, когда в пропитанных гноем повязках заводились черви, когда благодаря редким перевязкам скорее развивался септический процесс. Здесь, повидимому, берут крайности. Если, действительно, гной льется чуть ли не ручьем или в повязке завелись черви, тогда, конечно, ее надо переменить. В подавляющем же большинстве случаев акты, имеющиеся в нашем распоряжении, наши клинические наблюдения категорически говорят против последних соображений. Мы, повторяем, неоднократно, к сожалению соглашались на перевязки через срок более короткий, чем это было принято нами и всегда такие случаи оканчивались плохо, как потому что у раненных повышалась температура и общее состояние их ухудшалось, так и потому, что расстройства достигали таких результатов, что приходилось прибегать к радикальному лечению, в виде ампутации и экзартикуляции.

Переходя к этим ампутациям необходимо указать, что прибегали мы к ним в самых редких случаях, когда другое вмешательство применить не могли.

В случаях септических процессов ампутация производилась без жгута, по одномоментному способу с последующим разрезом кожи и мышц до кости на наружной поверхности. Отсутствие жгута мы считаем очень важным моментом, так как этим способом по нашему, предотвращается возможность образования тромбов, которые в таких случаях играют решающую роль. В случае сокращения мышц и обнажения кости, мы накладывали вытяжение на мягкие части и почти всегда это достигало цели—к реампутации прибегали мы, сравнительно, редко.

Мы полагаем, что описанный нами метод лечения огнестрельных переломов бедра является весьма показательным, т. к. основывается на клиническом наблюдении. В настоящее время накопилось достаточно статистических данных, чтобы можно было на основании их вывести и определенное заключение. Без этих цифр мы достигнуть соглашения не можем, потому что в разбираемом вопросе других критериев, повидимому, не существует, так как точки зрения, высказываемые обеими группами хирургов, непримиримы.

Переходя теперь к последнему, отмеченному, нами пункту, в лечении переломов бедра—возстановление функциональных способностей бедра, необходимо указать, что здесь большого материала мы не имеем, потому что выдерживать больных до полного излечения вплоть до выписки из госпиталя мы могли лишь в течение 9-ти месяцев, когда нам пришлось работать в тылу в Петрограде. Здесь нам пришлось убедиться в том, что вытяжение с расслаблением мускулатуры и, в особенности при помощи двойной тяги является наиболее целесообразным и полезным для дела. Затем необходимо применение возможно скорее массажа, гимнастики, ванн. Для предотвращения образования *pedis equini* полезным оказывалось добавочное вытяжение с помощью резины стопы, к которому мы прибегали по совету проф. Н. Н. Петрова.

В заключение мы можем привести следующие цифровые данные о том материале, который был в нашем распоряжении:

Он представляет собой 1008 случаев огнестрельных ранений бедра, в том числе с переломом кости—155.

Пулей ранений нанесено в	496	случаях
Осколками	405	"
Штыком	2	"
Не отмечен характер ранящего снаряда	105	"
Осложнений различного характера отмечено	365	"
Операций произведено	410	"

Без перелома кости:

Умерло: без операции	15
" после операции	61
С переломом кости умерло	40, из них оперировано—30.

Операции у раненых с переломами, впоследствии умерших были произведены по поводу газовой флегмоны в	4	случаях
„ септич. флегмоны	22	„
„ гангрены	2	„
„ кровотечения	2	„

Осложнение в виде столбняка у таких раненых отмечено в 3 случ. Вытяжением пользовались 61 раненый, из них умерло—2, сращение получилось во всех случаях, кроме 3, при чем укорочение колебалось в пределах от 1/2 до 5 1/2 сантиметров.

Операций у раненых с переломами бедра произведено—105

В том числе:

Débridement	38
Извлечение осколков	6
Секвестротомий	3
По поводу септической флегмоны	4
„ газовой флегмоны	4
„ кровотечения	3 (шов на артерию)
„ флегмоны	7
Ампутация первичная	8
„ последовательная	14
Экзартикуляция последовательная	4
Трепанация кости	1
Костный шов	1
Резекция головки бедра	3
Резекция тазо-бедренного сустава	3
Расширение раны	1

Приводимые данные представляют интерес в том смысле, что указывают, во-первых, на крайне серьезный характер повреждений у раненых, бывших под нашим наблюдением. Ведь, почти каждый раненый был оперирован и операции эти принимались и по поводу таких осложнений как гангрена, газовая и септическая флегмона.

Надо определенно сказать, что с момента перехода нашего почти исключительно на вытяжение, результат лечения резко изменился к лучшему.

Особенно резко упала смертность и количество ампутаций. Из общего числа последних необходимо исключить те, которые являлись безусловно жизненным показанием, исключавшим всякое другое пособие. В это число необходимо включить 2 случая первичных ампутаций, произведенных по поводу гангрены. Больные были сняты с санитарного поезда с совершенно темно-бурыми ногами. Затем в 3 случаях первичная же ампутация произведена по поводу газовой флегмоны, причем не спасли раненых и высокая ампутация и все они погибли и на вскрытии обнаружено глубокое пропитывание гноем мышц и изменение их.

Источники:

1. *Целе Ф. Маитейфель.* Лекции по военно-полевой хирургии 2 изд. 1917 г.
2. *Петров Н. Н.* Лечение огнестрельных ран на войне, 2 изд. 1917 г.
3. *Тихомиров И. А.* Функциональное лечение переломов длинных костей конечностей в практике военного времени. (Вестник Царскосельского района, 1916 г.).
4. *Вейнер К. Ф.* Отчет о деятельности лазарета Совета Съезда Горнопромышленников юга России для раненых воинов в г. Харькове. Вып. I.
5. *Наликос В. А.* Огнестрельные ранения на Балкано-Турецкой и Греко-Сербо-Болгарской войнах 1912—1913 г.г.
6. *Мальцева-Вилкова.* К вопросу о лечении огнестрельных переломов бедренной кости. (Врач. санитар. изв. юго-запад. фр. 1917 г. № 11).
7. *Крамаренко.* Несколько замечаний о лечении огнестрельных переломов бедра. (Там же, № 11).

8. *Петров Н. Н.* Лечение полостей в костях. (Там же № 6).
9. *Вреден Р.* Об уборке раненых с поля сражения. (Русск. хир. отд. VIII, 1911 г.).
10. *Арапов А. Б.* Простейшие перевязочные шины для передовых перевязочных отрядов. (Врач. газета № 46, 1916 г.).
11. *Бурденко Н. Н.* Общая характеристика организации первой помощи на фронте за первый год войны. (Врач. газета, 1916 г. №№ 46—47).
12. *Нобель-Олейникова М.* О лечении переломов бедренной кости по данным Русской и иностранной литературы за текущую войну и на основании 67 собственных случаев. (Врач. газ. 1916 г. № 41).
13. *Берлацкий Г. Б.* К вопросу о лечении огнестрельных переломов длинных трубчатых костей конечностей. (Русский врач, 1916 г. № 34).
14. *Ильинский Н. А.* К лечению осложненных переломов бедренной кости. (Русский врач, 1916 г. № 12).
15. *Тихомиров И. А.* Лечение огнестрельных переломов длинных трубчатых костей конечностей в госпиталях ближайшего тыла. (Русский врач, 1916 г. № 14).
16. *Бердяев А. Ф.* К вопросу о вытяжении бедра при транспорте. (Русский врач 1916 г. № 34).
17. *Оппель Вл. А.* Большая хирургия в передовом лечебном поясе действующей армии. (Русский врач 1916 г. № 19).
18. *Мальцев Ж.* Учение о переломах костей. (В перев. Я. Чистовича, 1850 г. СПб.).
19. *Оморочков Л. И.* Значение реакции живсы ткани на раздражение в практическом отношении. (Русский врач 1916 г. № 12).
20. *Wagner, Otto.* Ueber die Behandlung von Schussfracturen der unteren Extremität mit Nagelextension (Arch. f. klin. Chirurgie Bd, 108, № 1).
21. — Bericht der ausserordentlichen Tagung der Deutschen orthopädischen Gesellschaft Zeitschr. f. ortop. Chirurgie Bd 3 и 6. Н ²/₃.
22. *Ethan H. Smith.* A consideration of fractures of the lang bone, with reference to the operative treatment of the Same. (Pacific Med journ. LV—III. 15, № 5).
23. *Ringel.* Die operative Behandlung der Extremitätenfracturen. (Deutsche Zeitschr für Chirurgie 1917. V. 139, Н 5 и 6).
24. *Рубашев С. М.* О течении и лечении огнестрельных переломов бедер в госпиталях ближайшего тыла. (Воен.-мед. жур. 1916 г. № 8).
25. *Кайкруштис В. О.* О лечении огнестрельных переломов бедра при помощи нового прибора в физиологическом положении конечности. (Вр. Г. 1915 г. стр. 765).
26. *Коршман Я. С.* Упрощенное приспособление для вытяжения при переломах бедра и голени. (Врач. Газ. 1915 г. стр. 564).
27. *Чюв Н.* Об огнестрельном повреждении костей при современном вооружении. (Врач. газ. 1915 г. стр. 483).
28. *Березнеговский Н. А.* Характерные черты современных военно-полевых ранений и принципы их лечения. (Вр. газ. № 10, 1916 г.).
29. *Leriche, K.* Traitement des fractures, 1917.
30. *Оппель Вл. А.* Перевязки огнестрельных ран. (Клинич. мон. 1917 г. № 1).
31. *Вельяминов Н. А.* В защиту антисептики при лечении огнестрельных ран на войне. (Матер. по вопросам военно-полевой хир. и санитар. 1917 г. № 2).
32. *Ванер Виктор.* О показаниях к оперативному вмешательству при лечении огнестрельных ран на передовой и второй линии. (Пер. с нем. В. В. Максимова).

Из нервного отделения Рижского военного госпиталя.

О летаргическом энцефалите.

(Окончание).

Консультанта госпиталя В. А. Штаркер.

В промежуток времени между выходом 1-й и 2-й книг „Врачебного Вестника“ я ознакомился с доступной мне отечественной литературой по вопросу о летаргическом энцефалите.

Во „Врачебном деле“ от 15 июня 1920 года за №№ 9 и 10 появилась работа А. И. Геймановича под заглавием: „Сонная эпидемия“.

Автор наблюдал на Украине 46 случаев этой болезни за период времени с ноября 1919 по февраль 1920 года. Во всех случаях наблюдалась сонливость; в 33 сл. констатированы были явления верхнего полиэнцефалита, причем чаще всего встречались изменения со стороны зрачков; затем были птозы, параличи и слабость глазных мышц. Был также случай нижнего полиэнцефалита с парезом лицевого нерва и мягкого неба, окончившийся смертью.

В четырех случаях участвовало четверохолмие, в двух наблюдался двусторонний синдром со стороны зрительного бугра (амимия, ригидность, понижение чувствительности, боли); хореополиклонические явления наблюдались в 13 случаях, мозжечковые—в одном, и постоянные локализованные подергивания—в одном случае. В 6 случаях отмечалась лишь сонливость, и не было никаких очаговых симптомов со стороны центральной нервной системы (так наз. рудиментарные формы). Температура была умеренно повышена (37,5), редко достигая 39. Течение болезни по временам очень бурное. Восемь случаев окончились летально. Более благоприятны по течению случаи чистого верхнего полиэнцефалита; тяжело протекают случаи с хореополиклоническими подергиваниями (6 окончились смертью).

Психическое состояние больных своеобразно; оно не похоже ни на кому, ни на сопор, ни на глубокий сон; оно отличается от состояния при гриппе, от затемненного состояния и вялости, бывающей при брюшном тифе, от слабости и разбитости рекуррентиков и, наконец, от затемненного, спуганного и вместе с тем ирритативного состояния при сыпном тифе. На вопросы больной реагирует, но как только прекращается отвлечение внимания, он тотчас же засыпает. Резидуальная сонливость оставалась еще продолжительное время и после болезни.

В реферативном медицинском журнале за январь месяца текущего года (т. I, № 2) имеется предварительное сообщение А. Е. Кулькова под заглавием: „К вопросу об этиологии эпидемического полиэнцефалита“.

Автор описывает случай этой болезни, диагноз которой подтвердился на вскрытии. Произведено подробное бактериологическое исследование, причем найдено следующее: цереброспинальная жидкость безцветна и прозрачна, в ней найдены отдельные лимфоциты, нейтрофилов не обнаружено. В большом количестве найден был диплококк, в форме которого наблюдаются переходы от ланцетовидной с капсулой, напоминающей пневмококк, до более или менее круглой.

Ланцетовидная форма преобладает. Посев спинно-мозговой жидкости на бульоне дал через сутки помутнение с осадком. Рост не обильный. При окраске фуксином обнаружен диплококк круглой формы, красящийся по Грамму положительно. На простом агаре он растет слабо, причем в культуре среди круглой формы наблюдается и ланцетовидная с капсулой. Спинно-мозговая жидкость в количестве одного кубического сантиметра, а также эмульсия головного мозга и селезенки в физиологическом растворе были впрыснуты 2-м мышам и кролику, причем через сутки у мыши, кото-

впрыснута спинно-мозговая жидкость, обнаружилась общая вялость; у кролика никакой реакции не наблюдалось. На мазках из головного мозга и селезенки, окрашенных по Giemsa, обнаружен диплококк с особенностями того, который имелся в мазках из спинно-мозговой жидкости. Автор оговаривается, что по техническим условиям не все исследования могли быть выполнены.

В Вятском медицинском журнале, в статье под заглавием: „О сонной болезни, эпидемически появившейся в Европе“ В. А. Трейтер сообщает о 2-х случаях этого заболевания, которые ему пришлось наблюдать в г. Вятке. Один из них напоминает брошной тиф, осложненный энцефалитом.

Перейдем теперь к описанию своих случаев.

Случай 1-й.

Красноармеец карант. пункта П. Н. К., 35 лет, поступил в нервное отделение Рижского военного госпиталя 7 декабря 1920 г.

Анамнез общий.—Отец больного умер 50 лет от „водянки“. Выпивал изрядно. Мать умерла от неизвестной причины. У нее было семеро детей. В живых остались наш больной да сестра, остальные умерли в раннем детстве. Венерические болезни отрицает; пил раньше изредка, но не выпивался никогда пьяным; не курит. Детских болезней не помнит. Из прошлых болезней отмечает лишь брошной тиф, перенесенный летом 1920 года без каких-либо осложнений.

Занимался до войны хлебопашеством. На 21-м году женился. У жены родилась одна дочь, младшей не было. В 1915 году был взят на военную службу. Служил все время на фронте, участвовал в боях. В 1919 году был легко ранен в руку. Штрафован не был, служил всегда примерным солдатом. Нервными болезнями не страдал.

Анамнез настоящего заболевания.

Заболел при следующих обстоятельствах: 15 ноября 1920 г. он вернулся днем с караула и, победив, лег спать здоровым, но, встав, почувствовал жар, сильную боль и шум в голове. Он пошел в околоток, где пролежал с высокой температурой дня два; была рвота; затем его направили в 168 эвакуационный госпиталь, где лежал с 18 ноября по 7 декабря. В скорбном листе 168 госпиталя от 19 ноября 1920 г. значится: T° 37,9 утром; 38,4 вечером. Головная боль. Питание удовлетворительное. В легких хрипы. Сердце в порядке. Язык влажен, обложен. Стул был. 23. XI. Появилась сонливость, заговаривается. Головная боль держится. Язык влажен. Пульс 64. T° 37,6—37,8. 24. XI. Больной все время спит, просыпается только на несколько минут, если его будят; сознание ясно, но интеллект понижен. Пульс 70. Сердце в порядке. В легких отдельные хрипы. T° 37,1—38,0. 25. XI. Сонливость продолжается. 4. XII T. 37,3—37,7. Спит много.

7-го декабря он переведен в Рижский военный госпиталь, и мною констатировано следующее: правильное телосложения, посредственного питания. На лице stigmata hereditatis в виде расширенных мочек ушей. Череп правильной формы. Температура 36,5. Больной постоянно спит, и этим обращает на себя общее внимание. Неопрятности не отмечается. Встает самостоятельно для отправления своих естественных нужд и просыпается, если его пошевелить.

Взгляд больного как бы затуманенный и лишенный выражения, лицо тупо и апатично. Речь логической стороны связная. Отвечает на вопросы. Если прекратить разговор, снова засыпает. Говорит медленно и вяловато. Обманов чувств не заметно. Бредовых идей не высказывает. Засыпает во время исследования, как в лежачем, так и в сидячем положении.

Со стороны нервной системы отмечается следующее: зрачки средней ширины, реагируют на свет и аккомодацию; умеренный птоз—не в состоянии вполне раскрыть глаза. Речь невнятная, замедленная. Не поперхивается. Мимика вяловатая, но лицо симметрично с обеих сторон. Чувствительность тактильная не нарушена (исследование трудной-больной засыпает), болевая—в порядке. Параличей, атрофий не отмечается. Пассивные движения совершаются нормально; ригидности нет. „Соскобидной гибкости“ не заметно. Рефлексы коленные умеренно повышены, с трехглавой и двухглавой мышц плеча и с Ахилловых сухожилий нормальные; брюшные и подошвенные сохранены; рефлексы тазобедренный и корнеальный на лицо. Патологических рефлексов (Бабинского, Россолово, Ригенгейма, Бехтерева, Жуковского, Гордона) не получается.

Со стороны органов грудной клетки отмечаются сухие хрипы в легких, ослабленное дыхание над левой ключицей и небольшое заглужению звука там же. Пульс 68, число дыханий 22. Слаблено надко. Удельный вес мочи=1009. Белка и сахара нет. В осадке отдельные лейкоциты и аморфные массы.

Исследование крови (доктор К. Н. Михайлов) обнаружило следующее: количество гемоглобина по Sahli=70%. Эритроцитов 6.120.000. Белых кровяных шариков=4200. Отношение белых к красным=1:1457. На окрашенных препаратах—мазках отмечается бледность эритроцитов, изредка встречаются крупные лимфоциты с базофильной протоплазмой. Свертываемость крови понижена (кровь свертывается через три минуты в камере Brodie).

11. XII. Темп. норм. Сонливость продолжается. Пульс слабоватого наполнения. В легких сухие хрипы. Стул нормальный. Сделано впрыскивание кофеина.

12—22. XII. Сонливость держится попрежнему; спит днем и ночью. Если пошевелить больного и задавать вопросы, он отвечает. Птоз держится—не в состоянии раскрыть вполне веки. Опрятность. Аппетит плоховат. Во внутренних органах без особенных изменений. Пульс удовлетворительный—70 в минуту. Температура нормальна.

23. XII. Стал садиться в течение дня, сидел по несколько минут, потом ложился и засыпал. Говорит, что его клонит ко сну. Шире открывает веки. Глотание нормально. Пульс удовлетворительный. Темп. норм.

25. XII. Состояние продолжает улучшаться. Беседует с товарищами по палате. Со стороны нервной системы, кроме некоторой сонливости, апатичности и легкого птоза, нет объективных изменений от нормы.

30. XII. Улучшение прогрессирует. Шире раскрывает глаза. Вялость держится. Помнит что было до и во время болезни.

2. I—21. Настроение более бодрое. Медлительность и вялость держатся. Appetit и стул нормальны. Пульс—72 в минуту. Сонливости нет. Ночью спит хорошо. В моче ничего патологического не отмечается.

С тех пор улучшение здоровья неуклонно прогрессирует. Речь ясная. Хорошо раскрывает глаза. Сонливость исчезла. Спит ночью часов 9.

18 февраля больной демонстрирован в научном совещании врачей, а 4 марта выписан из госпиталя.

Случай № 2

П. Ф. И., женщина, 28 лет, поступила 10 февраля т. г. в железнодорожную больницу (ордinator—д-р Н. Н. Рукин) с жалобами на родовые схватки, появившиеся в этот день с 7 часов вечера, на двоение в глазах и сильную головную боль.

Со стороны анамнеза больной отмечается следующее: отец умер 40 лет от неизвестной причины; пид запоем. Мать—болезненная женщина. Сама больная росла здоровым ребенком, припадков не было. Замуж вышла 16 лет. Настоящие роды—пятые. Выкидышей не было. Роды всегда протекали правильно.

Температура при поступлении в больницу—38,3. Из анамнеза выясняется, что 3 дня тому назад она упала на правый бок и с тех пор стала чувствовать головную боль, жар и слабость левой руки и левой ноги. При поступлении следов ушиба у больной не обнаружено, явлений гриппа не отмечается. Границы сердечной тупости—в пределах нормы. Тоны чисты. В легких везикулярное дыхание. При исследовании *per vaginam*—полное открытие. Воды отошли через 5 минут после помещения больной в родильную комнату, и через полчаса родился доношенный ребенок. Послед отошел через 5 минут. Кровотечения незначительны.

11. II. Темп. 38,0—38,3. Жалуется на двоение в глазах и на головную боль. Матка хорошо сокращена. Послеродовые отделения кровянисты, в нормальном количестве, без запаха.

12. II. Темп. 38,0—38,8. Больная все время спит. При обращении к ней, легко удается вывести из сонливого состояния и заставить ответить на вопрос, но затем больная снова засыпает. На вопросы отвечает вполне разумно. Отмечаются судорожные хореообразные подергивания руками и головой. Двоение в глазах продолжается. Рвоты не было. Со стороны матки—норма.

14. II. Темп. 38,5—38,8. Сонливое состояние держится попрежнему. Резкие подергивания в руках и ногах. Стул один раз, самостоятельный. Мочеиспускание нормально. Appetit хороший, но сама есть не просит. В легких везикулярное дыхание. Матка хорошо сокращена. Послеродовые отделения нормальны. Живот безболезнен при ощупывании. Селезенка не увеличена.

18. II. Темп. 38,3—37,8. Сонливость очень резко выражена. При вопросах, обращаемых к ней, больная просыпается; отвечает, но тотчас же по прекращении разговора засыпает снова. Судорожные подергивания головою и руками сильнее, чем раньше. Двоение в глазах продолжается. Каши нет. Стул правильный. Селезенка не прощупывается. Мочеиспускание не нарушено. Серозные послеродовые отделения—в небольшом количестве. Пульс все время замедлен, хорошего наполнения.

22. II. Темп. 37,8—37,7. Слячка и судорожные подергивания продолжают. Реакция Видаля отрицательная.

24. II. Заподозрено мозговое страдание. Приглашенный на консультацию, я нашел следующую температуру 37,8. Пульс 56. Число дыханий—24. Состояние спячки. На вопросы отвечает, но тотчас же снова засыпает, если прекратить разговор. Речь с логической стороны нормальна. Общая вялость, заторможенность. Хореообразные подергивания в верхних конечностях и в мимической мускулатуре лица. Зрачки сужены. Умеренный птоз—веки открываются, но не вполне. Легкий стробизм. Нистагмоидные подергивания при крайних положениях глазных яблок. Правая носогубная складка при оскаливании зубов несколько сглажена по сравнению с левой. Речь замедлена. Чувствительность сохранена. Рефлексы коленные повышены и одинаковы с обеих сторон. Рефлексы с Ахилловых сухожилий и со слизистых оболочек нормальны. Симптомы Россолимо и Опенгейма на правой стопе очень слабо выражены, Бабинский отсутствует. Подошвенные рефлексы живые; брюшные отсутствуют (живот дряблый).

Констатированное заболевание центральной нервной системы и заподозрив сонный полиэнцефалит, я дал совет положить лед на голову, сделать лямбальную пункцию, исследовать бактериологически цереброспинальную жидкость и исследовать кровь по Вассерману.

25. II. Темп. 37,9—38,8. Взята кровь для реакции Вассермана. Общее состояние и сонливость такая же, как в предыдущие дни. Исследование мочи, взятой с помощью катетера, обнаружило следующее: моча слегка мутновата; реакции кислая; удельный вес равняется 1014. Белка, желчи, крови и сахару не найдено. В осадке под микроскопом видны единичные—лейкоциты и аморфные ураты. (Д-р К. Н. Михайлов).

26. II. Темп. 37,3—37,3. Исследование крови по Вассерману дало отрицательный результат (д-р К. Н. Михайлов). Взята спинномозговая жидкость для исследования.

27. II. Т. 37,3—38,0. Исследование глазного дна (Д-р Слободской) дало нормальные данные. Сонливость резко выражена. Хореообразные судорожные подергивания в руках уменьшились. Исследование спинномозговой жидкости (Д-р К. Н. Михайлов) обнаружило следующее: в мазках—большое количество эритроцитов и единичные лейкоциты. В посевах получился рост диплококка, обезцвечивающегося по Грамму, бобовидной формы; микроорганизм этой своей формой и ростом на свернутой сыворотке (капли росы) напоминает менингококка, но несколько больше последнего. На агаре и бульоне роста не получено.

1. III. Темп. 37,8—37,1. Сонливость уменьшилась. Подергивания в мускулатуре лица и в конечностях меньше.

3. III. Исследование нервной системы обнаружило следующее: Глаза закрыты, рот полуоткрыт. Время от времени заметны подергивания в правой половине лица в области *musculi levator et depressor anguli oris*. Число дыханий—28. Дыхание ровное, лишь изредка прерываемое более глубоким вдохом. Пульс замедлен—58 ударам в минуту. На вопросы больная отвечает. Речь связна и логична. Правая носогубная складка несколько сглажена. Нистагмические движения глазных яблок не заметны. Диплопии нет. Веки раскрываются в достаточной степени. Исследование слуха заторможено: больная засыпает. Язык высовывается по средней линии. Поперхивания у больной не замечаются. Болевая чувствительность сохранена. Двигательная сфера в порядке—парезов не заметно. Коленные рефлексы повышены. Симптомы Вабинского, Росслимо, Оппенгейма, Гордона—отрицательны, симптом Бриссо положительен. Подошвенные рефлексы сохранены; глоточный на лицо.

7 III. Сонливость меньше. Стала садиться на постели. Непроизвольных подергиваний не заметно. С тех пор сонливость постепенно стала уменьшаться, и 4 апреля больная выписалась из больницы.

После выписки я видел больную два раза и мог констатировать у нее лишь общую вялость. Больная отмечает у себя по временам наклонность ко сну.

Исследование крови обнаружило следующее: гемоглобина—60% по Sahli; эритроцитов 5.370.000, лейкоцитов 7.200. Отношение белых кровяных шариков к красным—1;747. На окрашенных препаратах—мазках заметна некоторая бледность окраски эритроцитов. Пойкилоцитоза не видно.

Перейдем к разбору и диагностической оценке наших случаев.

Случай 1-й. У 35 летнего мужчины внезапно развивается какое-то лихорадочное заболевание, сопровождающееся головной болью, повышенной температурой, своеобразной спячкой, длившейся больше месяца, и очаговыми явлениями со стороны головной части мозга в виде двустороннего птоза и неясной речи с носовым оттенком. В моче ничего патологического не найдено.

Во втором случае, у 28-летней женщины за три дня до родов появляется головная боль, жар, диплопия. Роды протекают нормально. После родов объективным исследованием установлено наличие хореоподобных судорог в верхних конечностях и в области иннервации лицевого нерва в нижней его части, двусторонний птоз, двоение в глазах, сужение зрачков, а также своеобразная сонливость, длившаяся в последующем в течение нескольких недель. В моче особенных изменений не обнаружено. Исследование крови по Вассерману дало отрицательный результат. Бактериологическое исследование цереброспинальной жидкости обнаружило диплококка, напоминающего своей формой и ростом на свернутой сыворотке менингококка, но несколько больше последнего.

В целом, оба случая по своей симптоматологии и клиническому течению подпадают к тем, которые описаны впервые Есопото, и затем длинным рядом исследователей почти во всех странах Западной Европы, а за последнее время и у нас в России.

Общими для всех этих случаев является сонливость, симптомы со стороны глазодвигательного аппарата, повышение температуры. Во втором случае были хореоподобные подергивания и исследование цереброспинальной жидкости обнаружило диплококка—симптомы, в своей совокупности характерные для формы, так подробно описанной в. Есопото.

Кардинальный симптом, давший название самой болезни, в обоих случаях был выражен очень ясно и действительно господствовал во всей клинической картине.

О чисто функциональном (психоневротическом) характере этой спячки, разумеется, не могло быть и речи—повышение температуры, органические симптомы со стороны центральной нервной системы, отсутствие психогенного момента исключали такую возможность. Это не была также диабетическая или уремическая сонливость, ибо моча была свободна от патологических ингредиентов. Эта сонливость не сопровождала также собою и тех коматозных и сопорозных состояний, которые мы привыкли наблюдать при обычных церебральных заболеваниях—при расстройстве кровообращения (апоплексия, тромбоз, эмболия), при новообразованиях в полости черепа, при обычных энцефалитах. Наши больные находились в сущности в состоянии своеобразного забытья, и будучи разбужены, тотчас приходили в себя, проявляя сохранность психических функций, правильно ориентируясь в окружающем, вполне логично отвечая на вопросы, правильно оценивая свое состояние.

Не менее типичны для этой формы наблюдавшиеся также в обоих наших случаях, хотя и не особенно глубокие расстройства со стороны глазодвигательного аппарата,

рата (птоз, диплопия), характерные для преимущественной локализации этого процесса в области среднего мозга.

Столь же типическая для такой локализации форма Wernicke (Poliomyelitis haemorrhagica superior), в виду отсутствия наиболее обычных для нея этиологических моментов (алкоголь, протаминный яд) в анамнезе наших больных, равно как и в виду повышения температуры и присутствия диплококков в одном из случаев, позволяет с известной степенью вероятности исключить возможность этого заболевания.

В виду находки во втором случае своеобразного диплококка в церебро-спинальной жидкости, можно было бы думать и об эпидемическом церебро-спинальном менингите, но против такого диагноза говорит отсутствие указаний на заболевание мозговых оболочек в виде симптома Кернига и сведения затылка. Кроме того, диплококк не лежал в нашем случае интрацеллюлярно.

Остановившись таким образом на диагнозе летаргического энцефалита и приступая к характеристике собственно приведенных случаев, мы бы сочли необходимым остановиться в первую очередь на свойствах обнаруженного в нашем наблюдении микроорганизма. В то время, как в известных случаях Esposito, обработанных Wiesner'ом, в случаях Vocsonari, диплострептококк красится положительно по Граму, диплококк в нашем случае красился по Граму отрицательно. Надо в прочем сказать, что и у некоторых других авторов результаты бактериологического исследования согласовались с нашими.

Далее, интересно указать на несколько своеобразный характер проявления болезни во втором случае, именно на соучастие в картине болезни гиперкинетического компонента в связи с легкими симптомами поражения пирамидных путей, что в прочем в богатой казуистике летаргического энцефалита указания весьма нередки.

Наконец, сочетание в нашем втором случае летаргического энцефалита с периодическим парезом придавало ему своеобразную индивидуальность.

В заключение считаю своим долгом принести глубокую благодарность д-ру Н. Н. Рукину за предоставленный мне случай и д-ру К. Н. Михайлову за его многочисленные и тщательные лабораторные исследования.

К вопросу о симптоматологии цынги.

Консультанта госпиталя Н. Я. Полубояринова *).

Вопросу о цынге за последние годы уделяется серьезное внимание, о ней говорят на съездах эпидемиол. в Москве, в Петрограде, ей посвящают статьи в различных журналах и не напрасно, ибо цынга по данным Наркомздрава 20 года (а у нас имеются данные до сентября) наблюдалась в 30 губерниях и дала 20000 заболеваний.

По всей вероятности цифры эти конечно не полны, а если и полны, то 21 год их значительно увеличит. Высказывать такое предположение мы позволяем себе на основании тех наблюдений, которые сделаны нами в гор. Вологде весной текущего года. В 1920 году за весь год среди гарнизона было 587 заболеваний, в 1921 году, когда гарнизон стал вдвое меньше, за 2¹/₂ месяца, с 1-го марта по 15 мая цынгой заболело 255 человек и 111 куриной слепотой, которую мы склонны считать, если не одним из симптомов цынги, то во всяком случае ее преддверием.

Д-р Верекундов описав цынгу 16 года среди военнопленных рабочих Верестского лесничества Петроградской губернии, отмечает, что куриной слепотой и мышечными болями страдали задолго до появления цынги почти все больные.

В 1919 году проф. Репрев говорит о голодании преимущественно жителей городов, ныне в 21 году надо полагать можно говорить и о голодании сельского населения. По крайней мере за это говорят цифры цынги в Вологодской губернии за 20 и 21 год (см. таблицу).

Город и уезды.	Цынга.		Гингивит.		Куриная слепота.	
	Заболело.	Умерло.	Заболело.	Умерло.	Заболело.	Умерло.
Гор. Вологда	16	—	—	—	—	—
Уезды: Вологодский	121	—	—	—	2	—
Грязовецкий	558	1	388	—	13	—
Кадниковский	269	—	—	—	—	—
Вельский	28	—	—	—	9	—
Тотемский	69	—	1	—	104	—
Каргопольский	1	—	—	—	—	—
Всего	1062	1	389	—	128	—

Сведения о заразных заболеваниях в Вологодской губернии за 1921 год.

	Цынга.	Гингивит.	Куриная слепота.
Январь	113	84	—
Февраль	140	107	1
Март	166	141	6
Апрель	204	89	80

*) Доложено на научном совещании врачей при Рижском военном госпитале с демонстрацией больных.

Когда за 1920 год мы имели по всей губернии 1062 заболеваний, в 1921 году уже первые 4 месяца равняются половине прошлогоднего числа (623).

Разбираемые нами больные состоят из красноармейцев Вологодского гарнизона. Прежде чем останавливаться на симптоматологии цынги мы хотели бы уделить некоторое внимание в наших случаях условиям, при которых развивается цынга. По данным гарнизонного врача условия жизни красноармейцев с гигиенической точки зрения, конечно заставляют желать значительно лучшего. Жилищный кризис г. Вологды, особенно пожар не позволяет пользоваться просторным помещением, недостача технических средств мешает их ремонту, а микроскопичность выдаваемого мыла усугубляет к худшему и личную гигиену красноармейца. Но все эти условия антисанитарного состояния русского человека были бы полубедой, если бы на должной высоте стоял вопрос питания. Красноармеец гарнизона получает: 72 зол. муки, или 1 ф. хлеба, 4 зол. сахара, 18 зол. крупы, мяса или рыбы 24 зол. (соленые), жиров 4 зол. (получают очень редко), подболточной муки 4 зол., сухих овощей 4 зол. или картофеля—60 зол. (который дается также редко, как и масло). Итого если считать картофель, то красноармеец за сутки получает 1660 калорий. Гигиена же говорит о 3000 калорий при умеренной и не менее 3500—4000 калорий в сутки при тяжелой работе, при этом имеется в виду 3000—4000 калорий нетто, т. е. то количество тепла, которое развивается от усвоенной и использованной пищи, а не принятого вообще. Мы не знаем тех продуктов, которые идут на приготовление пищи красноармейцу в гарнизоне, но мы близко соприкасаемся с продуктами госпиталя и на них, когда мы будем говорить о смертности цынготных больных и их лечении, мы остановимся особо.

Сущность цынги по прежнему мало ясна—недостаток калийных солей, избыток хлористых (питание соленой рыбой, солониной), недостаток витаминов в тех сушеных овощах и консервах, которые сопутствуют зачастую цынге, все это остается и до сих пор загадкой со многими неизвестными. Это еще более осложняется теми возражениями, которые находите вы у противника витаминной теории в его статье—Röhmman „Über künstliche Ernährung und Vitamine“ появившейся в 1916 г., с которой мы к сожалению знакомы только по краткому реферату. Если же вспомнить случаи заболеваний цынгой во время эпидемий и в госпиталях при хорошем питании и гигиеническом существовании больного, то мысль снова и снова возвращается к инфекции. Вот почему в статье д-ра Верекундова вы читаете: „возможно, что современным, как причину цынги микроскоп откроет какое либо инфекционное начало, разрушающее ткани организма непосредственно, или вырабатываемыми ими токсинами. А д-р Бруксон заканчивает свою статью таким образом: „вышеизложенные исследования указывают на инфекционное начало цынги. И остается лишь пожелать, чтобы дальнейшие опыты и наблюдения расширили и подтвердили это представление“.

В поисках установления сущности цынги интересны исследования состава крови. По д-ру Гаусману и Чарноруцкому изменения крови при цынге состоят следующем: обычно отмечается:

1. Малокровие типа простой анемии, достигающее иногда угрожающих размеров.
2. Небольшой лейкоцитоз чаще лейкопения с падением количества лейкоцитов до 5 и $3\frac{1}{2}$ тысяч в 1 кв. мм.
3. Лимфоцитоз, нейтропения и иногда по Чарноруцкому эозинофилия.
4. Особенно же бросается в глаза отсутствие в крови регенеративных форм при наличии лейко и нейтропении, что с несомненностью указывает на угнетенное состояние (апластическое) кроветворных органов.

Апластическое состояние костного мозга действительно должно иметь место, ибо при цынге мы имеем изменение жирного мозга в трубчатых костях в лимфоидный и на концах диафизов в волокнистый.

Конечно особый интерес при цынге вызывает наличие обильных кровоизлияний, причину коих одни видят в явлениях стаза, который обуславливается облитерациями и сужением сосудов, другие же объясняют их действием яда бактерий на стенки сосудов.

Прежде чем говорить о частоте и особенностях кровоизлияний у наших больных мы приведем здесь тот симптомокомплекс, который установлен американской

комиссией Дарлинга, отправлявшейся в экспедицию на Филиппинские острова для борьбы с цынгой.

Комиссией установлены девять симптомов, наличие семи из которых позволяет по ее мнению говорить о цынге.

1. Изменения в эпифизах костей.
2. Изменения в местах соединения хрящей с ребрами.
3. Водянка и отек кожи.
4. Кровоизлияния в надкостницу.
5. Кровоизлияния в подкожную клетчатку суставов и мышц.
6. Опухоли губчатых костей.
7. Дегенерация нервов.
8. Гипертрофия и дегенерация сердечной мышцы.
9. Параличи.

Здесь же не лишним будет сказать, что 1, 2, 3 и 4 из этих симптомов наблюдаются при рахите, 4, 5, 6, 7, 8, при корабельной бери-бери, 1, 2 и 5—болезни Барлова или детской цынге, 3, 6, 7, 8 при бери-бери.

Конечно из приведенных здесь 9-ти признаков цынги, некоторые могут быть констатированы лишь на секционном столе.

Д-р Верекундов проводит такое деление клинических форм цынги:

1. Ревматическая форма без обычных признаков цынги.
2. Цынга с инфильтратами кожи и мышц без других цынготных признаков.
3. Цынга с мелкими поверхностными кровоподтеками кожи и слизистой оболочки.
4. Цынга с обширными кровоподтеками, кровоизлияниями и кровотечениями.
5. Цынга с разрыхлением и изъязвлением десен, расшатыванием и выпадением зубов.
6. И наконец послецынготная болезненная форма.

Мы не можем согласиться с д-ром Верекундовым.

Такое деление цынги, конечно совершенно произвольно, признаки эти часто смешиваются и установить схематическую группировку форм цынги едва ли возможно.

Через заведываемое нами терапевтическое отделение госпиталя до 21-го мая с 1-го января прошлого года цынготных больных—64; из них умерло 8, выписалось 10 и в момент данного доклада находится в госпитале 46 человек (т. е. 90% всех больных госпиталя и 33% терапевтического отделения).

Мы не будем приводить здесь всех историй болезни, а остановимся лишь на наиболее интересных, приведя предварительно общую сводку наблюдающихся явлений у находящихся в настоящий момент 46 красноармейцев.

Прежде всего это люди в возрасте от 17 до 35 (один из них имеет 56) лет, большинство перенесло незадолго перед тем ту или иную болезнь, а иногда и две подряд, чаще всего, этими болезнями были—сыпной, возвратный тифы, малярия, воспаление легких, дизентерия и рожа. Предшествующие инфекции имеют видимо значение как момент ослабления организма. Цынга первый раз развилась у 36 и повторно у 10. Наибольшее количество заболеваний из этих случаев падает на весенние месяцы: март 5, апреля 13, май 19, но есть заболевания начавшиеся с зимы и даже один случай с 19 года.

Поражение десен отсутствует у 3-х и имеется на лицо у 43-х, из этих последних у 12-ти отмечается лишь небольшая каемка по краю десен ближе к зубам на одном, двух-трех зубах, у 22 резкая набухлость без разрыхления, у 8 резкое разрыхление и у 1-го огромное разрыхление с внутренней стороны с наклоном к отпадением отдельных участков десен и выпадением зубов.

У всех почти больных отмечаются жалобы на боли в подколенных ямках (кроме одного). Только у 9 из 46 нет болей в икроножных мышцах.

У 6 наклонность к поносу, иногда отмечается понос с кровью.

У 5 больных нами отмечено опухание шейных желез, или околоушных, подчелюстных и паховых. В одном случае это опухание напоминало паротит, в другом—туберкулезные железы шеи с обеих сторон, последнее протекало с высокой T^0 и длилось около 5—6 дней, причем эти два последних случая наблюдались как раз у таких больных, где десны резко поражены не были.

Кровоподтеков и кровоизлияний не отмечается из 46 больных только в 3 случаях и это конечно потому, что случаи эти свежие и в самой первой и легкой стадии.

Кровоизлияние у цынготного больного вы можете иметь в любом месте, однако чаще всего его можно встретить в области голеностопного сустава, в подколенной ямке, на голени, бедре.

Среди наших больных у 5 отмечаются кровоизлияния на концах ребер и соединений их с хрящами, у 1 под лопаткой, у 1 в области плевры, у 1 в перикардии; не редки случаи кровоизлияний в peritoneum и кишечник. T^0 повышается там, где имеется всасывание излившейся, крови, опухание желез, или разрыхление десен. Из всех наших случаев особый клинический интерес представляют следующие больные.

Больной Мациевский 25 лет, перенес сыпной тиф, заболел с 1-го января с. г. малярией, в госпитале проделал нефрит, наряду с приступами малярии и за последнее время стал жаловаться на слабость, боли под коленями и в икрах. В настоящее время отмечаются небольшие каемки около 2-х зубов, небольшое количество кровоизлияний около волосных лукович голени и что особенно интересно—резкое потемнение на местах бывших абсцессов на обоих ногах. Абсцессы эти образовались от потертости обувью на левой ноге, около наружного мыщелка, на правой—сверху стопы. Плохая заживаемость этих абсцессов и несколько синеватый оттенок тканей около них заставили нас в связи с другими симптомами цынги отнести их к типичному проявлению цынги.

Как раз в это время поступил 2-й больной Киселев Александр 19 лет, больной недавно перенес scabies, а цынгой (по его словам) заболел с 15 мая. Впрочем цынгу он переносит 2-й раз. 1-й раз она была у него в 1920 году, в настоящее время имеет резко разрыхленные десны, боли под коленями в икроножных мышцах, небольшие кровоподтеки на голених и бедрах и синие и черные пятна на местах бывших множественных абсцессов, или вернее фурункулов на ногах и руках. На некоторых из этих пятен образовались черные наросты, корки, толщиной местами более $\frac{1}{2}$ сант., резко и крупно выступающие над общей поверхностью.

Следующим интересным случаем надо считать кр-ца Подлевского Василия 21 г. поступил из 38 зап. полка с диагнозом острый суставной ревматизм, заболел цынгой 15 апреля, других болезней незадолго перед тем у него не было. Десны имеют едва заметную кайму, легко ускользающую от внимания, из других симптомов цынги боли под коленями и в икроножных мышцах, перед болезнью страдал куриной слепотой, поступил с небольшим повышением T^0 , с жалобами на опухоль правого коленного сустава, небольшую отечность бедра и опухоль, твердую на ощупь в верхней трети голени левой ноги, которая легко может быть принята за периостит. Вся картина болезни в первый момент заставляет сделать предположение о люэсе сустава правой ноги и сифилитическом поражении левой большеберцовой кости. Однако при тщательном обследовании опухоли левой ноги удастся установить ее слабую подвижность и диагностировать кровоизлияние под надкостницей, на почве цынги, к каковому заболеванию отнести и поражение сустава правой ноги. Дальнейшее пребывание больного, улучшение самочувствия, только при противocyнготном лечении, исчезновение опухоли на левой ноге, появившаяся небольшая синюшность под коленом правой ноги, и небольшая кайма на деснах—вполне подтверждают диагноз.

Трудность диагностирования цынги в некоторых случаях можно видеть из следующих примеров:

Больной Плюсин Кузьма 25 лет поступил в госпиталь 15 апреля с диагнозом бронхит и анемия с T^0 37. 2-37. 5. Температура скоро упала до нормы, давая однако временами повышения до 37. 1—37. 2. Вскоре после поступления у него было небольшое кровохаркание и отмечались хрипы в правом легком. Скоро эти явления исчезли, исчез почти и кашель и осталась только сильная слабость. Неоднократные предложения направить его в Комиссию отклонялись им ввиду ощущения слабости. 19-го мая—более чем через месяц под правым коленом отмечено было небольшое уплотнение, на верхней $\frac{1}{8}$ -ти голени в подкожной клетчатке и в мышцах, а через 3—4 дня очень неясная каемка на одном зубе. В дальнейшем около отмеченной опухоли появился кровоподтек и несколько увеличилось явления в деснах. Цынготная диета привела к выписке больного на Комиссию и к отпуску 7/ви.

Второй случай из Хирургического отделения Воронцев Яков Васильевич 33 лет, Архангельской губернии Шенкурского уезда поступил из 163 госпиталя, 15 мая при детальном исследовании больного ординатором отмечено лишь небольшое увеличение правого яйца и никаких других отклонений от нормы; больной оставлен для наблюдений и ему назначена общая диета.

Грыжи нет. Утром 15/ч больной начал жаловаться на сильнейшую головную боль, особенно слева, около уха. Состояние в 10 час. утра: почти без сознания, пульс 42; напряжен, рефлексы с нижних конечностей, кремастера, живота отсутствуют. Надо полагать Meningitis. Вечер: больной, не приходя в сознание, скончался. Орд. Прибытков.

Вскрытие. Кровоизлияние в мышце грудной клетки, грудная полость: в левой полости плевры 400 к. отм. почти чистой крови. Легкие гипертрофированы особенно в нижних долях легкого; на поверхности легких кое где кровоизлияния. В сердце нет значительных изменений.

Брюшная полость: отмечается гиперемия органов; в правой почке ткань на разрезе красна. В верхнем полюсе виден небольшой гнойник на поверхности ее, кое где кровоизлияния.

Черепная полость: сосуды твердой мозговой оболочки переполнены кровью. В левом полушарии в области fossa Sylvii мозговая ткань пропитана кровью. Во время вскрытия в этом месте изнутри вывалилось наружу большое количество кровяных свертков через разрыв в ткани. На разрезе оказывается, что мозговая ткань разрушена почти во всем левом полушарии.

Epicris: Haemothorax sin. Hyperemia pulmonum. Haemorrhagiae multiplices pulmonum et renis dext abscessus eiusdem. Haemorrhagia permagna et malacia consequitiva haemi-sphaerii sin. cerebri.

Эти истории болезни позволяют нам сделать заключение, что многие из слабых случаев цынги нами не диагностируются, а также задать вопрос хирургам можно ли теперь, при недостаточном питании в госпиталях, широкой рукой производить операции и не следует ли в каждом таком случае тщательно обследовать больного, имея в виду возможность наличия цынги. Ведь каждому оперативным вмешательством мы несомненно ослабляем организм и при недостатке питания можем увеличить количество цынготных заболеваний, а может быть и смертей.

Эти соображения естественно заставляют перейти к госпитальному пайку. Обыкновенный паек у нас в госпитале состоит (взята раскладка на 21 мая); хлеба $1\frac{1}{2}$ фунта, сахару 8 зол., чаю 24 зол., крупы 23 зол., масла 6 зол., соли 6 зол., подболточной муки 4 зол. Усиленная порция прибавляет к этому $\frac{1}{2}$ ф. хлеба, 8 зол. сушеных фруктов, 8 зол. картофельной муки.

Молочная порция—белого хлеба (серого) 1 ф., сахару 8 зол., чая 0,24 зол. крупы геркулес, 16 зол., саго 16 зол., масла коровьяго 6 зол., сгущенного $\frac{5}{16}$ —банки, какао 3 зол., сушеных фруктов 8 зол., муки картофельной 8 зол., варенья 8 зол.

Слабая порция: хлеба белого (серого) 72 зол., сахару 8 зол., чая 0,24 зол., геркулес 16 зол., саго 16 зол., масла коровьяго 6 зол., какао 3 зол., молока $\frac{1}{2}$ фунта, сушеных фруктов 8 зол., муки картофельной 8 зол., варенья 8 зол.

По нашему подсчету все эти порции дадут приблизительно—общая 2160 каллорий, усиленная 2700, молочная 2600 и слабая 2200. Это, если так можно выразиться, валовой калорийный доход отмечаемый по канцелярским книгам. Чистый, конечно, не отвечает этому подсчету, ибо необходимо вычесть отход на неусвояемость и главное на доброкачественность продуктов и их ценность. Прежде всего овощи сухие, а не свежие, молоко консервированное, мясо в консервах, хлеб как по качеству муки, так и по доброкачественности приготовления часто вызывает нарекания администрации и больных, яйца старые с большим % отхода и в кухне и в палатах, пшеничная крупа с большим количеством не только ненужной, но часто и вредной (лузга, овсяная шелуха), примеси и за последнее время—затхлая с запахом плесени, и что всего важнее, отсутствие каких бы то ни было пряностей. Пища пресная, безвкусная, совершенно не раздражающая вкусовых органов больного. Отсюда понятно, что лечение цынготных больных очень осложнено. Наблюдая цынготных больных, получаемых с фронта 15-го года и пользуясь широко для питания их свежими овощами и необходимым при цынге винигретом, мы имели более быстрое выздоровление и незначительный % смертности. В настоящий же момент положение таково, что направление цынготных больных у нас (если только они сами не могут добавлять к своему питанию нужных материалов) идет крайне вяло и медленно.

К наиболее приятной для них усиленной порции мы прибавляем $\frac{1}{2}$ ф. капусты, небольшое количество пикулей, красное вино и Охусоху, даем препараты мышьяка и железа, для десен 10% марганцевый кали, или таннин в глицерине. При небольшом улучшении стараемся отправить в отпуск, Выписка же больных в команду выздоравливающих в настоящее время должна избегать по следующей причине:

Красноармеец Ефремов Максим Данилович 19 лет, Вятской губ., Глазовского у. 13/ч с очень слабыми явлениями цынги назначается на комиссию и выписывается в команду выздоравливающих. В течении двух недель до 1-го июня остается там, а 1-го июня направляется в 168 г-ль, через который прибывает в Рижский с резкими

явлениями цынги—кровоподтеками на голенях отечностью ног и значительным разрыхлением десен.

Второй случай: Красноармеец Юрьев Николай Федорович 20 лет, 2 стр. бригады, с очень неясными признаками цынги 8-го мая из госпиталя назначается в команду выздоравливающих, откуда с 8/VI снова идет в госпиталь с сильным разрыхлением десен, отечностью ног и кровоподтеками на голенях.

После изложенного перейдем к случаям смерти.

В статье д-ра Верекундова на 237 цынготных больных всего смертей было 32 т. е. 13,5%. У нас пока из 64 случаев всего смертей было 8 т. е. 12,5%. Протоколы вскрытия этих больных таковы:

Протокол № 28.

Патал, анатом, вскрытие тела Галькова Григория Митрофановича красноармейца 14 запас. Стрелк. полка, 20 лет, уроженца Гомельской губернии, Чаусского уезда, Чаусовской вол. д. Галачево.

Прижизненный диагноз: Цынга после возвратного тифа, умер 1 мая 1921 г., доставлен из тепавестического отделения. Вскрытие 4 мая.

Наружный осмотр: Грудная полость: слипчивое воспаление листков перикардия, с утолщением их и ворсинчатым разрастанием ткани обоих листков перикардия, особенно внутреннего, имеются сращения перикардия с плевроми; в полости перикардия, частично облитерированной, отмечается скопление небольшого количества геморрагической жидкости, мышца сердечная дрябла и тонка. Полости сердца растянуты и выполнены кровяными сгустками.

Легкие: В полостях обоих плевр имеются скопления кровянисто-окрашенной, слегка мутноватой жидкости. Легкие объемисты, в дыхательных путях скопление жидкости со слизью.

Брюшная полость: В полости брюшины—небольшое количество серозной жидкости, слегка геморрагически окрашенной. Кишечник бледен и дрябл, полости кишек пусты. Паренхиматозные органы без изменений.

Заключение: Scorbutus, Pleuritis utriusque et pericarditis haemorrhagica.

Протокол № 30.

Паталого-анатом. вскрытие тела Кононова Михаила Ивановича, кр-ца 2 отд. полка Стрелковой бригады, 20 лет, уроженца С.-Двинской губернии, Устьсысольского уезда, Подвинской волости, дер. Лабунская.

Прижизненный диагноз: Цынга, осложненная воспалением легких. Умер 2-го мая 21 года. Доставлен из внутреннего отделения. Вскрытие 4 мая.

Наружный осмотр: Труп мужчины с отеком кожных покровов всего туловища. Особенно резко отек выражен на голенях и стопах. На голенях обильная purpura. Местами опухоли темно-багрового цвета величиной с грецкий орех.

Вскрытие: разрез проведенный через опухоли на ногах, обнаруживает скопления крови, пропитывающей подкожную клетчатку, мышцы и надкостницу до самой кости.

Грудная полость: В плевральных полостях большое скопление кровяной жидкости. Легкие воздушны, свободны, но в ткани их на разрезе много кровоизлияний. Вокосердечной сумке 3 столовых ложки кровянистой жидкости. Сердце дряблой консистенции, полости его растянуты. Клапаны двухстворки и аорты резко гипертрофированы. На двухстворке утолщение и изъязвление свободных краев.

Брюшная полость переполнена серозно-кровянистой жидкостью (6 стаканов), кишки умеренно вздуты. Серозная оболочка толстых кишек местами пропитана кровоизлияниями. Печень имеет на разрезе мускатный вид, при давлении отделяется много крови. Селезенка увеличена, темно-красного цвета на разрезе. Почка беловатого цвета на разрезе. Кorkовый и мозговой слой не отличаются.

Epicrisis. Anasarca communis. Ascites haemorrhagica permagna. Purpura et haematomata extremitat infer. Haemotorax utriusque. Haemopericardium. Endocarditis acuta ulcerosa. Haemorrhagiae membranae serosae intestinorum crassorum. Degeneratio parenchymatosa renum. Scorbutus.

Заключение: Смерть последовала от паралича сердца.

Протокол № 34.

Паталого-анатомич. вскрытие тела Шульги Вл. Ник кр-ца 3 особого полка 23 лет, уроженца Полтавской губернии, Роменского уезда, Двинской вол., дер. Василеновка.

Прижизненный диагноз. Lumbago. Pneumon. sin. Scorbutus. Умер 4 мая 21 года, доставлен из хирургического отделения. Вскрытие 6 мая.

Наружный осмотр: Труп мужчины крепкого сложения, с обильной purpura'ой на бедрах.

Вскрытие: По отсепарировании кожных покровов отмечается, по левой сосковой линии, в области 5 и 6 ребра, на месте соединения их с хрящами—кровоизлияние, пропитывающее мышцы и надкостницу до самой кости, а также и хрящ. Подкожный жир всюду пропитан отечной жидкостью.

Грудная полость. Сращение плевральных листков в области нижней доли левого легкого. Скопление мутной кровянистой жидкости в левой полости плевры. Легкие объемисты, мягки, отделяют при давлении много пенистой жидкости. В околосердечной сумке $\frac{1}{2}$ стакана кровянистой жидкости. Сердце увеличено, дрябло. Клапаны его гипертрофированы, свободные края их утолщены и содержат кровоизлияния. Со стороны брюшных органов отмечается резкое кровенаполнение печени, селезенки, почек и вздутие кишек.

Epicrisis Haemothorax. Haemopericardium. Endocarditis acuta oedema pulmonum. Hyperaemia venosa organorum communis. Scorbutus.

Протокол № 38.

Патолого-анатом. вскрытие тела Горелько Ив. Яков. кр-ца 424 полка, 21 г., уроженца Могилевской губернии, Гомельского уезда, Ливяжской вол.

Прижизненный диагноз. Кровянистый плеврит. Умер 6 мая 1921 года, доставлен из хирургического отделения. Вскрытие 11 мая 21 года.

Вскрытие. Грудная полость: Большое скопление кровянистой жидкости в плевральных полостях обеих сторон. Легкие сжаты, отдавлены кзади, плотны, на разрезе красны. В около сердечной сумке 100 куб. сант. прозрачной серозной жидкости. Полости сердца расширены, выполнены кровяными сгустками. Эндокардий резко гипертрофирован, края клапанов красны-утолщены.

Брюшная полость: Печень переполнена кровью. Селезенка велика, довольно плотна, на разрезе темно-красного цвета. В полости брюшины стакана 3 кровянистой жидкости.

Epicrisis: Haemothorax, hydropericardium. Ascitis haemorrhagica. Hyperaemia hypostatica organorum abdominalis. Endocarditis acuta. Scorbutus.

Заключение. Смерть последовала от паралича сердца.

Протокол № 48.

Патолого-анатом. вскрытие тела Демидова-Павла Глебовича, кр-ца 38 запасного полка, 19 лет, уроженца Вологодской губернии, Кадниковского уезда, Нижнеслободской вол., дер. Федькино.

Прижизненный диагноз. Цынга. Умер 17 мая 1921 г. Доставлен из терапевтического отделения. Вскрытие 20 мая.

Наружный осмотр. Труп мужчины с одутловатым лицом и отечными ногами. Десны с темно-синей каймой. На бедрах и голених многочисленные точечные кровоизлияния.

Вскрытие. Грудная полость: В обеих плевральных полостях кровянистая жидкость (по 40 куб. сант. приблизительно). Легкие объемисты, мягки. На поверхности их многочисленные кровоизлияния. Ткань на разрезе гипертрофирована и отделяет при давлении много кровянисто-пенистой жидкости. Сердце дрябло, растянуто. Интима клапанов и сосудов темно-красного цвета. Мышца дряблая. Из брюшных органов, изменения отмечаются в почках, ткань которых беловатого цвета, мутна—рисунок слоев ступеван.

Epicrisis: Anasarca. Cingivitis. Purpura scorbutica. Haemopericardium. Oedema pulmonum acuta. Haemorrhagiae pleurae pulmonalis. Degeneratio parenchymatosa renum.

Заключение. Смерть последовала от паралича сердца.

Протокол № 49.

Патолого-анатом. вскрытие тела Поконина Кирилла Андреевича, кр-ца 371 полка, 42-й дивизии, 31 года, уроженца С.-Двинской губернии, Яренского уезда, Ертамовской вол., дер. Устьсысья.

Прижизненный диагноз. Воспаление легких, нефрит. Умер 17 мая 1921 года. Доставлен из терапевтического отделения. Вскрытие 20 мая 1921 г.

Наружный осмотр. Труп мужчины атлетического телосложения, хорошего питания. Подкожный жировой слой отечен.

Вскрытие. Грудная полость: Сращение плевральных листков в области верхушек легких. Полость плевры переполнена кровянистой жидкостью. В левой полости плевры 12 стаканов, в правой—5 стаканов (здесь почти чистая кровь, легкие сжаты, мягки; на разрезе ткань их гипертрофирована и отделяет кровянисто-пенистую жидкость. В верхних долях туберкулезные гнезда и каверны. Около сердечная сумка растянута и содержит около 1 стакана жидкости, менее интенсивно окрашена кровью. Сердце представляет собой вялый мешок с истонченными стенками. Интима клапанов и сосудов темно-красного цвета.

Брюшная полость. Содержит 800 куб. сант., жидкости такого же характера. Почки довольно плотны. Ткань их интенсивно-красного цвета, корковое и мозговое вещество не различаются по виду. Остальные органы без резких изменений.

Epicrisis. Anasarca communis Haemothorax utriusque. Haemopericardium. Ascitis haemorrhagica. Tuberculosis apicum pulmonum. Nephritis haemorrhagica. Scorbutus.

Заключение. Смерть последовала от паралича сердца.

Протокол № 56.

Патолого-анатом. вскрытие тела Перова Никиты Ивановича, кр-ца 38-го запасного полка 28 лет, уроженца Тверской губернии, Калязинского уезда, Нагорской вол., дер. Мальхово.

Прижизненный диагноз. „Плеврит“. Умер 24 мая 1921 года. Доставлен из Терапевтического отделения. Вскрытие 25 мая 1921 года.

Наружный осмотр. Небольшая отечность нижних конечностей с обильными мелкими кровоизлияниями.

Вскрытие.—Грудная полость: Полное и крепкое сращение плевральных листков обеих легких. Правое легкое мягко, безвоздушно, на разрезе красно. Верхние доли обеих легких несколько раздуты, отделяют на разрезе много пенистой жидкости. Нижняя доля левого застойно гиперемирована. Около сердечная сумка—содержит 200 куб. сант. кровянистой жидкости. Сердце вялое, полости его расширены и выполнены жидкой кровью. Свободный край клапанов двухстворки утолщен.

Брюшная полость. Почки на разрезе мутны, рисунок слоев стусеван. Печень мускатного вида, отделяется много крови. Селезенка велика, плотна, пульпа темно-красного цвета. Желудок и кишечник без изменений.

Epicrisis. Obliteratio pleurarum utriusque. Oedema acut lobar. super. pulmonum utriusque. Hydrohaemopericardium. Hepar moschat adipos; Cyanosis lienis. Degeneratio parenchymatosa renum. Endocarditis vv. bicuspidalis chr. Pleuropneumonia d. Scorbutus incipiens.

Заключение. Смерть последовала от паралича дыхания.

Протокол № 60.

Патолого-анатом. вскрытие тела к-ца Петроградской бригады, 5 раб. батальона, Роговского Лудвига Савер., 25 лет. Прижизненный диагноз—цынга.

Наружный осмотр. Бледность покровов, отечность тела, мелкие кровоизлияния.

Вскрытие. Грудная полость: Скопление большого количества серозно-кровоянистой жидкости в полостях обеих плевр. Легкие сдавлены и уменьшены в объеме. Сердце—жировое перерождение и истончение сердечной мышцы, полости сердца—растянуты и выполнены кровяными сгустками. Наружный листок перикардия обложен жиром. В полости перикардия—имеется серозно-кровоянистая, прозрачная жидкость.

Брюшная полость. В области брюшины громадное количество трансудата серозно-геморрагического характера. Печень застойно-увеличена, гиперемирована, ткань органа на разрезе имеет мускатный вид. Селезенка малая, дряблая.

Желудочно-кишечный тракт. Кишки и желудок вздуты, стенки их бледны и дряблы.

Заключение. *Scorbutus. Hydrothorax et Hydropericardium. Haemorrhagiae. Ascitis. Degeneratio adiposa myocardii. Atelectasis pulmonum e compressione. Hepar moschat adipos.*

Протокол № 63.

Патолого-анатом. вскрытие тела кр. 3 дивизии 8 бригады Карбасникова Александра Семеновича. Прижизненный диагноз: Цынга после возвратного тифа.

Наружный осмотр. Крайняя степень истощения, кожные покровы истончены, подкожный жировой слой отсутствует.

Вскрытие. Грудная полость: В левой полости плевры 400 куб. сант. чистой жидкой крови. Легкие пушисты нормально окрашены, небольшого размера (сжаты поднятой диафрагмой). Ткань на разрезе без изменений. В около сердечной сумке 100 куб. сант. кровянистой жидкости. Сердце без заметных изменений.

Брюшная полость переполнена мутно-гнойной, кровянистой жидкостью (2 литра). Брюшина утолщена, почти черного цвета. Серозный покров кишечника гангренифицирован. Петли кишек склеены между собой. Брыжжейка тонких и толстых кишек очень толста, местами гиперемирована, местами так же гангренифицирована. На дне брюшной полости, а также между петлями кишек много кровяных свертков. Печень застойна. Селезенка с краев черного цвета. Почки увеличены. Ткань их на разрезе несколько гиперемирована, рисунок стусеван.

Epicrisis. Haemothorax sin. Hydro haemopericardium. Degeneratio parenchymatosa renum. Scorbutus. Peritonitis fibrinosa-purulenta et haemorrhagiae diffusae exsudativ. universal. Thrombosis vasorum mesenterii, inde gangraena partialis. Hyperaemia venosa hepatis.

Литература:

А. Федерольф. Гигиена; составлена для военно-фельдшерских школ 1916 г.

Проф. Р. В. Репрев. О голодании преимущественно жителей городов настоящего времени. Врач. дело № 18—19. 1919.

Д-р А. Н. Верекундов. Наблюдение над цынгой. Медич. журнал Вятского Губздравотдела. № 2. 3. 4. 1921 г.

Д-р Ф. О. Гаусман. Этиология и лечение цынги. 1917 г. Москва.

Д-р М. В. Чарноруцкий. Изменение крови при цынге. Врачебное дело № 18. 1919 года.

Röhmman über künstliche Ernährung und Vitamine. Berlin 1916 г. Реферативн. Медицин. журнал № 1. том I. дек. 1920 г.

Д-р Я. А. Бруксон: К вопросу об этиологии цынги. Мед. журнал Вятского Губздрава № 2. 3. 4. 1921 год.

Д-р Полубояринов. Цынга и вопросы питания. Врачебный вестник Вологодского Губздрава и Рижского Военного госпиталя. январь, февраль, март. 1921 г. стр. 67.

Д-р *Erich Kindborg*—Теория и практика внутрен. болезней. Т. 1. 1913 год.

Д-р *Dieulafoi*—Руководство к внутренней патологии. Изд. Практ. медиц. 1899 год

Проф. А. *Drasche*—Внутрен. и детские болезни. Изд. Д-р Окса 1893 г.

Обозрение текущей медицинской литературы.

Хирургия.

В. П. Недохлебов. К вопросу о лечении открытых повреждений почки.

Врачебное Дело 1920 г. № 7—8 (май).

Излагается сначала историческое развитие вопроса о лечении повреждений почки. Предложенное сперва Simon'ом радикально-хирургическое лечение повреждений почки нефректомией встретило в лице Küster'a сильного оппонента. Им было предложено консервативно-хирургическое лечение швом, или тампонадой. Шов почки встретил не мало возражений, против себя. Шов сквозь почку сопряжен с большей или меньшей потерей функции почечной паренхимы. Шов часто не гарантирует от последующих кровотечений. Потому все более и более для остановки кровотечений поврежденной почки стала выдвигаться тампонада при помощи так называемого „живого тампона.“ Более надежная остановка кровотечения таким тампоном получается благодаря во 1-х механическому действию живого тампона, во 2-х специфическому свойству данного тампона вызывать ускорение свертывания крови. То и другое достигается всего лучше тампонадой кусками жировой ткани. Преимуществом этой ткани является еще необыкновенная жизнеспособность кусков этой ткани, приживающихся не смотря на инфильтрацию мочей, нагноение и т. п. При такого рода тампонах достаточны самые поверхностные швы на поверхности почки.

Выжидательное консервативное лечение встречается все больше и больше противников. За последние годы клиническими и экспериментальными работами устанавливается картина так называемого травматического нефрита, который появляется при воздержании от оперативного вмешательства, или замедлении такового в случаях повреждения почек. Травматический нефрит развивается не только в поврежденной почке, но и в другой неповрежденной. Такая передача на другую почку объясняется специфически избирательским действием продуктов клеточного распада поврежденной почки.

В статье приводятся 2 истории болезней с повреждениями почек. В обоих случаях применена тампонада кусками подкожно-жировой ткани.

П. Мокровский.

Неврология и психиатрия.

Проф. Л. С. Минор. О полипатиях и комбинозах при Базедовой болезни.

„Неврология“ 1919 г. № 1.

Многие болеют одновременно двумя или несколькими болезнями. Это давно известно патолого-анатомам.

Из массы полипатий автор выделил одну группу заболеваний, где в одних случаях находят многочисленность причин при одной локализации процесса, а в других—множественность локализаций при одной причине. Эту группу автор предложил назвать комбинозами. Он приводит целый ряд случаев, где Базедова болезнь комбинировалась с некоторыми из внутренних болезней, как напр. с пороком сердца, с туберкулезом. Эти комбинации создают подчас большие затруднения для терапии. Диагнозы, по мнению автора, должны быть не дифференциальные, а синтетические.

Л. К. Громова. К вопросу о лечении психоневрозов.

Вятск. мед. журн. 1921 г. № 2, 3, 4.

Большинство психоневротиков остается без рациональной помощи, требующей психотерапевтического вмешательства в условиях изоляции от домашней среды, физических методов лечения, рабочей терапии и т. д. Выходом из положения является устройство специальных санаторий для такого рода больных.

М. Я. Арьев. О функциональных расстройствах сердечной деятельности последнего времени.

Ibidem.

Из 199 больных, которые трактовались, как страдающие неврозом сердца, 86 человек (43%) перенесли за последние два года то или другое инфекционное заболевание, главным образом тиф. Их следует рассматривать, по мнению автора, как страдающих органической болезнью сердца. Вторая группа в 42 человека (21%) имела признаки *forme fruste* Базедовой болезни. К третьей группе в 13 чел. (6,5%) относятся лица с недостаточным физическим развитием и малым сердцем. Остальные 58 случаев (29%) могут быть отнесены к чистым неврозам.

Г. Д. Аронович. О голодной детской дефективности. (К вопросу о современных особенностях нервно-психического здоровья детей).

Ibidem.

Среди 350 историй болезни детского обследовательского института в Петрограде за 1919 и 1920 г. выделялась большая группа детей (110 случаев), поступивших на испытание главным образом из школ—интернатов, как трудно воспитуемых, или нравственно-дефективных.

В $\frac{2}{3}$ случаев (72) болезненные проявления занимали пограничную область между нервно-психическим здоровьем и болезнью. Автор выделил ряд случаев в самостоятельную группу с одинаковой этиологией и тождественным клиническим течением и рассматривает их, как невроз или психоневроз истощения (это те невропатические состояния, которые встречаются у детей после тяжелых соматических заболеваний и при хроническом истощении вследствие недостаточного питания). Психоневроз этот складывается из явлений подавленности с обидчивым настроением, склонностью к плачу и чрезмерной раздражительностью, при заметном предрасположении к усталости и быстрой утомляемости. Со стороны интеллектуальной отмечается понижение внимания и умственной работоспособности.

П. П. Шафранов. К вопросу об организации в губернии помощи душевно-больным.

Вестник Курск. Губздрав. апр 1921 г. № 2—3.

Все психически-ненормальные должны быть подразделены на две большие группы. К первой группе принадлежат собственно душевно-больные, острые или хронические.

Ко второй—психические инвалиды с законченным болезненным процессом.

Для оказания помощи свежеезаболевшим душевно-больным должны быть устроены небольшие психиатрические больнички. Для помощи психическим инвалидам должны служить центральные психиатрические учреждения.

А. М. Гринштейн. Авитаминозный полиневрит в Москве.

Врачебн. Дело 15 XI 1919 г. № 25.

На основании 18 случаев полиневрита без обычной инфекционной и интоксикационной этиологии автор приходит к выводу, что не достаточное питание явилось причиной заболеваний. В виду того, что бери—бери наблюдается у лиц, питающихся полированным рисом, автор склонен связать упомянутые им случаи полиневритов с витаминным голодом. Он советует лечить эти случаи витаминами, и с этой целью начал лечить своих больных отваром картофеля и дрожжей.

Cords. Die Augensymptome bei der Encephalitis lethargica.

Muenchner mediz. Wochenschrift № 22 am 28 V 1920.

В 20 случаях летаргического энцефалита автор производил тщательное исследование глаз, при чем в 14—находил птоз, в 8—диплопию, в 6—аномалии со стороны зрачков, из коих в 3 наблюдалась анизокория.

Neiss. Sur Symptomatologie der neuro-cerebralen Grippenformen.

Ibidem № 23 am 4 VI 1920.

Т. н. нервные формы гриппа автор делит на две группы: 1) часто описываемый летаргический энцефалит и 2) невритическая форма.

Из 10 случаев автора, первая группа наблюдалась 8 раз, при чем 5-ро умерло при явлениях хорейатического безпокойства, среди оставшихся в живых были два гимназиста одного и того же класса. Вторая группа—полиневритическая, наблюдалась два раза.

Hirsch. Encephalitis lethargica bei einem II—Wochen alten Säugling.

Ibidem № 15 am 9 IV 1920

Автор описывает случай летаргического энцефалита у II-недельного младенца.

Hornung. Veronal als Hilfsmittel bei der Morphiumentziehung.

Ibidem № 7 am 23 IV 1920.

На основании шести случаев и без достаточного теоретического обоснования, автор рекомендует лечить морфинизм большими дозами вероналя. План лечения таков: отвыкание от морфия происходит постепенно, и когда больной дошел до $\frac{1}{8}$ первоначальной дозы, его убеждают, что он не будет страдать от воздержания, так как получит напиток, который устранит неприятные ощущения. Больной опорожняет перед сном пузырь и кишечник и, кроме дозы морфия, которую он получает в том же количестве, что накануне вечером, ему дают два грамма вероналя в теплом растворе.

Больному говорят, что он будет крепко спать, и когда проснется, он должен опорожнить пузырь и кишечник и хорошо поесть. Больной спит от 12 до 14 часов, и после этого получает вторичную дозу в два грамма. После общей дозы в 8 граммов, полученной в двое суток, лечение вероналем прекращается, ибо наступают явления отравления (анурия, возбужденность, двигательное безпокойство). Тут автор прибегает иногда к осторожным дозам скополямина. Такое лечение автор рекомендует проводить лишь в лечебном заведении при условии строгого надзора.

Д-р В. Штаркер.

Отчет о съезде хирургов Красной армии Северного фронта

(с 20 по 25 октября 1919 г.)

20 октября 1919 года в помещении Вологодского эвакуационного пункта открылся первый фронтальный съезд хирургов Красной армии Северного фронта. На съезд собрались врачи не только тыла армии, но и фронтовики.

Съехалось 36 врачей, заявлено 38 докладов.

Программа съезда: 1) хирургическая и лечебная помощь, оказанная в учреждениях тыла и фронта армии, 2) организация хирургической помощи на фронте, 3) лечение огнестрельных переломов конечностей.

В президиум были избраны: председателем съезда консультант Рижского военного госпиталя А. В. Грегори, товарищем председателем—Главврач 5-го госпиталя Красного Креста П. А. Кадников, секретарями—фронтные врачи Экк и Герасимов.

По первому программному вопросу был заслушан 21 доклад. Представлены были ценные статистические данные и дана полная картина работы врачей хирургов фронта и тыла, картина помощи раненому на разных этапах по пути эвакуации; отмечены недостатки в помощи, оказываемой раненым на фронте: как в прошлую, так и в гражданскую войну не накладывались соответствующие повязки при огнестрельных переломах длинных костей конечностей, не вводился солевой раствор под кожу, редко применялся гипс и т. д.; указаны были причины таких недочетов и меры к их устранению.

По второму программному вопросу **д-р Фрайбергер** представил доклад об организации помощи раненым в Северодвинском районе. Докладчику пришлось работать в пербриготряде С.-Дв. района во вторую половину зимы и весной 1919 года. Раненым оказывалась первая помощь в летучках, находящихся в 1—2 верстах от боя, от летучек раненые на санях доставлялись в полковой околосок, находившийся от летучки в 10 верстах, отсюда на санях же в бригаотряд, находившийся в 40 верстах от околоска. Дальнейшая эвакуация шла в 1044 госпиталь в Красноводск—150 верст. Транспорт совершался в крытых крестьянских санях розвальнях, каждые 20—25 верст имелись питательные пункты, в промежутках между ними обогревательные пункты. Дальше эвакуация шла в Котлас и Вятку. Бриготряд развернулся на 75 кроватей. Весною бригаотряд переходил на госпитальное судно Гоголь, приспособленное под госпиталь. Хирургическое снабжение было крайне скудное.

д-р Барминский. Организация помощи раненым в Архангельском районе.

Докладчик работал в пербриготряде 1-ой бригады 18 стрелковой дивизии. Отряд обслуживал три направления: жел.-дорожное—30 верст, Котлас—30 верст, Онега—109 верст, гарнизон ст. Плесецкой.

В октябре 1918 г. из хирургических инструментов имелось 2 тупых скальпеля, 2 пинцета, ножницы и 1 оспопрививательный ланцет. В начале отряд развернулся на 60, к декабрю на 106 мест. Только к маю 1919 года удается снабдить отряд необходимым инструментарием, частью собственным, частью заимствуемым из лазарета Кр. Креста: № 5, частью полученным и по официальным требованиям. В заключение докладчик заявляет: не заставляйте нас работать с негодными средствами дайте, нам положенное сами, тогда может не будет столько жалоб тыловых хирургов на ужасный вид раненых, прибывших с фронта.

д-р Грегори. Организация помощи раненым на фронте. Врач-хирург должен быть использован для раненых не только в тылу, но и на фронте. Первую хирургическую помощь раненый должен получать сейчас же после ранения, радикальную хирургическую помощь не позже 24 часов после ранения. Такая помощь должна подаваться в перевязочном отряде. Приказ Реввоенсов 1918 г. № 220, предусматривающий снабжение хирургическими предметами и транспортными средствами, значительный шаг вперед в сравнении с приказом по В. В. 1909 г. № 209 и 1914 г. № 529. Все же и при казном Реввоенсовете не предусмотрено для перев. отряда простейшего стерелизатора для перев. материала, Рекордовских шприцев, щипцов Дальгрена, мало Люэровских кусачек, Люэровских окончатых щипцов, зажимных пинцетов. К сожалению снабжение согласно прик. Реввоенсов. редко имеет место. Чрезвычайно важно снабжение перев. пунктов шинами для наложения неподв. повязок простейшего типа, которые всегда можно изготовить собственным попечением. Образцы таких шин предлагаются. Приказ. Реввоенсов. 1918 г. № 220 предусматривает для перев. отряда 24 сан. двуколки и 48 лошадей, что к сожалению не могло проводиться в жизнь. Более всего себя оправдали рессорные двуколки с широким ходом, высокими колесами и носилками на рессорах; двуколки эти устойчивы, легко и круго могут быть поворачиваемы и сравнительно мало тряски для раненых.

д-р Красносельский. Организация помощи больраненым в Междоузерном участке 1-й стрелковой дивизии. Первоначальная помощь оказывается ротными лепкомами, после чего больраненые поступают в околосок своего полка, отсюда в пер. отряд Кр. Кр. (15 верст). дальше в бригаотряды (15—20 верст от пер. отр. Кр. Кр.); бригаотряды развернуты на 50—60 мест. и могут оказывать радикальную хирургическую помощь. В полках по одному врачу, стаж 1—2 года, в вопросах военной санитарии неопытные. Большинство ротных лепкомов крайне плохо подготовлены.

Перев. отряды Кр. Кр. снабжены хорошо, в тоже время не работоспособны, т. к. в них нет врачей. Транспортных средств мало.

Зубной врач Черномордик. О постановке зубообращения в 6 армии. При 6 армии функционирует 14 зубамбулаторий при 22 зубврачах, в стадии формирования еще 8 зубамбулаторий. Зубамбулатории вполне оборудованы. Армия обеспечена клиническим зубообращением. Оборудование зуботехнической лаборатории вопрос ближайшего времени.

По III программному вопросу представлены следующие доклады.

Д-р Прибытков. Огнестрельные переломы длинных костей по данным 256 сводного эвакуационного госпиталя за 6 месяцев с 1 января по 1 июля 1913 года. Общее количество таких раненых 149—бедро 34, голень 31, плечо 29, предплечье 55. Время от ранения 5—10 дней, все раны оказались инфицированными, на долю тяжелой инфекции 16%. Почти все случаи тяжелой инфекции относились к бедру; полное отсутствие иммобилизации, или недостаточная иммобилизация имела в этих случаях большое значение.

При гнойных ранах орошение раствором марганцево-кислого калия, при тяжелых инфекциях широко применялось вливание под кожу солевого раствора. При ранах суставов, при разрывчатых гноящихся ранах гипс, гл. образом в виде окончатых, или мостовидных повязок, при заживающих ранах вытяжение.

Произведена 31 операция; 19 ампутаций, 9 раз по поводу влажной гангрены, 10 раз по поводу резко выраженного сепсиса, 12 секвестротомий (11 раз на бедре). Смертность при переломах длинных костей 7,38%. Пребывание раненых в госпитале в среднем 3—4 недели. Перелом сросся у 19, погибло 11, эвакуировано для дальнейшего лечения 119.

Д-р Казанский. Деятельность передовых перевязочных отрядов и лечение огнестрельных ранений больших суставов. Каждая операция на суставах должна быть на своем месте, артротомия производится, если она достаточна для борьбы с инфекцией, резекция при повреждении суставных концов костей, ампутация ради спасения жизни, если нельзя спасти конечность.

Неинфицированная рана коленного сустава—иммобилизация, выпускание выпота проколом, давящая повязка, через 7—10 дней движения. При инфицированных ранениях без повреждения костей—артротомия, при повреждениях костей—резекция, в запущенных тяжелых случаях, острых остеомиелитических процессах—ампутация.

Тоже относится к ранению тазобедренного сустава. Ранения локтев. сустава обычно инфицированы. Лечение: резекция, шадить мягкие ткани, иммобилизация; если нет лихорадки можно через 7—10 дней начать делать движения в локте.

Ранения плеча дают обычно благоприятные предсказания.

При ранениях голено-стопного сустава повреждаются кости—имеется инфекция, артротомия и резекция могут спасти конечность.

Д-р Новотельнов. Лечение огнестрельных переломов конечностей. От первой правильно наложенной неподвижной повязки зависит сплошь и рядом жизнь, целость, или уродство человека. Не важно какая повязка: гипсовая, крахмальная, просто шинная, лубковая и т. д., но важно, чтобы она в действительности была неподвижна, охраняя конечность при самом отчаянном транспорте.

Для фиксации при переломах верхних конечностей часто применялась деревянная вилка для вытяжения плеча и сгибающийся угольник для вытяжения предплечья и пальцев.

Больше всего хлопот причинили осложнения переломов конечностей, особенно на бедре и голени газобронзового характера—24 случая. Сказывалась недоброкачественность пулевой оболочки, легко рвущейся при ударе об твердую кость, а также большое количество рикошетных пуль при боях в лесистой местности.

Часто применял окончатые гипсовые повязки и крахмально-картонные бинты с лучиной.

По внепрограммным вопросам было представлено пять докладов.

Д-р Кадников. К вопросу о лечении параличей после воздушных контузий. Паралич нижних конечностей у 5 больных, атактическая походка у 9. У всех дермографизм, понижение коленного рефлекса, повышение, или понижение болевой чувствительности, шум в ушах; у некоторых понижение слуха, ослабление мышечной силы. Вытяжение и наложение корсета дали блестящий результат. Эффект обнаруживался сразу-по наложении корсета.

Д-р Новотельнов. Недостаточная стерелизация перевязочного материала, получаемого из стерелизатора с текущим паром при нормальном давлении. Температура текущего пара, едва превышающая 100—достаточна лишь для дезинфекции т. е. уничтожает патогенные микробы. Стерелизация же имеет в виду уничтожить все живое, все зародыши, споры, микробы столбняка, злокачественного отека, газовой гангрены и др. анаэробы, которые погибают или при 120°, или при трехдневной дробной стерелизации.

При оперативных вмешательствах мы обязаны материал не дезинфицировать, а стерелизовать, т. е. работать только с автоклавами. Простейший тип такого автоклава, автоклав Пылкова.

Д-р Фрайбергер. Огнестрельные ранения груди по данным 256 сводно-эвакуационного госпиталя.

За первое полугодие 1913 года прошло 76 полостных ранений груди. Кровохарканье обычно несколько дней в 70%, гемоторакс в 3,9%, подкожная эмфизема в 2,6%. Из 76 раненых выздоровело 26, умерло 8, эвакуировано 42. Оперативное вмешательство только по поводу эмпиемы или гноящихся легкого в 13 случаях. Из оперированных умерло 4, у всех была знач. примесь крови в экссудативной жидкости.

Д-р Кадников. Газовая атака под Городном 10 августа 1913 г. Обследовано 11 случаев. Газы аспространялись снарядами в продолжение 9 часов. Масками пользовались не все время. Больные тянутся к разряду легко пострадавших, поступили в госпиталь через 12 дней. Замечались общая одавленность, бледность, вялость коленных рефлексов, потливость, цианоз лица при малейших движениях, шум в ушах, головокружение, сильный сухой кашель, в легких много влажных хри-

пов, пульс учащен, размеры сердца увеличены, конъюнктивит, у 8 было кровохаркание, длившееся от 3—7 дней, ослепли от 2—5 дней трое. Кровавая рвота у 7, кровавый понос у 3.

При исследовании крови уменьшение числа красных кровяных шариков (3 до 4 мил.) и увеличение числа белых (6000—7000). Лейкоцитарная формула дает значительное количество эозинофилов (до 70%). Со стороны кожи—пигментация кожных покровов. Под микроскопом эпидермис обычной толщины, сосочки хорошо развиты, клетки глубокого слоя эпидермиса содержат в протоплазме зерна темного пигмента, кровеносные сосуды соединены с кожей, главным образом капилляры расширены с признаками эммиграции фибриновых элементов. Обильная пигментация касается исключительно глубоких клеток Мальпигиевого слоя кожи. Пигмент по своему происхождению должен быть отнесен к кровородным пигментам.

Д-р Левенталь. О лечении ожогов фибриновыми повязками. У обоих концов ожога прибинтовываются два вала из марли или ваты, на них кладется стекло, которое прибинтовывается, получается вид фонаря, свет и солнце получают доступ к обожженной поверхности. Повязка при смене не причиняет большого безпокоя. Заживление сокращается на одну треть.

Д-р Кадииков демонстрировал больного, у которого взят осколок с бедра и пересажен ниже в дефект бедра же. Осколок прижил больной наступает на больную конечность.

Д-р Левенталь демонстрирует изготовленные собственным попечением по его указанию шины для вытяжения бедра и голени по наклонной плоскости, для эластического вытяжения плеча и предплечья, раму для подвешивания конечности и прибор для наложения неподвижных повязок на нижнюю конечность.

Д-р Грегори демонстрирует модели простейших шин для фронта, а также шины для лечения вытяжением верхней и нижней конечностей. Все шины изготовлены собственным попечением.

Модели шин для фронта принимаются Съездом в качестве образцов шин для разсылки таким по полкам и учреждениям и изготовления по ним необходимого запаса шин.

Постановления, принятые Съездом:

1. Принимая во внимание, что здравоохранение дело всех трудящихся и, что в большинстве случаев первою повязка накладывается самим раненым, его товарищем, или малоподготовленным санитаром, съезд признает необходимым пропаганду элементарных санитарно-хирургических знаний среди красноармейцев (г. Пятницкий).

2. Необходимо обеспечить фронт кадрами врачей, знакомых с подачею первой хирургической помощи, для чего врачей назначенных в полки и пербриготряды прикомандировывать на 3—4 недели к хирургическим госпиталиям тыла (д-р Левенталь).

3. Необходимо организовать краткосрочные курсы для ротных леккомов и санитаров, как в тылу, так и на фронте при пербриготрядах под руководством врача хирурга пербриготряда и при хирургических дивизионных госпиталиях (д-р Пятницкий).

4. Желательно издание краткой инструкции для врачей и леккомов частей войск и войсковых лечебных заведений для облегчения правильного проведения этапного лечения. Разработка инструкции возлагается на хирургическую секцию, являющуюся в тоже время связующим звеном между фронтом и тылом и научно-консультативным органом для армии (д-ра Пятницкий, Левенталь, Грегори).

5. Врачи должны быть использованы по специальности, причем в пербриготряде должен быть врач, знакомый с подачею первой хирургической помощи (д-р Грегори).

6. В штат пербриготряда желательно ввести двух сестер милосердия для работы в перевязочной, хорошо знакомых с хирургической обстановкой за счет одного леккома (д-р Варминский).

7. Желательно полковые и бригадные перевязочные отряды снабдить в достаточной мере инструментами и хирургическими предметами, в норме, предусмотренной приказом Реввоенсовета Респ. 1918 г. № 220 и внесение в таблицу снабжения пербриготрядов автоклава, хотя бы простейшего типа Пылкова, изготовленного заводом военно-врачебных заготовлений (д-ра Грегори и Новотельнов).

8. Полковые и бригадные перевязочные отряды должны быть снабжены в достаточном количестве лубками, хотя бы простейшего типа (по 10 пар каждого вида лубков на 1000 штыков); модели таких лубков заготовлены и должны раздаваться инструктором врачом с соответствующими разъяснениями в полки и пербриготряды для изготовления их собственным попечением в потребном количестве. Нормальной иммобилизирующей повязкой для полковых и бригадных отрядов Съезд признает лубковую шину правильно наложенную с фиксации лубков двух соседних суставов (д-ра Грегори, Красносельский и др.).

9. Желательно всех раненых, страдающих долго незаживающими ранами при огнестрельных переломах конечностей, особенно бедра, выделять в особые лечебные заведения, приспособленные для их лечения и обеспечить их усиленным питанием (д-р Прибытков).

10. Отмечаются случаи самострельства и прочего членовредительства в красной армии, значительная частота ранений кисти и пальцев, особенно левой руки, что должно быть отчасти отнесено к самострельству, или умышленному подведению кисти и пальцев под пули противника. Все красноармейцы, уличенные в несомненном, умышленном членовредительстве, во исполнение приказов по Н армии № 1088 и 1200 должны быть изолированы в районе, однако не ближе дивизионного госпиталя, таким образом, чтобы им безусловно была обеспечена рациональная хирургическая помощь специалистом врачом (по докладу д-ров Григорьева, Парнеса и др.)

11. Съезд признает крайне желательным организацию лечения ран ртутно-кварцевой лампой и солнечным светом и постановляет просить Начсанарм № 6 ходатайствовать об изготовлении собственным российским попечением ртутно-кварцевых ламп и устройство хотя бы простейшего типа солярий (д-ра Новотельнов, Левенталь и др.).

А. Грегори.

Отчет о научных совещаниях врачей при Рижском военном госпитале.

Протокол № 20.

Научное совещание врачей при Рижском военном госпитале 18 февраля 1921 года.

Председатель д-р Грегори сообщает о смерти профессоров Вельяминова и Гиришмана. Память умерших почтена вставанием.

Д-р Грегори делится своими воспоминаниями о проф. Вельяминове в первые годы его профессорской деятельности; д-р Прибытков—последними годами его пребывания в академии.

Оба характеризуют проф. Вельяминова как талантливого лектора, собиравшего громадную аудиторию, искусного хирурга, умевшего дать своим слушателям и любовь к хирургии и способность клинически мыслить, разбираться в хирургических заболеваниях, особенно в хирургических заболеваниях суставов.

Д-р Грегори делится своими впечатлениями о посещении хирургических клиник проф. Федорова, Турнера и Опделя.

Д-р Левенталь демонстрирует препарат множественного эхинококка брюшной полости, добытый при операции. Сообщая историю болезни, останавливается на этиологии, путях проникновения, морфологии и частоте заболевания.

Д-р Штаркер сообщает о своем случае эхинококка легкого, где в распознавании большую опору дал Рентген.

Д-р Грегори отмечает редкость случая в смысле огромного количества пузырей и поражения решительно всех органов брюшной полости.

Д-р Штаркер докладывает об эпидемическом летаргическом энцефалите *).

Протокол № 21.

Научное совещание врачей при Рижском военном госпитале 26 марта 1921 года.

Д-р Штаркер. К казуистике акушерских параличей.

Докладчик демонстрирует больного, 17 лет, с резкой атрофией и параличом обоих верхних конечностей. Судя по рассказам матери, мальчик родился в срок, но в состоянии асфиксии; роды были трудные, акушерка долго „оживляла“ ребенка.

Сразу после „оживления“ ребенок не шевелил ручками; когда ему исполнилось 2 недели, она его возила к доктору.

В настоящее время имеется почти полная атрофия и паралич мышц обоих верхних конечностей, отвечающие корешковому распределению по приблизительному типу Дюшенн-Эрба с участием 5, 6 и 7 шейных корешков. Чувствительность без заметных изменений. Рефлексы с сухожилий двуглавых мышц отсутствуют. Электровозбудимость нарушена.

Сделав клинический очерк этого заболевания и обзор литературы, докладчик указал на казуистические особенности данного случая—двусторонние поражения, глубоко выраженные атрофии и параличи, трудность дифференцирования данного случая от неполно исключаемого здесь острого детского полиомиелита. Кроме того, интересна степень приспособляемости организма, вынужденного в борьбе за жизнь развивать функции нижних конечностей. Больной в этом отношении достиг выдающихся успехов: он пишет ногою, держа ручку между 1 и 2 пальцами; моется ногами, ест ими; шьет, вдевая правой ногой нитку в иголку, которую держит пальцами левой стопы. В отношении анатомио-физиологическом обращает на себя внимание резко выраженная подошвенная канавка на правой стопе (высокий подъем), значительно развитые функции межкостных и люмбрикальных мышц, а также длинных и коротких сгибателей большого пальца обеих стоп и значительный объем активных и пассивных движений в суставах нижних конечностей. В отношении психическом никаких отклонений от нормы; больной обнаруживает способности к математике; настроение ровное, спокойное; волевая сфера развита хорошо. Обращает на себя внимание уживчивость и такт больного в общении с товарищами по школе, относящимися к нему с уважением и сочувствием.

Д-р Полубояринов, сообщает о двух случаях малярии, леченных сальварсаном, хинин не давал никакого улучшения, после сальварсана прекрасный результат, в третьем случае, где хинин давал очень слабый результат после сальварсана наступило быстрое выздоровление.

Д-р Полубояринов. К ранней диагностике туберкулеза легких с демонстрацией больных **).

*) Доклад напечатан в Врачебном Вестнике 1921 г.

**) Статья напечатана в Врачебном Вестнике 1921 г.

Д-р Штаркер полагает, что все же наиболее точные данные для определения туберкулеза получаются при перкуссии и аускультации.

Д-р Грегори считает важным для определения начинающегося туберкулеза легких проекцию легочных верхушек по Ktönig'u, что однако не так легко и требует опыта и навыка.

Протокол № 22.

Научное совещание врачей при Рижском военном госпитале 16 апреля 1921 года.

§ 1.

Председатель д-р Грегори сообщает о смерти д-ров Христофорова и Беляева, погибших от сыпного тифа и, обрисовав личность каждого из них, предлагает собранию почтить память их вставанием.

§ 2.

Читаются и утверждаются протоколы двух предыдущих заседаний.

§ 3.

Заслушивается доклад д-ра Левенталя об операции при перитоните, вызванном тромбозом брыжеечных сосудов с демонстрацией больного.

Перитониты указанного происхождения в эпидемии сыпного тифа приходилось видеть неоднократно.

Сыпной тиф, поражая артерии, в том числе и артерии брыжейки может вызвать тромбоз этих сосудов; нарушается питание кишечной стенки, она становится проходимой для бактерий, заражается брюшина, кишка в конечном итоге омертвевает. Осложнение крайне серьезно и всегда кончалось смертью.

Демонстрируемый больной был оперирован в первые же дни появления осложнений со стороны брюшины. В полости брюшины найдено немного серозно-кровоянистого выпота, слепая кишка, частью восходящая потемнела, легко рвется. Слепая кишка подшита, наложен противоестественный задний проход одновременно. Наложением его на слепой кишке дается покой нижележащей толстой кишке и создаются благоприятные условия для развития коллатерального кровообращения.

Д-р Грегори наблюдал больше 20 случаев перитонита, вызванного тромбозом артерий брыжейки. Болезнь вызывается сыпно-тифозной инфекцией, наступает обычно через несколько дней после перенесенного сыпного тифа. Прежде всего поражается слепая кишка и восходящая, после чего гангреной поражается весь кишечник. Болезнь длится 2—4 недели и кончается смертью. В начале болезни, в первые 7—10 дней наблюдается запор, который сменяется поносом, болезненные явления со стороны брюшины нарастают, деятельность сердца падает, наступает смерть. Может быть, наложение противоестественного заднего прохода в первые дни заболевания, обезпечивая покой наиболее пораженной части кишечника и являясь той операцией, которая в этой тяжелой болезни может предотвратить летальный исход.

§ 4.

Д-р Прибытков. К вопросу об огнестрельных переломах бедра и показаниях к ампутации.

Указав на важность вопроса и кратко остановившись на механике переломов, докладчик более подробно останавливается на методах лечения, как наиболее спорном вопросе, где нет согласия между хирургами.

Разбирая метод лечения гипсом и вытяжением и, демонстрируя как различные неподвижные гипсовые повязки, так и виды вытяжения, применяемые в хир. отд. Рижского военного госпиталя, докладчик приходит к следующим выводам: в свежих случаях, особенно при наличии обширных повреждений костной ткани гипс предпочтительнее вытяжения, так как он дает больше покоя больной конечности, дает больше возможности образоваться защитительному грануляционному валу. Если хирург хорошо владеет гипсом, сумеет дать отломкам правильное положение, то гипсом можно ограничиться на все время лечения. Повязку нужно уметь индивидуализировать, важно иметь надежных помощников и не бояться общего наркоза при наложении гипсовой повязки.

Вытяжение необходимо при заживающих ранах, в случаях более старых, где имеется укорочение, так как гипс укорочения не устраняет. Докладчик демонстрирует больного, где при укорочении в 15 с. после перелома 6 месяцев назад удалось добиться укорочения только на 3 сант.

Во второй части доклада уделяется внимание тем случаям огнестрельных переломов бедра, которые гноятся месяцами, не обнаруживая наклонности к заживлению. Одни хирурги в таких случаях спешат с ампутацией из опасения амилоида, заражения крови и т. д., другие напротив весьма консервативны.

Докладчик на основании личного опыта предлагает руководствоваться следующими соображениями: если общее состояние больного хорошее, сон, аппетит удовлетворительны, пульс не частит, там нечего думать об ампутации, в этих случаях вмешательство может состоять в удалении секвестров. Особенно предлагается обратить внимание на состояние пульса, как главного руководящего начала.

Если нет сна и аппетита, пульс частит (температура может быть нормальной), нужно думать о более глубоком, обширном поражении костной ткани. Патологоанатомически могут встретиться три разновидности. Для примера докладчик берет огнестрельный перелом диафиза бедра: 1) поражение резко ограничено от выше и нижележащих частей диафиза (наиболее благоприятный случай), 2) поражение занимает весь диафиз, 3) поражение занимает первое положение, но отдельные гнезда могут быть выше и ниже.

Состояние больных в этих случаях обычно очень тяжелое. Прежде чем решиться на оперативное вмешательство необходимо поднять деятельность сердца. Если применение сердечных средств остается безрезультатным—случай безнадежный, на вскрытии—глубокое перерождение сердца, печени, почек; если пульс улучшается, стоит оперировать. Если после удаления мертвых частей (секвестротомии) общее состояние и пульс не улучшаются, нельзя медлить с ампутацией.

Д-р Левенталь указывает на выгоды лечения вытяжением с точки зрения возможности во всякое время наблюдать за конечностью.

Д-р Полубояринов указывает на хорошие результаты, полученные д-ром Беляевым в Москве при лечении вытяжением.

Д-р Грегори. Вопрос о лечении переломов бедра вопрос старый и в тоже время новый. На всех съездах хирургов всегда говорят о переломах бедра, особенно во время войны. При лечении переломов костей верхней конечности, голени, стопы, недостаточная подготовка врачей не вывистся с такой очевидностью, как при лечении переломов бедра. Мощные мышцы дают огромные смещения отломков, создают почву для гнойных затеков, в результате дугообразные, функционально непригодные бедра, незаживающие свищи и т. д.

В малоопытных руках не помогут ни Vardenheuer, ни двойная наклонная плоскость, ни гипс.

В умелых руках, индивидуализируя разные случаи, получим прекрасные результаты как от гипса, так и от вытяжения, как от вытяжения на двойной наклонной плоскости, так и от вытяжения при выпрямленной конечности, как от гипса одного, так и от комбинации его с вытяжением.

Протокол № 23.

Научное совещание врачей при Рижском военном госпитале 27 апреля 1921 года

§ 1.

Д-р Цацкин делает краткое сообщение о наблюдавшемся им случае менструации у 3-х летней девочки (за неприбытием не могла быть продемонстрирована). Менструация наблюдалась 2 раза с промежутком в 4 недели, длилась 1½ дня; во время менструации набухали соски. Отмечается повышенный интеллект у девочки и несколько большее развитие наружных половых органов, чем это обычно наблюдается у девочек этого возраста. В заключение докладчик приводит ряд литературных данных по затронутому вопросу.

§ 2.

Д-р Грегори. О язве двенадцатиперстной кишки с демонстрацией больных.

Больных язвами желудка и двенадцатиперстной кишки очень много за последнее время; за последние три месяца докладчик наблюдал 13 таких больных, из них язву желудка и двенадцатиперстной кишки по 6 раз, раковую язву один раз. Погибло от кровотечения в день доставки в хирургическое отделение трое, у одного это кровотечение произошло из небольшой раковой язвы желудка. В 2-х случаях прижизненный диагноз гнойный перитонит, больные погибли через день и через 2 дня после доставки в хирургическое отделение, операций произведено не было; на вскрытии прободная язва двенадцатиперстной кишки. Троице демонстрируемым больным было наложено желудочно-кишечное соустье без выключения привратника. У всех язва находилась в верхней трети желудка. В двух случаях язва была небольшая, не осложненная, в одном она вызвала значительное сужение. Соустье заднее накладывалось продольное на тощей кишке у самого выхода ее и поперечное на желудке. Результат безукоризненный; боли, испытываемые после каждой еды, исчезли совершенно, больные ожили, с каждым днем прибывали в весе, едят теперь по 3 фунта хлеба совершенно безнаказанно.

Во всех случаях язвы двенадцатиперстной кишки наблюдались боли после каждой плотной пищи через 2—3 часа. Боли бывали ночью, ощущались под ложечкой и несколько ниже, отдавали часто в спину. В одном случае наблюдались острые приступы внезапной слабости и потемнения в глазах. Объективно во всех случаях боль при пальпации области предлежания кишки, симптом Mardel'я, точки Boas'a справа от позвоночника в области XI—XII грудного позвонка, напряжение верхнего квадранта правой прямой мышцы. В анамнезе у двоих больных дегтеобразный стул, в желудочном соке у двоих небольшая примесь крови, повышенная кислотность у троих, у одного нормальная, у двоих пониженная, а именно отсутствие свободной соляной кислоты, связанной 10 и 18.

§ 3.

Д-р Прибытков. Оценка некоторых разновидностей паховых грыж и грыж белой линии в отношении освобождения от воинской повинности.

Докладчик останавливается на тех разновидностях паховых грыж, которые чаще всего вызывают разногласия среди врачей членов комиссии по определению годности данного лица к военной службе, одни признают грыжу, другие ее не признают. Сюда относятся случаи начинающейся паховой грыжи, грыжи с узким отверстием шейки грыжевого мешка, Hydrocele communicans, задержание яичка в брюшной полости одновременно с существованием влагалищного отростка (при ходьбе и натуживании яичко выходит в паховый канал). Указывается, как распознать все эти разновидности, в частности, в случаях с очень узкими грыжевыми воротами, когда при исследовании не всегда удается определить грыжевую опухоль, важным подспорьем для диагноза служат результаты расспроса больного: «когда выходит грыжа (в стоячем, или лежащем положении)? В каком положении вправляется? Легко-ли происходит вправление? Каким способом вправляется вышедшая грыжа?»

Что же касается грыж белой линии, то комиссия, находя обычно очень маленькую опухоль, считает ее липомой и грыжей не признает. В действительности при таких предбрюшинных липомах

как правило при операции находят грыжевой мешок. Во всех вышеописанных случаях закон предусматривает увольнение от военной службы.

Д-р Грегори. Для врачей неспециалистов, каковые обычно заседают в комиссиях, ответы испытуемых на вопросы, какие предлагает задавать докладчик, могут облегчить разобраться в затруднительных для них случаях. Что касается грыж белой линии, то таковые, несмотря на обычно ничтожную их величину, вызывают как правило значительные болезненные ощущения. Недаром германский закон о потере трудоспособности, определяет таковую для пупочной грыжи в 10⁰/₀, для паховой в 15⁰/₀, для грыжи белой линии в 25⁰/₀. При грыже белой линии мы как правило находим предбрюшинную липому. Тот треск какой воспринимает рука при каждом напряжении живота (напр. при кашле), зависящий от выхождения через щелевидное отверстие апоневроза полого органа, содержащего воздух (т. е. кишки) укажет на то, что имеется не только липома, но и грыжевой мешок в кишка, в него выходящая.

Протокол № 24.

Научное Собрание врачей при Рижском военном госпитале 28 мая 1921 г.

§ 1.

Д-р Штаркер. К казуистике хронической гидроцефалии.

Докладчик демонстрирует 10-летнего мальчика с т. н. приобретенной хронической головной водянкой. Ребенок родился в срок с нормальной по объему головкой; ходить и говорить стал во время; развивался правильно. На пятом году жизни стал жаловаться на головную боль, впоследствии присоединилась рвота и затруднение походки. На шестом году стали замечать увеличение головы. Настоящее состояние больного: характерный гидроцефалический череп, окружностью в 61 см, расстройство зрения—острота зрения правого глаза=0, левого=0,5. Атрофия обоих зрительных нервов, Парез нижних конечностей и ригидность при пассивных движениях. Спастически-паретическая походка. Резко повышенные сухожильные рефлексы и положительные симптомы Эабинского, Россолимо, Оппенгейма, Бехтерева и Жуковского. Значительное понижение интеллекта—психика 5-летнего ребенка.

Сделав клинический очерк болезни и, указав особенности данного случая, докладчик изложил существующие взгляды на патогенез страдания и перешел к вопросу о лечении, являясь противником операции Браманна. Люмбальная пункция (выпускание 30 к. с.) и гидротерапия дали некоторое улучшение. Предстоит повторение пункций. Предсказание в данном случае весьма серьезное.

Проф. Введенский указывает на возможную роль желез с внутренней секрецией в генезе этого страдания.

Д-р Грегори не видел положительных результатов от операции Браманна. Спинно-мозговая жидкость, дающая во многих случаях гидроцефалии некоторое улучшение, иногда вызывает тяжелые явления: бессознательное состояние, Cheyne Stock'овское дыхание и т. д., а потому при применении пункций при гидроцефалии нужно быть очень осторожным.

§ 2.

Д-р Полубояринов. К симптоматологии цынги с демонстрацией больных*).

Д-р Прибыткой интересуется вопросом о продромальных клинических явлениях цынги и о цынготных поражениях суставов, указывает на тяжелое течение послеоперационных ран у цынготных больных.

Д-р Штаркер обращает внимание на один из случаев докладчика, где смерть последовала внезапно вследствие кровоизлияния в головной мозг. На секционном столе признаков люэса и атероматоза сосудов не обнаружено. Случай этот приобретает значение, ибо указывает, что цынга может явиться этиологическим фактором в генезе церебральных геморрагий молодого возраста.

Проф. Введенский указывает на необходимость при цынге употребления в пищу овощей, которые не могут быть заменены другими видами пищи.

Д-р Грегори отмечает особенности течения цынги при различных эпидемиях ее. От хирургического вмешательства у цынготных нужно воздержаться, ограничивая таковое только случаями с жизненным показанием.

§ 3.

Д-р Штаркер. Об опухолях лобных долей с демонстрацией макро—и микроскопических препаратов случая эндотелиомы правой лобной доли.

Сделав краткий очерк симптоматиологии опухолей лобных долей и, указав на трудности топической диагностики процесса в индифферентных зонах мозга, докладчик переходит к описанию случая опухоли правой лобной доли, где при жизни, кроме общемозговых симптомов в виде рвоты и головной боли, наблюдалась анемия и гликозурия. На основании микроскопического исследования, демонстрируемая опухоль должна быть отнесена к эндотелиомам. Твердая на ощупь, величиною с куриное яйцо, она была расположена экстрацеребрально на нижней поверхности правой лобной доли. Правая обонятельная луковица атрофирована. Что касается психики, то отклонений от нормы, характерных для опухолей лобных долей, не наблюдалось.

Д-р Грегори интересуется подробностями клинической картины и причиной смерти.

Д-р Штаркер объясняет смерть отдаленным действием опухоли на дно четвертого желудочка, в частности ставит ее в связь с параличом дыхательного центра.

Проф. Введенский считает возможным объяснить причину смерти поражением блуждающего нерва.

Председатель „Научного Собрания врачей при Рижском военном госпитале“ Грегори.

*) Доклад печатается в Врачебном Вестнике 1921 г.

Отчет об операциях по хирургическому отделению Рижского Военного Госпиталя за первую половину 1921 года.

Консультанта госпиталя А. В. Грегори.

Произведено 448 операций, а именно:

1. Разрезыв глубоких флегмон, затеков и т. д.	68
2. Операций грыжи	51
3. Аппендектомий, чревосечений при остром аппендиците	42
4. Секвестротомий	37
5. Извлечений пуль, осколков снарядов, инородн. тел	32
6. Вылущений кисть, келоидов, гигром, неврофибром, атером и друг. доброкачественных новообразований	30
7. Операций геморроя	29
8. Резекций ребра и плевротомий	14
9. Вылущений желез шеи	12
10. Выскабливаний матки	10
11. Гастроэнтеростомий	9
12. Redressement forcé	7
13. Трепанаций сосцевидного отростка и фасциальная анопластика при выпадении прямой кишки по	6
14. Операций водянки яичка, наложение противоестественного заднего прохода, вылущений 6-го пальца, вскрытий околопочечных гноя- ников по	5
15. Операций varicocele, артротомий, операций фимоза,—аневризм, резекций vas. deferent по	4
16. Пересадок по Thiersch'y, гастростомий, реампутаций, вылущений кист яичника, вырезаний расширенных вен бедра и голени по	3
17. Высоких камнесечений, пластика при заячьей губе, чревосечений при туберкул. перитоните, трахеостомий, вылущений рака груди,— рака нижней губы, ампутаций, трепанаций черепа, операций Alexander-Adams'a по	2
18. Ламинектомий, остеотомий при дугообр. бедре,—при genu valgum, тонзиллотомий, шов на dura, операция при множественном эхино- кокке брюшной полости, кровавое вправление вывиха бедра, энтеро- анастомоз при сужении кишек, чревосечение при явлениях суже- ния кишек, разрез при парапроктите, параффинопластика носа, вылущение подмышечных желез, чревосечение при перигастрите, операция Лисфранка, операция мастита, частичная резекция плеча, удаление придатков матки per laparotomiam, удаление трубы при внематочной беременности, операция Kraske при раке прямой кишки, операция косолапости, операция Ольби, перевязка бедрен- ной артерии по	1

(Мелкие операции, не требовавшие применения обезболивающих средств не регистрировались). 51 операция грыжи произведена 40 раз по поводу паховой грыжи, 6 раз по поводу грыжи пупочной и 5 раз—грыжи белой линии.

Все оперированные были мужчины; правосторонних грыж было 27, левосторонних 10, двухсторонних 3. Два раза грыжа была ущемленная, 38 раз свободная, легко вправимая. Ущемление раз было 3-х часовой давности, другой раз ущемление

лось 30 часов. В первом случае после операции последовало выздоровление, другом—смерть на следующий день после операции. Операции производились подственным $\frac{1}{2}/_0$ кокаиновым обезболиванием. В случае ущемления 30 часовой давности белой был без пульса, морфий, а затем камфора пульса не дали. Ущемленная всякая кишка, несмотря на длительность ущемления, оказалось жизнеспособной надкая, блестящая серозная оболочка, без налетов, ущемляющее кольцо сравнительно широкое), а потому, по разсечении ущемляющего кольца и после заворачивания марлю с теплым физиологическим раствором, была вправлена в брюшную полость. Глухой шов. При вскрытии никаких явлений перитонита. Смерть от шока.

Грыжи были обычно небольших размеров и только 3 раза опускались в мочку. Операция производилась обычно по Championnière—Воброву, 7 раз по Bassini 3 раза по Кохеру.

Грыжи пупочные и белой линии все были очень незначительны по размерам, операции мы ограничивались иссечением грыжевого мешка, сшиванием и плащевой апоневроза.

Из 42 операций, произведенных по поводу аппендицита, 35—произведено в назыв. холодном периоде, с удалением отростка.

Семь раз операция произведена в остром периоде, раз через 20 часов от начала первого приступа, другой раз через 4 часа; в обоих случаях острое, тяжелое мало являлось показанием к немедленному производству операции (частая рвота, очень сильные боли, не уступавшие морфию, сильное мышечное напряжение, частый пульс в одном случае и напротив редкий—48 в другом, при небольшом наполнении). В первом случае имелось гиперемия свободного конца отростка и небольшой розно-гнойный экссудат, в отростке набухлость, гиперемия и кровоизлияния—отросток удален, небольшой тампон; в другом случае гиперемия серозной оболочки отростка у основания его, отросток удален, в просвете отростка много живых остриц, больше у основания, набухлость и кровоизлияния слизистой. Глухой шов. В обоих случаях гладкое выздоровление.

Пять раз вскрыт ограниченный гнойник брюшной полости, вызванный аппендикитом, 4 раза гнойник вскрыт в правой подвздошной области, раз—в левой; в последнем случае имелись два скопища гноя в брюшной полости, большее в левой подвздошной области, меньшее в правой; оба скопища соединялись узким (в 3—4 поперечных пальца) ограниченным межкишечным ходом в форме песочных часов. Исходный пункт—аппендикс. В виду слабости больной один разрез, марлевый тампон к аппендиксу, широкая тампонада большого гнойника левой подвздошной области. Лечение на левом боку, выздоровление через 2 месяца.

Два раза разрез по Lennander'y, в остальных случаях т. назыв. физиологический разрез по Riedel-Sprengel'y, по ходу апоневроза, с последующим раздвиганием мышц по ходу их волокон.

Секвестротомии предпринимались 11 раз на бедре, 6 раз на голени, 3 раза на плече, раз на предплечьи, 5 раз на нижней челюсти, раз на позвоночнике, 10 раз на ребре. На бедре, голени, плече, позвоночнике, 2 раза на ребре, 2 раза на нижней челюсти мы имели незаживающие долгое время фистулезные ходы с более или менее обильным гнойным выделением и секвестрами вследствие хронического остеомиелита, вызванного огнестрельным ранением. Три раза болезненный процесс на нижней челюсти был вызван гангренозными зубами. Восемь раз мы имели перихондрит ребра, вызванный сыпнотифозной инфекцией. Все эти перихондриты поражали преимущественно 3, 4 и 5 ребра, обычно у начала костной части ребра. Болезнь начиналась вскоре после перенесенного сыпного тифа; на соответствующей части ребра являлась припухлость величиною обычно с куриное яйцо, в редких случаях припухлость эта рассасывалась, чаще же нагнаивалась, болезнь текла крайне вяло, получался свищевой ход, идущий к изъеденному хрящу ребра, выделялись мертвевшие части хряща; широкий разрез, удаление мертвевших частиц хряща вело через 3—3 месяца к исцелению.

Операция геморроя производилась 3 раза по Уайтхейту, раз по Митшелю, два раза по лигатурному способу, остальные разы по Лангенбеку стижиганием, каждый раз с предварительным расширением сфинктера.

Резекцию ребра и плевротомию пришлось делать для удаления гнойного экссудата плевры; 10 раз гнойный плеврит вызван был огнестрельным ранением, 4 раз предшествовавшей пневмонией. Резецировалось обычно 8 ребро по задней подмышечной линии.

Железы шеи вылушались по поводу туберкулезного поражения их, одностороннее поражение мы имели 7 раз, двустороннее 5 раз. Лимфатические узлы были больше или менее подвижны 6 раз, в остальных 6 случаях явления периаденита были поражены довольно резко. Свищей в наших случаях не было. В каждом из случаев имелись железы, частично казеозно распавшиеся. Железы вылушались по возможности в виде общего пакета вместе с пораженными окружающим тканями. При железах, расположенных в подчелюстных областях, проводились поперечные разрезы параллельные краю челюсти, для желез же, расположенных соответственно над груд. ключ. соск. мышцы—косопроходные разрезы по переднему краю мышцы. Больные все были в возрасте 20—30 лет, удовлетворительного общего состояния здоровья. После операции глухой шов, заживление шло обычно *per primam*.

Из 9 гастроэнтеростомий, две были произведены по поводу неоперабельного рака pylori; в виду значительной фиксации желудка пришлось наложить переднее желудочно-кишечное соустье с межкишечным соустьем по Брауну, 7 раз наложено заднее желудочно-кишечное соустье (поперечный разрез на желудке от малой к большой кривизне, продольный на тощей кишке у самого выхода ее) по поводу круглой язвы находившейся 4 раза в двенадцатиперстной кишке у привратника, 3 раза в привратниковой части желудка. Два раза произведено выключение привратника по Körte, 4 раза привратниковая часть желудка была резко сужена болезненным процессом, выключения не делалось (два случая неоперабельного рака привратника, два случая инфильтрирующей язвы). В остальных трех случаях несмотря на отсутствие сужения выхода желудка, наличие язвы, отсутствие выключения привратника, задняя гастроэнтеростомия устранила все болезненные явления (срок наблюдения пока 3—4 месяца). В одном случае смерть на следующий день после операции от кровотечения из язвы.

В одном случае неукротимая рвота на четвертый день после заднего желудочно-кишечного соустья по поводу язвы желудка. Выключения сделано не было. Рвота каждые 3—4 часа зеленой жидкостью в количестве каждый раз до 3—4 стаканов. На 6 день реляпаротомия. Duodenum расширено, выключение по Körte, рвота прекратилась. Через неделю смерть от пневмонии.

Redressement forcé производилось каждый раз под глубоким общим наркозом 4 раза по поводу контрактуры и анкилоза коленного сустава, 3 раза—тазобедренного. Во всех случаях контрактуры и анкилозы были артрогенного характера, угол сгибания 140—160; процесс законченный, отсутствие рубцов, удовлетворительное общее состояние, нормальная температура, отсутствие более или менее выраженной болезненности. Насильственное выпрямление произведено во всех случаях в один прием безкровно, соединительно тканые, хрящевые, в некоторых случаях слабые костные сращения удавалось разорвать без особого труда. Гипсовая повязка в правильном положении конечности на срок от 4—6 недель, после этого массаж, в некоторых случаях в комбинации с вытяжением.

Результат во всех случаях хороший, больные пользуются больной конечностью удовлетворительно, ходят без палки. В двух случаях в виду склонности к небольшому сведению наложение легкой крахмально-картонной повязки на колено на 1—2 месяца. Во всех случаях небольшие движения в суставах.

При гнойном воспалении сосцевидного отростка произведена 3 раза антротомия, 3 раза радикальная операция по Stacke.

Все случаи выпадения прямой кишки лечились пересадкой широкой фасции бедра, сложенной в виде тесемки и пересаженной в виде кольца подфасциально по окружности заднего прохода. Фасция вырезывалась из наружной части левого бедра, брался кусок ее длиной в 10—12 с., шириною в 3—4 с., складывался в виде тесемки внутренней поверхностью наружу и вводился в подфасциальный разрез на 2 с. отступя от anus'a позади его и выводился в разрез на 2 с. впереди от anus'a помощью корнцанга, которым тупо туннелировался ход от края одного разреза

другого; длина разрезов составляла 3 с. По проведении фасции кругом *anus'a*, концы ее затягивались швом до степени, позволявшей пропускать мизинец, обернутой марлей, в *anus*. Непосредственный результат такой фасциальной анопластики безукоризненный.

Операция водянки яичка сделана 3 раза по *Winckelmann'u*, 2 раза по *Бергманну*. Противоестественный задний проход, а именно на слепой кишке накладывался гнойным перитоните, вызванным тромбозом артерий брыжейки после перенесенного сыпного тифа. Только в одном случае операцию удалось сделать в первые 3 дня после первых проявлений этого грозного осложнения сыпного тифа; гнойного экссудата в полости брюшины еще не было, начальная часть восходящей кишки представлялась несколько потемневшей, серозная оболочка ее мутной. Противоестественный задний проход, наложенный на слепой кишке, выключая пораженную часть кишки из калообращения, создает необходимый для излечения покой, дает возможность кишке оправиться. Кишка оправилась, впоследствии закрылся и свищ. Больной вполне оправился. В остальных 4-х случаях операция произведена через 7—10 дней начала заболевания, в этих случаях был значительный экссудат в брюшной полости гнойного, или кровянисто-гнояного характера, толстая кишка оказалась гангренизированной (преимущественно *colon ascendens*), хирургическое вмешательство оказалось запоздавшим. Все эти больные погибли.

Расширенные вены семенного канатика лечились оперативно по способу, предложенному мною: разрез в паховой области, мобилизация и вытягивание в рану семенного канатика, ушивание его в продольном направлении тремя швами, проведенными через слои канатика и *musc. cremaster*, один шов спереди, два по бокам, первый вкол. каждого шва на 4—5 сант. от яичка, второй и третий вкол. на том же расстоянии выше, четвертый вкол. и выкол в сухожилие *annuli externi canalis cruralis*, затягивание швов, собирание в складки канатика подтягивание яичка с ружному паховому кольцу. Результат безукоризненный во всех случаях. Срок наблюдения от 1 года до 2 месяцев.

Операция по поводу аневризмы, вернее гематомы (в 4-м случае другие явления) вследствие ранения крупного артериального ствола предпринималась 4 раза. Ранения были огнестрельные, раз была ранена *a. tibial. ant.*, раз—*a. femoralis*, раз—*a. ilialis*, раз—*a. carotis int.* В первых трех случаях артерия перевязана в ране, в первых двух случаях под жгутом, в третьем случае обнажена подключичная артерия надключичной ямке, взята на лигатуру, которая натягивалась при удалении огромной кровяной опухоли подмышечной области, последующем отыскивании и перевязке артерии.

В четвертом случае имелось вертикальное сквозное огнестрельное ранение полости черепа при входном отверстии в правой лобной области у сагитальной линии начала роста волос и выходном на 2—3 пальца ниже правого угла нижней челюсти. В первые два дня ничего не указывало на повреждение крупного артериального ствола, на третий день определялся жужжащий шум, усиливающийся при давлении на *a. carot. comm.* цела, *a. carotis ext. u. interna* у начала и несколько выше целы, при давлении на *a. carot. comm.* жужжащий шум прекращается, тоже при давлении на *a. carot. int.*, при давлении на *a. carot. ext.* шум без перемен; перевязка *a. carotis int.*, гладкое выздоровление.

Семявыносящий проток резецировался 4 раза, возраст больных 60, 56, 55 и 50 лет.; у всех больных более или менее выраженные явления старческой дряхлости, артеросклероза, слабости сердечной мышцы; первые две операции произведены 27 апреля, остальные две 1½ месяца и месяц назад. Наблюдения над больными ведутся.

Гастростомии по способу *Witzel'я* производились по случаю ракового сужения пищевода.

В двух случаях временное улучшение, восстановилась проходимость менее плотной пищи через рот.

Кисты яичника все удалены *per laparotomiam*.

Расширенные вены бедра и голени вырезались 2 раза по *Madelung'u*, раз по *Witzel'ю*.

Чревосечений с последующим промыванием брюшной полости соевым раствором при туберкулезном перитоните произведено 2; в одном случае операция произведена красноармейцу, 28 лет, выпущено около ведра водяночной жидкости, брюшина пристеночная и висцеральная усеяна мелкими серыми бугорками; промывание, глухой шов. Хорошее самочувствие после операции. Послеоперационный период: t^0 на выше 37,3, пульс не чаще 85; уже через неделю стало вновь замечаться накопление водяночной жидкости в полости живота, через 3 недели—асцит как до операции. Пункцией выпущено больше $\frac{1}{6}$ ведра водяночной жидкости. Больной уволен по коммиссии и уехал.

В другом случае произведена операция жене врача, 20 лет; нерезко выраженный верхушечный процесс; опухоль живота стала замечать с месяц назад, t^0 по утрам 37,5—38,0, по вечерам 39—39,5. При вскрытии брюшной полости выпущено около ведра водяночной жидкости, брюшина пристеночная и висцеральная густо усеяна мелкими с просовидное зерно серыми бугорками, особенно их много на левой трубе; промывание соевым раствором, глухой шов. Послеоперационное течение t^0 39—40, пульс 120—170, начиная с 5 дня температура и пульс постепенно стали падать, жидкость больше не накапливается; в настоящее время больная значительно окрепла, самочувствие удовлетворительно, t^0 иногда дает небольшие повышения. Наблюдение больше трех месяцев.

Трахеотомии производились по поводу сужения гортани вследствие перихондрита вызванного сыпным тифом. В одном случае у красноармейца последовало выздоровление; в другом случае у ребенка 6 лет при операции „in extremis“ и разрезании трахеи, отделилась на большом протяжении набухшая слизистая ея; хотя она также была прорезана, однако трубка попала не в просвет трахеи, а между нею и слизистой. Пришлось разрезать трахею значительно ниже, чтобы беспрепятственно трубка попала в просвет трахеи. Смерть несмотря на длительное искусственное дыхание и другие оживляющие средства.

Два раза производилось вылущение рака грудной железы и нижней губы со всеми раковоперерожденными железами и последующей пластикой.

Два раза ампутирована голень вследствие разможжения костей ея у лиц, попавших под поезд.

Трепанации черепа по поводу огнестрельных повреждений производились два раза. В обоих случаях ранения револьверной пулей из револьвера системы „Наган“. Молодой человек лет 25 ранил свою невесту, молодую девушку, лет 20, а затем выстрелил в себя. Раны у невесты—входное отверстие справа у срединной линии, у начала роста волос, выходное на 2—3 пальца ниже угла нижней челюсти справа. Раны у жениха—входное отверстие в правой височно-теменной области, выходное на 4 пальца кнутри; полное сознание, замедленный полный пульс; при операции удаление вдавленного костного отломка длиною в 5—6 с., шириною в 2—3 сантиметра. Dura не была ранена. У невесты безсознательное состояние, пульс частый, слабого наполнения, кровь из уха справа и правой половины носа. На следующий день пульс несколько лучше, менее част, через два дня временами проясняется сознание, пульс 90, среднего наполнения, правильный, жужжащий шум на шее справа у угла нижней челюсти, усиливающийся при систоле. При операции удаление небольших костных осколков входного отверстия, перевязка а. carotis int. справа.

Через два месяца полное заживление операционных ран, прекрасное самочувствие у жениха, отсутствие каких бы то ни было болезненных явлений; у невесты хорошее самочувствие, головная боль и головокружение прекратились, ходит совершенно свободно; тугость слуха на правое ухо, шум в правом ухе, парез периферический справа n. facialis, oculomotorii и vagi: отсутствие мимики справа, сглаженность правой половины лица, парез глазодвигательных мышц справа, иннервируемых n. oculomotorio, парез правой половины мягкого неба. Интересно влияние комбинарованного паралича n. oculomotorii и facialis на движение верхнего века правого глаза; вначале имелся выраженный птоз (превалировал парез n. oculomotorii), сейчас хотя верхнее веко несколько опущено, но глаз открывается свободно и не может быть вполне закрыт (превалирует парез n. facialis).

Операций укорочения круглых маточных связок по поводу *retroflexio uteri* следо-
вано 2 с хорошим непосредственным результатом.

Ламинектомия сделана была по поводу паралича нижних конечностей, прямой кишки и пузыря, вызванного падением осины на спину потерпевшего, при рубке-
реса 10 дней назад. При операции смещение вперед 5 поясничного позвонка и верхней части крестца; удаление остистого отростка 5 позвонка и части дуги, удаление верхней части *cristae sacralis*, кровоизлияния в позвоночном канале. Через-
месяца явления паралича остаются, появляются самопроизвольные боли в нижних-
конечностях; бывший пролежень зажил.

Произведенная остеотомия при дугообразном бедре, столь часто наблюдаемом-
после огнестрельных переломов особенно в верхней трети его, дало весьма ободря-
ющий результат. Функционально непригодное, дугообразное бедро с укорочением в-
10 сант. после операции стало прямым, функционально пригодным, с укорочением в-
10 сант. Огнестрельный перелом был получен с год назад; линейная остеотомия по-
ду линии перелома, насильственное выпрямление, установка отломков в правиль-
ном положении, вклинение их, глухой шов, гипс на 6 недель, вытяжение 4 недели
в двойной наклонной плоскости. Прошло 4 месяца, больной ходит без палки.

Остеотомия по Mac-Ewen'у произведена мальчику 6 лет при двухстороннем
valgum с расстоянием между пятками при соприкасающихся коленях с $\frac{1}{2}$ ар-
шина. Гипс на 6 недель в положении гиперкоррекции, после снятия гипса—массаж.
Прошло $2\frac{1}{2}$ месяца—ножки прямые—мальчик ходит хорошо.

Dura была зашита у двухмесячного младенца по поводу ранения ее стеклом в
части большого родничка с значительным истечением спинно-мозговой жидкости.
Выздоровление 7 дневной давности. Гладкое послеоперационное течение.

В случае эхинококка брюшной полости во время операции после удаления более
пятка значительной величины эхинококковых пузырей оказалось, что нет ни одного
паразита брюшной полости, не пораженного означенными пузырями. Casus inoperabilis.
Повязка. Смерть в день операции.

Кровавое вправление врожденного вывиха бедра было предпринято после дву-
хвостного некроваго вправления под наркозом в виду безрезультатности его. Па-
циент мальчик 10 лет.

Разрез по Кохеру, вертлужной впадины не существует, образование ее, вправ-
ление головки, глухой шов, гипс на 4 недели, затем массаж, результат удовлетво-
рительный, головка стоит правильно, некоторое укорочение конечности, ограничение
подвижности во вновь образованном суставе.

Энтероанастомоз при сужении кишек сделан больному санитару 23 лет, стра-
давшему около 10 лет левосторонней ячковой грыжей. С год назад грыжа ущемилась,
он попал в деревне, от операции отказался, произошло самопроизвольное излечение
с образованием каловой флегмоны и свища. Свищ без всякого лечения зажил
в течение пол года. Первое время после заживления свища чувствовал себя хорошо,
позднее однако появились все усиливающиеся боли в левой половине живота, с резкой,
пульсирующей через брюшные покровы, перистальтикой кишечной петли. При операции
перегиб тонкой кишки и приращение ее на широком основании к брюшной стенке,
сильное сужение на месте бывшей фистулы. Приводящая к перегибу кишечная петля
очень утолщена (в 5—6 раз толще нормы), хрящевой плотности; отводящая петля
нормальной ширины. Широкий анастомоз между приводящей и отводящей петлей. Гладкое выздо-
доровление. Полное исчезновение болей. В другом случае предполагаемого сужения
кишки, при чревосечении нигде не найдено препятствий для прохождения кишечного
содержимого; обратили на себя внимание бледность и спавшиеся остояние части
transv. длиной в 15—16 сант., по прошествии однако нескольких минут этот
участок, спавшийся участок кишки на глазах стал принимать нормальные очертания
и окраску; при исследовании всего кишечника еще были найдены три участка кишек
той же приблизительно длины, спавшиеся и бледные, которые также на глазах
принимали нормальную окраску и ферму. После чревосечения болезненные явления
исчезли.

Из остальных операций можно было бы упомянуть вкратце о нескольких, пред-
ставляющих известный интерес; так при перигастрите удаление сращений устранило

болезненные явления; предполагалась до операция язва желудка, которой не оказалось; возможно, что перигастрические сращения были вызваны язвой, сама же она зажила настолько хорошо, что местоположение ее при обычном исследовании не определяется; желчный пузырь в этом случае не обнаруживал никаких изменений.

В случае удаления трубы при внематочной беременности больная была доставлена в госпиталь с явлениями острого малокровия; среди полного благополучия, понимая какую-то тяжелую вещь, почувствовала острую боль в животе, появилась рвота. Через 8 часов доставлена в госпиталь без пульса, мертвенно бледной, с значительным притуплением в отлогих частях живота, с клейким потом, резко учащенным дыханием, болями в животе. Предположено внутреннее кровоотечение из язвы 12 перстной кишки. Физиологический раствор, возбуждающие. Через неделю выписалась в удовлетворительном состоянии. Через 10 дней вновь поступила в госпиталь, теми болезненные явления; через неделю больная оправилась, никаких указаний на какие бы то ни было расстройства со стороны сферы гинекологической, регулы правильные в срок, никаких ненормальных выделений и т. д. При гинекологическом исследовании увеличение трубы, предположена внематочная беременность, разрыв трубы, кровоотечение из нея, что подтвердилось при операции. Гладкое выздоровление.

При операции Kraske удалены копчик и крестец до 3-го отверстия, резекция около 50 с. recti u flexurae sigmoideae, мобилизация кишки, протягивание ее в анус и закрепление швами по удалении слизистой оставшейся части recti. Смерть через 2 недели.

При косолапости—под наркозом редрессация, после тенотомии Ахилловой жилы закрепление редрессированных стоп гипсом.

Операция пересадки костной пластинки tibiae длиной 15—16 с. шириною в 1 с. в образованные расщелины остистых отростков 12 грудного и 1—4 поясничных позвонков произведена больной туберкулезным спондилитом 1—2 поясничных позвонков. Кожный разрез дугообразный, сбоку позвоночника, с отсепарованием лоскута во избежание последующего рубца на остистых отростках. Заживление первым натяжением. Больная еще не выписана и находится под наблюдением.

Перевязка бедренной артерии произведена по поводу ранения ее; питание конечности по коллатералям идет хорошо, больной на пути к выздоровлению.

Огромное большинство операций производилось нами под местным $1\frac{1}{3}\%$ кокаиновым обезболиванием, в некоторых случаях после предварительного введения под кожу морфия (за 20 минут до операции). Раствор кокаина готовим ex tempore кипячением на малом огне впродолжение 5 минут.

Так под общим наркозом (обычно эфирным) произведено из 448—35 операций, а именно под общим наркозом сделаны все семь случаев redressement forcé, две остеотомии, одна при дугообразном бедре, другая при genu valgum, четырнадцать случаев секвестротомий, кровавое вправление бедра, ампутация голени, ламинектомия, аневризма подкрыльцовой артерии, операция Ольби, удаление придатков, две радикальных операций среднего уха, одна операция рака грудной железы, артротомия коленного сустава, вскрытие затеков после нефректомии, одна sectio alta.

Под эфирно-масляной клизмой сделаны: антротомия, удаление рака грудной железы, трепанации черепа.

Под спинно мозговым стоваиновым (1%) обезболиванием произведены 7 секвестротомий нижних конечностей, 3 операции геморроя и операция Лисфранка; все остальные операции производились под местным кокаиновым обезболиванием. Из оперированных умерло 19, что на 448 операций составит $4,3\%$.

Организация двухнедельных курсов по полевой хирургии для врачей при Рижском военном госпитале.

Врачи хирургической секции, выделенной С'ездом хирургов Красной Армии Северного фронта, в составе д-ров Левенталя, Кадникова и Грегори организовали в 1919 году двухнедельные курсы полевой хирургии для молодых врачей, отправляемых на фронт. Курсы читались и занятия велись в конце 1919 и начале 1920 г.

Программа занятий.

I. Лекции:

1. Проведение асептики и антисептики на войне.
2. Применение общего и местного обезболивания на фронте.
3. Смещение отломков при различных переломах длинных костей конечностей.
4. Первая помощь при огнестрельных ранениях черепа.
5. " " " " " груди.
6. " " " " " живота.
7. " " " " " длинных костей конечностей.

II. Практические занятия:

1. Наложение лубковых шин при переломах длинных костей конечностей.
2. Изготовление гипсовых шин.
3. Наложение циркулярной гипсовой повязки с окном при огнестрельном переломе бедра.
4. Наложение мостовидной гипсовой повязки при огнестрельном переломе костей коленного сустава.
5. Комбинация гипса с вытяжением при огнестрельном переломе костей голени.
6. Наложение вытяжения на двойной наклонной плоскости при переломе бедра.
7. Наложение эластического вытяжения при переломе плеча.
8. " " " " " предплечья.
9. Наложение повязки на шаре при переломах фаланг ручных пальцев.

Отправляющимся на фронт врачам раздавался комплект простейших деревянных шин для изготовления по ним на месте собственным попечением необходимого количества шин. Комплект состоял из 5 отдельных лубков-дощечек, продемонстрированных д-ром Грегори на С'езде и принятых в качестве моделей простейших шин для иммобилизации длинных костей конечностей в условиях работы на фронте.

А. В. Грегори.

Замеченные опечатки.

Стран.	Строка		Напечатано	Читать
5	2	снизу	гастро-энтеростемия	гастро-энтеростомия
7	25	сверху	перегнюю	переднюю
"	27	"	жаловаться	жаловаться
9	9	"	увлечением	увлечение
"	"	"	естественным	естественное
"	10	"	увлечением	увлечение
11	23	снизу	поводк и сследованию	повод к исследованию
12	5	сверху	Широко	Широко
"	9	"	перкурторного	перкурторного
"	17	"	несколько	несколько
13	1	"	enator	Senator
14	28	снизу	здесь	здесь
"	27	"	повышенный	повышенной
"	7	"	затемляющих	затемняющий
15	17	сверху	Исхуение	Исхудание
17	7	снизу	трубкой	трубой
21	26	"	ранений	ранений
23	17	сверху	перебрасываются	перебрасывают
"	34	"	приходилось	приходилось
31	12	снизу	1817	1917
43	"	сверху	держались	держалась
"	20	"	за тем	затем
44	23	"	пеперевязочный	перевязочный
46	12	"	спедующий	следующий
"	17	снизу	септического	септического
48	10	"	обтиралась	обтиралось
"	28	"	области	области сердца
56	8	сверху	Laryngolohie	Laryngologie
58	20	снизу	Gwarhme'ю	Gwathmcy'ю
63	14	"	неблюдениям	наблюдениям
67	9	"	кажется	кажется
74	11	сверху	нии	ними
75	13	"	осколчатый	оскольчатый
80	14	снизу	изменений	изменение
"	26	"	наблюдением	наблюдением
83	17	"	заглушению	заглушение
92	12	"	Endocaraitis	Endocarditis
93	20	сверху	Hyperaemia	Hyperaemia
95	1	"	münstleche	Künstliche
"	"	"	Ernähung	Ernähung
"	"	"	Vitarine	Vitamine
96	8	снизу	паталого-	патолого-
"	27	"	свойсву	свойству