

К. Вегнеръ

---

О Т Ч Е Т Ъ  
О ДѢЯТЕЛЬНОСТИ  
Л А З А Р Е Т А

---

Е. К.

*Кравченко*

Совѣтъ Съѣзда Горнопромышленниковъ юга Россіи.

24-го января 1915 г.

№ 558.

**ОТЧЕТЪ**

О ДѢЯТЕЛЬНОСТИ

**ЛАЗАРЕТА**

СОВѢТА СЪѢЗДА

**ГОРНОПРОМЫШЛЕННИКОВЪ ЮГА РОССІИ**

**ДЛЯ РАНЕНЫХЪ ВОИНОВЪ**

въ гор. Харьковѣ.

Обяз. экземпля

Составилъ д-ръ мед. **К. Ф. Вегнеръ,**

(Завѣдующій Медико-механическимъ Институтомъ) Старшій врачъ Лазарета.



**ВЫПУСКЪ I,**

обнимающій первый періодъ

(отъ 13-го сентября 1914 года по 1-е января 1915 года).



*44*

219161



ХАРЬКОВЪ.

Типографія „МИРНЫЙ ТРУДЪ“, Дѣвичья улица, домъ № 14.

1915.

## ОТЪ СОВѢТА СЪѢЗДА горнопромышленниковъ юга Россіи.

---

Въ засѣданіи 18-го Декабря 1914 г., по предложенію Предсѣдателя Совѣта, Совѣтъ Съѣзда постановилъ объ изданіи отчета о дѣятельности Лазарета Совѣта Съѣзда для раненыхъ воиновъ. Цѣль такого изданія заключается не только въ томъ, чтобы жертвователи знали и видѣли, на что идутъ ихъ средства, но также и въ томъ, чтобы тѣ способы лѣченія, которые примѣняются въ Лазаретѣ Совѣта Съѣзда, получили бы широкую огласку и вызвали бы надлежащую критику и оцѣнку ихъ, способствуя такимъ образомъ дальнѣйшему ихъ усовершенствованію и проложенію новыхъ путей и новыхъ способовъ въ дѣлѣ лѣченія поврежденій раненыхъ воиновъ,

Составленіе отчета поручено Совѣтомъ Съѣзда старшему врачу Лазарета, завѣдующему Медико-Механическимъ Институтомъ Совѣта Съѣзда д-ру мед. К. Ф. Вегнеру<sup>1)</sup>.

*Предсѣдатель Совѣта Съѣзда Н. фонъ-Дитмаръ.*

---

<sup>1)</sup> Оглавленіе см. въ концѣ отчета.



13 Сентября 1914 года состоялось открытіе Лазарета Совѣта Съѣзда горнопромышленниковъ юга Россіи для раненыхъ воиновъ въ обширномъ двухъ-этажномъ домѣ № 52 по Екатеринославской ул. въ гор. Харьковѣ.

Къ моменту освященія въ Лазаретѣ уже находилось 50 доставленныхъ въ тотъ же день съ утреннимъ транспортомъ тяжело раненыхъ.

Лазаретъ Совѣта Съѣзда оборудованъ на 225 коекъ съ такимъ расчетомъ, что число коекъ въ немъ можетъ быть увеличено до 300. Сорокъ коекъ предназначено для офицеровъ. Изъ общаго числа коекъ 5 коекъ оборудовано за счетъ спеціального пожертвованія, сдѣланнаго членомъ Совѣта Съѣзда П. П. Козакевичемъ.

Для общаго завѣдыванія и попеченія о Лазаретѣ образована была Совѣтомъ Съѣзда комиссія въ составѣ Предсѣдателя Совѣта Съѣзда Н. Ф. фонъ-Дитмара, членовъ—А. И. Фенина, В. С. Соколова, Г. И. Игнатищева, Э. Г. Штельбринка, К. В. Бортновскаго и Б. Н. Соколова.

Непосредственное завѣдываніе Лазаретомъ и руководство медицинскою частью возложено Совѣтомъ Съѣзда на старшаго врача Медико-механическаго Института д-ра мед. К. Ф. Вегнера. Лазаретъ раздѣленъ на 4 отдѣленія, которыми завѣдуютъ 4 врача ординатора. Средній медицинскій персоналъ состоитъ изъ 4-хъ фельдшерицъ, 4-хъ студентовъ-медиковъ IV и V курсовъ и 16 сестеръ милосердія. Кромѣ того приглашены: 1 фельдшеръ и 1 сестра спеціально для завѣдыванія стерилизаціоннымъ отдѣленіемъ и 1 студентъ-медикъ IV курса, которому поручено завѣдываніе рентгеновскимъ кабинетомъ.

## ОБЩІЙ ОБЗОРЪ

### методовъ лѣченія, примѣнявшихся въ Лазаретѣ С. С. Горнопромышленниковъ.

Лазаретъ Совѣта Създа Горнопромышленниковъ предназначенъ для тяжело раненыхъ нижнихъ чиновъ и офицеровъ. При оборудованіи его имѣлось въ виду сразу придать его дѣятельности спеціальнѣйшій характеръ, заключавшійся въ систематическомъ примѣненіи совершенно опредѣленнаго метода лѣченія поврежденныхъ конечностей. При этомъ исходною точкою зрѣнія послужили слѣдующія соображенія.

Въ то время, какъ лазареты ближняго тыла по преимуществу изобилуютъ тяжелыми поврежденіями головы и туловища, труднѣе переносимыми длительными переѣзды по желѣзнымъ дорогамъ, — для лазаретовъ, находящихся вдали отъ театра военныхъ дѣйствій, значительно преобладающимъ въ количественномъ отношеніи клиническимъ матеріаломъ естественно являются **поврежденія конечностей**.

Эти послѣднія могутъ быть раздѣлены на двѣ главныя группы: 1) поврежденія мягкихъ частей и 2) переломы и раздробленія костей и суставовъ.

А такъ какъ эти поврежденія, — за очень немногими исключеніями (какъ это и подтвердилось на практикѣ, о чемъ свидѣтельствуютъ нижеприведенныя таблицы), — прибываютъ къ намъ, въ лазареты далекаго тыла, **инфицированными**, то весь этотъ клинический матеріалъ по существу своему можетъ быть раздѣленъ на двѣ категоріи: съ одной стороны **флегмоны**, а съ другой стороны **загноившіеся открытые переломы**, или вѣрнѣе сказать: простыя флегмоны и флегмоны съ переломомъ костей.

Это тѣ двѣ группы раненыхъ, лѣченіе коихъ еще не закончено, и которые послѣ ряда эвакуацій изъ госпиталя въ госпиталь наконецъ попадаютъ въ тотъ городъ, гдѣ имъ удается остаться до полнаго излѣченія.

Но кромѣ этого среди общаго контингента раненыхъ, постепенно эвакуируемыхъ въ болѣе отдаленные отъ театра военныхъ дѣйствій лазареты, имѣется еще большій или меньшій процентъ больныхъ, раненія и поврежденія которыхъ, собственно говоря, уже залѣчены. Эти случаи также представляютъ собою двѣ группы: 1) **контрактуры** и 2) **неправильно сросшиеся переломы**.

И тѣ, и другіе, являясь въ громадномъ большинствѣ случаевъ прямымъ послѣдствіемъ предшествовавшей продолжительной иммобилизаціи конечности въ не смѣнявшейся неподвижной циркулярной повязкѣ или шинѣ, представляютъ собою, можетъ быть, неустранимое явленіе, создающееся условіями военного времени. Разсмотрѣніе этихъ условій не входитъ въ рамки настоящаго отчета.

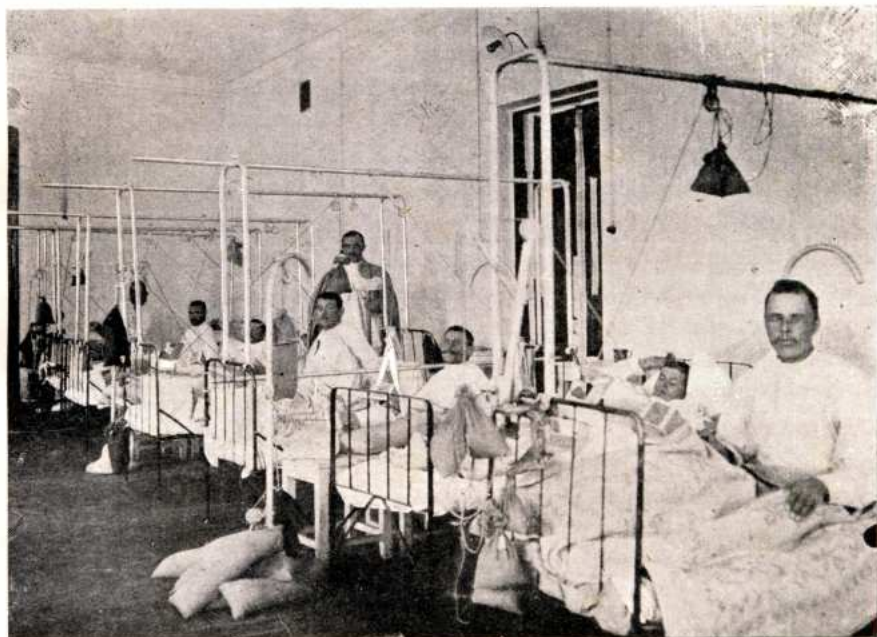
Какъ-бы тамъ ни было, лѣченіе раненыхъ въ отдаленныхъ отъ театра военныхъ дѣйствій лазаретахъ по существу своему въ громадномъ большинствѣ случаевъ сводится съ одной стороны къ лѣченію гнойно-инфицированныхъ ранъ и гнойно-инфицированныхъ открытыхъ переломовъ, а съ другой стороны къ коррекціи анатомическихъ и фізіологическихъ дефектовъ лѣченія, проводившагося при обстановкѣ безконечныхъ эвакуацій больного.

Такимъ образомъ относительно поврежденій конечностей можно сказать, что огнестрѣльные раненія военного времени и обыденный клинической матеріаль Харьковскаго Медико-механическаго Института, т. е. поврежденія, получаемыя горнорабочими на рудникахъ Донецкаго Бассейна, представляютъ въ сущности совершенно однородный матеріаль,—особенно въ отношеніи огнестрѣльныхъ переломовъ и раздробленій длинныхъ костей на войнѣ и открытыхъ оскольчатыхъ переломовъ у горнорабочихъ.

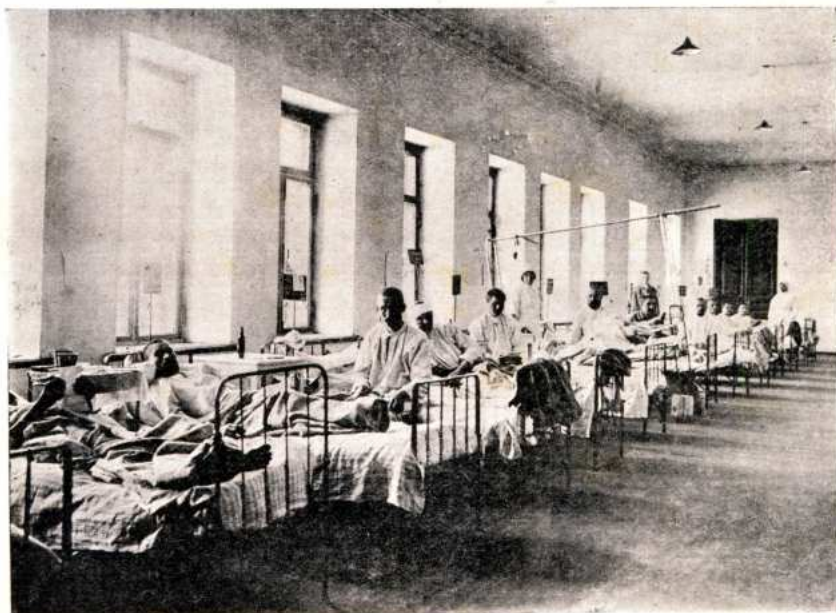
Исходя изъ этихъ соображеній, я рѣшился принципиально провести въ Лазаретѣ лѣченіе всѣхъ огнестрѣльныхъ поврежденій конечностей по тѣмъ же методамъ, которые культивируются въ Медико-механическомъ Институтѣ и которые въ теченіи послѣднихъ лѣтъ успѣли дать рядъ прекрасныхъ результатовъ. Рѣшено было использовать испытанные на практикѣ мирнаго времени методы для нуждъ военного времени.

Въ основѣ этихъ методовъ лежитъ та идея, что **надо лѣчить поврежденную конечность** какъ таковую, а не ограничиваться лѣченіемъ одного только поврежденія и его осложнений. Цѣлю же этихъ методовъ является возможно наибольшее сохраненіе анатомической формы конечности при возстановленіи возможно наибольшей свободной подвижности ея.

Для того, чтобы въ больной конечности съ наибольшимъ



Палата № 18.



Палата № 27.

успѣхомъ совершался процессъ заживленія, процессъ обратнаго развитія воспалительныхъ измѣненій и процессъ возстановленія анатомическихъ условій, необходимо прежде всего поставить эту конечность въ возможно наиболѣе нормальныя фізіологическія условія.

А поэтому прежде всего **безусловно недопустима никакая иммобилизація ея съ лѣчебною цѣлью**. Иммобилизація конечности шинами или застывающими циркулярными повязками допускается исключительно на случай транспорта больного по желѣзной дорогѣ или изъ госпиталя въ госпиталь. Примѣняемая-же съ лѣчебною цѣлью иммобилизація конечности обыкновенно приноситъ только вредъ,—независимо отъ того, будетъ-ли это иммобилизація лубками, шинами или циркулярною повязкою изъ гипса, крахмала и пр. Даже и въ такихъ случаяхъ, когда мы аргіогі стремимся создать въ конечности патологическія условія въ видѣ наримѣръ анкилоза при гнойныхъ гонитахъ или нагноеніяхъ лучезапястнаго сочлененія, иммобилизація шинами или гипсомъ совершенно излишня и съ большимъ успѣхомъ можетъ быть замѣнена иными, болѣе фізіологическими мѣропріятіями, какъ мы сейчасъ увидимъ.

Какъ-бы ни былъ болѣзненный процессъ въ конечности, будь то переломъ діафиза или раздробленіе сустава, или раненіе мышць, или нагноеніе и даже самая тяжкая флегмона съ затеками,—самый фактъ иммобилизаціи такой конечности противорѣчитъ той идеѣ, которую мы должны вложить въ основу своихъ мѣропріятій, а именно идеѣ „лѣченія самой конечности“, такъ какъ нельзя назвать „лѣченіемъ“ такой пріемъ, при которомъ въ данной конечности прежде всего искусственно нарушается правильный обмѣнъ веществъ и правильное кровообращеніе. Въдь иммобилизуется-то конечность за счетъ того, что извѣстный участокъ ея фиксируется, т. е. по-просту говоря сдавливается, причѣмъ непремѣнно фиксируется не только больной, но и здоровый отдѣлъ конечности (иначе иммобилизація не считается произведенною „lege artis!“), слѣдовательно иммобилизуются здоровые суставы, сдавливаются здоровыя мышцы. Самая идея иммобилизаціи построена на неправильномъ представленіи о механизмѣ суставовъ и фізіологіи мышць, о взаимоотношеніи между питаніемъ мышць и суставовъ. Въдь извѣстно, что здоровый суставъ не переноситъ продолжительнаго покоя, точно такъ-же, какъ и мышца. И на томъ, и на другой форсированный покой отзывается пагубно, нарушая въ нихъ правильность обмѣна веществъ и правильность притока и оттока лимфы и крови. И уже благодаря этому одному нельзя при такихъ усло-



Палата № 32.



Перевязочная I отделения.

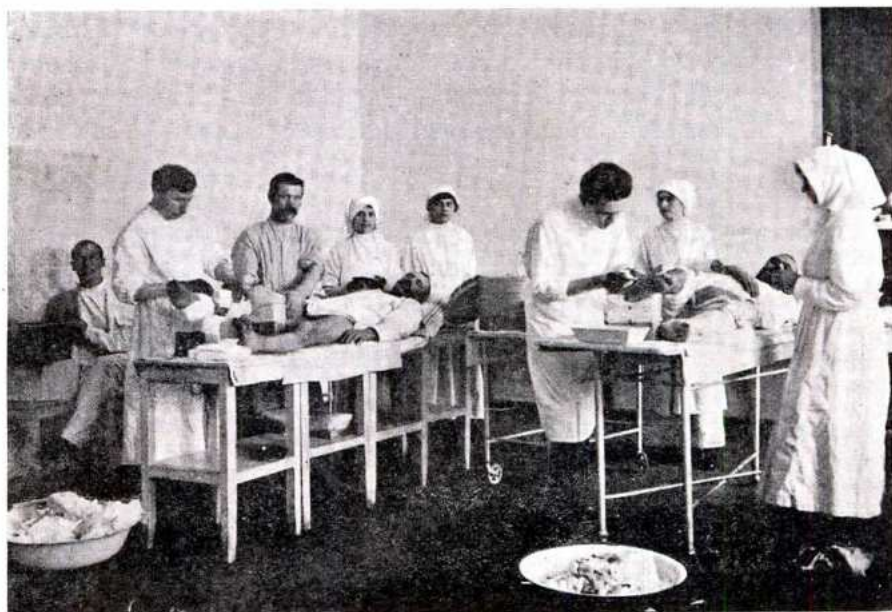
віяхъ разсчитывать на хорошій обмѣнъ веществъ и притокъ жизненныхъ силъ въ находящейся въ непосредственномъ сосѣдствѣ травмированной области, гдѣ между тѣмъ именно улучшение этихъ условий должно было-бы составлять главную задачу нашихъ терапевтическихъ мѣропріятій.

Если-же имѣется въ виду избавить больного отъ **болей**, то иммобилизація шинами или гипсомъ ужъ во всякомъ случаѣ излишня, а въ нерѣдкихъ случаяхъ и вовсе не достигаетъ своей цѣли, такъ какъ стоитъ случайно придать конечности въ такой повязкѣ или шинѣ мало-мальски неестественное или напругенное положеніе,—и больной тотчасъ-же будетъ испытывать боль благодаря рефлекторно все усиливающемуся напряженію въ болѣзненно гипертонизированныхъ,—вслѣдствіе наличности травмы,—мышцахъ. Здѣсь иммобилизаціонная повязка только зафиксировала и самую причину, вызвавшую у больного боль. Между тѣмъ гораздо проще положить такую конечность свободно на приспособленные для этой цѣли подушки и придать ей такое положеніе, при которомъ больной не будетъ испытывать никакой боли. А этого очень легко достигнуть, если мы придадимъ конечности такое положеніе, при которомъ вся мускулатура ея равномерно расслаблена. Это будетъ естественное положеніе конечности, и при такомъ положеніи больной боли испытывать не долженъ.

Что касается все еще къ сожалѣнію столь широко распространеннаго способа лѣченія **переломовъ** длинныхъ костей иммобилизаціонными шинами и повязками, то слѣдуетъ подчеркнуть, что и въ этихъ случаяхъ послѣднія въ Лазаретѣ принципиально все изъяты изъ употребленія, такъ какъ по нашему мнѣнію онѣ здѣсь всегда приносятъ только прямой вредъ: употребленіе ихъ приводитъ непосредственно къ деформаціи конечности и непоправимымъ контрактурамъ.

Къ деформаціи онѣ приводятъ потому, что, какъ-бы искусно ни была наложена иммобилизирующая повязка, она всегда можетъ лишь фиксировать имѣющееся уже смѣщеніе отломковъ, не оказывая на нихъ рѣшительно никакого корригирующаго вліянія <sup>1)</sup>, такъ какъ вѣдь смѣщеніе отломковъ обусловлено сокращеніемъ или ретракціей прикрѣпляющихся къ нимъ мышцъ. А на мышцы конечности иммобилизаціонная повязка ни-

<sup>1)</sup> См. К. Ф. Вегнеръ. Закрытые переломы діафиза бедра. Дисс. Харьковъ, 1914 г.



Перевязочная II отдѣленія.

какого иного дѣйствія не оказываетъ кромѣ развѣ пагубнаго сдавливанія ихъ. Корректировать положеніе смѣстившихся отломковъ никакая иммобилизирующая шина или гипсовая повязка не можетъ, такъ какъ она не устраняетъ причины смѣщенія. Она не въ состояніи расслабить тѣ мышцы, эластическая ретракція которыхъ вызвала стойкое смѣщеніе отломка въ томъ или иномъ направленіи. Гипсовая повязка только иммобилизуетъ,—и поэтому годится для транспорта больного,—но не корректируетъ,—а поэтому не годится для лѣченія большой конечности.

Всѣ безъ исключенія случаи деформации конечностей, которые поступили на лѣченіе въ Лазаретъ, имѣли въ анамнезѣ лѣченіе шинами или гипсовою повязкою.

Къ развитію **контрактуръ** употребленіе иммобилизаціонныхъ повязокъ приводитъ потому, что, фиксируя деформацию, онѣ фиксируютъ на долгое время и цѣлую группу мышцъ въ определенномъ состояніи сокращенія и эластической ретракціи. Эти мышцы по снятіи повязки растянуться уже не могутъ; получается типичная для лѣченія перелома гипсовыми повязками міогенная контрактура. Кромѣ того повязка эта фиксируетъ и суставы, въ которыхъ нерѣдко имѣется кровоизліяніе, травма связочнаго аппа-

рата и пр. Происходит организація гематомы съ образованіемъ анкилозирующихъ спаекъ, или запусътіе суставной полости съ утратою свободной подвижности, т. е. получается артрогенная контрактура. У всѣхъ случаевъ контрактуръ, поступившихъ на лѣченіе въ Лазаретъ, точно такъ-же въ анамнезѣ была гипсовая повязка.

Итакъ,—какъ и въ Медико-механическомъ Институтѣ,—всякаго рода лубки, шины, крахмальныя и гипсовыя повязки и иныя иммобилизаціонныя приспособленія въ Лазаретѣ совершенно изъяты изъ употребленія и ни въ одномъ случаѣ не примѣнялись.



Рис. 1.  
Свободное полусогнутое положеніе при флегмонѣ плеча.

Даже въ тѣхъ тяжелыхъ случаяхъ, когда больные съ раздробленіями суставовъ (какъ напр. локтевого и колѣннаго) съ послѣдующимъ нагноеніемъ въ формѣ тяжелой флегмоны, привозились въ Лазаретъ въ шинахъ, эти послѣднія тотчасъ-же снимались, и конечность свободно укладывалась на подушки и мѣшки съ пескомъ, или подвѣшивалась, или наконецъ подвергалась вытяженію, причемъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ конечность получала опредѣленное полусогнутое положеніе, а именно такое, при которомъ больной испытывалъ наименьшія боли.

Отмѣченъ рядъ случаевъ, когда эти больные, у которыхъ въ день поступленія малѣйшее дотрогиваніе къ больной конечности и сняніе шины вызывало жестока мученія, истерическій плачь и крики,—эти же больные уже спустя два дня становились неузнаваемы, позволяя безъ крика и жалобъ перемѣнять повязку и перекладывать конечность изъ одного положенія въ другое.

Совершенно такъ-же, какъ и въ Медико-механическомъ Институтѣ, здѣсь въ Лазаретѣ всѣ флегмоны конечностей и всѣ закрытые и открытые, чистые и загноившіеся переломы подвергались лѣченію по слѣдующему методу.

Прежде всего конечность получает **полусогнутое положение**, т. е. среднее физиологическое положение покоя, при котором отмѣчается наибольшее расслабленіе мышц и наименьшее внутрисуставное давленіе.

При **флегмонахъ** дѣло этимъ обыкновенно и ограничивается: рука или нога свободно укладывается въ упомянутомъ по-



Рис. 2.

Подвѣшиваніе при флегмонѣ локтя.

ложеніи на особыхъ, набитыхъ древесною шерстью, подушкахъ, положеніе которыхъ въ любомъ направленіи легко можетъ быть измѣнено при помощи подкладываемыхъ подъ нихъ мѣшковъ съ пескомъ. Рисунки 1—4 показываютъ по порядку лѣченіе флегмоны плеча, локтя, бедра и голени.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (какъ напр. на рис. 2 и 4) примѣнялось еще частичное подвѣшиваніе конечности. Дѣлается

это для того, чтобы (какъ въ случаѣ на рис. 4) устранить дѣйствіе собственной тяжести нижняго отдѣла конечности, благодаря чему нарушается правильное кровообращеніе въ икроножныхъ мышцахъ, прижатыхъ къ подушкѣ. А съ другой стороны подвѣшивание примѣняется, какъ напр. на рис. 2, для того, чтобы при лежачемъ положеніи больного поврежденная рука (флегмона раздробленнаго локтевого сустава) сохранила свое естественное полусогнутое положеніе безъ перекручиванія въ плечевомъ суставѣ и

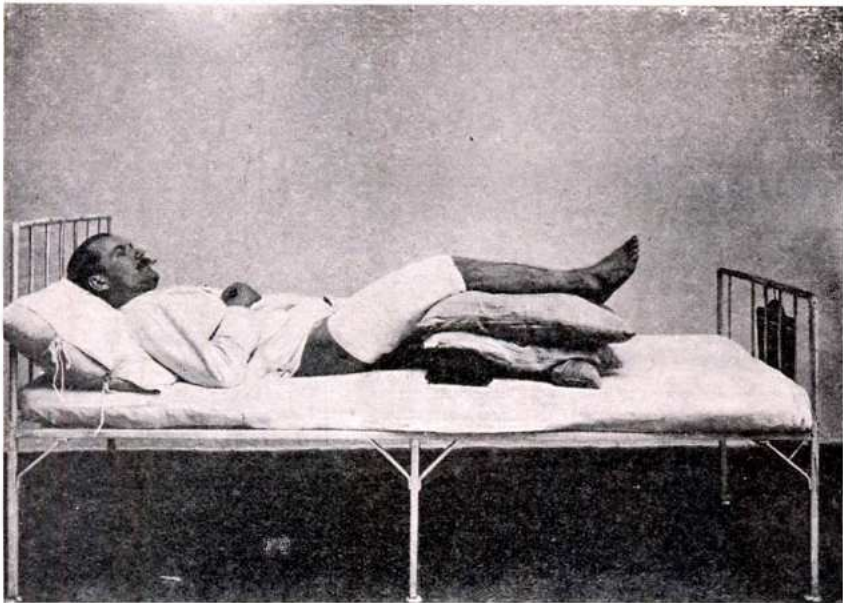


Рис. 3.

Свободное полусогнутое положеніе при флегмонѣ бедра.

группѣ мышцъ плеча, какъ это было-бы, еслибы предплечіе лежало горизонтально.

Иногда при флегмонахъ примѣняется и **вытяженіе** при помощи полосъ липкаго пластыря. Это дѣлается въ тѣхъ случаяхъ, когда необходимо бываетъ дѣйствовать на встрѣчу угрожающей міогенной контрактурѣ. Полосы пластыря приклеиваются тамъ, гдѣ это позволяетъ кожа. Рис. 5 показываетъ случай флегмоны области надплечія. Больной прибылъ съ успѣвшей уже развиться аддукторной контрактурой плеча. Приклеены были полосы пластыря вдоль всей конечности вплоть до области разрывовъ, подвѣшенъ грузъ въ 8 ф., и конечность постепенно отводилась отъ туловища, такъ что уже спустя недѣлю она стала въ поло-

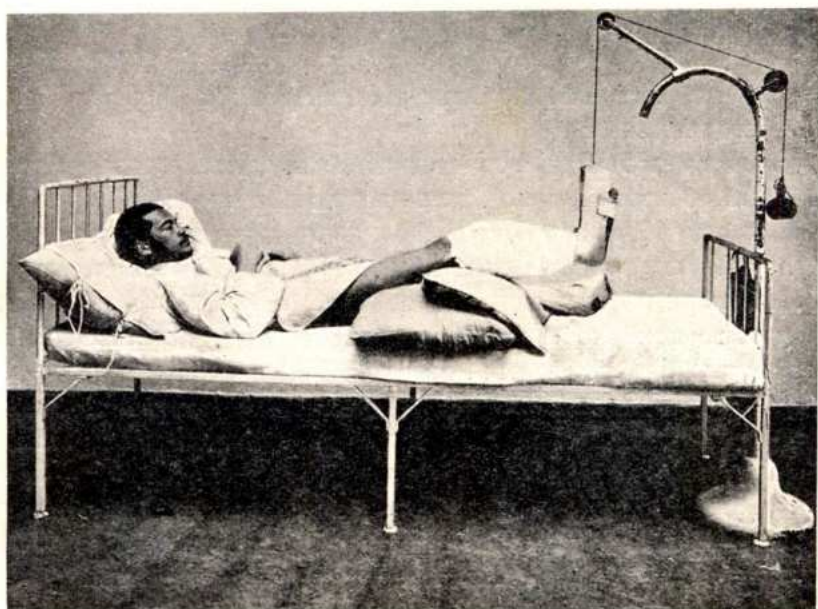


Рис. 4.  
Подв'йшваніе при флегмонѣ колѣна.

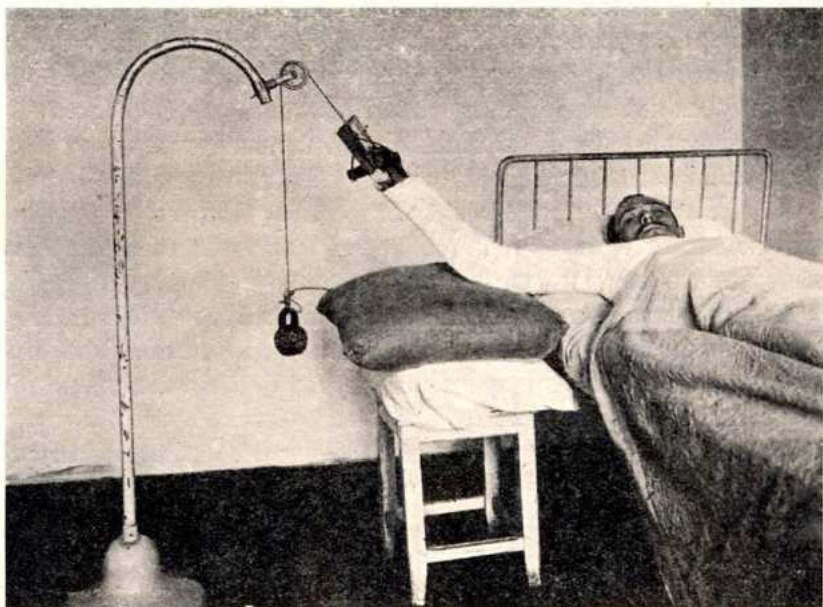


Рис. 5.  
Вытяженіе при флегмонѣ надплечія.

женіе, показанное на рисункѣ, т. е. оказалась отведеною отъ туловища до прямого угла.

При **переломахъ** практикуется въ общихъ чертахъ слѣдующій методъ лѣченія:

Всѣ загноившіеся переломы длинныхъ костей безъ исключенія подвергаются лѣченію постояннымъ вытяженіемъ при полусогнутомъ положеніи: конечность укладывается на подушки; приклеиваются полосы липкаго пластыря по возможности по принципу *Vardenheuer's*, т. е. на всю конечность независимо отъ того, на какой высотѣ произошелъ переломъ, если это хоть сколько-нибудь допускали раны на поверхности. Приходилось ухищряться всевозможными способами прикрѣплять полосы пластыря къ невредимымъ участкамъ кожи. Только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ это не удавалось, и тогда приходилось ограничиваться наложеніемъ фланелевой петли съ грузомъ хотя-бы на дистальный суставъ до тѣхъ поръ, пока процессъ заживленія допустить приклеиваніе пластыря выше сустава.

Какъ только приложена вышеописанная система вытяженія при полусогнутомъ положеніи, у больного обыкновенно тотчасъ-же прекращаются всякія боли. Это и понятно, такъ какъ благодаря описанному способу вытяженія всѣ находившіяся до этого момента въ состояніи ретракціи и болѣзненнаго сокращенія воспаленныя мышцы, въ которыя упираются острые осколки и смѣстившіеся отломки, вызывая этимъ болѣзненные сокращенія, сразу укладываются въ физиологическія условія: онѣ растягиваются до физиологической нормы, отломки ложатся на свое мѣсто и во всей конечности восстанавливаются нормальныя анатомическія условія, нормальный тонусъ.

Характернымъ примѣромъ того благоприятнаго дѣйствія, которое оказываетъ на конечность правильно примѣненное вытяженіе, можетъ служить слѣдующій случай:

Былъ доставленъ раненый съ сильно загноившимся раздробленіемъ плеча. Детали перелома видны изъ рис. 6. Такъ какъ у больного имѣлся парезъ лучевого нерва, то предположено было раненіе и этого послѣдняго. Примѣнено было, какъ обычно, вытяженіе полосами пластыря. Совершенно неожиданно на слѣдующій день больной заявилъ, что у него пальцы опять стали двигаться; оказалось, что явленія пареза почти исчезли (черезъ нѣсколько дней они исчезли совершенно).

Несомнѣнно въ данномъ случаѣ никакого анатомическаго поврежденія нервнаго ствола не произошло, а очевидно имѣло мѣсто сжатіе его, или напираніе на него костнаго осколка вслѣд-

ствіе общей деформации конечности, обусловленной эластической ретракцией мышц, благодаря чему плечо укоротилось, отломки и осколки сместились в разные стороны *ad latus* и где-нибудь уперлись в сдвинутый укоротившеюся трехглавою мышцею со своего нормального направления стволъ лучевого нерва. А такъ какъ примѣнено было общее вытяженіе конечности, и послѣдняя отведена была отъ туловища въ положеніе, изображенное на рис. 5, мышцы улеглись на свое мѣсто, а вмѣстѣ съ этимъ до извѣстной степени возстановилось и анатомическое



Рис. 6.

Раздробленіе плечевой кости (введена дренажная трубка).



Рис. 7.

Тотъ-же случай подъ влияніемъ вытяженія черезъ двѣ недѣли.

взаимоотношеніе въ расположеніи костныхъ отломковъ (см. рис. 7), благодаря чему—надо думать—сразу прекратилось надавливаніе осколка на нервъ, и проводимость послѣдняго возстановилась.

Необходимо еще разъ подчеркнуть, что главною причиною удачнаго возстановленія анатомическихъ условій въ деформированной переломомъ конечности путемъ постоянного вытяженія безспорно является то „среднее“ положеніе, которое мы придаемъ такой конечности, свободно укладывая ее на подушки. Какъ выше уже было упомянуто, это есть естественное физиологическое положеніе покоя, т. е., то „полу-согнутое“ положеніе, которое мы безсознательно придаемъ нашимъ конечностямъ во время сна. Такимъ положеніемъ достига-

ется общее равномерное расслабление всей мускулатуры конечности, т. е. въ одинаковой мѣрѣ расслабляются какъ агонисты, такъ и антагонисты. А это очень важно, потому что именно этимъ и создается наиболѣе благопріятная почва для успѣшнаго дѣйствія вытяженія: при общемъ равномерномъ расслабленіи мускулатуры вытягивающему грузу приходится воздѣйствовать исключительно на тотъ остатокъ мышечныхъ напряженій въ конечности, котораго не удалось устранить самимъ полусогнутымъ положеніемъ, и наличность коего поддерживаетъ стойкое смѣщеніе отломковъ.

Принципіальное примѣненіе полусогнутаго положенія при лѣченіи переломовъ и раздробленій длинныхъ костей играетъ важную роль не только въ отношеніи возстановленія анатомической формы поврежденной конечности, но создаетъ и необходимыя условія для примѣненія того функціональнаго лѣченія, безъ коего мы въ настоящее время уже не должны были бы считать возможнымъ обходиться при лѣченіи переломовъ и поврежденій конечностей вообще,—а именно: для систематическаго упражненія конечности **активными движеніями**.

Только при этихъ условіяхъ мы въ правѣ утверждать, что мы дѣйствительно „лѣчимъ конечность“, т. е. возстановляемъ не только ея анатомическую форму и цѣлость ея тканей, но добиваемся и возстановленія ея функций, т. е. свободной подвижности ея отдѣльныхъ частей.

Для того, чтобы къ концу процесса заживленія поврежденія конечность сохранила свою свободную подвижность, необходимо систематически упражнять ее. А для того, чтобы эти упражненія имѣли фізіологическій смыслъ и прежде всего не причиняли бы никакого вреда, необходимо, чтобы они были безусловно активныя. Пассивныя же движенія при тяжелыхъ поврежденіяхъ конечностей не имѣютъ смысла, такъ какъ измученный болями паціентъ по вполнѣ естественному и непоборимому недовѣрію къ тому лицу, которое своими руками берется за его больную конечность съ цѣлью произвести ея помимо его личной воли какое-то, неизвѣстное ему, движеніе, не можетъ инстинктивно не бояться этихъ прикосновеній. А подъ вліяніемъ этой безотчетной боязни у него въ больной конечности происходитъ рефлекторное напряженіе и сокращеніе мышцъ. А это вызываетъ боль. Даже еслибы больной и позволилъ другому лицу произвести его больною конечностью извѣстное движеніе, то послѣднее со стороны больного всегда будетъ тормазиться импульсами, посылаемыми въ группу антагонистовъ непроизвольно, изъ страха передъ угрожа-

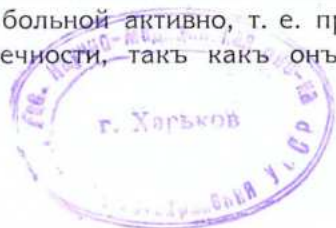
ющею болью. И чѣмъ настойчивѣе мы будемъ стараться согнуть или разогнуть пациенту его больную ногу или руку, тѣмъ интенсивнѣе у него будетъ проявляться этотъ естественный болевой рефлексъ. И въ концѣ концовъ получится лишь рядъ мучительныхъ болѣзненныхъ напряженій, но не свободныя движенія.

Совсѣмъ иное произойдетъ, если предложить больному произвести поврежденною конечностью активныя движенія. За исключеніемъ отличающихся крайнею болѣзненностью загноившихся внутрисуставныхъ раздробленій, при которыхъ — по крайней мѣрѣ въ самомъ остромъ періодѣ воспалительнаго процесса — даже самое ничтожное движеніе причиняетъ невыразимую боль, нѣтъ такого поврежденія конечности, при которомъ въ ней не сохранилась-бы способность произвести минимальное активное движеніе, не причиняя себѣ боли.

И вотъ это-то минимальное активное движеніе, даже и при самыхъ тяжелыхъ поврежденіяхъ, всегда будетъ возможно именно при томъ условіи, если мы такой конечности предварительно придадимъ полусогнутое положеніе, при которомъ всѣ ея мышцы равномерно расслаблены. Въ этомъ мы убѣждались ежедневно при видѣ тяжелыхъ переломовъ и раздробленій діафизовъ, осложнившихся нагноеніемъ; а во многихъ случаяхъ имѣли возможность отмѣчать это и при пораженіяхъ суставовъ и околосуставныхъ аппаратовъ.

Вполнѣ раздѣляя тотъ взглядъ, что „больному органу нуженъ покой“, мы тѣмъ не менѣе утверждаемъ, что этотъ покой долженъ быть не абсолютнымъ, и что правильно дозированные физиологическія отправленія этого больного органа могутъ принести ему только пользу. А физиологическія отправленія конечности есть активныя движенія. Разъ эти послѣднія сохранены въ какомъ-бы ни было минимальномъ объемѣ, то нѣтъ основаній ими не пользоваться, ибо разъ они не причиняютъ боли, то не могутъ причинить и вреда; разъ движеніе совершается безъ боли, оно есть движеніе физиологическое.

Въ самомъ дѣлѣ: на положеніе отломковъ осторожно производимое активное движеніе при созданныхъ нами для конечности условійхъ никакого вліянія оказать не можетъ, ибо больной, самъ двигая конечность вмѣстѣ съ подвѣшеннымъ къ ней грузомъ, производитъ въ ней активныя сокращенія пассивно растянутыхъ мышцъ при общемъ ихъ равновѣсіи. А до такого предѣла, при которомъ репонированные вытяженіемъ отломки могли-бы соскочить другъ съ друга, больной активно, т. е. произвольно, никогда не двинетъ своей конечности, такъ какъ онъ передъ этимъ уже



219161<sup>2</sup>

ощутить боль; такъ, что въ этомъ отношеніи вреда отъ движеній быть не можетъ. Не можетъ быть отъ нихъ вреда и въ отношеніи вліянія на протеканіе воспалительнаго процесса: такой вредъ прежде всего сказанъ-бы въ обостреніи этого послѣдняго, а для этого нужно было-бы, чтобы инфекціонные элементы пошли по новымъ путямъ благодаря новому травмированію инфицированной ткани. А это едва-ли мыслимо безъ боли.

Можно смѣло утверждать, что разумно производимыя упражненія произвольными активными движеніями никогда не могутъ принести вреда, потому что эти движенія дозируются самимъ больнымъ, инстинктивно чувствующимъ, до какого предѣла ему можно идти, не причиняя себѣ боли.

Необходимо приступать къ этимъ упражненіямъ съ первыхъ-же дней и заставлять больного систематически использовать сохранившуюся у него способность минимальнѣйшихъ движеній. Мы тогда видимъ, какъ ничтожныя толчкообразныя движенія или пошатыванія изо дня въ день увеличиваются въ объемѣ и мало по малу пріобрѣтаютъ характеръ настоящаго плавнаго движенія съ видимымъ сгибаніемъ и разгибаніемъ суставовъ. Движенія совершаются непремѣнно вмѣстѣ съ грузомъ.

А польза отъ такихъ упражненій громадная. Во-первыхъ извѣстно, что правильная артеріализація мышцы совершается только при активной работѣ ея, слѣдовательно активныя движенія улучшаютъ въ мускулатурѣ больной конечности условія обмѣна веществъ, а вмѣстѣ съ этимъ артеріализируются и суставные аппараты. Такимъ образомъ вносится жизнь въ больную конечность. И способъ внесенія этой жизни есть способъ безусловно физиологическій, естественный и не насильственный.

Резюмируя въ краткихъ словахъ все вышеизложенное относительно способовъ лѣченія огнестрѣльныхъ поврежденій конечностей, примѣнявшихся на раненыхъ воинахъ въ Лазаретѣ Совѣта Съѣзда Горнопромышленниковъ юга Россіи, мы подчеркиваемъ, что для лѣченія названныхъ поврежденій въ этомъ лазаретѣ была создана совершенно такая-же обстановка, какая имѣется въ Харьковскомъ Медико-механическомъ Институтѣ для лѣченія поврежденій конечностей, полученныхъ при работахъ на рудникахъ и заводахъ. По своему анатомическому субстрату и тѣ, и другія представляютъ собою поврежденія совершенно аналогичныя, а поэтому и методъ лѣченія ихъ долженъ быть одинъ и тотъ-же.

Сущность этихъ способовъ сводится къ примѣненію постояннаго вытяженія грузомъ при полусогнутомъ положеніи конечности

и систематическому упражнению конечности съ первыхъ дней активными движеніями.

Вотъ тѣ виды вытяженій, которые въ общемъ примѣнялись въ Лазаретѣ при поврежденіяхъ плеча, предплечія, бедра и голени.

Рис. 8 показываетъ систему вытяженія при поврежденіяхъ плеча, когда нѣтъ надобности производить сильное сгибаніе руки



Рис. 8.

Вытяженіе при переломѣ плечевой кости.

въ локтѣ, а можно ограничиться лишь слабо согнутымъ положеніемъ ея. Продольная полоса пластыря обоими своими концами заходить за область плечевого сустава.

Такой способъ вытяженія примѣнялся съ одинаковымъ успѣхомъ и при закрытыхъ переломахъ (гдѣ входное и выходное пулевья отверстія уже успѣли чисто зарубцеваться) и при открытыхъ гноящихся раздробленіяхъ плеча, требующихъ ежедневныхъ перевязокъ, тампонаціи, дренированія и пр., какъ напр. въ случаѣ, отмѣченномъ на рис. 6 и 7.

Рис. 9 показывает рентгенограмму, снятую съ праваго плеча прапорщика Кн—ба, раненаго пулею на вылетъ въ верхнюю часть праваго плеча и доставленнаго во временное отдѣленіе Лазарета при Медико-Механическомъ Институтѣ на 6-ыя сутки.

Рентгенограмма показала, что здѣсь имѣлся вколоченный переломъ хирургической шейки плеча. Входное и выходное отверстія закрылись сухими струпами. Сильное подкожное кровоизліяніе; но ни особенной припухлости, ни воспалительныхъ

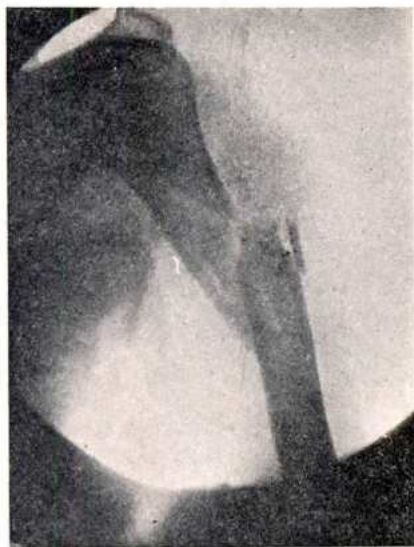


Рис. 9.

Вколоченный переломъ плечевой кости.



Рис. 10.

Тотъ-же случай черезъ 2 недѣли.

явленій; температура нормальна. Больной пріѣхалъ въ Харьковъ прямо съ позицій; рука его лежала въ простой косынкѣ. На перевязочномъ пунктѣ обѣ ранки были смазаны іодомъ и закрыты комкомъ марли, приклеенной полосками лейкопласта.

Нами наложена экстенсіонная повязка въ такомъ видѣ, какъ показано на рис. 8. Такъ какъ уже имѣлась небольшая аддукторная контрактура плеча, то пришлось вытянуть руку сначала въ приведенномъ положеніи, а потомъ постепенно отводить ее, представляя штативъ. Подвѣшенъ грузъ въ 10 ф.

Рентгенограмма на рис. 10 показываетъ положеніе отломковъ спустя 2 недѣли: несмотря на то, что здѣсь имѣлся вколоченный переломъ и отъ момента раненія прошло уже почти 6 сутокъ, отломки подъ вліяніемъ вытяженія установились почти въ идеальное анатомическое положеніе.

Больной этот съ перваго-же дня сталъ производить рукою активныя движенія. Функціи руки возстановились до нормы.

Спустя неполныхъ 4 мѣсяца комиссія признала К. выздоровѣвшимъ и годнымъ къ военной службѣ; онъ вернулся на передовыя позиціи.

Рис. 11 изображаетъ систему вытяженія при поврежденіяхъ предплечія. Для того, чтобъ разслабить всю мускулатуру руки и

этимъ добиться полной свободы движеній предплечія, устранивъ всякую возможность вредно вліяющаго сокращенія той или иной мышечной группы, мы вытягиваемъ одновременно и мышцы плеча и мышцы предплечія. А такъ какъ рука въ локтѣ согнута, и поэтому продольныя оси плеча и предплечія получили различныя направленія, то необходимо приклеивать отдѣльно другъ отъ друга двѣ полосы пластыря, какъ видно изъ рис. 11: а именно одну на плечо въ горизонтальномъ направленіи, а другую на предплечіе вертикально. При такихъ условіяхъ больной свободно можетъ производить рукою активныя движенія во всѣхъ ея суставахъ.



Рис. 11.

Вытяженіе при переломѣ предплечія.

При такой системѣ вытяженія на верхней конечности мы во всякое время, сохраняя ея полусогнутое положеніе, имѣемъ возможность примѣнить и боковыя вытяженія въ любомъ направленіи (см. рис. 12) въ зависимости отъ характера и особенностей даннаго поврежденія. Эти боковыя тяги также ни въ какомъ отношеніи не препятствуютъ активнымъ движеніямъ, — наоборотъ: представляя (какъ и всѣ остальные тяги съ подвѣшеннымъ къ нимъ грузомъ) опредѣленное сопротивленіе для выполненія движенія въ извѣстномъ направленіи, онѣ этимъ самымъ именно и служатъ средствомъ для упражненія мышцы, ибо извѣстно, что

величина выполняемой мышцею работы прямо пропорциональна величинѣ преодолеваемого ею сопротивленія.

Что касается нижней конечности, то и здѣсь въ цѣляхъ сохраненія полусогнутого положенія <sup>1)</sup> приходится пользоваться двумя



Рис. 12.

Боковое вытяженіе при переломѣ предплечія.

отдѣльными петлями липкаго пластыря соотвѣтственно двумъ различнымъ направленіямъ продольныхъ осей бедра и голени. Система вытяженія видна изъ рис. 13: одна полоса пластыря, наружный конецъ которой приклеивается выше тазобедреннаго сустава, идетъ вдоль бедра по наружной его поверхности, и огибая колѣно широкою петлею, въ которую вложена деревянная распорка, возвращается кверху по внутренней поверхности бедра вплоть до пахового сгиба.

Такая-же полоса приклеивается къ голени, начиная отъ высоты суставной щели колѣна. При этомъ мы стараемся придать голени горизонтальное положеніе, такъ какъ при такомъ условіи больному легче производить первыя активныя дви-

женія, нежели въ томъ случаѣ, если голень будетъ свѣшиваться книзу.

Выше было указано на то, что при поврежденіяхъ предплечія мы въ цѣляхъ расслабленія мускулатуры всей конечности, вытягиваемъ не только предплечіе, но и плечо, такъ какъ нельзя расслабить въ конечности одну группу мышцъ, когда другая группа въ ней напряжена. Поэтому совершенно аналогично

<sup>1)</sup> Выпрямленное въ колѣнѣ положеніе мы придаемъ ногѣ лишь въ томъ случаѣ, когда въ виду гнойнаго пораженія колѣннаго сустава утрачена всякая надежда спасти хотя бы незначительную подвижность его и необходимо добиваться анкилозирования колѣна при наиболѣе выгодномъ положеніи конечности, или когда по характеру патологическаго процесса ногѣ угрожаетъ развитіе сгибательной контрактуры.

мы поступаемъ и съ нижнею конечностью, когда имѣется поврежденіе голени: мы стараемся воздѣйствовать на мускулатуру всей конечности и поэтому примѣняемъ такую-же систему вытяженія какъ и при поврежденіяхъ бедра, т. е. тянемъ одновременно и за бедро, и за голень.

Для того, чтобы поврежденная голень (см. рис. 14) не всюю своею тяжестью лежала на подушкѣ, а лишь слегка опиралась на нее, мы подвѣшиваемъ ее при помощи очень маленькаго груза (2—3 ф.) на фланелевой петлѣ, надѣтой на стопу. Такимъ образомъ въ тканяхъ голени избѣгается излишнее сдавливаніе и нарушеніе правильнаго кровообращенія. А съ другой сто-



Рис. 13.  
Вытяженіе при переломахъ бедра.

роны и движенія производитъ больною голенью при такихъ условіяхъ легче.

Само собою разумѣется, что для правильнаго наложенія такой экстенціонной системы прежде всего необходимо, чтобы этого допускала кожа конечности; если на бедрѣ и голени будутъ обширныя раны и язвы, то конечно приклеить длинную полосу пластыря иногда можетъ быть очень трудно. Въ такихъ случаяхъ приходится или расщеплять широкую полосу на 2 или 3 узкія полосы, или укорачивать полосу и приклеивать ее только къ одной части бедра или голени.

Какихъ, по истинѣ прекрасныхъ, анатомическихъ результатовъ можно добиться при помощи такого пластырнаго вытяженія даже и при огнестрѣльныхъ раздробленіяхъ бедра, осложненныхъ

бурнымъ гнойнымъ процессомъ и потребовавшихъ широкихъ разрѣзовъ, это доказываетъ слѣдующій случай, который, какъ и всякій, доставляемый къ намъ осложненный, нагноившійся переломъ бедра, сразу подвергнуть былъ лѣченію вытяженіемъ при полусогнутомъ положеніи конечности.

Драгунъ Захаръ Московецъ 8-го Августа во время кавалерійской атаки раненъ пулею въ правое бедро; выбитъ изъ сѣдла и на всемъ скаку упалъ на землю. Въ тотъ-же вечеръ перевязанъ

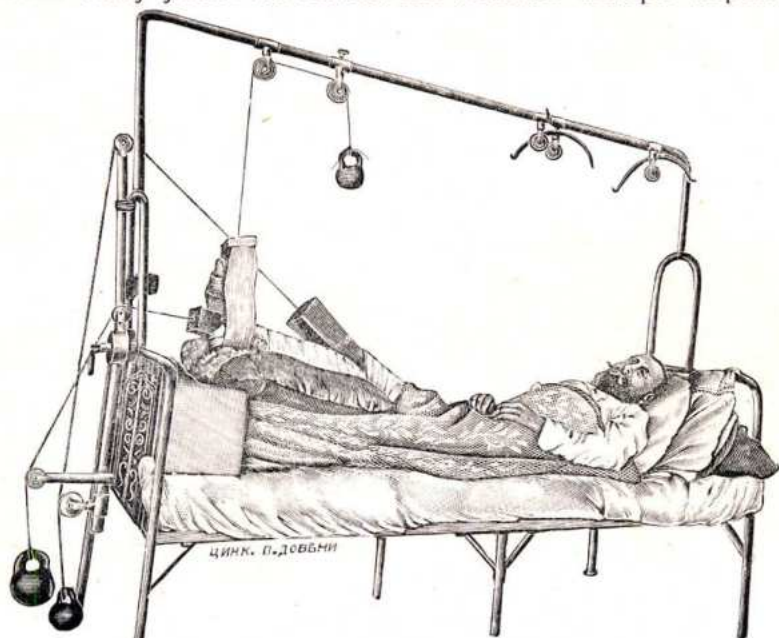


Рис. 14.

Вытяженіе при переломахъ голени.

на пунктъ, а на слѣдующій день доставленъ въ эвакуаціонный лазаретъ. Здѣсь ему сдѣлана вторая перевязка, при чемъ раны зондировались и введены были тампоны; конечность уложена въ крахмальную повязку. Въ тотъ-же день поѣздомъ отправленъ дальше. Slѣдующая перевязка лишь на четвертыя сутки. Черезъ 3 недѣли доставленъ въ Харьковъ.

1-го Сентября онъ принятъ во временное отдѣленіе (при М.-м. Инст.) Лазарета въ тяжеломъ септическомъ состояніи. Имѣлось раздробленіе бедра, осложнившееся тяжелымъ нагноеніемъ. Детали раздробленія видны изъ рентгенограммы на рис. 15. Сдѣланы были широкіе разрѣзы на передней и тыльной поверхности бедра; выдѣлилась масса гноя изъ глубокихъ затековъ. Конеч-

ность тотчасъ-же уложена въ полусогнутое положеніе а спустя двое сутокъ примѣнено вытяженіе, какъ на рис. 13.

Положеніе больного долгое время оставалось крайне тяжелымъ; нѣсколько разъ образовывались новые затеки, требовавшіе повторныхъ разрѣзовъ; больной многократно просилъ ампутировать ему ногу. Наконецъ, мало по малу, по истеченіи 6-ти недѣль инфекціонный процессъ сталъ стихать. За все это время нога лежала въ полусогнутомъ положеніи и вытяженіе не прерывалось.



Рис. 15.  
Раздробленіе бедра.

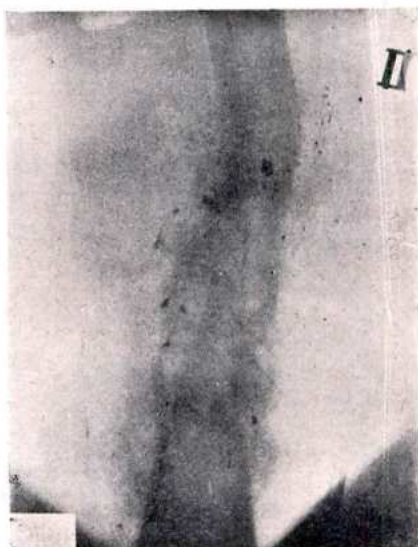


Рис. 16.  
Тотъ-же случай черезъ 4 мѣсяца.

При такихъ условіяхъ производились ежедневныя перевязки съ тампонаціей, дренированіемъ и т. п. Нѣсколько разъ приходилось удалять запачканный гноемъ пластырь и замѣнять его новымъ.

И вотъ, несмотря на бывшій здѣсь бурный гнойный процессъ и общее тяжелое состояніе больного, и несмотря на то, что 1-го Января, т. е. спустя 4 мѣсяца, лѣченіе Московца все еще не было закончено, такъ какъ нагноеніе еще не прекратилось и имѣлись еще глубокіе ходы на бедрѣ, — несмотря на столь продолжительное нагноеніе, все-же удалось при помощи систематически примѣннаго вытяженія возстановить не только нормальную длину бедра, но и почти нормальную форму бедренной кости съ прекрасно сформировавшеюся костною мозолью, какъ видно изъ рис. 16.

Въ теченіи первыхъ 4—6 недѣль, пока больной находился въ тяжеломъ септическомъ состояніи, о какихъ-либо активныхъ дви-

женіяхъ конечно не могло быть рѣчи. Но какъ только этотъ острый періодъ миновалъ, больной, несмотря на еще имѣвшееся у него интенсивное пропитываніе тканей бедра гноемъ, съ удивительной энергіей сталъ систематически ежедневно производить активныя покачиванія и подергиванія ногою, изъ которыхъ постепенно въ теченіи ряда недѣль развились настоящія сгибательныя и разгибательныя движенія. Въ результатѣ этихъ систематическихъ упражненій Московецъ теперь, черезъ 4 мѣсяца, несмотря на этотъ длительный гнойный процессъ и обширную травму мышцъ бедра, въ состояніи свободно сгибать ногу въ колѣнѣ до угла въ 110 градусовъ, а разгибать ее до нормы.

Думается, что въ данномъ случаѣ столь хорошій анатомическій и функціональный результатъ всецѣло долженъ быть отнесенъ за счетъ систематически примѣнявшагося вытяженія и упражненій активными движеніями.

Вытяженіе полосами липкаго пластыря однако не представляетъ собою единственнаго способа, примѣнявшагося нами въ Лазаретѣ при лѣченіи гноящихся открытыхъ переломовъ бедра. Подъ впечатлѣніемъ тѣхъ прекрасныхъ результатовъ, къ которымъ въ Медико-механическомъ Институтѣ при переломахъ бедра привело примѣненіе **способа Steinmann'a**, я рѣшилъ испробовать вытяженіе съ гвоздемъ и при огнестрѣльныхъ переломахъ бедра, осложненныхъ гнойнымъ процессомъ.

Гвоздь въ этихъ случаяхъ за отчетный періодъ былъ примѣненъ мною три раза, и у всѣхъ трехъ больныхъ примѣненіе его увѣнчалось полнымъ успѣхомъ. Не получилось ни малѣйшаго осложненія, ни малѣйшей неудачи. Какъ видно изъ рис. 17, техника примѣненія этого способа у раненаго солдата рѣшительно ничѣмъ не отличается отъ техники, выработанной мною за послѣдніе годы при примѣненіи способа Steinmann'a въ Медико-механическомъ Институтѣ при закрытыхъ переломахъ бедра у горнорабочихъ: бедро приподнято въ косомъ направленіи подъ большимъ или меньшимъ угломъ, а голень лежитъ горизонтально на подушкѣ.

Я рѣшался примѣнять способъ Steinmann'a въ такихъ случаяхъ, когда гнойный процессъ уже успѣлъ принять хроническій характеръ, когда раны и язвы на бедрѣ и гнойные затеки не достигали области колѣна, и когда такимъ образомъ имѣлась возможность изолировать самый колѣнный суставъ и покрывающую его кожу отъ вліянія сосѣдней инфекціи. Для этой цѣли мы въ теченіи нѣсколькихъ дней обмывали область

колѣна мыльнымъ и чистымъ спиртомъ, послѣ чего накладывалась на колѣно сухая асептичная повязка. Передъ операциею область эта смазывалась іодомъ, а послѣ того, какъ гвоздь былъ пробитъ, тщательно накладывалась плотно облегающая колѣно сухая повязка. А рядомъ съ нею, непосредственно съ нею сопри-

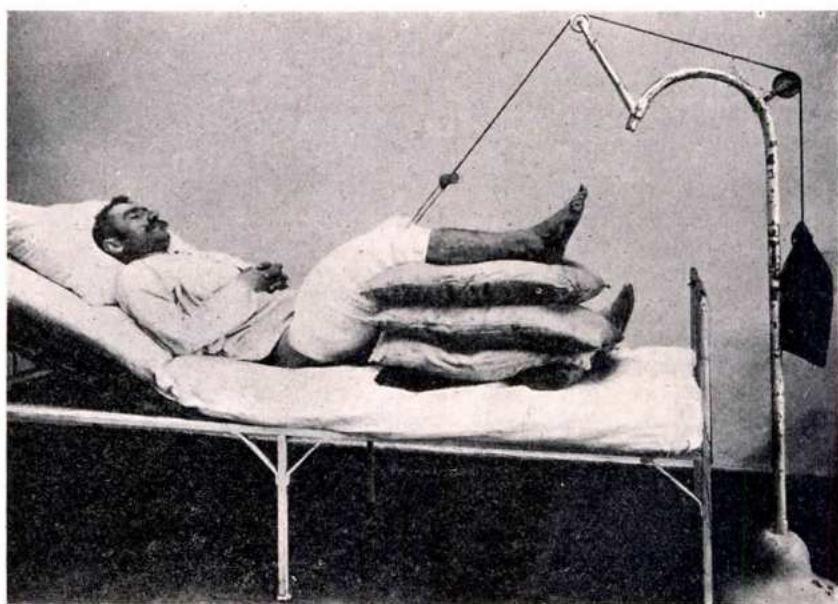


Рис. 17.

Вытяженіе съ гвоздемъ Steinmann'a при открытомъ гнойномъ переломѣ бедра.

касясь, находилась повязка бедра (см. рис. 17), ежедневно смѣнявшаяся для лѣченія гноящихся ранъ открытаго перелома. Перевязки конечно производились очень внимательно, при чемъ каждый разъ строго избѣгалось все, что могло-бы внести инфекцію подъ повязку колѣна, которая всегда оставалась несмѣнявшеюся до момента удаленія гвоздя.

Въ двухъ случаяхъ нагноеніе на бедрѣ было не очень сильное; но тѣмъ не менѣе ежедневно требовалось введеніе тампоновъ и дренажей; въ третьемъ-же случаѣ имѣлось довольно обильное выдѣленіе гноя изъ раны, находившейся на наружной поверхности бедра. И этотъ случай прошелъ совершенно гладко; когда на 19-й день гвоздь былъ удаленъ, то оба отверстія оказались совершенно сухими и черезъ 4 дня закрылись сухими струпами.

Важную роль при этомъ конечно сыграло то обстоятельство, что бедро все время лежало приподнятымъ кверху, и что слѣдовательно выдѣленія изъ ранъ стекали въ сторону, противоположную колѣну.

Рентгенограммы на рис. 18 и 19 относятся къ одному изъ трехъ случаевъ этой категоріи: заурядъ-прапорщикъ И. К. Б—ко доставленъ въ Лазаретъ черезъ 4 недѣли послѣ раненія; въ Кіевѣ 3 недѣли тому назадъ ему сдѣлано было 2 разрѣза въ верхней



Рис. 18.

Открытый загнойвшійся переломъ бедра.



Рис. 19.

Тотъ-же случай черезъ мѣсяць.

трети бедра. Положеніе отломковъ видно изъ рис. 18. При поступленіи въ Лазаретъ имѣлись незначительныя гнойныя выдѣленія изъ обѣихъ ранъ. Температура 37,8—38,2.

Такъ какъ въ данномъ случаѣ крайне трудно было (изъ-за ранъ) примѣнить липкій пластырь, а имѣвшееся сильное смѣщеніе отломковъ не позволяло обойтись безъ хорошаго вытяженія, то и рѣшено было прибѣгнуть къ способу Steinmann'a, который я считаю наиболѣе надежнымъ способомъ для репозиціи отломковъ при переломахъ бедра.

Рис. 19 показываетъ, какой прекрасной репозиціи здѣсь удалось достигнуть. Больной съ перваго-же дня началъ производить ногою активныя движенія. Послѣ удаленія (на 22-ой день) гвоздя оба отверстія закрылись безъ реакціи. Черезъ 12 недѣль больной

всталъ съ постели. Обѣ раны на бедрѣ къ этому времени уже зажили. Нога въ колѣнѣ свободно сгибалась до прямого угла.

Кромѣ такихъ гноящихся открытыхъ переломовъ бедра намъ было доставлено еще 19 случаевъ переломовъ бедра, уже сросшихъ и успѣвшихъ уже закрыться. Эти случаи къ намъ направлялись „для дальнѣйшаго лѣченія“.

Рис. 20 показываетъ типичную картину одного изъ этихъ случаевъ. Раны давно уже зажили. Форма бедра видна изъ фотографіи; конечность значительно укорочена. Въ анамнезѣ всѣхъ этихъ 19 случаевъ была циркулярная гипсовая повязка въ теченіи нѣсколькихъ недѣль.

Четверо изъ этихъ больныхъ отказались отъ какого-либо дальнѣйшаго вмѣшательства, а у остальныхъ 15-ти человекъ примѣненъ былъ **искусственный переломъ** съ послѣдующимъ вытяженіемъ гвоздемъ Steinmann'a.

Практиковалось это слѣдующимъ образомъ: наканунѣ, съ вечера, вся конечность тщательно отмывается и укладывается въ стерильную простыню. Передъ операцией колѣно смазывается іодомъ.

Пробивается гвоздь при строжайшемъ соблюденіи правилъ асептики. Послѣ того, какъ гвоздь пробить и на колѣно наложена асептичная повязка, производится искусственный переломъ бедра, который обыкновенно удается безъ особенныхъ затрудненій. При этомъ необходимо добиться полного перелома; въ наступленіи такового можно убѣдиться изъ того, что дистальный отломокъ свободно можетъ быть отклоненъ по всѣмъ направленіямъ. Послѣ этого конечность укладывается какъ обыкновенно при этомъ способѣ, и подвѣшивается грузъ.

Во всѣхъ 15-ти случаяхъ результатъ получился превосходный: форма бедра возстановилась, укороченіе устранено; функціи колѣна во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ значительно улучши-



Рис. 20.

лись. Не отмѣчено было ни одного осложнения; всѣ случаи протекали безусловно гладко и увѣнчались полною удачею.

Одинъ изъ этихъ 15-ти случаевъ заслуживаетъ быть отмѣченнымъ.

Подпоручикъ О. К. Ва—новъ. (Ист. бол. № 337). Поступилъ 15. XI. 14 съ признаками слабого сращения отломковъ, положеніе которыхъ видно изъ рис. 21. Согласился на предложенное ему,



Рис. 21.

Слабо сращенный переломъ бедра.



Рис. 22.

Тотъ-же случай черезъ 10 дней.

вышеупомянутое вмѣшательство, но наотрѣзъ отказался отъ наркоза. Пришлось пробивать гвоздь безъ наркоза, и когда это было сдѣлано, больной съ улыбкой заявилъ: „и изъ-за этого вы хотѣли меня хлороформировать!“ Съ перваго же дня больной (какъ и остальные 14 человекъ) сталъ систематически упражнять ногу активными движеніями. На 20-ый день гвоздь удаленъ; оба отверстия оказались сухими. Вытяженіе гвоздемъ замѣнено\*) вытяженіемъ съ пластыремъ при прежнемъ полусогнутомъ положеніи конечности.

Какой коррекціи въ положеніи отломковъ въ этой же проекціи здѣсь удалось достигнуть, видно изъ рис. 22.

Такимъ образомъ только-что описанные переломы представляли собою группу такихъ случаевъ, въ которыхъ собственно

\*) Какъ это дѣлается во всѣхъ случаяхъ примѣненія мною способа Steinmann'a послѣ того, какъ гвоздь удаленъ.

лѣченіе самого поврежденія уже было закончено въ другомъ мѣстѣ (или почти закончено), и у которыхъ приходилось корригировать анатомическій дефектъ, оставшійся послѣ этого лѣченія.

Другую группу случаевъ съ законченнымъ лѣченіемъ представляли собою тѣ случаи, которые доставлялись къ намъ для коррекціи фізіологическаго дефекта; здѣсь имѣется въ виду группа **контрактуръ**.

Характерно, что наибольшее количество контрактуръ поступило въ нашъ Лазаретъ сейчасъ послѣ открытія его, т. е. черезъ два мѣсяца послѣ начала войны. Затѣмъ въ теченіи довольно продолжительнаго промежутка (двухъ съ лишнимъ мѣсяцевъ) ихъ поступало значительно меньше, и лишь въ самое послѣднее время число ихъ опять немного возросло.

Объяснить это можно слѣдующимъ образомъ: непосредственно послѣ начала войны первыя партіи раненыхъ нашли себѣ пріютъ въ лазаретахъ, ближайшихъ къ театру военныхъ дѣйствій, гдѣ и проходила первая стадія ихъ лѣченія. Затѣмъ по мѣрѣ переполненія этихъ лазаретовъ въ зависимости отъ наплыва новыхъ партій раненыхъ первыя группы постепенно эвакуировались въ лазареты слѣдующаго района, оставались здѣсь нѣкоторое время, а затѣмъ, когда и сюда прибывали новыя партіи, то снова эвакуировались дальше, и — пока они такимъ образомъ добирались напр. до Харькова (или аналогичнаго по разстоянію пункта), раны ихъ успѣвали заживать; въ особенности если принять во вниманіе, что эвакуировались главнымъ образомъ болѣе легкіе случаи.

Громадное большинство этихъ раненыхъ пріѣзжало къ намъ съ гипсовыми повязками и съ долго не снимавшимися лубками и шинами; у многихъ имѣлись косынки, изъ которыхъ они по цѣлымъ недѣлямъ не вынимали согнутую въ локтѣ подъ прямымъ угломъ руку.

Между тѣмъ по удаленіи косынки, шины или гипсовой повязки не разъ приходилось констатировать, что рана давно уже успѣла закрыться, а въ конечности имѣется сгибательная или разгибательная контрактура, абсолютно не обусловленная характеромъ самого раненія.

Всѣ эти контрактуры несомнѣнно являлись прямымъ результатомъ той продолжительной иммобилизаціи, которой подвергнута была конечность, и которой можетъ быть нельзя было избѣгнуть по специфическимъ условіямъ лѣченія, протекавшаго при постоянной эвакуаціи раненаго изъ лазарета въ лазаретъ. Въ разборъ этого вопроса здѣсь не мѣсто входить; констатируется лишь тотъ фактъ, что въ первые три этапа было доста-

влено въ Лазаретъ 156 раненыхъ; изъ нихъ у 98 человекъ имѣлись контрактуры, самая-же поврежденія уже были залѣчены, или почти залѣчены. Изъ этихъ 98 человекъ у 92 въ анамнезѣ отмѣчена иммобилизація конечности шиною или гипсовою или крахмальною повязкою, а у 6 человекъ имѣлась сгибательная контрактура голени благодаря тому, что у этихъ больныхъ ноги въ теченіи многихъ недѣль были зафиксированы въ такомъ положеніи повязками.

Типичными контрактурами являлись:

- 1) приведеніе плеча (повязка Desault!);
- 2) сгибательная контрактура предплечія подъ прямымъ угломъ и
- 3) разгибательная контрактура голени.

Кромѣ того—упомянутые 6 случаевъ сгибательной контрактуры голени.

Что касается способа лѣченія, которому подвергались въ Лазаретѣ эти контрактуры, то и въ этомъ случаѣ мы воспользовались опытомъ, приобретеннымъ въ Медико-Механическомъ Институтѣ на аналогичномъ клиническомъ матеріалѣ, т. е. на тѣхъ случаяхъ, которые присылаются къ намъ туда для такъ наз. „долѣчиванія“, послѣ того какъ самое поврежденіе уже залѣчено въ другой больницѣ, и когда въ большинствѣ случаевъ приходится имѣть дѣло съ контрактурою, зависящею не отъ характера самого поврежденія, а отъ продолжительнаго пребыванія конечности въ иммобилизирующей повязкѣ, примѣнявшейся какъ лѣчебное средство.

Для устраненія этого рода контрактуръ мы примѣняли тотъ-же принципъ лѣченія, что и для устраненія стойкаго смѣщенія отломковъ при переломахъ, а именно **постоянное вытяженіе**. При этомъ мы исходили изъ слѣдующихъ соображеній: подобно тому, какъ при переломахъ стойкое смѣщеніе отломковъ обуславливается сократительнымъ укороченіемъ,—т. е. эластическою ретракціей,—мышцъ, прикрѣпляющихся къ данному отломку и лишившихся въ моментъ перелома своей точки опоры,—такъ и при контрактурахъ: приведенное положеніе какого-нибудь плеча, предплечія или голени обусловлено въ громадномъ большинствѣ случаевъ ретракціей тѣхъ, прикрѣпляющихся къ данной точкѣ мышцъ, которыя долгое время оставались пассивно сокращенными благодаря фиксаціи конечности въ данномъ положеніи, и въ которыхъ вслѣдствіе этого наступила та-же эластическая ретракція, т. е. такъ наз. „н у т р и т и в н о е у к о-

роченіе“. Это есть такое состояніе мышцы, при которомъ фізіологической тонушь ея,—или, какъ мы говоримъ: ея „активное напряженіе“,—ненормально повышены. И всякая попытка силою воздѣйствовать на такую мышцу путемъ напр. насильственнаго разгибанія контрактурированной въ сгибательномъ положеніи конечности вызываетъ лишь доходящее до боли повышение этого напряженія. И чѣмъ сильнѣе мы будемъ стараться разогнуть такую руку или ногу, тѣмъ больше контрактурированныя мышцы будутъ напрягаться какъ струны, и результатомъ нашей попытки будетъ лишь боль, но не разгибаніе. Непремѣннымъ условіемъ для этого конечно является всегда наличность травмы со всѣми ея патологическими особенностями, какъ-то: воспаленіемъ, гипереміей, повышеннымъ тонусомъ тканей и наконецъ поврежденіемъ самой мышцы съ послѣдующимъ рубцовымъ сморщиваніемъ ея.

Это будетъ такъ наз. міогенныя контрактуры. Онѣ развиваются при вышеописанныхъ условіяхъ независимо отъ того, имѣется-ли въ данномъ случаѣ только травма мягкихъ частей, или же переломъ кости. Эти міогенныя контрактуры составляли—какъ обычно—громадное большинство всѣхъ контрактуръ.

Итакъ для того, чтобъ устранить такую контрактуру, мы поступали совершенно такъ-же, какъ при устраненіи смѣщенія отломковъ при переломѣ: исходя изъ того, что ненормальное положеніе конечности является результатомъ ненормально повышеннаго напряженія въ опредѣленной группѣ мышцъ,—напряженія, служащаго проявленіемъ наступившей въ мышцѣ эластической ретракціи, или-же травматическаго сморщиванія, и учитывая то—извѣстное изъ фізіологіи—обстоятельство, что если въ какой-либо конечности извѣстная группа мышцъ находится въ состояніи патологически повышеннаго напряженія, то напряженіе всей остальной мускулатуры конечности не остается нормальнымъ, а также до извѣстной степени повышается,—я рѣшилъ систематически подвергнуть общему пассивному разслабленію всю мускулатуру конечности путемъ примѣненія постояннаго вытяженія при помощи полосъ липкаго пластыря и груза, имѣя въ виду такимъ образомъ добиться общаго пониженія „активнаго напряженія“ во всей мускулатурѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и разслабленія группы тѣхъ мышцъ, ретракція коихъ обусловила контрактуру.

Рис. 23 и 24 показываютъ примѣнявшуюся нами систему вытяженія при сгибательныхъ контрактурахъ предплечія и голени. Полосы пластыря наклеиваются совершенно такъ-же, какъ и при переломахъ: такъ какъ конечность согнута въ среднемъ суставѣ,



Рис. 23.  
Вытяжение при контрактурѣ предплечья

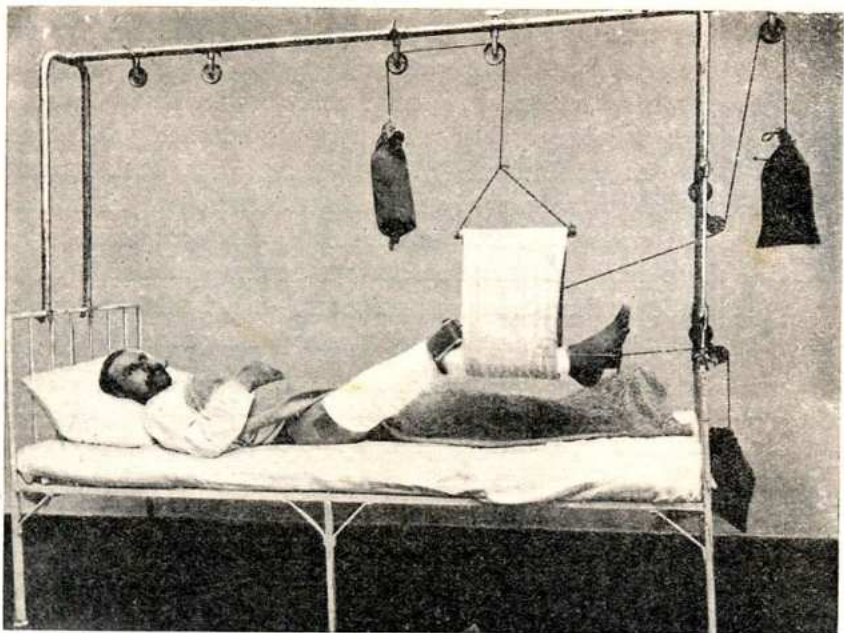


Рис. 24.  
Вытяжение и подвѣшивание при сгибательной контрактурѣ голени.

то необходимо примѣнять двѣ полосы соотвѣтственно продольнымъ осямъ отдѣльныхъ частей конечности.

При приведеніяхъ плеча конечность можетъ оставаться почти выпрямленною въ локтѣ; хотя лучше и здѣсь согнуть ее слегка ради расслабленія мышцъ. Кромѣ того приведенія плеча по большей части сопровождаются и сгибательною контрактурою предплечія, а потому и при нихъ обыкновенно придется примѣнить двѣ отдѣльныя тяги.

При сгибательныхъ контрактурахъ голени мы кромѣ вытяженія примѣняемъ всегда и подвѣшиваніе (см. рис. 24), такъ какъ таковое съ одной стороны облегчаетъ приспособленіе самого вытяженія (иначе трудно придать конечности устойчивое положеніе), а съ другой стороны такое подвѣшиваніе само по себѣ физиологическимъ образомъ дѣйствуютъ навстрѣчу контрактурѣ, ибо корригирующимъ факторомъ здѣсь является собственная тяжесть конечности.

Рис. 24 изображаетъ раненаго, доставленнаго къ намъ съ контрактурою голени черезъ 2 мѣсяца послѣ раненія въ правое бедро (онъ былъ раненъ въ первомъ сраженіи на австрійскомъ фронтѣ); имѣлась давно уже зажившая сквозная рана бедра, проникавшая черезъ группу сгибателей; нога въ колѣнѣ оказалась согнутою подъ прямымъ угломъ, и всякая попытка пассивно расправить ногу вызывала сильную боль. Примѣненъ былъ вышеописанный способъ лѣченія, и спустя 4 недѣли этотъ больной былъ отправленъ въ комиссію съ совершенно расправившеюся ногою и возстановленною почти до нормы подвижностью въ колѣнѣ.

Техника примѣненія этого способа лѣченія слѣдующая: послѣ того, какъ полосы пластыря приклеены и конечность забинтована, подвѣшиваются грузы; конечность остается пока въ томъ положеніи, въ какомъ она была. На слѣдующій день, когда предполагается, что въ конечности уже успѣло наступить извѣстное общее расслабленіе мышцъ, контрактурованная часть слегка отводится въ направленіи коррекціи: такъ напр. въ случаѣ, изображенномъ на рис. 23, слегка передвигаютъ внизъ роликъ съ тягою предплечія, благодаря чему рука въ локтѣ на извѣстную величину выпрямляется. Сутки спустя роликъ этотъ опускаютъ еще ниже, и такимъ образомъ поступаютъ ежедневно до тѣхъ поръ, пока достигается полное выпрямленіе въ локтѣ. Точно такъ-же мы поступаемъ и при приведеніяхъ плеча: рука цѣликомъ ежедневно отводится на извѣстный уголъ отъ туловища. Совершенно то же мы дѣлаемъ и при сгибательныхъ контрактурахъ голени: по мѣрѣ выпрямленія ноги широкая фланелевая петля, въ которой подвѣшена голень принимаетъ все болѣе и болѣе вертикальное поло-

женіе, при чемъ соответственнымъ образомъ переставляются и ролики съ тягами голени и бедра.

При разгибательныхъ контрактурахъ голени (см. рис. 25) мы подвѣшиваемъ не голень, а бедро, а тяги для бедра и голени приспособляемъ совершенно такъ-же, какъ и при сгибательныхъ контрактурахъ, при чемъ однако здѣсь,—въ отличіе отъ послѣднихъ,—направленіе тяги голени ежедневно будетъ измѣняемо въ смыслѣ уменьшенія угла, образуемаго ногою въ колѣнѣ.

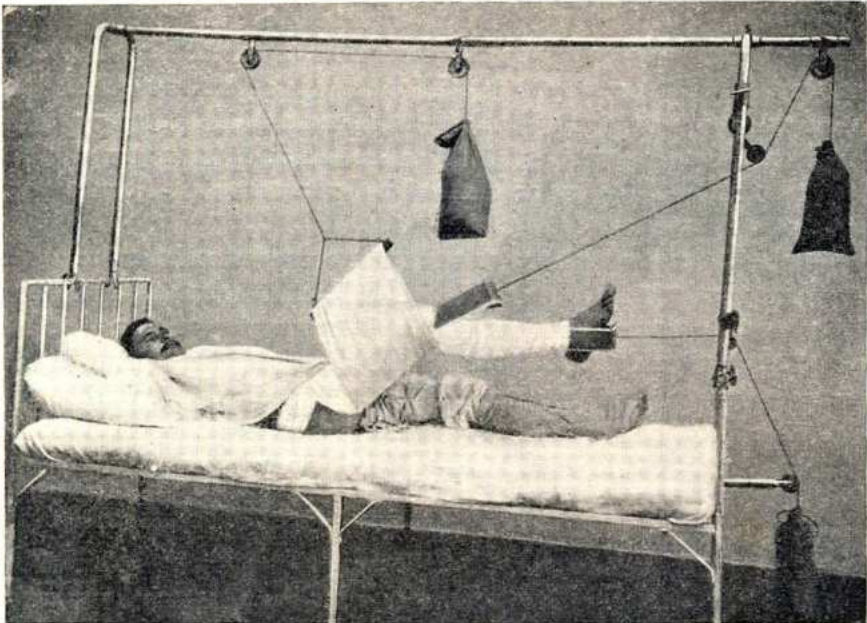


Рис. 25.

Вытяженіе и подвѣшиваніе при разгибательной контрактурѣ голени.

Всѣ тѣ случаи примѣненія этого способа лѣченія при миогенныхъ контрактурахъ, въ которыхъ лѣченіе могло быть доведено нами безпрепятственно до конца, окончились полною, или почти полною, функциональною удачею. При этомъ необходимо подчеркнуть, что такой способъ лѣченія не причиняетъ больному никакой боли и никакихъ особенныхъ неудобствъ.

11 человекъ, доставленныхъ съ миогенною контрактурою, отъ лѣченія таковой отказались.

Другой видъ контрактуръ представляютъ такъ наз. артрогенныя (или артропатическія) контрактуры, обусловленные измѣ-

неніями въ суставномъ аппаратѣ. При этихъ контрактурахъ конечно никакое вытяженіе не можетъ считаться показаннымъ, такъ какъ мышцы здѣсь играютъ второстепенную роль, и измѣненія въ нихъ наступаютъ уже какъ вторичныя явленія. На первомъ планѣ стоятъ измѣненія въ связочномъ аппаратѣ, сморщиваніе связокъ и капсулы, не разсосавшіяся внутрисуставныя гематомы и наконецъ травма самихъ суставныхъ отростковъ костей.

Принимая во вниманіе, что продолжительный покой въ этихъ случаяхъ въ концѣ концовъ приводитъ къ образованію стойкихъ неподвижныхъ спаекъ или къ анкилозироваціи сустава, мы лѣчимъ всѣ артрогенныя контрактуры, — равно какъ и всѣ процессы, ведущіе къ развитію таковыхъ, — активными движеніями и примѣненіемъ артеріальной гипереміи въ формѣ мѣстныхъ горячихъ, — водяныхъ или суховоздушныхъ, — ваннъ.

---

# ОГНЕСТРѢЛЬНЫЯ РАНЕНІЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ПО ДАННЫМЪ ЛАЗАРЕТА

СОВѢТА СЪѢЗДА ГОРНОПРОМЫШЛЕННИКОВЪ ЮГА РОССИИ.

(Матеріалы къ травматологіи нервной системы въ войнѣ 1914 г.)

Консультанта лазарета **Д-ра А. І. Геймановича,**

ассистента нервной клиники Харьковскаго Женскаго Медицинскаго Института.

---

Боевыя травмы нервной системы, которыми такъ обильны современныя войны и которыя составляютъ обширную рубрику въ отчетахъ современныхъ госпиталей (можетъ быть, въ силу расширения нашихъ діагностическихъ познаній), травмы эти, требующія и спеціальной діагностики, и спеціального лѣченія,—по локализации своей мало отличаются отъ прочаго матеріала госпиталей, лежащихъ на томъ же меридіанѣ отдаленія отъ линіи боя.

Если поврежденія конечностей представляютъ собой тотъ обще-хирургическій матеріалъ, который, естественно, устремляется для рациональнаго лѣченія въ госпитали тыла, то нервно-хирургическій матеріалъ послѣднихъ состоитъ, по преимуществу, изъ случаевъ поврежденій периферической нервной системы,—т. е. изъ случаевъ, которые, главнымъ образомъ, и могутъ быть транспортированы изъ госпиталей первой линіи.

Все это никоимъ образомъ не говоритъ о легкости упомянутого рода случаевъ. Какъ поврежденія костей и суставовъ конечностей, такъ и поврежденіе нервныхъ сплетеній и периферическихъ нервовъ—суть разрушенія очень стройныхъ механизмовъ, для возстановленія которыхъ нужна тонкая, спеціальная работа. Это—типъ раненій, не угрожающій жизни, но грозящій инвалидностью.

Относительно рѣже въ госпитали нашего типа доставляются поврежденія черепа и позвоночника, но и этотъ матеріалъ находитъ себѣ отраженіе въ нашей госпитальной статистикѣ.

Что касается поврежденій периферической нервной системы, то этимъ матеріаломъ лазаретъ Совѣта Съѣзда горнопромышленниковъ юга Россіи снабжался вдвойнѣ интенсивно. Предназначенный для тяжелыхъ случаевъ, онъ пополнялся, во-первыхъ, случаями прямыхъ раненій нервныхъ сплетеній и стволовъ. Но, кромѣ того, вмѣстѣ съ переломами—главнымъ матеріаломъ лазарета,—въ обиходъ его попадали вторичныя, вслѣдствіе фрактуръ, пораженія нервовъ. Такимъ образомъ, одинъ и тотъ же матеріалъ доставляли и непосредственно современная дальнобойная пуля—орудіе очень избирательнаго раненія—и грубое насиліе со стороны ломающейся кости. И специальное лѣченіе поврежденій нервовъ и сплетеній дополняло и завершало собою медико-механическія задачи лазарета Совѣта Съѣзда.

Мы прослѣдили въ лазаретѣ 52 болѣе рѣзко выраженныхъ случая органическихъ пораженій нервной системы. Изъ нихъ на периферическую нервную систему приходилось 40 случаевъ. Остальные приходились на пораженія черепа и позвоночника.

---

Литературный вопросъ объ огнестрѣльныхъ раненіяхъ периферическихъ нервовъ имѣетъ очень небольшую давность: ему около 2 лѣтъ. Конечно, огнестрѣльныя раненія нервовъ видѣли и курировали уже давно. Но лишь Балканская война показала всю невыясненность вопроса и заставила углубиться въ его изученіе. (Въ этомъ отношеніи для науки пропала даже Русско-Японская война). Послѣ Балканской войны появились работы Kirschner'a, Borhardt'a, Oekonomakis'a, Denk'a, Girulanos'a, имѣвшія своею цѣлью освѣтить вопросъ на основаніи данныхъ съ театра войны. Это, въ сущности, и были первыя аналитическія сообщенія. Они касались, главнымъ образомъ, показаній къ оперативному вмѣшательству, при чемъ авторы очень расширили предѣлы показаній къ нему. Но и эти авторы, которымъ хирурги, оперирующіе на периферическихъ нервахъ, должны быть весьма благодарны, не замѣтили многихъ сторонъ вопроса.

Такъ, анатоми-гистологическій генезъ огнестрѣльныхъ раненій не затронулъ въ достаточной мѣрѣ интереса авторовъ. А, вѣдь, генезъ этотъ оказывается крайне разнообразнымъ.

Авторами сообщеній съ Балканскаго театра войны „замѣченъ“ былъ фактъ, который, конечно, существовалъ и раньше, заключающійся въ томъ, что огнестрѣльный параличъ нерва возникаетъ сейчасъ же послѣ раненія. Между тѣмъ, далеко не каждый случай паралича сопровождается нарушеніемъ цѣлости нервного

ствола. Напротивъ, случаи послѣдняго разряда остаются въ меньшинствѣ. Мы знаемъ шаблонное упоминаніе о рубцѣ въ случаяхъ огнестрѣльнаго раненія нервовъ. Однако же, не тотчасъ послѣ раненія образуется рубецъ.

Феномень внезапнаго появленія паралича послѣ огнестрѣльнаго раненія нерва начинаетъ поддаваться объясненію.

Одна возможность касается васкулярныхъ измѣненій—образованія мелкихъ геморрагій, иногда гематомъ и аневризмъ, исходящихъ изъ стромы нерва и его футляра, другая—т. н. молекулярныхъ измѣненій, которыя, въ сущности, сводятся къ коммоціонной дезинтеграціи міэлиновыхъ оболочекъ и, вѣроятно, самого осевого цилиндра,—вопросъ, который въ другихъ отношеніяхъ подвергся уже гистологическому анализу.

Вопросъ о послѣопераціонномъ выравниваніи явленій затронуть авторами глубже. Такъ установленъ фактъ болѣе скорого возвращенія чувствующихъ функцій нерва, въ сравненіи съ двигательными.

Крупное открытіе Stoffel'я относительно изолированнаго хода въ общемъ стволѣ нерва отдѣльныхъ системъ для различныхъ его вѣточекъ лишь не на много опередило періодъ дѣятельности изслѣдователей огнестрѣльныхъ раненій периферическихъ нервовъ на Балканской войнѣ. Поэтому мы не видимъ, чтобы въ своихъ трудахъ они воспользовались уже принципами Stoffel'я, съ одной стороны, въ діагностическихъ цѣляхъ, а съ другой внесли дополненія въ данныя Stoffel'я. Между тѣмъ, матеріаль войны освѣщаетъ и ту и другую сторону. И уже въ нашихъ наблюденіяхъ мы воспользовались обѣими сторонами дѣла.

Таковы очередные анатомо-гистологическіе, физиологическіе, клиническіе, діагностическіе и топографо-анатомическіе вопросы, которые рождаются въ связи съ ученіемъ объ огнестрѣльныхъ раненіяхъ периферической нервной системы.

Практически важна еще одна сторона дѣла. Это вопросъ о огнестрѣльныхъ периферическихъ параличахъ съ комбинированнымъ генезомъ, гесп. о параличахъ, вызываемыхъ пораженіемъ и нервовъ и сосѣднихъ тканей, или параллельно одно другому, или въ зависимости перваго отъ послѣдняго.

Такъ, часто бываетъ интереснымъ анализъ поврежденія кости, комбинированнаго съ параличемъ. Иногда, напр., очень важно выяснитъ, поврежденъ ли при этомъ нервъ осколкомъ кости, или же самостоятельно—пулей. Это примѣръ задачи—пораженъ ли нервъ прямо или послѣдовательно. Иногда, далѣе, надо рѣшить вопросъ, зависитъ ли параличъ отъ раненія нерва или

самой мышцы (или цѣлой мышечной группы). Конечно, законъ вхожденія нерва, то крайней мѣрѣ, на сегментъ выше части конечности, приводимой имъ въ движеніе, облегчаетъ задачу. Но иногда, на примѣръ, при раненіяхъ на двухъ уровняхъ разными пулями, вопросъ осложняется. Состояніе электровозбудимости не всегда и здѣсь играетъ абсолютную роль: съ одной стороны, въ этомъ отношеніи важень опредѣленный срокъ, съ другой, т. н. тангенціальныя раненія нервныхъ стволовъ не обуславливаютъ рѣзкихъ измѣненій электровозбудимости. (Примѣры нервно-мышечныхъ комбинацій см. ниже).

Наконецъ, возможны тройныя комбинаціи—костно-мышечныя нервныя (см. ниже). Здѣсь пораженіе нерва является вторичнымъ, завися отъ перелома,—мышечное же пораженіе идетъ параллельно.

Эти стороны вопроса должны, въ сущности, *ceteris paribus*, ложиться въ основу исходныхъ пунктовъ классификаціи огнестрѣльныхъ раненій периферическихъ нервовъ и сплетеній.

Изъ этихъ пунктовъ будемъ исходить и мы въ группировкѣ нашего матеріала.

Первичныя пораженія нервныхъ стволовъ и сплетеній мы видѣли въ лазаретѣ 11 разъ. Изъ нихъ 3 случая пришлось на *p. radialis*, 2—на *p. ischiadicus*, 1—на *p. peroneus*, 1—на *p. suprascapularis*, 1—на тройную комбинацію *nn. ulnaris, medianiradialis* (въ локтѣ), 1—на *p. facialis*, 1—на *p. lingualis* 1—на *p. phrenicus* (контузія).

Далѣе, въ двухъ случаяхъ аневризмы давили на нервы: въ одномъ—только на *p. medianus*, въ другомъ на *nn. medianus, ulnaris, radialis* и всѣ кожныя вѣтви предплечья.

Параличей въ зависимости отъ фрактуръ мы успѣли замѣтить среди матеріала лазарета двадцать (хотя, по окончаніи вытяженій, быть можетъ придется имѣть дѣло съ еще большей цифрой). Изъ этого матеріала, вслѣдствіе неблагоприятныхъ для неврологическаго изслѣдованія условий механическаго воздѣйствія на конечность, мы подробно изслѣдовали восемь случаевъ. На *p. ischiadicus* приходилось 3 случая, на *p. radialis*, 2, на *p. suralis* 1, на *plexus brachialis*—2.

Комбинированныя нервно-мышечныя параличи встрѣтились 3 раза, костно-мышечно-нервные—2 раза.

Спинальныя пораженія зарегистрированы 7 разъ, черепныя 6.

---

Неврологическія исторіи болѣзней, основывающіяся на большомъ разнообразіи деталей, не поддаются, вообще, краткому изложенію—и поэтому мы должны здѣсь выдѣлить лишь наиболѣе характерныя черты и по нимъ сгруппировать наши исторіи болѣзней.

Въ разрядѣ первичныхъ поражений нервныхъ стволовъ прежде всего отмѣтимъ группу п. *radialis*.

Наблюденіе 1 И—ъ. Высокое раненіе п. *radialis*: кверху и кнутри отъ плечевого сустава. Потеря способности разгибать кисть и пальцы. Особенность случая—сохраненіе супинаціи и анестезія по ульнарному краю ладони. Случай блестяще подтверждаетъ данныя Stoffel'я о высокой изоляціи въ нервномъ стволѣ какъ двигательныхъ, (сохраненіе волоконъ для супинаціи) такъ и чувствительныхъ волоконъ (выпаденіе только части п. *ulnaris*). На примѣрѣ послѣдняго (легкая травма) видно, насколько высоко происходитъ эта изоляція.

Наблюденіе 2. П—а. Раненіе верхней трети плеча. Разгибаніе кисти и пальцевъ не удается. Супинація сохранена (отвѣтвленіе выше мѣста травмы). Типъ анестезіи на медиальной  $\frac{1}{2}$  тыла кисти, безъ участія пальцевъ указываетъ на парціальное выпаденіе чувствующихъ волоконъ п. *radialis*, что говоритъ за неполный перерывъ его проводимости. Сдѣланъ невролизъ.

Наблюденіе 3. К—ъ. Раненіе на границѣ верхней и средней трети бедра. Параличъ стопы, съ анестезіей въ области п. *peronei* и *tibialis*, однако же съ рѣзкой разницей въ интенсивности анестезіи въ области того и другого, что лишній разъ иллюстрируетъ искусственную связь обоихъ нервовъ общимъ футляромъ сѣдалищнаго нерва.

Наблюденіе 4. Г—а. Раненіе верхней  $\frac{1}{3}$  бедра. Стопа бездѣйствуетъ и сгибательно сведена. Анестезія только по ходу п. *peronei*. И то, и другое говоритъ за преимущественное участіе въ пораженіи п. *peronei*. Примѣръ тангенціального раненія п. *ischiadici*.

Наблюденіе 5. А—ъ. Раненіе въ средину бедра. Первое время боли и бездѣйствіе въ стопѣ, съ анестезіей въ стопѣ и снаружи голени. Черезъ мѣсяць полное возстановленіе функций стопы, почти полное—чувствительности (остаётся лишь узкая полоска гинестезіи въ области п. *suralis*) голени. Никакихъ слѣдовъ дряблости голени. Примѣръ, къ сожалѣнію, рѣдкаго, быстрого и полного возстановленія функций п. *ischiadici*, далеко не склоннаго къ реституціи, особенно въ отношеніи болевыхъ ощущеній.

Чрезвычайно интересенъ фактъ очень высокой и совершенной изоляціи *n. suralis*, подтверждаемый рядомъ другихъ нашихъ наблюдений.

Наблюдение 6. Г—ъ. Очень рѣдкій случай изолированного раненія *n. suprascapularis* (около 30 случаевъ въ литературѣ), съ соотвѣтствующей атрофіей *mm. supra—* и *infraspinati* и выпаденіемъ функціи наружной ротациі.

Такая изоляція оказалась возможной лишь благодаря совершенно своеобразному ходу пули, которая вошла у поясницы справа и, скользя подъ кожей, вышла черезъ верхнюю часть плечевого сплетенія. Операция на такомъ нѣжномъ нервѣ встрѣчаетъ серьезныя противопоказанія, почему дѣло ограничилось электризаціей, давшей улучшение.

Наблюдение 7. А—ъ. Раненіе въ локтевомъ сгибѣ. Комбинированный случай. Кисть свисаетъ внизъ (параличъ *n. radialis*), приведена и согнута въ медіальную сторону (параличъ *m. flexor ulnaris* отъ *n. ulnaris*), приняла положеніе *main en griffe* (параличъ *n. ulnaris*). Большой палецъ приведенъ, неподвиженъ (пораженіе *n. mediani*). Пальцы анестезированы *en masse* съ обѣихъ сторонъ. Кисть свободна отъ анестезіи. Рѣчь идетъ здѣсь о пораженіи *nn. radialis, ulnaris* и *mediani*, особенно первыхъ двухъ. Особый типъ анестезіи, съ дистальнымъ усиленіемъ, характерный для не полного пораженія нервного ствола.

Наблюдение 8. З—въ. Раненіе на срединѣ плеча. Положеніе кисти. *main en griffe*. Потеря всѣхъ движеній въ кисти и пальцевъ, связанныхъ съ функціей *n. ulnaris*. Анестезія: на ладони повсюду исключая большого пальца, на тылѣ кисти—узкая полоска по ульнарному краю ея и въ 3 послѣднихъ пальцахъ. Пораженіе *n. ulnaris* и чувствующихъ волоконъ *n. mediani*.

Наблюдение 9. Г—ко. Раненіе на границѣ средней и нижней трети плеча. Комбинированный случай. Кисть свисаетъ книзу (*n. radialis*) растопыриваніе пальцевъ очень плохое (*n. ulnaris*). Анестезія тыла предплечья (*n. radialis*), тыла кисти (*n. radialis* и *ulnaris*) радіальнаго края ладонной поверхности предплечья (кожная вѣтвь *n. musculo-cutanei*) и ульнарной части ладони (*n. ulnaris*).

Наблюдение 10. К—ъ. Примѣръ раненія *n. facialis*, не рѣдкаго въ настоящую войну,—съ налетомъ на одноименной съ раненіемъ половинѣ языка и одноименнымъ легкимъ парезомъ мягкаго неба.

Наблюдение 11. П—ъ. Пораженіе *n. lingualis* при абсцессѣ нижней челюсти, послѣ раненія спереди уха.

Наблюдение 12. Б—ъ. Былъ контуженъ и приваленъ землей. Кромѣ сильныхъ болей въ ногахъ по трактамъ всѣхъ нервныхъ

стволовъ, отмѣчается укороченныя движенія діафрагмы, повидимому, вслѣдствіе временнаго пареза окончаній въ ней *p. phrenici*.

Слѣдующій случай представляетъ интересъ въ смыслѣ пораженія только трофическихъ волоконъ на кожѣ кисти.

Наблюденіе 13. К—а. Раненіе на срединѣ предплечья. Анэстезіи нѣтъ, но имѣется ихтіозъ всей кисти, повидимому, на почвѣ ишэміи.

Примѣромъ ишэмической анэстезіи является нижеприводимое наблюденіе.

Наблюденіе 14. И—ъ. Раненіе въ средину предплечья. Средній палець сведенъ и сплошь анэстезированъ. Анатомически здѣсь, при иннерваціи 3 нервами, исключается прямое пораженіе ихъ вѣточекъ.

Особнякомъ стоятъ случаи пораженія нервовъ въ зависимости отъ аневризмъ.

Наблюденіе 15. Б—въ. Пулевое раненіе лѣваго плеча, съ ложной аневризмой *arteria brachialis*. Мгновенный параличъ кисти, съ пораженіемъ явленій. Экстренная операція, обнаружившая, кромѣ ложной аневризмы *arteria brachialis*, гематому въ толщѣ *p. mediani*. Послѣдующее изслѣдованіе: кисть при сгибаніи девируетъ въ ульнарную сторону, оппозированіе, сгибаніе, отведеніе большаго пальца не удаются, 2 и 3 пальцы не сгибаются, 4 и 5 сгибаются отчасти (помощь со стороны *p. ulnaris*).

Наблюденіе 16. Ай—ъ. Оперированъ экстренно по поводу аневризмы *arteria brachialis*. Послѣдующее наблюденіе. Сгибаніе кисти плохое. Поза кисти своеобразна. Большой палець въ состояніи гиперэкстензіи, мизинець сведенъ въ послѣдней фалангѣ, безымянный—въ послѣдней и средней. На всемъ предплечьи гипэстезія, усиливающаяся дистально—на кисти. На тылѣ кисти медіальная половина анэстезирована сильнѣе. Примѣръ комбинированнаго пораженія нервовъ вслѣдствіе аневризмы, съ преобладаніемъ пораженія *p. mediani*.

Далѣе идутъ вторичныя пораженія нервныхъ стволонъ и сплетеній, въ связи съ переломами костей.

Наблюденіе 17. Т—скій. Огнестрѣльное раненіе голени съ переломомъ *fibula dextra*. Стопа парализована и анэстезирована; въ пальцахъ—намекъ на движенія. Своеобразность случая въ томъ, что по ходу пули (вертикальная линія по наружной сторонѣ голени) можно было думать о прямомъ пулевомъ раненіи *p. peronei* и о вторичномъ—путемъ сдавливанія отломкомъ *p. tibialis*.

Наблюденіе 18. А—ць. Раненъ въ ногу двумя пулями: 1) въ пахъ съ выходомъ въ ягодицу, выше складки; 2) въ подколѣнную

ямку, съ поврежденіемъ сустава. Параличъ стопы съ частичной ея анестезіей въ области *n. tibialis*. Топографія анестезіи не рѣшаетъ вопроса въ пользу патогномоничности нижележащаго раненія, ибо даже кожныя изолированныя территоріи поражаются избирательно и при высокихъ раненіяхъ нервныхъ стволовъ. Съ другой стороны, имѣвшаяся на лицо разгибательная контрактура въ колѣнѣ лишила возможности опредѣлить наличность сохраненія сгибанія колѣна. Вопросъ рѣшилъ сохраненіе электровозбудимости въ сгибателяхъ на бедрѣ.

Наблюденіе 19. Г—къ. Раненіе верхней трети бедра съ переломомъ. Полное бездѣйствіе ноги. Въ бедрѣ и голени оно объяснимо прямой трамвой тканей и нарушеніемъ мышечной статики. Параличъ стопы имѣеть въ основѣ пораженіе *n. ischiadici*—повидимому вторичное. Однако отсутствіе анестезіи и болей говоритъ за умѣренную степень компрессіи *n. ischiadici* и за возможность постепеннаго выравниванія его функций.

Наблюденіе 20. Р—съ. Случай, интересный для иллюстраціи высокой изоляціи *n. suralis* (см. набл. 5). Здѣсь переломъ бедра вызвалъ только гиперестезію на стопѣ въ области упомянутаго нерва.

Наблюденіе 21. Б—въ. Переломъ плеча. Избирательное паденіе только нѣкоторыхъ проводящихъ системъ *n. radialis*: 1) для *extensor'a pollicis*; 2) для *extensor'a indicis*. Новая иллюстрація положеній Stoffel'я.

Наблюденіе 22. Д—ъ. Переломъ плеча на границѣ средней и нижней трети. Параличъ разгибателей кисти и пальцевъ (включая большой). *M. supinator longus* дрябловатъ, но функционируетъ. Чувствительность сохранена. Здѣсь рѣчь идетъ лишь о компрессіи ствола *n. radialis*.

Наблюденіе 23. М—къ. Огнестрѣльный переломъ правой ключицы. Параличъ короткихъ мышечныхъ вѣтвей плечевого сплетенія и двигательныхъ вѣтвей *n. axillaris*. Пораженіе мышечныхъ группъ, иннервируемыхъ *n. radialis*, съ преимущественнымъ паденіемъ супинаціи и съ анестезіей тыла плеча и предплечья, но не кисти. Прочія мышечныя группы, иннервируемыя *n. radialis*, въ состояніи лишь пареза. *Nn. medianus* и *ulnaris* затронуты незначительно. Въ этомъ наблюденіи интересна диссоціація участія въ парезѣ *n. radialis*. Это объясняется высокимъ уровнемъ пораженія—тамъ, гдѣ сплетеніе еще начинается образовываться изъ корешковъ, при чемъ послѣдніе имѣють въ виду не отдѣльные нервы, а мышечныя группы. Повидимому, здѣсь перебиты также высоко поднимающіяся отдѣльныя кожныя вѣтви *n. radialis* для плеча и предплечья.

Наблюденіе 24. С—въ. Подключичное раненіе слѣва, съ переломомъ ключицы. Пораженъ весь *n. radialis*, кромѣ кожной вѣтви его для плеча, *n. musculo-cutaneus*, *axillaris*, *medianus*, *ulnaris*. Сохранены самостоятельныя кожныя вѣтви сплетенія для передней поверхности плеча и предплечья. Типъ пораженія нижняго и нижней части верхняго плечевого сплетенія.

Наблюденія 25—36 охватываютъ случаи паралича дистальныхъ отдѣловъ конечностей послѣ переломовъ. Фиксированное положеніе конечностей не дало намъ пока возможности произвести точное изслѣдованіе этихъ случаевъ. Къ нимъ мы вернемся впоследствии.

Комбинаціи нервныхъ параличей съ мѣстными мышечными поврежденіями и контрактурами распредѣлялись слѣдующимъ образомъ.

Наблюденіе 37. З—чѣ. Раненіе въ средину голени. Тотчасъ же наступившій параличъ стопы, съ послѣдующей контрактурой ахиллова сухожилія. Анэстезія на стопѣ въ области *n. suralis* (ср. набл. 5 и 20). Случай можно разсматривать, какъ комбинацію контузии *nn. tibialis* и *peronei*, раненія *n. suralis* и прямой травмы мышцъ голени.

Наблюденіе 38. Ш—нѣ. Раненъ шрапнелью въ средину лѣваго предплечья. Пальцы руки сведены, неподвижны. Анэстезія на кисти по ходу *n. ulnaris*. Это комбинація пораженія *n. ulnaris* и прямой травмы длинныхъ сгибателей на предплечьи.

Наблюденіе 39. Ф—зѣ. Шрапнельное раненіе на срединѣ лѣваго предплечья. Кисть отнялась сразу. Движеній въ ней почти нѣтъ. Сохранено лишь приведеніе большого пальца и намекъ на растопыриваніе пальцевъ. На тылѣ кисти пониженіе чувствительности, сильнѣе на ульнарной половинѣ, на ладони анэстезія захватываетъ  $3\frac{1}{2}$  послѣднихъ пальца и соотвѣтствующую ульнарную проекцію ладони. Въ этомъ случаѣ—комбинація прямого пораженія длинныхъ мышцъ для кисти, съ пораженіемъ нервныхъ вѣточекъ для ея короткихъ мышцъ и кожныхъ вѣточекъ *nn. radialis* и *ulnaris* для кисти. Особенность случая—атипическая кожная иннервація *n. ulnaris* ладони ( $3\frac{1}{2}$  пальца вмѣсто  $1\frac{1}{2}$ ).

Тройныя комбинаціи периферическихъ параличей, въ которыхъ заинтересованы и кости, и мышцы, и нервы, таковы.

Наблюденіе 40. Га—ій. Пулевая рана на ульнарной сторонѣ средней трети праваго предплечья и переломъ выше лучезапястного сустава въ *ulna* и *radius*. Кисть отнялась сразу легкой *main*

en griffe. Анэстезія срединной половины тыла кисти и ладони безъ участія пальцевъ, т. е. частичное выпаденіе кожныхъ вѣточекъ пп. *radialis* и *mediani*. Движенія въ кисти ничтожно затруднены. Здѣсь, повидимому, дѣло идетъ о комбинаціи травмы длинныхъ мышцъ для кисти съ поражениемъ (не полнымъ) нервныхъ вѣточекъ для мелкихъ мышцъ и кожи кисти, вслѣдствіе перелома.

Наблюденіе 41. М—зе. Пулевое раненіе средней части предплечья съ секвестромъ въ *ulna*. Кисть парализовалась сразу. Сгибательная контрактура пальцевъ, особенно сильная въ 5 и 4 съ послѣдовательнымъ ослабленіемъ въ 3 и 2 и отсутствіемъ сведенія въ I-омъ. Въ большомъ пальцѣ удаются всѣ движенія, кромѣ приведенія. Растропыриваніе пальцевъ невозможно. Ульнарная анэстезія въ кисти. Въ этомъ случаѣ очевидная комбинація пораженія длинныхъ мышцъ для кисти, локтевой кости и въ зависимости отъ послѣдняго, выпаденія функцій короткихъ мышечныхъ и кожныхъ вѣтвей п. *ulnaris*.

Очень разнообразны случаи, составляющіе группу пораженій спинного мозга.

Наблюденіе 42. Х—въ. Поперечное раненіе спины на уровнѣ 4 грудного позвонка. Съ 5 грудного сегмента начинается дистально нарастающее пониженіе чувствительности. Начальная вялая параплегія постепенно уступаетъ мѣсто гиперрефлекторному парезу безъ пирамидныхъ феноменовъ *Vabinsk'ago*, *Жуковскаго*, *Mendel-Bechterew'a*, *Oppenheim'a*. Запоръ. Задержки мочи не было ни разу. Въ особенности послѣднее обстоятельство говоритъ за легкость спинальной компрессіи или коммоціи въ этомъ случаѣ. Черезъ 2 мѣсяца больной уже порядочно ходилъ.

Наблюденіе 42. Кар—въ. Вхожденіе пули влѣво отъ 6 грудного позвонка, выходъ на два пальца ниже правой лопатки по аксиллярной линіи. Начальная вялая параплегія переходитъ въ гиперрефлекторный парезъ, безъ патологическихъ рефлексовъ стопы. Двигательная слабость преобладаетъ немного слѣва. Съ 7 грудного сегмента начинается дистально усиливающееся пониженіе чувствительности. При этомъ, однако, достойно удивленія, какъ не гармонирующее съ нашими представленіями о проводниковой анэстезіи, сохраненіе болевой чувствительности на правой стопѣ. Соответствующее уровню травмы болевое раздраженіе заднихъ корешковъ. Запоры. Разстройство мочеиспусканія не было. Несмотря на небольшое преобладаніе двигательной слабости слѣва разница въ пораженіи обѣихъ половинъ спинного мозга не столь велика, чтобы вызвать *Brown-Sequard'овскій* синдромъ. Случай съ благоприятнымъ теченіемъ.

Наблюденіе 43. Каз—въ. Входъ пули въ правую сторону груди, выходъ у 9 позвонка справа. Вялая параплегія, переходящая въ паразезъ. Пониженіе чувствительности начинается съ 11 грудного сегмента. Боли въ области 10, 11, 12 корешковъ, съ обѣихъ сторонъ, сфинктеры въ порядкѣ. Предсказаніе, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, благоприятно.

Наблюденіе 44. Мо—къ. Высокое поперечное поражение позвоночника на границѣ шейной и грудной части.

Параплегія, съ очень рѣзкими болями, болѣзненными контрактурами, феноменами Жуковского и Оррenheim'a (при отсутствіи Babinsk'аго), съ рѣзкимъ напряженіемъ брюшныхъ стѣнокъ (напоминающимъ по силѣ таковое же при оболочечныхъ кистахъ грудной части спинного мозга). Дистально нарастающее пониженіе чувствительности въ правой ногѣ, но нѣсколько лучшія движенія въ лѣвой: нечистый Brown-Sequard. Разстройство сфинктеровъ нѣтъ. Атрофіи, пролежни. Въ этомъ случаѣ рѣчь идетъ о тяжелой костной компрессіи спинного мозга.

Наблюденіе 45. Раненіе въ шейной части позвоночника. Полная параплегія. Кома. Exitus.

Наблюденіе 46, какъ и слѣдующее за нимъ, касается пораженія caudae equinae.

Р—ко. Пулевая рана на уровнѣ 3 поясничнаго позвонка, т. е. у верхней части конскаго хвоста. Парезъ ногъ, особенно правой. Боли въ ногахъ. Гипэстезія въ зонѣ 11 грудного сегмента, повидимому, вслѣдствіе легкаго кровоизліянія выше мѣста раненія. По зонамъ  $L_5$   $S_1$   $S_2$   $S_3$   $S_4$   $S_5$  справа ан—, слѣва гипэстезія. Запоры, иногда задержка мочи. Колѣнные рефлексы живые,  $d > s$ , ахилловы отсутствуютъ. Патологическихъ рефлексовъ стопы нѣтъ. Имѣется пораженіе caudae equinae, начиная отъ  $L_5$  внизу.

Наблюденіе 47. Бу—въ. Пуля прошла поверхъ 4—5 правыхъ поясничныхъ позвонковъ. Правая нога парализована. Стопа бездѣйствуетъ, колѣно сгибается порядочно, разгибается плохо, въ бедрѣ движенія очень слабы. Въ правой ногѣ умѣренная гипэстезія по зонамъ  $L_1$   $L_2$   $L_3$ , болѣе интенсивная  $L_4$  и еще сильнѣе анестезія  $L_5$   $S_1$   $S_2$   $S_3$   $S_4$   $S_5$ .

Такая односторонняя элективность говорила за прямое раненіе праваго пучка caudae. Операция, съ извлеченіемъ пули. Улучшеніе.

Заклучимъ нашъ обзоръ группой раненій головного мозга и мозжечка. Они также были чрезвычайно разнообразны.

Наблюденіе 48. С—о. Открытое пулевое раненіе на черепной крышкѣ въ области правой темянной кости, съ отдѣляемымъ. Лѣвосторонній параличъ, вялый въ рукѣ, спастически-ригидный въ ногѣ, феноменъ Жуковского (безъ Babinsk'аго), парезъ лѣваго нижняго *facialis* и лѣвосторонняя геміанэстезія всей половины тѣла, включая лицо. Помимо этого, имѣется крайне рѣдкій при церебральныхъ очагахъ и очень интересный феноменъ: легкій парезъ верхняго лѣваго *facialis*.

Наблюденіе 49. Шк—а. Раненіе въ нижней части правой темянной области, по сагиттальной линіи, съ разстояніемъ входа отъ выхода въ три пальца. Вялая лѣвосторонняя гемиплегія и геміанэстезія съ Babinsk'имъ, но безъ прочихъ патологическихъ рефлексовъ стопы, съ участіемъ *facialis* и *hypoglossi*. По своему короткому ходу, самая пуля не могла пронизать центровъ для всего этого района,—и поэтому приходилось допустить распространенное давленіями смѣстившейся черепной крышкой. Косвеннымъ аргументомъ въ пользу такого распространеннаго давленія было совершенно парадоксальное при правостороннемъ очагѣ первоначальное существованіе у больного афазіи, перешедшей въ форму затрудненія рѣчи, извѣстную подъ именемъ „аграмматизма“ (*contre-sour?*).

Наблюденіе 50. Б—о. Пулевая рана въ лѣвой темянной области, почти у средней линіи, т. е. по проекціи центра ноги. Однако, у больного имѣется моноплегія не ноги, а руки (правой), съ анестезіей. Это говоритъ о возможности гематомы, спустившейся книзу, къ центру руки. Другая особенность случая—это начинающееся возстановленіе движеній и чувствительности только въ большомъ и указательномъ пальцахъ. Извѣстно, что и тотъ, и другой имѣютъ въ корѣ мозга изолированные центры. Но избирательное возстановленіе ихъ функціи при пораженіи коры *en masse* говоритъ и за возможность наличности у нихъ своей собственной васкуляризаціи.

Наблюденіе 51. Е—ъ. Пулевая поверхностная рана на границѣ темянной и затылочной доли. Нетипичное для тангенціальныхъ раненій черепа, которыя обычно производятъ разлитую компрессию, изолированное поражение небольшого участка коры центровъ *facialis* и *hypoglossi*. (Первоначальная афазія скоро смѣнилась легкой дизартріей).

Наблюденіе 52. П—й. Контужень токомъ воздуха при полетѣ снаряда по лѣвую сторону. Лѣвосторонній гемипарезъ (слѣдовательно, пораженіе правой психомоторной сферы *par contre-sour*),

съ геміанэстезіей, безъ участія въ послѣдней надплечья и лица. Гемипарезъ появился не сразу, что говоритъ за позднюю геморагію.

Этотъ случай вноситъ новое въ область нервной патологии.

Какъ и въ другомъ нашемъ случаѣ, контузія вызвала въ немъ начальныя явленія (въ теченіи нѣсколькихъ дней) непрерывной эпилепсіи Кожевниковскаго типа, безъ потери сознанія.

Такая травматическая этиологія кортикальной непрерывной эпилепсіи выдвинута впервые теперешней войной.

Наблюденіе 53. О—й. Пулевая рана. Входное отверстіе на protuber. occip. ext. dextra, выходное въ fossa canina той же стороны. Симптомы пораженія мозжечка: разстройство статики, атаксія, адіадокинезія, асинергія Babinski'аго, адинамія, астенія, горизонтальный нистагмъ вправо, скандированная рѣчь, безъ выраженной мышечной атоніи. Послѣднее обстоятельство въ особенности гармонируетъ съ топографически очевиднымъ пораженіемъ vermis cerebelli, справа (по направленію нистагма). Кромѣ того—периферическій параличъ n. facialis съ разстройствомъ вкуса—вызванный выходнымъ раненіемъ въ костномъ руслѣ n. VII.

---

Какъ видно изъ нашего обзора, большой интересъ представляли раненія и периферической нервной системы, и спинного, и головного мозга.

Но, какъ сказано выше, нашимъ главнымъ матеріаломъ были раненія периферическихъ нервовъ.

Настоящій моментъ, съ одной стороны, требуетъ тщательнаго, аналитическаго изученія вопроса, которое только и можетъ обусловить и теперь, и въ будущемъ правильное курированіе этихъ, мало изученныхъ, пораженій. Съ другой стороны, по количеству матеріала настоящій моментъ представляетъ всѣ данныя для такого изученія.

Насколько разнообразны особенности интересующихъ насъ раненій, это явствуетъ изъ анализа, которымъ сопровождаются наши исторіи болѣзни.

Но нѣкоторые, болѣе важные факты требуютъ особаго выдѣленія.

Первичной причиной периферическаго паралича, если самый нервъ не прострѣленъ, (что бываетъ далеко не всегда), является повидимому, ушибъ нерва. Мы не будемъ здѣсь касаться анатомогистологической стороны дѣла. Во всякомъ случаѣ, она открывается все шире и шире, по мѣрѣ того какъ учащается наше знакомство съ операционнымъ полемъ. Не рубецъ является при-

чиной паралича. Но рубецъ обычный спутникъ паралича, поддерживающій путемъ компрессіи status для послѣдняго. Поэтому то столь часто необходимъ невролизъ.

Гипотеза о необходимомъ ушибѣ нерва подтверждается мгновеннымъ наступленіемъ почти каждаго огнестрѣльнаго периферического паралича, даже при сохраненіи цѣлости нервнаго ствола.

Въ діагностическомъ отношеніи—для быстрой и вѣрной ориентировки въ опредѣленіи настоящаго периферического паралича помогаетъ внѣшній видъ дистальныхъ отдѣловъ конечностей—кисти и стопы. Здѣсь характерно состояніе вазомоторовъ и кожной трофики. Наряду съ характерной позой и измѣненіями электровозбудимости, измѣняется окраска кожи, становящейся красновато-синюшной, дистальный отдѣлъ конечности отекаетъ настолько, что сглаживаются нормальныя детали рельефа. Этихъ измѣненій мы не замѣчаемъ при бездѣйствіи кисти или стопы, вызываемомъ болью или грубымъ травматическимъ нарушеніемъ мышечной статики.

Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи важно обращать вниманіе на то, имѣются ли въ данномъ случаѣ прямыя раненія мышцъ.

Клиническія наблюденія надъ огнестрѣльными раненіями периферическихъ нервовъ вносятъ много новаго въ вопросы анатоміи нервныхъ стволовъ, подтверждая и расширяя данныя о высокой изоляціи въ нихъ отдѣльныхъ системъ для различныхъ мышцъ.

Въ хирургическомъ отношеніи—операциі на нервныхъ стволахъ, особенно невролизъ, должны находить себѣ постоянное примѣненіе. Въ частности, при леченіи переломовъ съ параличами, невролизъ явится третьимъ этапомъ, послѣ первичнаго леченія раны и вторичнаго долечиванія перелома медико-механическими методами.

---

## О Б З О Р Ъ

### клиническаго матеріала.

Со дня открытія Лазарета (13-го Сентября) по Новый годъ было принято на излѣченіе всего 522 раненыхъ. Изъ нихъ:  
офицеровъ. . . . . 8 чел.  
нижнихъ чиновъ. . . . . 514 „

Выше было упомянуто, что дѣятельность лазарета, начавшаяся черезъ 8 недѣль послѣ начала войны, въ первыя недѣли охарактеризовалась массовымъ поступленіемъ контрактуръ при залѣченныхъ уже поврежденіяхъ. Затѣмъ картина постепенно мѣняется, и по мѣрѣ сформированія спеціальныхъ транзитныхъ санитарныхъ поѣздовъ въ Харьковъ уже стали привозиться раненые непосредственно съ театра военныхъ дѣйствій,—раненые, успѣвшіе побывать лишь въ передовыхъ передаточныхъ лазаретахъ. Это и есть та группа, которая по численности своей занимаетъ первое мѣсто среди контингента раненыхъ, доставленныхъ въ нашъ лазаретъ за промежутокъ времени между 13-мъ Сентября и 1-мъ Января; это тѣ случаи, которые составляютъ въ нашемъ клиническомъ матеріалѣ рубрику „простыхъ гнойныхъ ранъ и флегмонъ“ и рубрику „гнойныхъ ранъ и флегмонъ съ переломомъ костей“.

Изъ всѣхъ, доставленныхъ въ лазаретъ за 3½ мѣсяца его дѣятельности 522 раненыхъ было гнойно-инфицированныхъ 387 человекъ (74,2%).

Составляющіе эту рубрику раненые были доставляемы къ намъ обыкновенно въ среднемъ на 12-ый—16-ый день. Ниже приведены наиболѣе характерныя выдержки изъ исторій болѣзни всѣхъ, относящихся сюда, 387 случаевъ.

Случаевъ, протекавшихъ вовсе безъ нагноенія, было доставлено всего 135 (25,8%).

Среди всѣхъ 522 раненыхъ отмѣчены поврежденія:

- 1) конечностей у . . . . . 471 чел.
  - 2) туловища у . . . . . 33 „
  - 3) головы у . . . . . 4 „
  - 4) смѣшанныхъ (въ отнош. частей тѣла) у . 11 „
- Кромѣ того было 2 тяжелыхъ нейрастеника и 1 ревматикъ.

Поврежденій костей зарегистрировано всего 396 случаевъ. Изъ нихъ:

1. Открыхъ гнойныхъ переломовъ. . . . . 289
2. Закрытыхъ <sup>1)</sup> переломовъ и раздробленій діафизовъ безъ нагноенія . . . . . 53
3. Загноившихся раздробленій суставовъ. . . . . 46
4. Раздробленій суставовъ безъ инфекціи . . . . . 3
5. Раздробленій позвонковъ . . . . . 3
6. Поврежденій черепа . . . . . 2

Органическихъ пораженій периферическихъ нервныхъ стволовъ отмѣчено было 40 случаевъ.

Столбняка зарегистрировано 5 случаевъ. Изъ нихъ 3 случая окончились смертельно. У всѣхъ 5 больныхъ систематически примѣняемы были впрыскиванія 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-раствора карболовой кислоты, внутривенныя вливанія 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-раствора хлораль-гидрата и впрыскиванія въ спинно-мозговой каналъ 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-раствора сѣрнокислой магнезійи. Два раза примѣнена была (въ случаяхъ, окончившихся смертельно) противостолбнячная сыворотка.

Случаевъ рожистаго воспаленія было 4.

Смертныхъ случаевъ зарегистрировано 10, изъ нихъ: офицеровъ: 1 (раздробленіе шейныхъ позвонковъ), нижнихъ чиновъ: 9, изъ коихъ 3 умерло отъ столбняка, а 6 отъ общей септикеміи.

За отчетный періодъ въ лазаретѣ произведены были слѣдующія хирургическія операціи:

1. Вытяженія съ гвоздемъ Steinmann'a при загноившихся переломахъ бедра. . . . . 3 раза

<sup>1)</sup> Т. е. такихъ переломовъ, у которыхъ имѣлись чисто, безъ реакціи, зарубцевавшіяся входныя и выходныя пулевыя раны.

2. Искусственные повторные переломы бедра при неправильно сложенных отломкахъ, и послѣдующія вытяженія съ гвоздемъ Steinmann'a . . . . .	15 разъ
3. Ампутаціи бедра . . . . .	4 "
4. Операціи аневризмы (на конечностяхъ) . . . . .	4 "
5. Перевязки артер. сосудовъ . . . . .	2 "
6. Операціи нейролиза (2 раза лучевого и 1 разъ локтевого нервовъ) . . . . .	3 "
7. Артротоміи (на большихъ суставахъ) . . . . .	11 "
8. Трепанации черепа . . . . .	1 "
9. Операціи аппендицита . . . . .	1 "
10. Секвестротоміи . . . . .	6 "
11. Мелкія ампутаціи . . . . .	4 "
12. Разрѣзы и вскрытія флегмонъ, гнойниковъ и гнойныхъ затековъ . . . . .	79 "
13. Извлеченіе пули пришлось произвести . . . . .	5 "

---

Всего вмѣшательствъ: 138 разъ

## КРАТКІЯ ВИДЕРЖКИ изъ исторій болѣзни.

Для болѣе удобнаго обзора весь клинической матеріалъ раздѣленъ на три однородныя группы <sup>1)</sup>:

Въ **группу I** вошли контрактуры,—и при томъ исключительно миогенныя контрактуры. Такъ какъ однако нельзя было выдѣлить въ отдѣльную группу всѣхъ, зарегистрированныхъ за отчетный періодъ, контрактуры (потому что въ цѣломъ рядѣ случаевъ контрактура, какъ таковая, стояла на второмъ планѣ, а главнымъ объектомъ лѣченія являлось не залѣченное еще поврежденіе), то здѣсь перечислены лишь тѣ 72 случая, въ которыхъ лѣченіе сводилось исключительно къ устраненію миогенной контрактуры конечности, самое-же поврежденіе ея уже было залѣчено, или почти залѣчено, въ періодъ постепенныхъ эвакуацій раненаго отъ передовыхъ позицій до Харькова.

Такимъ образомъ въ отношеніи этихъ, зарегистрированныхъ за 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-мѣсячную дѣятельность, 72 случаевъ Лазаретъ взялъ на себя по отношенію къ раненымъ солдатамъ ту-же функцію „спеціального долѣчиванія“, которая лежитъ на Харьковскомъ Медико-механическомъ Институтѣ по отношенію къ горнорабочимъ Донецкаго каменноугольнаго бассейна. То обстоятельство, что явилась необходимость принять на долѣчиваніе 72 случая (что составляетъ 13,8% изъ общаго числа 522 раненыхъ), указываетъ на то, что въ военное время въ такихъ лѣчебныхъ заведеніяхъ, которыя въ состояніи взять на себя упомянутую спеціальную функцію „долѣчиванія“ раненыхъ, имѣется насущная потребность, и что въ военное время эта функція пріобрѣтаетъ широкое государственное значеніе.

<sup>1)</sup> Сюда вошли также 73 раненыхъ, находившихся на излѣченіи во временномъ отдѣленіи Лазарета при Мед.-мех. Институтѣ.

**Группу II** составляютъ 387 случаевъ гнойно-инфицированныхъ. Сюда вошли какъ гнойныя раны мягкихъ частей, такъ и открытые загноившіеся переломы.

Изъ этой группы должны быть изъяты тѣ 83 случая, которые черезъ двое сутокъ послѣ прибытія въ лазаретъ, были эвакуированы въ Ростовъ, въ виду чего исторіи болѣзней о нихъ не составлялись.

**Группа III** заключаетъ въ себѣ выдержки изъ наиболѣе характерныхъ исторій болѣзни, относящихся къ чистымъ ранамъ и переломамъ, т. е. случаямъ, прошедшимъ безъ нагноенія.

Сюда вошли какъ чистыя, не инфицированныя, раны мягкихъ частей, такъ и тѣ переломы діафизовъ и раздробленія суставовъ, у которыхъ входныя и выходныя отверстія въ наружныхъ покровахъ успѣли чисто зарубцеваться, такъ что самые переломы носили характеръ „закрытыхъ“.

---

### Группа I: контрактуры:

1. Ги — икъ. Раненъ 17-го Авг.

Пост. 19-го Сент. Зажившая сквозная рана мягкихъ частей лѣваго плеча. Рука въ шинѣ; согнута подъ прямымъ угломъ. Сгибательная контрактура предплечія подъ прямымъ угломъ: сгибаніе въ локтѣ возможно до угла въ 65—70 град., разгибаніе вовсе невозможно.

Вытяженіе плеча и предплечія отдѣльными полосами липкаго пластыря. Подвѣшены грузы въ 6 и 5 ф. Активныя движенія.

Выб. 28-го Окт. Рука въ локтѣ разгибается до нормы. Сгибаніе слегка ограничено.

2. Ер — ковъ. Раненъ 26-го Авг.

Пост. 26-го Сент. Заживающая сквозная рана лѣваго плеча. Рука весь мѣсяцъ въ лубкахъ подъ прямымъ угломъ въ локтѣ. Сгибательная контрактура предплечія.

Вытяженіе лилкимъ пластыремъ плеча (6 ф.) и предплечія (5 ф.). Асептичныя перевязки раны. Активныя движенія.

Выб. 28-го Окт. Разгибаніе въ локтѣ полное; сгибаніе почти до нормы.

3. Е — ець. Ранень 12-го Авг.

Пост. 30-го Сент. Чистая сквозная рана праваго плеча. Рука 2 недѣли въ проволочной шинѣ подь прямымъ угломъ въ локтѣ. Сгибательная контрактура предплечія, движенія котораго возможны съ трудомъ въ предѣлахъ 15 — 20 град.

Вытяженіе липкимъ пластыремъ съ грузомъ 5 ф. на плечѣ и 4 ф. на предплечіи. Сухія перевязки выходной раны (входная закрылась). Активныя движенія. Постепенное увеличеніе угла въ локтѣ.

Выб. 30-го Окт. Движенія руки возстановились до нормы. Рана зажила.

4. Г — ка. Ранень 26-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Раненіе мягкихъ частей лѣвой голени. Сгибательная контрактура голени подь угломъ въ 130 град.

Вытяженіе пластыремъ (бедро 10 ф., голень 10 ф.) и подвѣшивание голени (10 ф.). Активныя движенія.

Выб. 28-го Окт. Полное выпрямленіе ноги; сгибаніе въ колѣнѣ до нормы.

5. Ма — дзе. Ранень 26-го Авг.

Пост. 19-го Сент. Заживающая сквозная рана выше праваго локтя. Рука въ лубкахъ подь прямымъ угломъ въ локтѣ. Сгибательная контрактура предплечія, которое почти неподвижно. Пассивныя движенія крайне болѣзненны.

Вытяженіе двумя полосами пластыря: плечо 6 ф., предплечіе 5 ф. Систематическія упражненія активными движеніями. Постепенное увеличеніе угла между направлениемъ обѣихъ полосъ пластыря.

Выб. 4-го Ноября. Подвижность руки въ локтѣ возстановлена до нормы.

6. Гри — ко. Ранень 4-го Авг.

Пост. 20-го Сент. Правая рука подь прямымъ угломъ въ локтѣ загипсована отъ надплечія до пальцевъ. Гипсъ наложенъ 7-го Августа и съ тѣхъ поръ не снимался.

Неправильно сросшійся довольно прочною и объемистою мозолью переломъ плечевой кости. Входное и выходное отверстія чисто зарубцевались.

Миогенная сгибательная контрактура предплечія подь пря-

мымъ угломъ. Подвижность въ локтѣ не болѣе 30 град. Парезъ лучевого нерва (на кисти и пальцахъ).

Вытяженіе двумя полосами пластыря. Постепенное разгибаніе въ локтѣ. Съ перваго дня активныя движенія.

Выб. 18-го Ноября. Разгибаніе въ локтѣ до 160 град., сгибаніе до 70. Парезъ кисти и пальцевъ. Отъ операціи (нейролиза) отказался.

7. Кле — евъ. Раненъ 2-го Сент.

Пост. 1-го Окт. Сквозная рана лѣвой голени; переломъ малоберцовой кости (рис. 26). Сгибательная контрактура голени подъ прямымъ угломъ. Входное отверстіе закрылось безъ реакціи; изъ выходного незначительное выдѣленіе.

Вытяженіе двумя полосами пластыря и подвѣшиваніе голени. Активныя движенія. Сухія перевязки.

Выб. 7-го Дек. Нога выпрямляется въ колѣнѣ до нормы.

8. Ра — кинъ. Раненъ 25-го Авг.

Пост. 1-го Окт. 2 сквозныя шрапнельныя раны праваго бедра съ незначительнымъ доброкачественнымъ выдѣленіемъ. Нога въ проволочной шинѣ со дня раненія. Абсолютная міогенная разгибательная контрактура голени. Пассивныя движенія въ колѣнѣ вовсе невозможны, и попытка произвести таковыя вызы-ваетъ сильную боль.

Вытяженіе двумя полосами пластыря (по 10 ф. на бедро и голень). Бедро подвѣшено въ полотенцѣ (15 ф.). Асептичная перевязка ранъ. Съ перваго дня активныя движенія.

Выб. 29-го Декабря. Раны зарубцевались. Нога въ колѣнѣ свободно сгибается до 60 гр., выпрямленіе до нормы.

9. Ду — къ. Раненъ 10-го Авг.

Пост. 1-го Окт. Правая нога загипсована отъ таза до пальцевъ. Оскольчатый переломъ бедра въ нижней трети. Отломки срослись еще слабо. Раненіе сквозное (рис. 27). Обѣ раны закрылись. Міогенная разгибательная контрактура голени: ногу пассивно можно согнуть въ колѣнѣ не болѣе какъ до угла въ 160 градусовъ.

Вытяженіе съ подвѣшиваніемъ: на бедро грузъ 15 ф., на голень 10 ф., тяжесть бедра уравновѣшена 15 ф. Ежедневно измѣненіе направленія тяги голени въ смыслѣ уменьшенія угла въ колѣнѣ.

Выб. 30-го Ноября. Нога въ колѣнѣ свободно сгибается до угла въ 80 град. Выпрямленіе нормально. Получилась нѣкоторая коррекція деформации бедра.

10. По — енко. Ранень 25-го Авг.

Пост. 1-го Окт. Сквозная рана мягкихъ частей лѣвой голени: входная закрылась безъ реакціи, выходная очевидно долго гноилась. Сгибательная контрактура голени почти подъ прямымъ угломъ.

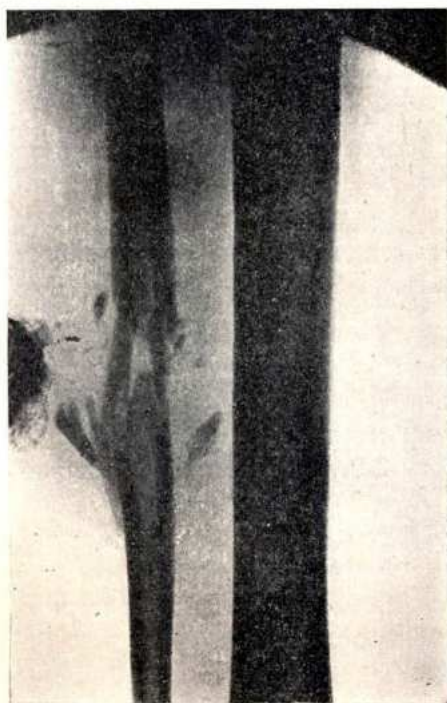


Рис. 26.  
Переломъ малоберцовой кости.



Рис. 27.  
Оскольчатый переломъ бедра.

Вытяженіе съ подвѣшиваніемъ голени (последняя уравнивана 10 ф.). Активныя движенія.

Выб. 26-го Ноября. Подвижность голени возстановлена до нормы.

11. Ку — ко. Ранень 25-го Авг.

Пост. 20-го Сент. Раненіе двумя шрапнельными пулями мягкихъ частей бедра. Обѣ раны закрылись. Выпрямленная въ ко-

лѣнѣ нога въ крахмальной повязкѣ. Разгибательная контрактура голени.

Вытяженіе (15 и 10 ф.) съ подвѣшиваніемъ бедра (15 ф.). Постепенное сгибаніе въ колѣнѣ. Активныя движенія.

Выб. 1-го Ноября. Свободная подвижность голени возстановилась.

12. Ты — кій. Ранень 26-го Авг.

Пост. 20-го Сент. Зажившая сквозная рана мягкихъ частей въ нижней трети праваго плеча. Рука въ косынкѣ со дня раненія. Сгибательная контрактура предплечія подъ прямымъ угломъ. Локоть сильно отечный; движенія въ немъ вовсе отсутствуютъ.

Вытяженіе двумя полосами пластыря (по 5 ф.). Постепенное измѣненіе направленія тяги предплечія. Систематическія упражненія активными движеніями.

Выб. 10-го Ноября. Свободная подвижность предплечія возстановилась до нормы. Отекъ исчезъ.

13. Си — въ. Ранень 1-го Сент.

Пост. 1-го Окт. Зажившая рана мягкихъ частей правой голени. Пуля засѣла въ мышцахъ (рис. 28). Сгибательная контрактура голени.

Вытяженіе съ подвѣшиваніемъ. Упражненія активными движеніями.

Выб. 10-го Ноября. Движенія голени возстановились до нормы и совершаются болѣзненно. Пуля не прощупывается.

14. Гри — ко. Ранень 10-го Авг.

Пост. 29-го Сент. Неправильно сросщенный довольно крѣпкою мозолью оскольчатый переломъ лѣвой голени. Конечность 5-ую недѣлю лежитъ въ циркулярной гипсовой повязкѣ. Обѣ раны зажили. На икрѣ поверхностный доброкачественный нарывъ. Колѣно отечно. Міогенная разгибательная контрактура голени.

Вытяженіе (по 10 ф.) съ подвѣшиваніемъ бедра (15 фун.). Активныя движенія. Сухія перевязки.

Выб. 25-го Ноября. Сгибаніе въ колѣнѣ свободно совершается до угла въ 80 град. Отекъ колѣна исчезъ.

15. Ра — ись. Ранень 27-го Авг.

Пост. 26-го Сент. Двѣ заживающія шрапнельныя раны выше колѣна. Сгибательная контрактура голени.

Подвѣшиваніе голени (15 ф.). Черезъ недѣлю вытяженіе голени 10 ф. Упражненія активными движеніями.

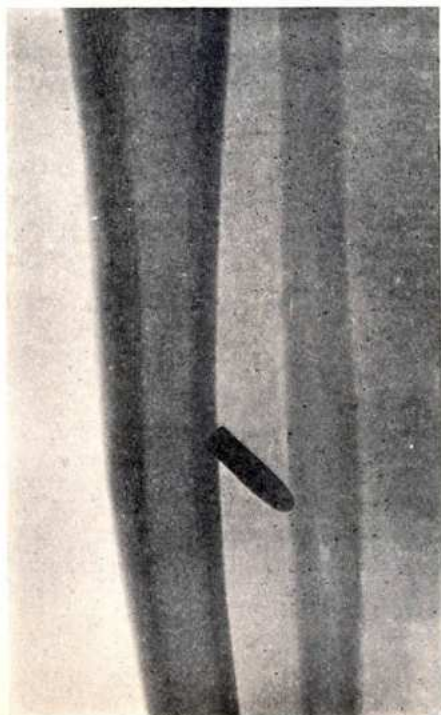


Рис. 28.  
Случай 13-ый.

Выб. 25-го Окт. Сгибаніе и разгибаніе голени до нормальныхъ предѣловъ.

16. Ке — ерь. Ранень 18-го Авг.

Пост. 26-го Сент. Удовлетворительно сроссанный переломъ праваго плеча. Обѣ раны закрылись. Рука 4 недѣли въ крахмальной повязкѣ типа Desault. Миогенная контрактура плеча (приведеніе) и легкая миогенная контрактура предплечія.

Вытяженіе плеча и предплечія (6 и 5 ф.) при постепенномъ отведеніи плеча отъ туловища. Упражненія.

Выб. 1-го Декабря. Плечо поднимается до горизонтальной плоскости. Предплечіе нормально.

17. Кре — нь. Ранень 17-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Сквозное раненіе области лѣваго локтя. Раны почти зажили. Рука въ лубкахъ подъ прямымъ угломъ въ локтѣ.

Вытяженіе. Активныя движенія.

Выб. 28-го Ноября. Движенія въ локтѣ совершаются въ предѣлахъ угла въ 45 град. Супинація и пронація на половину ограничены.

18. Ма — ль. Ранень 20-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Сквозное раненіе мягкихъ частей лѣваго бедра. Легкая сгибательная контрактура голени.

Вытяженіе конечности одною тягою (10 ф.).

Выб. 5-го Окт. Подвижность голени восстановлена.

19. Бо — ревъ. Раненъ 26-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Сквозное раненіе голени въ верхней четверти. Обѣ раны слегка гноятся. Температура нормальна. Рѣзко выраженная міогенная контрактура голени подъ угломъ въ 120 град. Никакія движенія вслѣдствіе сильныхъ болей невозможны.

Подвѣшиваніе голени (10 ф.) и вытяженіе бедра (15 фунт.) и голени (10 фунт.) съ постепеннымъ расширеніемъ угла. Съ перваго дня систематическія упражненія активными движеніями. Асептическія перевязки.

Выб. 17-го Ноября. Подвижность голени восстановлена почти до нормы.

20. Ко — ръ. Раненъ 27-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Разорванная рана икроножныхъ мышцъ лѣвой голени. Сгибательная контрактура лѣвой голени.

Вытяженіе (на бедро и на голень по 12 фун.). Активныя движенія.

20-го Сент. эвакуированъ въ другой городъ.

21. Бр — леръ. Раненъ 13-го Авг.

Пост. 26-го Сент. Сквозное раненіе мягкихъ частей праваго плеча въ косомъ направленіи сверху внизъ: выходное отверстіе надъ локтевымъ сгибомъ; оба отверстія закрылись. Рука 6 недѣль въ косынкѣ. Почти неподвижная міогенная сгибательная контрактура предплечія подъ прямымъ угломъ.

Вытяженіе двумя тягами (плечо 6 ф., предплечіе 5 ф.). Систематическія активныя движенія. Постепенное увеличеніе угла между обѣими тягами.

Выб. 13-го Ноября. Рука въ локтѣ свободно разгибается до угла 160 град., сгибаніе до нормы.

22. Ко — кій. Раненъ 14-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Поперечное сквозное раненіе на тыльной сторонѣ праваго бедра; оба отверстія отстоятъ другъ отъ друга на 6—8 сант. Сгибательная контрактура голени.

Вытяжение на бедръ въ 10 ф., на голени 8 фун. Активныя движенія.

5-го Окт. Эвакуированъ въ другой городъ.

23. Ма — овъ. Ранень 17-го Авг.

Пост. 1-го Окт. Шрапнельная рана ниже лѣваго пахового сгиба. Выходного отверстія нѣтъ (см. рис. 29); рана закрылась, но въ области раненія обширная инфильтрація. Сгибательная контрактура бедра и приведение его. Пассивныя движенія крайне болѣзненны. Подвижность голени нормальная.

Подвѣшиваніе за тазъ (въ полотенцѣ) съ грузомъ въ 20 ф. Вытяжение почти выпрямленной въ колѣнѣ и согнутой и приведенной въ тазобедренномъ суставѣ конечности грузомъ въ 15 ф. при постепенномъ отведеніи бедра и разгибаніи въ суставѣ. Систематическія упражненія активными движеніями съ подвѣшеннымъ грузомъ.

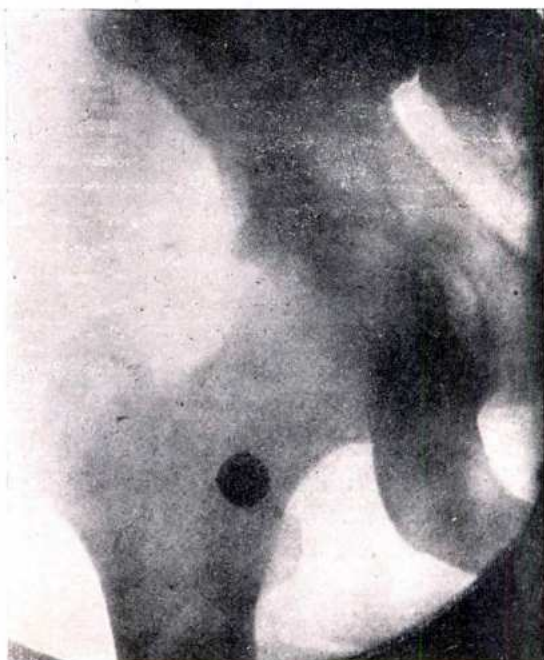


Рис. 29.

Выб. 7-го Дек. Ходить свободно. Подвижность бедра по всѣмъ направленіямъ восстановлена до нормы. Инфильтрація тканей ниже Пупартовой связки исчезла.

24. На — енко. Ранень 13-го Авг.

Пост. 28-го Сент. Сквозное раненіе въ области лѣваго тазобедреннаго сустава: входная рана ниже Пупартовой связки, выходная въ лѣвой ягодицѣ. Сгибательная контрактура бедра.

Подвѣшиваніе за тазъ въ полотенцѣ съ грузомъ въ 15 ф. и вытяженіе ноги одною тягою (15 ф.).

10-го Окт. эвакуированъ въ другой городъ. Нога почти расправилась въ тазобедренномъ суставѣ.

25. Ко — енко. Раненъ 27-го Авг.

Пост. 19-го Сент. Контузія лѣвой голени съ сильной инфильтраціей въ области икроножныхъ мышцъ. Сгибательная контрактура голени.

Вытяженіе двумя тягами съ постепеннымъ выпрямленіемъ.

22-го Октября эвакуированъ въ другой городъ. Нога еще не расправилась.

26. Ку — къ. Раненъ 18-го Авг.

Пост. 1-го Окт. Раненъ по серединѣ лѣваго плеча шрапнелью на вылетъ. Рука 5 недѣль въ шинѣ, согнутой подъ прямымъ угломъ. Раны запущены. Почти неподвижная миогенная контрактура предплечія подъ прямымъ угломъ. Локоть отечный, кисть тоже. Попытка пассивно согнуть или разогнуть руку въ локтѣ вызываетъ рѣзкую боль.

Вытяженіе плеча (8 ф.) и предплечія (6 ф.) двумя тягами подъ прямымъ угломъ. Ежедневно уменьшеніе угла между обѣими тягами. Упражненіе руки активными движеніями. Сухія перевязки.

Выб. 19-го Дек. Подвижность предплечія восстановлена до нормальныхъ предѣловъ. Раны зажили.

27. Ск — инъ. Раненъ 10-го Авг.

Пост. 6-го Окт. Лѣвая нога въ гипсовой повязкѣ. Оскольчатый переломъ бедра: входное и выходное отверстія закрылись безъ реакціи; крѣпкая мозоль; сращеніе при рѣзкомъ смѣщеніи отломковъ; укороченіе ноги до 5 сант. Абсолютная разгибательная контрактура голени: подвижность въ колѣнѣ сводится къ незначительному пошатыванію голени; колѣно отечно.

Подвѣшиваніе бедра (18 ф.), вытяженіе двумя отдѣльными полосами на бедро и на голень съ грузами по 10 ф. Постепенное отклоненіе тяги голени книзу. Отъ вмѣшательства по поводу неправильно сращеннаго перелома бедра отказался.

Выб. 21-го Дек. Нога въ колѣнѣ свободно сгибается до угла въ 120 град.

28. Ци — ть. Ранень 15-го Авг.

Пост. 1-го Окт. Сквозная рана лѣвой голени съ поврежденіемъ малоберцовой кости. Раны съ незначительнымъ выдѣленіемъ въ періодѣ заживленія. Сгибательная контрактура голени.

Подвѣшиваніе голени (10 ф.) и вытяженіе двумя полосами на бедрѣ и голени по 10 ф. Сухія повязки. Активныя движенія.

Выб. 16-го Ноября. Подвижность голени восстановлена до нормы. Раны зажили.

29. Жу — ль. Ранень 2-го Сент.

Пост. 1-го Окт. Сквозное раненіе предплечія ниже локтя съ переломомъ верхняго конца лучевой кости. Рука цѣлый мѣсяцъ въ проволочной шинѣ согнута въ локтѣ подъ прямымъ угломъ. Раны зажили. Между отломками слабая мозоль. Болѣзненная сгибательная контрактура предплечія.

Вытяженіе двумя тягами: плечо горизонтально въ отведенномъ положеніи (6 ф.), предплечіе вертикально (5 ф.). Постепенное разгибаніе въ локтѣ. Активныя движенія.

Выб. 8-го Декабря. Движенія предплечія въ нормальныхъ предѣлахъ за исключеніемъ пронаціи, которая ограничена.

30. Ка — енко. Ранень 12-го Авг.

Пост. 1-го Окт. Зарощенный съ деформацией переломъ праваго плеча. Оба отверстія закрылись. Рука все время въ лубкахъ согнута въ локтѣ подъ прямымъ угломъ. Кисть отечна. Сгибательная подъ прямымъ угломъ контрактура: предплечіе почти безъ движеній.

Вытяженіе двумя тягами: плечо горизонтально въ отведенномъ (подъ угломъ въ 60 град.) отъ туловища положеніи съ грузомъ въ 8 ф., предплечіе вертикально съ грузомъ въ 6 ф. Постепенное наклоненіе тяги предплечія почти до горизонтальной плоскости. Активныя движенія.

Выб. 22-го Ноября съ небольшимъ ограниченіемъ сгибательнаго и едва замѣтнымъ ограниченіемъ разгибательнаго движенія.

31. Ка — рикъ. Ранень 20-го Авг.

Пост. 9-го Окт. Переломъ большеберцовой кости въ верхней ея части съ закрывшимися входнымъ и выходнымъ пулевыми отверстіями. Выпрямленная въ колѣнѣ нога вмѣстѣ съ тазовымъ кольцомъ фиксирована въ крахмальной повязкѣ. Разгибательная контрактура голени.

Подвѣшиваніе голени (10 ф.). Вытяженіе двумя полосами пластыря: бедро съ грузомъ 15 ф., голень 10 ф. Упражнения активными движеніями.

Выб. 24-го Ноября. Подвижность голени возстановлена почти до нормального предѣла.



Рис. 30.

Сгибательная контрактура предплечія.

32. Ап — инъ. Раненъ 25-го Авг.

Поступилъ 10-го Окт. Шрапнельная рана лѣвато плеча; пуля застряла въ околоуставной клѣтчаткѣ локтя. Рука все время была въ косынкѣ.

Абсолютная сгибательная контрактура предплечія подъ прямымъ угломъ (см. рис. 30).

Вытяженіе двумя полосами пластыря: плечо горизонтально отведеннымъ до угла въ 60—70 град. отъ туловища (6 ф.), а предплечіе вертикально (5 ф.). Систематическія упражнения активными движеніями.

Выб. 10-го Ноября. Подвижность предплечія возстановилась до нормы.

33. Да — инъ. Раненъ 27-го Авг.

Пост. 10-го Окт. Сквозная рана предплечія непосредственно подъ локтемъ. Раны зажили. Рука въ косынкѣ. Болѣзненная сгибательная контрактура предплечія. Больной не хочетъ позволить удалить косынку.

Вытяженіе двумя тягами: плечо 6 ф., предплечіе 5 ф. Активные движенія.

Выб. 24-го Ноября. Легкое ограниченіе разгибанія; сгибаніе нормально.

34. Об — кь. Ранень 16-го Авг.

Пост. 10-го Окт. Сквозная рана мягких частей предплечья. Раны почти зарубцевались (былъ сдѣланъ разрѣзь мѣсяць тому назадъ въ Кіевѣ). Рука въ косынкѣ. Сгибательная контрактура: рука въ локтѣ можетъ быть разогнута только до угла въ 120—130 град.

Вытяженіе двумя тягами: плечо 6 ф., предплечіе 5 ф. Постепенное увеличеніе угла между направлѣніями обѣихъ тягъ. Активныя движенія.

Выб. 11-го Ноября. Подвижность предплечья возстановилась до нормы.

35. Гав — юкъ. Ранень 26-го Авг.

Пост. 5-го Окт. Сквозное раненіе мягких частей праваго бедра въ нижней трети. Оба отверстія закрылись. Почти неподвижная сгибательная миогенная контрактура голени.

Подвѣшиваніе голени (15 ф.). Вытяженіе двумя тягами: на бедро и голень по 10 ф. Активныя движенія.

Выб. 11-го Ноября. Подвижность голени возстановилась до нормы.

36. Ко — овъ. Ранень 27-го Авг.

Пост. 9-го Окт. Сквозная рана мягких частей лѣвой голени. Раны зажили. Сгибательная контрактура голени.

Вытяженіе двумя тягами и подвѣшиваніе. Активныя движенія.

Выб. 24-го Ноября. Полное возстановленіе свободной подвижности голени.

37. Кр — ко. Ранень 1-го Сент.

Пост. 8-го Окт. Шрапнельная рана въ косо-поперечномъ направлѣніи надъ лѣвой колѣнной чашкой. Чистая гранулирующая поверхность. Нога слегка согнута въ колѣнѣ и ни разгибаніе ея, ни сгибаніе не возможны.

Подвѣшиваніе бедра (20 ф.) и двойное вытяженіе: бедро 15 ф., голень 10 ф. Постепенное сгибаніе при помощи измѣненія направлѣнія тяги на голени. Активныя движенія. Сухія повязки.

Выб. 30-го Ноября. Сгибаніе въ колѣнѣ свободно совершается до угла въ 60 град., разгибаніе нормально.

38. Па — юкъ. Ранень 9-го Сент.

Поступилъ 22-го Окт. Сквозная рана мягкихъ частей въ нижней трети въ поперечно-косомъ направлѣніи съ небольшимъ выдѣленіемъ. Миогенная сгибательная контрактура.

Голень подвѣшена въ полотенцѣ (10 ф.); вытяженіе двумя полосами пластыря съ грузомъ на бедрѣ и голени по 10 ф. Активныя движенія. Сухія повязки.

Выб. 21-го Дек. Движенія голени совершаются въ нормальныхъ предѣлахъ.

39. Сем — ко. Ранень 6-го Окт.

Пост. 7-го Ноября. Шрапнельная рана въ лѣвую паховую область. Выходного отверстія нѣтъ; входное закрылось безъ реакціи. Сгибательная контрактура бедра и голени. Сильная болѣзненность при попыткѣ выпрямить ногу; становится на ноги никакъ не можетъ.

Вытяженіе двумя тягами и подвѣшивание въ полотенцѣ, обхватывающемъ тазовое кольцо (20 ф.).

Выб. 12-го Дек. Полное выпрямленіе конечности при восстановленіи нормальной подвижности бедра и голени. Пуля не извлекалась.

40. Та — дзе. Ранень 23-го Авг.

Пост. 4-го Окт. Срощенный переломъ лѣваго плеча. Оба отверстія чисто зарубцевались. Рука въ косынкѣ. Сгибательная контрактура предплечія (90 град.).

Вытяженіе двумя тягами (8 и 6 ф.) при постепенномъ увеличеніи угла между направлѣніями обѣихъ тягъ. Активныя движенія. Упорная контрактура.

Выб. 2-го Дек. Сгибаніе въ локтѣ до угла въ 40 град., разгибаніе до 150 град.

41. Бу — инъ. Ранень. 11-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Нога въ гипсовой повязкѣ. Слабо, съ искривленіемъ срощенный переломъ правой голени. Обѣ раны закрылись. Разгибательная контрактура голени.

Вытяженіе двумя тягами (бедро 12 ф., голень 10 ф.). Постепенное сгибаніе. Активныя движенія.

Выб. 8-го Дек. Сгибаніе въ колѣнѣ свободно совершается до прямого угла.

42. Вин — довъ. Ранень 29-го Сент.

Пост. 19-го Окт. Шрапнельная рана въ косомъ направленіи черезъ лѣвую лопатку; выходное отверстіе у верхняго угла правой лопатки. Входная рана выдѣляетъ небольшое количество доброкачественнаго гноя. Приведеніе плеча вплотную къ грудной клѣткѣ, отведеніе вовсе невозможно (рука 3 недѣли въ окончатой крахмальной повязкѣ, обхватывающей плечо вмѣстѣ съ грудной клѣткой).

Вытяженіе полусогнутой въ локтѣ руки при постепенномъ отведеніи ея отъ туловища. Активныя движенія съ перваго дня!

Выб. 10-го Дек. Рука самостоятельно въ плечевомъ суставѣ свободно поднимается до горизонтальной плоскости.

43. Ел — евъ. Ранень 18-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Не вполне сросщенный переломъ по срединѣ лѣваго плеча. Раны зажили. Рука 23 дня въ гипсовой повязкѣ подъ прямымъ угломъ въ локтѣ. Сгибательная контрактура предплечія.

Вытяженіе двумя тягами: на плечо, отведенное отъ туловища до 90 градусовъ, 8 ф., а на предплечіе 6 ф. Постепенное увеличеніе угла въ локтѣ. Активныя движенія.

Выб. 10-го Дек. Не вполне правильное сращеніе плеча. Движенія въ локтѣ слегка ограничены (предплечіе свободно движется въ предѣлахъ угла въ 90 — 100 градусовъ).

44. Шт — хъ. Ранень 26 Авг.

Пост. 18-го Окт. Шрапнельная сквозная рана правой голени съ вывороченными тканями у выходного отверстія. Рана гноится. Сгибательная контрактура голени.

Вытяженіе двумя тягами (на бедро и голень по 10 ф.), при чемъ полосы пластыря на голени расщеплены, чтобъ не препятствовать перевязкамъ ранъ. Голень подвѣшена (10 ф.). Съ перваго дня активныя движенія.

Выб. 10-го Дек. Раны зарубцевались. Движенія голени возстановились до нормальныхъ предѣловъ.

45. Б — ть. Ранень 27-го Авг.

Пост. 10-го Окт. Сквозное раненіе праваго предплечія съ раздробленіемъ верхняго конца локтевой кости. Рука больше мѣ-

сяца непрерывно въ косынкѣ. Болѣзненная сгибательная контрактура предплечія подѣ прямымъ угломъ. (Рис. 31).

Вытяженіе двумя тягами по 5 ф. Постепенное выпрямленіе въ локтѣ. Активныя движенія.

Выб. 18-го Дек. Почти полное возстановленіе подвижности предплечія. Пронація слегка ограничена.

46. Мо — евѣ. Ранень 17-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Сквозное раненіе въ области праваго колѣна. Рана зажила чисто. Небольшой отекъ колѣна. Сгибательная

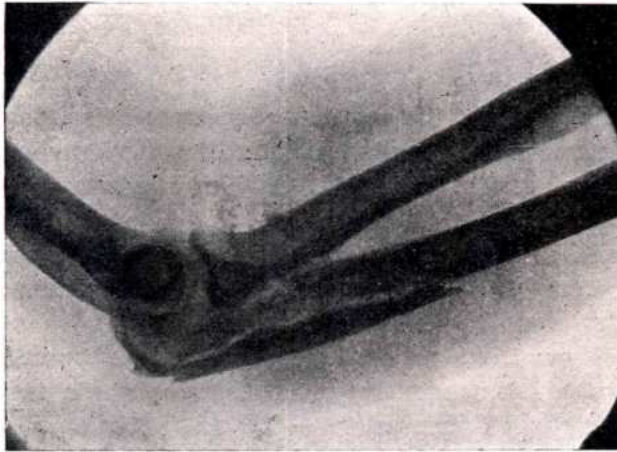


Рис. 31.

Сгибательная контрактура предплечія.

контрактура голени — подѣ угломъ въ 120 град., сгибаніе въ колѣнѣ возможно только до прямого угла.

Вытяженіе двумя тягами съ подвѣшиваніемъ голени (15 ф.). Активныя движенія.

Выб. 22-го Окт. Разгибаніе въ колѣнѣ до нормы, сгибаніе возможно только до угла въ 80 град.

47. Аст — евѣ. Ранень 27-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Сквозное раненіе въ поперечномъ направленіи черезъ икроножныя мышцы лѣвой голени. Болѣзненная сгибательная контрактура голени. Раны слегка гноятся.

Вытяженіе двумя тягами по 10 ф. Подвѣшиваніе голени (15 ф.). Систематическія упражненія активными движеніями. Сухія повязки.

Выб. 22-го Окт. Раны зарубцевались. Движенія голени совершаются въ нормальныхъ предѣлахъ.

48. Ко — дзе. Ранень 28-го Авг.

Пост. 5-го Окт. Сквозное раненіе непосредственно надъ правымъ локтевымъ суставомъ. Обѣ раны чисто зарубцевались. Рука въ лубкахъ. Почти неподвижная сгибательная контрактура предплечія подъ прямымъ угломъ.

Вытяженіе двумя тягами: на плечо 8 ф., на предплечіе 6 ф. Активныя движенія. Постепенное увеличеніе угла въ локтѣ.

Выб. 9-го Ноября. Движенія предплечія возстановились почти до нормы (разгибаніе слегка ограничено).

49. Тк — чѣ. Ранень 17-го Авг.

Пост. 13-го Сент. Сквозная рана непосредственно выше праваго колѣна. Сгибательная контрактура голени. Раны чистыя.

Вытяженіе съ подвѣшиваніемъ. Активныя движенія.

Выб. 9-го Ноября. Полное возстановленіе подвижности голени.

50. Ут — ко. Ранень 25-го Авг.

Пост. 30-го Сент. Заживающая сквозная рана праваго плеча. Рука въ косынкѣ. Сгибательная контрактура предплечія.

Вытяженіе двумя тягами: плечо и предплечіе по 5 ф. Активныя движенія. Постепенное разгибаніе въ локтѣ путемъ измѣненія направленія въ тягѣ предплечія.

Выб. 28-го Окт. Движенія предплечія въ нормальныхъ предѣлахъ.

51. Л — овъ. Ранень 26-го Авг.

Пост. 13-го Сен. Сквозное раненіе праваго плеча: входное отверстіе на тыльной сторонѣ плеча; пуля прошла между III и IV ребрами и вышла вблизи грудины. Раны заживаютъ. Рука въ крахмальной повязкѣ приведена къ туловищу. Почти неподвижная контрактура (приведеніе) плеча.

Вытяженіе слегка согнутой въ локтѣ руки съ подвѣшиваніемъ груза въ 8 ф. Постепенное отведеніе руки отъ туловища. Активныя движенія.

Выб. 15-го Окт. съ возстановившеюся почти до нормы подвижностью плеча.

52. Са — евъ. Раненъ 18-го Авг.

Пост. 10-го Окт. Раненіе шрапнелью въ верхнюю часть лѣваго плеча. Въ какомъ-то лазаретѣ близъ австрійской границы пуля была извлечена. Рана гноится. Рука прибинтована къ туловищу. Абсолютное приведеніе плеча, отведеніе невозможно даже на 10 град.

Вытяженіе въ слегка согнутомъ въ локтѣ положеніи (8 ф.). Постепенное отведеніе руки отъ туловища. Ежедневная перевязка раны. Съ перваго дня систематическія упражненія активными движеніями.

Выб. 11-го Дек. Рука свободно поднимается (активно) выше горизонтальной плоскости; ротаціонныя движенія плеча восстановлены.

53. Ска — инъ. Раненъ 27-го Авг.

Пост. 10-го Окт. Сквозная рана праваго плеча въ верхней трети (пуля застряла въ грудной клѣткѣ). Рана зяжила. Рука въ крахмальной повязкѣ Д е з о въ теченіи 3-хъ недѣль. Болѣзненное приведеніе плеча; отведеніе активно вовсе невозможно, пассивно возможно градусовъ на 10—20 съ болью.

Вытяженіе какъ въ случаѣ 52. Активныя движенія съ перваго дня.

Выб. 30-го Ноября. Подвижность плеча почти въ нормальныхъ предѣлахъ.

54. Кр — енко. Раненъ. 17-го Авг.

Пост. 29-го Сент. Раздробленіе лѣвой ключицы. Раны чистыя, заживающія. Крахмальная повязка, фиксирующая плечо вплотную къ грудной клѣткѣ. Абсолютное приведеніе плеча (аддукторная контрактура).

Лѣченіе какъ въ случаѣ 53. Ежедневныя сухія перевязки.

Выб. 20-го Дек. Рука активно не отводится до горизонтальной плоскости; ротаціонныя движенія плеча также слегка ограничены.

55. Ан — ись. Раненъ 26-го Авг.

Пост. 1-го Окт. Сквозная рана лѣваго надплечія съ переломомъ ключицы. Рана слегка гноится. Аддукторная контрактура плеча и сгибательная контрактура предплечія. Рука въ согнутомъ

въ локтѣ положеніи въ теченіи всего этого времени была туго прибинтована къ туловищу.

Вытяженіе двумя тягами (на плечо 8 ф., на предплечіе 6 ф.). Постепенное отведеніе плеча и послѣдовательное увеличеніе угла въ локтѣ. Активныя движенія. Сухія повязки на предплечіе.

Выб. 7-го Дек. Движенія въ локтѣ возстановлены до нормальныхъ предѣловъ, въ движеніяхъ плеча осталось небольшое ограниченіе.

56. За — ый. Ранень 18-го Авг.

Пост. 8-го Окт. Сквозная (поперечная) рана мягкихъ частей правой голени; выходная рана разворочена, гноится. Икроножныя мышцы въ состояніи ретракціи, болѣзненно напряжены; стопа болѣзненно фиксирована въ положеніи подошвеннаго сгибанія.

Въ цѣляхъ достиженія общаго расслабленія всей мускулатуры конечности примѣнено вытяженіе двумя тягами (на бедро и на голень по 10 ф.) при сильно согнутомъ положеніи въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ; голень лежитъ горизонтально на подушкѣ и мѣшкахъ съ пескомъ. Полосу пластыря на голени пришлось расщепить на нѣсколько полосъ, огибающихъ раны. Активныя движенія съ перваго дня. Перевязки на мѣстѣ.

Выб. 10-го Дек. Тонусъ икроножныхъ мышцъ нормальный. Движенія стопы кверху и книзу совершаются въ предѣлахъ нормы.

57. Да — нко. Ранень 3-го Сент.

Пост. 10-го Окт. Шрапнельное раненіе мякоти лѣвой голени (икроножныхъ мышцъ). Контрактура стопы.

Вытяженіе полосами пластыря на бедрѣ и на голени (10 и 8 ф.) при сильно согнутомъ положеніи въ обоихъ большихъ суставахъ. Упражненія активными движеніями.

Выб. 30-го Ноября. Положеніе стопы нормальное, подвижность ея возстановлена.

58. Айз — линъ. Ранень 26-го Авг.

Пост. 1-го Окт. Раненіе лѣвой голени съ раздробленіемъ малоберцовой кости. Бедро и голень въ лубкахъ въ выпрямленномъ положеніи; стопа внѣ повязки, занимаетъ почти неподвижное положеніе подошвеннаго сгибанія. Раны зажили.

Вытяженіе какъ въ предыдущемъ случаѣ.

Выб. 30-го Ноября. Движенія стопы совершаются въ физиологическихъ предѣлахъ.

59. Шт — ерь. Ранень 1-го Сент.

Пост. 10-го Окт. Зажившая сквозная рана лѣвой голени. Контрактура стопы въ положеніи подошвеннаго сгибанія.

Вытяженіе какъ въ предыдущ. случаѣ. Активныя движенія.

Выб. 30-го Ноября съ восстановленною свободно подвижною стопою.

60. Аб — укь. Ранень 18-го Авг.

Пост. 10-го Окт. Гноящаяся рана правой голени съ разрывами икроножныхъ мышцъ и переломомъ малоберцовой кости. Стопа болѣзненно фиксирована въ положеніи подошвеннаго сгибанія.

Вытяженіе двумя тягами подъ прямымъ угломъ другъ къ другу: бедро стоитъ почти вертикально, голень лежитъ горизонтально высоко на твердыхъ подушкахъ. Активныя движенія. Сухія повязки. Рана скоро закрылась.

Выб. 3-го Дек. Осталось небольшое ограниченіе подвижности стопы при нормальной однако постановкѣ ея.

61. Ка — кій. Ранень 1-го Сент.

Пост. 3-го Окт. Заживающая сквозная рана въ косомъ направленіи черезъ лѣвую голень. Больной держитъ ногу въ напряженно-согнутомъ положеніи. Стопа отвисаетъ книзу. Активныхъ движеній въ ней почти никакихъ. Легкая сгибательная контрактура голени.

Вытяженіе какъ въ случ. 57. Систематическія упражненія всей ноги активными движеніями.

Выб. 30-го Ноября. Движенія стопы и голени въ нормальныхъ предѣлахъ.

Остальные 11 человекъ отъ лѣченія контрактуры отказались.

---

## Группа II. Гнойно-инфицированные повреждения.

Какъ упомянуто было на стр. 56, въ эту группу вошло 387 случаевъ. Для того, чтобы не загромождать отчета массою однообразныхъ и стереотипныхъ данныхъ, мы приводимъ здѣсь выдержки лишь изъ тѣхъ 46 исторій болѣзни, которыя представляютъ особенный интересъ либо въ отношеніи анамнеза, либо въ отношеніи клинической картины и даютъ возможность сдѣлать тѣ или иные выводы касающіеся хирургіи военнаго времени.

Первыя 19 исторій болѣзни относятся къ случаямъ простыхъ флегмонъ, а остальные 27 заключаютъ въ себѣ случаи флегмонъ, осложненныхъ раздробленіемъ костей.

1. Ал — евъ. Раненъ 28-го Авг. Шрапнельное раненіе мягкихъ частей праваго предплечія. Товарищъ перевязалъ „пакетикомъ“. На слѣдующій день доставленъ въ дивизионный госпиталь. Вынимали пулю. Спустя сутки эвакуированъ. 8 сутокъ не перевязывался, пока доставленъ былъ въ Кіевъ. Черезъ 12 дней эвакуированъ въ Харьковъ.

Пост. 18-го Сент. Флегмона предплечія съ затеками до локтевого сустава. Обильное нагноеніе.

Широкое вскрытіе затека. Сдѣлано противоотверстіе. Дренированіе предплечія насквозь. Потомъ продолжительныя ежедневныя горячія (мѣстныя) ванны. Раны долго гноились.

Выб. 22-го Дек. Рубцовая контрактура кисти и пальцевъ; полное отсутствіе супинаціи; ничтожная подвижность въ локтѣ.

2. П — овъ. Раненъ 26-го Авг. Сквозное пулевое раненіе лѣваго предплечія. Первую повязку наложилъ санитаръ изъ „пакетика“ черезъ 6 часовъ послѣ раненія. 3 дня не перевязывали. На 4-ый день въ полевомъ госпиталѣ сдѣлали разрѣзъ и тампонировали рану. На слѣдующій день эвакуированъ дальше. Былъ въ 7-ми лазаретахъ, по нѣсколько дней въ каждомъ.

Пост. 26-го Сент. Флегмона лѣваго предплечія. Карманы между мышцами. Сдѣлано 2 разрѣза для свободнаго дренированія. Мѣстныя горячія ванны.

28-го Окт. эвакуированъ въ Ростовъ.

3. Іе — мъ. Раненъ 5-го Окт. Шрапнельная рана лѣвой ручной кисти. Сейчасъ въ окопахъ перевязанъ товарищемъ. Въ тотъ

же день перевязка въ полевомъ лазаретѣ; рана была затампонирована. Въ теченіи 2-хъ недѣль перевозился изъ лазарета въ лазаретъ. Два раза перевязки производились въ пути.

Пост. 18-го Окт. Флегмона ручной кисти; на тылѣ и на ладони имѣется по одному продольному разрѣзу. Затека между сухожиліями сгибателей на предплечіи.

Мѣстная горячая ванна по 2 часа одинъ и два раза въ день.

Выб. 15-го Дек. Артрогенная контрактура кисти. Подвижность пальцевъ ничтожная.

4. Ба — насъ. Раненъ 14-го Окт. Шрапнельная рана праваго предплечія навывлетъ. Былъ въ 3-хъ госпиталяхъ.

Доставленъ 22-го Окт. непосредственно изъ Бродъ; былъ 8 сутокъ въ пути. Раны затампонированы; флегмона съ грязнымъ выдѣленіемъ. Столбнякъ въ полной стадіи развитія.

Внутривенное впрыскиваніе 5% раствора хлораль-гидрата. Впрыскиваніе подъ кожу 2% карболовой кислоты. Впрыскиваніе въ спинно-мозговой каналъ 15% раствора сѣрнокислой магнезіи.

Скончался 25-го Окт.

5. Бо — ровъ. Раненъ 8-го Дек. Шрапнельная рана праваго бедра. Черезъ 6 часовъ санитаръ перевязалъ „пакетикомъ“. Затѣмъ черезъ трое сутокъ перевязали въ Львовѣ и на слѣдующій день отправили дальше. Въ пути перевязали два раза.

Пост. 16-го Дек. Все бедро сильно вздуто; изъ входного отверстия (выходного нѣтъ) выдѣляется масса гноя: флегмона бедра съ множественными межмышечными затеками. Сдѣлано три широкихъ разрѣза для свободнаго стока и дренированія насквозь.

На слѣдующій день бросилось въ глаза сморщиваніе лба и судорожное сжатіе челюстей. Тотчасъ же предпринято обычное лѣченіе столбняка: внутривенное впрыскиваніе 5% хлораль-гидрата, подъ кожу 2%-ная карболовая кислота. Примѣнена была 2 раза сыворотка по 50 к. с.

Скончался 22-го Дек. отъ столбняка.

6. Бо — скій. Раненъ 26 Авг. при наступленіи. Шрапнельная (несквозная) рана праваго бедра. На слѣдующее утро подобранъ санитарамъ и отнесенъ на пунктъ. Здѣсь перевязанъ и отправленъ съ санитарнымъ поѣздомъ къ русской границѣ, по близости которой на 2-ыя сутки помѣщенъ въ какой-то лазаретъ. Здѣсь подвергнуть операциі исканія пули, послѣ чего пролежалъ еще 6 дней,

а затѣмъ эвакуированъ дальше. Пробылъ 9 дней въ санитарныхъ поѣздахъ, въ теченіи какового времени перевязывался два раза.

Пост. 14-го Сент. Общая флегмона бедра. Повязка пропитана зловоннымъ гноемъ. Темп. 39,2. На передней поверхности бедра продольная рѣзанная рана длиной въ 10 сант. Обильныя массы гноя, затеки въ глубину до самой кости.

Два раза сдѣланы противоотверстія. Попутно при вскрытіи крайне болѣзненного затека извлечена пуля. Медленное прекращеніе гнойнаго процесса.

Выб. 30-го Дек. съ разгибательной контрактурой голени вслѣдствіе глубокихъ рубцовыхъ сморщиваній мышцъ бедра.

7. По — къ. Раненъ 5 го Окт. Пулевое раненіе мягкихъ частей праваго бедра навылеть. Перевязанъ черезъ 3 часа санитаромъ. На слѣдующій день перевязка въ дивизионномъ лазаретѣ; въ виду кровотеченія, по словамъ больного, раны тампонировались. Былъ затѣмъ въ 3-хъ лазаретахъ, перевязывался черезъ день.

Пост. 18-го Окт. Глубокая флегмона бедра съ обильнымъ выдѣленіемъ гноя изъ расширеннаго на 3—4 сант. входнаго отверстія на передне-внутренней поверхности бедра. Сдѣланы широкіе разрѣзы, дренированіе. Медленное прекращеніе гнойнаго процесса.

Выб. 15-го Дек. съ рубцовымъ сморщиваніемъ мышцъ бедра и послѣдующею стойкою разгибательною контрактурою голени.

8. Ло — вскій. Раненъ 9-го Окт. Шрапнельное раненіе лѣваго бедра. Самъ себя перевязалъ „пакетикомъ“. Первая перевязка сдѣлана спустя 3 дня въ дивизионномъ лазаретѣ; искали пулю, расширили рану и вставили тампонъ; на слѣдующій день эвакуированъ въ Львовъ, здѣсь оставался около недѣли; затѣмъ пробылъ 5 дней въ санитарномъ поѣздѣ, гдѣ его перевязали 1 разъ.

Пост. 22-го Окт. Повязка (лубки) насквозь пропитана зловоннымъ гноемъ. Сплошная флегмона всего бедра; съ внутренней стороны въ нижней части бедра продольная рѣзанная рана въ 10 сант.; изъ нея обильное гноетеченіе. Затеки.

Многочисленные разрѣзы; повторные затеки; кровотеченіе изъ глубокой вены. При одномъ изъ разрѣзовъ попутно удалена шрапнельная пуля.

21-го Дек. переведенъ въ Евангелической Лазаретъ. Нагноеніе далеко еще не прекратилось.

9. Ци — рингъ. Раненъ 26-го Авг. Сквозное раненіе обоихъ бедеръ; глубокая разрушенія мягкихъ тканей. перевязанъ санитаромъ на слѣдующій день въ полѣ. Черезъ двое сутокъ доставленъ въ Броды; здѣсь „сдѣлали операцію“, — какую именно, не знаетъ. Былъ въ 6-и лазаретахъ.

Пост. 29-го Сент. Глубокая флегмона лѣваго бедра съ однимъ широкимъ разрѣзомъ; затекъ въ колѣнный суставъ. Сильныя боли.

Повторныя вскрытія затековъ; артритомія колѣна, обильное нагноеніе съ высокой температурой до 6-го Ноября, когда перевезенъ въ Евангелической Лазаретъ.

10. Во — овъ. Раненъ 4-го Окт. Сквозная рана мягкихъ частей праваго бедра. Въ первый разъ перевязанъ санитаромъ на слѣдующій день въ полѣ. Въ тотъ-же день перевязка въ лазаретѣ. Затѣмъ отправленъ въ Львовъ, гдѣ „сдѣлали операцію“. Дней 6 спустя эвакуированъ санитарнымъ поѣздомъ въ Россію. За 4 дня въ поѣздѣ не перевязывали.

Пост. 14-го Окт. Флегмона бедра съ затеками до кости. На наружной сторонѣ рѣзанная рана въ 10 сант. длиной съ обильнымъ выдѣленіемъ зловоннаго гноя.

Множественныя разрѣзы.

Выб. 23-го Дек. на костыляхъ въ команду выздоравливающихъ.

11. Ше — ко. Раненъ 14-го Окт. Сквозное раненіе мягкихъ частей лѣвой голени. Семь разъ препровождался изъ одного лазарета въ другой, оставаясь въ каждомъ изъ нихъ по 5 — 6 дней.

Пост. 24-го Ноября. Межмышечная флегмона голени съ обильнымъ нагноеніемъ изъ двухъ разрѣзовъ и глубокимъ затекомъ въ подколенную ямку. Сильная истеро-нейрастенія.

Пришлось два раза подвергать эфирному наркозу. Нагноеніе за 5 недѣль не прекратилось, хотя значительно уменьшилось.

2-го Января отправленъ въ нервное отдѣленіе губернской земской больницы.

12. Мо — укъ. Раненъ 13-го Окт. Сквозное раненіе мягкихъ частей лѣвой голени. Сейчасъ же перевязанъ товарищемъ. Часа два спустя былъ на пунктѣ. Черезъ день въ лазаретѣ расширили рану и вставили тампонъ. 16 дней былъ въ пути.

Пост. 29-го Окт. Флегмона голени съ двумя расширенными ранами; выходное отверстие разворочено. Затеки.

Сдѣлано 2 контрапертуры; вскрыть затекъ. Мѣстныя горячія ванны.

28-го Дек. переведенъ въ команду выздоравливающихъ.

13. Ку — овъ. Раненъ 15-го Авг. Сквозное раненіе въ области икроножныхъ мышцъ лѣвой голени. Три дня послѣ этого былъ на ногахъ, участвуя въ походѣ; на 4-ый день съ распушею ногой доставленъ въ дивизионный лазаретъ и тотчасъ-же эвакуированъ дальше. За 12 дней перевязывался всего три раза.

Пост. 27-го Авг. (въ отдѣленіе Лазарета при Мед.-мех. Институтѣ). Глубокая флегмона голени съ затеками въ подколенную ямку.

Два разрѣза. Дренированіе. Ножная горячая ванна.

Выб. 22-го Ноября съ костылемъ въ команду выздоравливающихъ.

14. Ос — скій. Раненъ 26-го Авг. Сквозная рана черезъ икроножныя мышцы лѣвой голени. Первая перевязка въ дивизионномъ лазаретѣ; рана тампонировалась. Эвакуировался въ теченіи 18-ти дней.

Пост. 13-го Сент. Межмышечный нарывъ на лѣвой голени; сильно гноящаяся сквозная рана. Широкий разрѣзъ. Ножныя ванны. Медленное заживленіе.

Выб. 17-го Дек. съ контрактурой стопы вслѣдствіе рубцового сморщиванія икроножныхъ мышцъ.

15. Ду — нъ. Раненъ 25-го Авг. Сквозная пулевая рана правой голени. Перевязался „пакетикомъ“ и въ тотъ-же день отправленъ въ лазаретъ, гдѣ рана была расширена и затампонирована. Сейчасъ-же отправленъ дальше; 3 дня оставался безъ перевязки; слѣдующая перевязка сдѣлана была въ санитарномъ поѣздѣ по дорогѣ въ Бердичевъ. Былъ въ 3-хъ лазаретахъ.

Пост. 13-го Сент. Флегмона голени. Сдѣлано 2 разрѣза; дренированіе.

10-го Окт. съ продолжающимся нагноеніемъ эвакуированъ въ Ростовъ.

16. Са — янцъ. Раненъ 22-го Авг. Шрапнельное раненіе мягкихъ частей лѣвой голени. Черезъ 4 дня доставленъ въ полевой госпиталь, гдѣ подвергнутъ операціи удаленія пули. На слѣдующій день эвакуированъ дальше, и пробылъ въ пути 17 дней съ двумя остановками въ двухъ городахъ по 2 дня.

Пост. 13-го Сент. Сплошная глубокая флегмона голени съ затеками въ голенностопный суставъ.

Сдѣланы противоотверстія; затеки вскрыты; голень дренирована насквозь.

17-го Сент. эвакуированъ въ Ростовъ.

17. Ко — ный. Раненъ 4-го Окт. Шрапнельная рана лѣвой голени. Перевязался „пакетикомъ“, послѣ чего пролежалъ 5 сутокъ въ хижинѣ галиційской деревушки безъ перевязки и почти безъ ѣды. Подобранъ австрійскимъ патрулемъ; на слѣдующій день брошенъ и доставленъ русскими санитарями въ дивизионный лазаретъ.

Пост. 17-го Окт. Тяжелая флегмона лѣвой голени съ флегмоною голенностопнаго сустава; затеки въ подколенную ямку.

Три раза пришлось вскрывать затеки и дѣлать противоотверстія на голени и стопѣ; сквозное дренированіе голени и стопы. Продолжительныя горячія ножныя ванны.

Съ незакончившимся гнойнымъ процессомъ и анкилозомъ голенностопнаго сустава 30-го Декабря перевезенъ въ военный госпиталь.

18. Стр — юкъ. Раненъ 13-го Окт. Сквозное пулевое раненіе праваго колѣннаго сустава. Черезъ день послѣ раненія доставленъ въ сводный госпиталь, гдѣ ему сдѣланъ былъ разрѣзъ. 8 дней былъ въ пути.

Пост. 22-го Окт. Подъ повязкою масса зловоннаго гноя. Тяжелая флегмона колѣна; вывороченная рѣзанная (оперативнаго происхожденія) рана на внутренней сторонѣ. Затекъ въ надколѣнный заворотъ сумки и въ самый суставъ. Чистая культура стрептококка.

Произведена широкая двусторонняя артротомія. Общая септикемія. На ампутацію ни за что не соглашался.

Скончался 9-го Ноября.

19. Тр — якъ, раненъ 26-го Авг. Шрапнельное раненіе мякоти лѣвой голени. Перевязался черезъ 6 часовъ „пакетикомъ“ това-

рища. На 9-ый день въ госпиталѣ подвергся операциі выниманія пули, послѣ чего рана была наглухо зашита. Въ теченіи дальнѣйшихъ 9-ти дней большею частью былъ въ санитарныхъ поѣздахъ, при чемъ перевязывался лишь одинъ разъ.

Пост. 20-го Сент. Тяжелая флегмона голени съ зашитою ранюю. Изъ двухъ прорѣзавшихся швовъ просачивается ихорозный гной. Затекъ въ колѣнный суставъ.

Ампутація бедра въ нижней трети. Переведенъ въ Евангелической Лазаретъ.



Рис. 32.

Флегмона при раздробленіи плеча.

20. Ло — овъ. Раненъ 13-го Авг. во время перебѣжки: раздробленіе лѣваго плеча. Потерялъ много крови. Подобранъ санитарями на слѣдующее утро и лишь къ вечеру доставленъ въ (дивизионный?) лазаретъ, гдѣ ему подъ хлороформомъ произведена была операція. Въ чемъ послѣдняя заключалась, онъ не знаетъ. На 3-ий день послѣ этого эвакуированъ въ тылъ. Былъ въ пути 3 недѣли. За это время оставался 3 дня въ какомъ-то лазаретѣ близъ австрійской границы, затѣмъ 5 дней провелъ въ Бердичевѣ и 4 дня въ Кіевѣ.

Пост. 5-го Сент. въ отд. Лаз. при М.-м. Инст. Сплошная глубокая флегмона почти всей лѣвой верхней конечности; на

высотѣ локтя рука представляется дугообразно согнутою. Плечевая кость въ нижней половинѣ раздроблена (рис. 32). На плечѣ два продольныхъ разрѣза, изъ которыхъ изливается зловонный гной. Затеки въ глубину плеча, въ локоть и въ предплечіе, на которомъ имѣется небольшой продольный разрѣзъ. Послѣдніе 3 дня больной не перевязывался.

Разновременно сдѣлано 5 широкихъ разрѣзовъ; дренированіе насквозь; ежедневныя продолжительныя горячія ручныя ванны.

Выб. 30-го Янв. Раны всё закрылись. Рука въ области сильно деформированнаго локтя стойко анкилозирована подь прямымъ угломъ.

21. Ка — инъ. Ранень 15-го Авг. шрапнелью въ лѣвое плечо. Сейчасъ-же перевязанъ санитаромъ изъ „пакетика“. Черезъ 3 дня въ полевомъ (?) госпиталѣ подвергнутъ операціи извлеченія пули. Послѣ этого былъ еще въ четырехъ лазаретахъ на пути въ Харьковъ.

Пост. 13-го Сент. Повязка пропитана гноемъ. Согнутая въ локтѣ подь прямымъ угломъ рука лежитъ въ проволочной шинѣ. Глубокая флегмона отъ надплечія до локтя съ затеками въ плечевой суставъ. Раздробленіе діафиза плечевой кости въ верхней половинѣ. На передней и боковой поверхности по одному короткому разрѣзу, изъ которыхъ выпячиваются гнойно-пропитанная клѣтчатка и мышцы. Въ послѣднихъ масса костныхъ осколковъ. Обильное скопленіе гноя въ глубинѣ. Параличъ лучевого нерва.

Многочисленные разрѣзы, дренированіе, извлеченіе острыхъ осколковъ и секвестровъ, продолжительныя горячія ручныя ванны.

20-го Окт. въ значительно улучшенномъ состояніи эвакуированъ въ Новочеркасскъ.

22. До — ревъ. Ранень утромъ 28-го Авг. пулею навилетъ въ правое плечо при перебѣжкѣ изъ одного окопа въ другой. Съ раздробленнымъ плечомъ оставался два дня въ окопѣ. Къ вечеру слѣдующаго дня подобранъ санитарями и ночью доставленъ въ дивизионный лазаретъ. Затѣмъ во время эвакуаціи оставался 3 дня въ Львовѣ, 5 дней въ Бродахъ и 3 дня въ Бердичевѣ.

Пост. 18-го Сент. Флегмона праваго плеча. На передней поверхности длинный разрѣзъ съ двумя тампонами, ведущими непосредственно до кости; оскольчатый переломъ; обильное гноетеченіе; затекъ на тыльной сторонѣ и внизъ къ локтю.

Сдѣлано 3 глубокихъ разрѣза; проведены дренажи насквозь. Съ 8-го Окт. активныя движенія, осторожное вытяженіе и подвѣшивание. 12-го Октября вскрытъ еще одинъ затекъ. 10-го Ноября удаленъ секвестръ.

Выб. 28-го Дек. Движенія предплечія ограничены вслѣдствіе глубокихъ мышечныхъ рубцовъ и спаекъ на плечѣ; движенія кисти почти нормальны; въ плечѣ замѣтная аддукторная контрактура. Нервные стволы невредимы.

23. Ка — дзе. Ранень 8-го Окт. Сквозное пулевое раненіе праваго плеча съ раздробленіемъ плечевой кости. На слѣдующее утро перевязанъ наскоро на пунктѣ, а черезъ день доставленъ въ дивизионный лазаретъ. Говорить, что здѣсь раны зондировались, и введена была полоска марли. Въ тотъ-же день эвакуированъ въ Россію. Былъ 3 сутокъ безъ перевязки, а на 4-й день перевязанъ въ поѣздѣ между границею и Бердичевомъ. Въ послѣднемъ (?) оставался въ госпиталѣ около недѣли; здѣсь ему

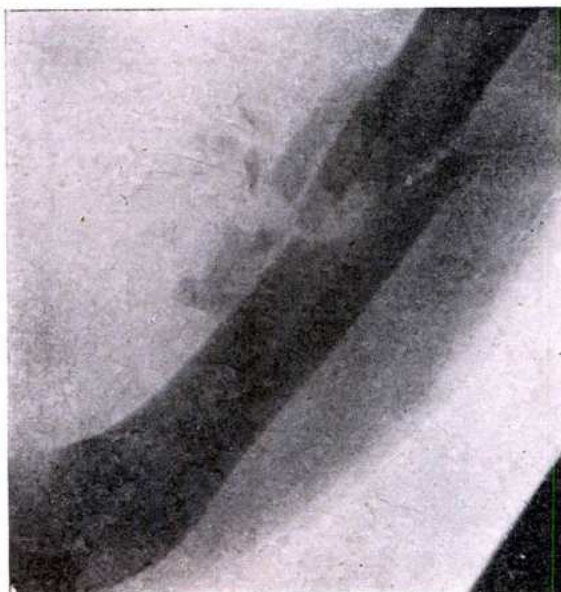


Рис. 33.  
Флегмона при переломѣ плеча.

сдѣлали разрѣзъ, а затѣмъ черезъ Кіевъ доставленъ въ Харьковъ.

Пост. 22-го Окт. Разлитая флегмона плеча. Рука лежитъ въ выпрямленномъ положеніи, повязка (безъ шины) пропитана гноемъ. Имѣется маленькій разрѣзъ снаружи на плечѣ. Огромныя массы гноя; глубокіе затеки; въ глубинѣ острые осколки раздробленной кости (см. рис. 33). Параличъ лучевого нерва.

Сдѣланы двѣ широкія контрапертуры; проведено два сквозныхъ дренажа. Вытяженіе при постепенномъ сгибаніи въ локтѣ и отведеніи плеча.

12-го Дек. произведена секвестротомія. Движенія въ локтѣ удовлетворительны, въ плечевомъ суставѣ хороши. Параличъ кисти и пальцевъ. Отъ предложеннаго нейролиза отказался.

24. Сѣ — инъ. Раненъ 27-го Авг. двумя пулеметными пулями на вылетъ въ лѣвое предплечіе. Черезъ 3 часа перевязанъ въ полковомъ лазаретѣ. Эвакуированъ сейчасъ-же въ Львовъ, гдѣ раны зондировались, и былъ введенъ тампонъ; здѣсь пробылъ 5 дней, въ теченіи которыхъ перевязывался 2 раза. Затѣмъ въ лубкахъ эвакуированъ въ Россію; на пути въ Харьковъ былъ еще въ двухъ госпиталяхъ.



Рис. 34.  
Флегмона при внутрисуставномъ переломѣ.

черъ попалъ на перевязочный пунктъ, гдѣ руку смазали іодомъ, а въ развороченное выходное отверстие вставили тампонъ. На слѣдующій день перевязали въ дивизионномъ лазаретѣ, снова затампонировали рану и наложили крахмальную повязку, послѣ чего онъ сейчасъ же эвакуированъ на русскую границу. Здѣсь оставался въ какомъ-то госпиталѣ около недѣли, а затѣмъ отправленъ въ Бердичевъ, гдѣ ему производилась операція.

Пост. 21-го Окт. Флегмона предплечія и кисти. Развороченная рана на тыльной поверхности выше лучезапястного сустава. Послѣдній разрушенъ и наполненъ гноемъ. Нижній конецъ локтевой кости раздробленъ (рис. 34). На ладони и на передней поверхности

Пост. 8-го Окт. Флегмона предплечія съ раздробленіемъ лучевой кости; два входныхъ и два выходныхъ отверстія; два изъ нихъ расширены. Обильное гноетеченіе. Затеку. Сгибательная контрактура кисти и самого предплечія.

Вытяженіе съ подвѣшиваніемъ. 2 широкихъ разрѣза; удаленіе мертвыхъ осколковъ. Мѣстныя горячія ванны.

Выб. 29-го Дек. съ рубцовымъ сморщиваніемъ мышцъ предплечія, слѣдствіемъ чего явилась неустраняемая контрактура кисти и пальцевъ.

25. Ру — хъ. Раненъ 19-го Сент. пулею въ правое предплечіе на вылетъ. Перевязаль съ товарищемъ руку изъ „пакетика“ и пробылъ сутки въ окопахъ. На слѣдующій вечеръ

предплечія по одному короткому разрѣзу. Затекуть подѣ мышцы предплечія.

Удалены осколки. 3 широкихъ контрапертуры; сквозное дренированіе, ежедневно продолжительныя горячія ручныя ванны. Подвѣшиваніе и слабое вытяженіе. Съ 24-го Ноября активныя движенія при систематическомъ вытяженіи.

Выб. 28-го Дек. Въ кисти возстановилась небольшая подвижность, въ пальцахъ тоже.

26. Уд — инѣ. Раненъ 5-го Окт. пулею въ правое предплечіе на вылетѣ. Перевязанъ товарищемъ изъ „пакетика“. На слѣдующій день доставленъ въ лазаретъ. Здѣсь зондомъ „пробовали, цѣла-ли кость“, послѣ чего рука уложена въ лубокъ, и онъ эвакуированъ въ Львовъ, гдѣ пролежалъ 3 дня. Затѣмъ отправленъ прямо въ Кіевъ; здѣсь ему сдѣланъ разрѣзъ, послѣ чего онъ оставался тамъ 3 дня и наконецъ доставленъ въ Харьковъ.

Пост. 21-го Окт. Сильно гноящійся переломъ правой лучевой кости. Гнойный затекъ въ локоть; въ глубинѣ масса свободно плавающихъ въ гнойной полости осколковъ кости.

Вытяженіе. Горячія ванны. Два раза вскрытіе затековъ. Съ 20-го Ноября систематическія активныя движенія.

Выб. 10-го Дек. въ Евангелическойій Лазаретъ.

27. Гр — овѣ. Раненъ 1-го Окт. пулею навывлетѣ въ лѣвое предплечіе. Перевязанъ на пунктѣ на слѣдующій день. Сейчасъ же попалъ на санитарный поѣздъ, въ которомъ пробылъ недѣлю и за это время перевязывался 2 раза.

Пост. 9-го Окт. Входное отверстіе заклеилось; изъ выходного сочится гной. Глубокой затекъ подѣ мышцы. Переломъ лучевой кости.

Два разрѣза; сквозное дренированіе. Вытяженіе. Активныя движенія. Горячія мѣстныя ванны.

Выб. 10-го Дек. Довольно хорошая подвижность кисти и пальцевъ. Срощеніе отломковъ луча прочное, но при неправильномъ положеніи.

28. Бу — къ. Раненъ 26-го Авг. картечью въ область лѣваго лучезапястнаго сустава. На слѣдующій день въ полевомъ лазаретѣ вынимали картечь. Черезъ день эвакуированъ дальше; рука въ косынкѣ. Былъ въ семи лазаретахъ.

Пост. 1-го Ноября. Разлитая флегмона кисти и предплечія. Раздробленіе нижнихъ концовъ лучевой и локтевой костей (рис. 35).

На передней поверхности рѣзанная рана, изъ которой вытекает обильный гной. Затеки между мышцами и подъ кожей до локтя.

Множественныя контрапертуры. Сквозные дренажи. Подвѣшиваніе. Потомъ горячія ванны.

Выб. 27-го Дек. въ Евангелической Лазаретъ съ начинающимся анкилозироваіемъ разрушеннаго лучезапястнаго сустава.



Рис. 35.

Флегмона при внутрисуставномъ переломѣ.

29. Ка — ринъ. Раненъ 14-го Окт. пулею навилетъ въ лѣвое предплечіе. Сейчасъ-же отправился самъ въ полевой лазаретъ; здѣсь наложена повязка, при чемъ раны зондировались. Въ теченіи дальнѣйшихъ 8 дней одна перевязка въ поѣздѣ.

Пост. 24-го Окт. Сплошная флегмона предплечія съ багрово-красною, напряженною, блестящею кожей. Раздробленіе обѣихъ костей.

Сдѣлано тотчасъ-же 3 широкихъ разрѣза; вскрыты всѣ затеки. Сквозные дренажи. Черезъ 2 недѣли вытяженіе и активныя движенія.

Выб. 29-го Дек. въ команду выздоравливающихъ. Незначительная подвижность кисти и немного лучшая пальцевъ. Рука въ кулакъ не зажимается.

30. Го — енко. Ранень 14-го Авг. пулею въ правое предплечіе на вылетъ. Товарищемъ перевязанъ изъ „пакетика“. На перевязочный пунктъ попалъ въ слѣдующую ночь. Рана зондировалась и въ развороченную выходную рану введенъ тампонъ. На слѣдующій день перевязывался въ дивизионномъ лазаретѣ; рука уложена въ проволочную шину. Затѣмъ эвакуированъ въ Россію; былъ трое сутокъ безъ перевязки. За 6 недѣль былъ въ пяти лазаретахъ.

Пост. 4-го Окт. На тыльной поверхности предплечія развороченная рана съ обильнымъ гнойнымъ выдѣленіемъ. Обѣ кости переломаны; много мертвыхъ осколковъ. Затеку книзу и кверху подъ мышцы.

Сдѣланы 2 контрапертуры; сквозной дренажъ. Примѣнено вытяженіе.

Къ 3-му Дек. отломки еще не срослись. У больного появились галлюцинаціи и прогрессирующее безпокойство съ бредомъ.

Переведенъ въ психіатрической госпиталь.

31. Па — овъ. Ранень 25-го Сент. шрапнелью въ лѣвое предплечіе на вылетъ. На слѣдующее утро въ полевомъ лазаретѣ обѣ раны тампонировались. Затѣмъ пролежалъ въ лазаретѣ въ Бродахъ (?) 4 дня, гдѣ ему сдѣланы были 2 перевязки. Послѣ этого эвакуированъ дальше; былъ по 2 дня въ Проскуровѣ и Бердичевѣ.

Пост. 10-го Окт. Раздробленіе обѣихъ костей предплечія (рис. 36). На передней и на тыльной сторонѣ развороченныя сильно гноящіяся раны. Затеку подъ мышцы.

Контрапертуры. Сквозной дренажъ. Вытяженіе. Нагноеніе постепенно стало прекращаться.

1-го Дек. переведенъ въ Технологическій лазаретъ.

32. Ку — чный. Ранень 26-го Авг. пулею въ лѣвое предплечіе на вылетъ. Сейчасъ-же перевязанъ санитаромъ изъ „пакетика“. На слѣдующее утро перевязка въ передвижномъ лазаретѣ. Раны зондировались. Черезъ 2 дня въ Львовѣ наложенъ гипсъ, который въ теченіе 9 дней не снимался. Только въ Кіевѣ вслѣдствіе нестер-

пимыхъ болей гипсъ былъ снятъ, и больному сдѣлана операція. Черезъ 3 недѣли доставленъ въ Харьковъ.

Пост. 8-го Окт. Двѣ гноящіяся раны на предплечіи. Переломъ обѣихъ костей (рис. 37) съ образованіемъ секвестра. Послѣдній тотчасъ-же удаленъ. Дренажъ. Вытяженіе. Активные движенія.



Рис. 36.

Внутрисуставный переломъ съ нагноеніемъ.



Рис. 37.

Переломъ предплечья съ образованіемъ секвестра.

Выб. 29-го Дек. Сросшеніе удовлетворительное. Сильно ограниченная подвижность кисти и пальцевъ.

33. Ма — новъ. Раненъ 18-го Авг. шрапнелью въ лѣвое предплечіе. На слѣдующій день въ дивизионномъ (?) лазаретѣ подвергнутъ операціи отыскиванія пули, послѣ чего въ тотъ-же день эвакуированъ дальше. За 6 дней по дорогѣ въ Харьковъ 2 перевязки. Пробылъ мѣсяць въ земской больницѣ.

Пост. 27-го Окт. Раздробленіе лучевой кости. Нагноеніе изъ глубокихъ кармановъ. Контрактуры предплечія, кисти, пальцевъ.

Ежедневно продолжительныя мѣстныя горячія ванны. Подвѣшиваніе.

Выб. 2-го Дек. съ контрактурами.

34. Ры — овъ. Раненъ 29-го Авг. шрапнелью въ лѣвое предплечіе. Черезъ 2 дня доставленъ въ полевой лазаретъ, гдѣ подвергнутъ былъ операциі извлеченія пули. Послѣ этого былъ въ шести госпиталяхъ.

Пост. 9 го Окт. Флегмона локтя и предплечія. На наружной



Рис. 38.  
Раздробленіе локтевой кости.

сторонѣ развороченная рѣзанная рана. Большой дефектъ раздробленнаго верхняго конца локтевой кости съ полнымъ вывихомъ головки лучевой кости (рис. 38). Обильное нагноеніе. Затеки.

Сдѣланы контрапертуры. Введено 2 дренажа. Подвѣшиваніе и вытяженіе.

1-го Дек. переведенъ въ другой лазаретъ.

35. По — гаевъ. Раненъ 7-го Дек. пулею въ лѣвое бедро на вылетъ.

Пост. 15-го Дек. Больной въ полузабытьѣ; бредитъ; температура 39,2. Нога въ шинѣ. Повязка пропитана зловоннымъ гноемъ. Входное отверстіе на серединѣ бедра спереди, выходное съ широко развороченными краями и гангренознымъ налетомъ на тыльной поверхности; изъ него торчатъ осколки раздробленной кости (рис. 39), омертвѣвшіе клочья мышцъ и фасціи. Невыносимый

запахъ. Все бедро сильно распухло. Множество затековъ съ мас-сою гноя.

Произведена ампутація бедра.

22-го Дек. скончался отъ общаго гноекровія.

36. Ва — мовъ. Раненъ 24-го Ноября пулею въ правое бедро на вылетъ.

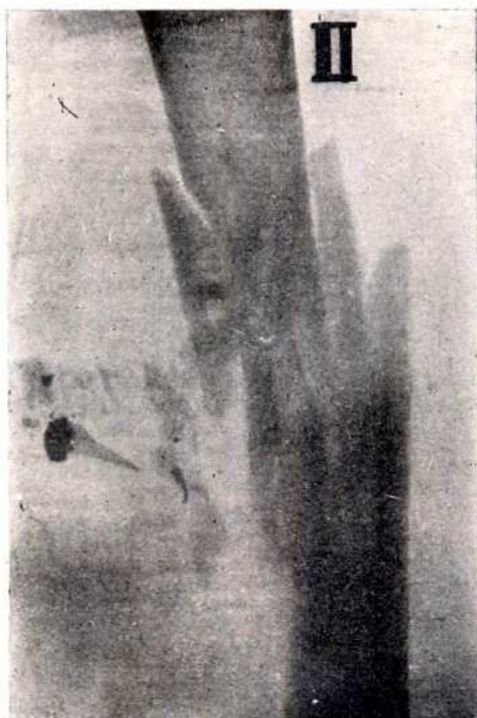


Рис. 39.

Тяжелая флегмона при раздробленіи бедра.

Пост. 7-го Дек. Флегмона всего бедра. На наружной сторонѣ выходное отверстіе съ развороченными краями. Кость раздроблена. Общее зараженіе.

Вечеромъ сильное кровотеченіе. Перевязка бедренной артеріи и вены.

На слѣдующій день ампутація бедра.

9-го Дек. скончался.

37. Ко — енко. Раненъ 1-го Окт. Сквозное раненіе пулей пра-ваго бедра. Двое сутокъ пролежалъ въ окопахъ безъ перевязки.

На третій день доставленъ на перевязочный пунктъ. Раны зондировались; въ выходное отверстіе введенъ тампонъ. Эвакуированъ въ Кіевъ; по дорогѣ за 7 дней 2 перевязки. Въ Кіевѣ пролежалъ мѣсяць. Было сильное нагноеніе. Дѣлали разрѣзы.

Пост. 17-го Ноября. Недостаточное сращеніе бедра при сильномъ искривленіи. Глубокіе ходы. Выдѣленіе гноя. Удалено нѣсколько секвестровъ. На лѣченіе, направленное къ восстановленію нормальной формы бедра, не согласился.

Выб. 15-го Дек. съ искривленнымъ бедромъ и рубцовой контрактурой голени.

38. Ков—чукъ. Раненъ 12-го Окт. пулеметными пулями въ оба бедра. Въ какомъ-то лазаретѣ изъ лѣвой ноги вынимали пулю.

Пост. 22-го Окт. Правая нога въ крахмальной повязкѣ; правое бедро раздроблено (рис. 40), изъ выходного отверстія съ развороченными краями сильное гноетеченіе; затеки до кости и между мышцами. На лѣвомъ бедрѣ флегмона; на передней поверхности рѣзанная рана въ 8—10 сант. длиной, проникающая до кости. Масса затековъ.

Общее гноекровіе. Отъ ампутаціи наотрѣзь отказался, и присутствовавшіе родственники не дали согласія на таковую.

6-го Ноября умеръ отъ гноекровія.



Рис. 40.  
Раздробленіе бедра съ гнойными затеками.

39. Ви — кій. Раненъ 25-го Авг. пулею въ правое бедро. Въ какомъ-то госпиталѣ въ Галиціи подвергнутъ операціи выниманія пули. Послѣ этого раны сильногноились. Нога была то въ гипсѣ, то въ крахмальной повязкѣ. За 6 недѣль въ пяти госпиталяхъ.

Пост. 7-го Окт. Двѣ гноящіяся раны на бедрѣ. Оскольчатый переломъ діафиза. Признаки сращенія при крайне неправильномъ положеніи отломковъ. Одинъ небольшой затекъ.

Секвестротомія; вскрытіе затека; дренированіе. Активныя движенія.

Выб. 21-го Дек. съ неправильно сращеннымъ бедромъ. Отъ исправленія отказался.

40. Ва — рь. Ранень 26-го Авг. пулею въ правое бедро. Дня 2—3 спустя въ Бродахъ (?) подвергнутъ операціи исканія пули. Въ теченіе мѣсяца былъ въ пяти госпиталяхъ.

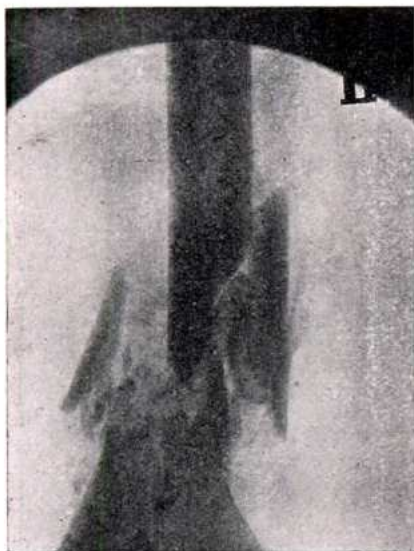


Рис. 41.  
Флегмона при раздробленіи бедра.

Пост. 26-го Сент. Правая нога въ проволочной шинѣ. перевязка пропитана зловоннымъ гноемъ, который изливается изъ двухъ широкихъ рѣзанныхъ ранъ на передней и внутренней сторонѣ бедра; раны ведутъ въ глубину непосредственно къ раздробленной кости (рис. 41). Одинъ ходъ проникаетъ въ колѣнный суставъ; послѣдній припухъ. Затекъ на тыльной сторонѣ между мышцами.

Сдѣлано 2 широкихъ разрѣза. Дренажи насквозь. Затѣмъ удалено много осколковъ.

6-го Окт. Переведенъ въ другой госпиталь (Новочеркасск?).

41. Му — новь. Ранень 30-го Авг. пулей въ лѣвую голень. Два дня пролежалъ въ окопахъ безъ перевязки. На третій день доставленъ въ дивизионный (?) лазаретъ. Въ теченіе первыхъ двухъ недѣль былъ въ четырехъ лазаретахъ, потомъ эвакуированъ въ Кіевъ, гдѣ оставался двѣ недѣли въ военномъ госпиталѣ; здѣсь ему дѣлали операцію (?).

Пост. 4-го Окт., нога въ гипсовой повязкѣ съ надписью: „снять не позже 5-го Октября!“. На голени 2 глубокия рѣзанныя раны съ тампонами, выдѣляющія гной. Обширная экзема кожи всей голени. Затекъ въ подколенную ямку. Оскольчатый переломъ обѣихъ костей безъ признаковъ сращенія.

Два широких продольных разреза. Дренажъ. Удаленіе осколковъ. Вытяженіе полосами пластыря. Активныя движенія.

Выб. 14-го Дек. Удовлетворительное сращеніе. Небольшая рубцовая контрактура стопы.

42. Со — ль. Раненъ 27-го Авг. шрапнелью въ лѣвую голень. Перевязанъ сейчасъ-же санитаромъ изъ „пакетика“. Вечеромъ доставленъ въ полевой госпиталь, гдѣ нога смазана была іодомъ, сухо перевязана и загипсована. Черезъ 4 дня въ какомъ-то лазаретѣ „недалеко отъ границы“ подвергнутъбылъ операціи выниманія пули и на слѣдующій день эвакуированъ въ Проскуровъ, гдѣ оставался дней 8. Здѣсь ежедневно перевязывали; раны сильногноились. Затѣмъ отправленъ санитарными поѣздами прямо въ Харьковъ; въ дорогѣ трое сутокъ не перевязанъ.



Рис. 42.

Оскольчатый переломъ большеберцовой кости съ нагноеніемъ.

Пост. 13-го Сент. Нога въ крахмальной повязкѣ. Повязка пропитана зловоннымъ гноемъ, въ изобиліи выливающимся изъ затампонированной длинной рѣзанной раны на внутренней сторонѣ голени; въ ранѣ видны обнаженные осколки кости.

Большеберцовая кость раздроблена (рис. 42). Нарывъ на лѣвомъ бедрѣ подъ паховой складкой.

Сдѣлано 3 широкихъ разреза, при чемъ вскрыто 2 затека. Удалены омертвѣвающіе осколки. Дренированіе насквозь тремя дренажами. Нарывъ на бедрѣ вскрытъ.

30-го Сент. въ удовлетворительномъ состояніи перевезенъ въ Ахтырскій госпиталь.

43. Ма — нюкъ. Раненъ 13-го Сент. пулею въ лѣвую голень. Черезъ 3 дня въ лазаретѣ искали пулю. Потомъ сейчасъ-же эва-

куировали. До Бердичева не перевязывался. При слѣдующей перевязкѣ видѣлъ, какъ изъ раны вынимали тампонъ. Остался въ Бердичевѣ дней 8, послѣ чего черезъ Кіевъ отправленъ въ Харьковъ.

Пост. 3-го Окт. Флегмона всей голени. Двѣ рѣзанныя раны съ развороченными краями, обильное гноетеченіе. Осколки раздробленныхъ берцовыхъ костей видны въ одной изъ ранъ. Рентгенограмма обнаружила присутствіе изогнувшейся пули (рис. 43).

Сдѣланы 2 контрапертуры; вставлены дренажи. Черезъ 2 недѣли при вскрытіи глубокаго затека между икроножными мышцами случайно извлечена пуля. Примѣнено легкое вытяженіе. 3-го Дек. удаленъ секвестръ.

10-го Дек. переведенъ выздоравливающимъ въ Евангелической Лазаретъ.

44. Пу — инъ. Раненъ 1-го Окт. шрапнельной пулей въ правую голень на вылетъ. На слѣдующій день въ полевомъ лазаретѣ раны зондировались, а черезъ 2 или 3 дня въ выходную развороченную рану введенъ былъ тампонъ. Былъ въ 3-хъ госпиталяхъ. Послѣдніе 6 дней провелъ въ поѣздѣ, гдѣ перевязокъ ему не дѣлали.

Пост. 8-го Ноября. Флегмона голени. Входное отверстіе закрылось; изъ развороченнаго выходнаго обильное выдѣленіе гноя. Глубокіе затеки. Оскольчатый переломъ малоберцовой кости.

Сдѣланы 2 контрапертуры, вставлены дренажи. Потомъ извлеченъ осколокъ кости.

Выб. 11-го Дек. выздоравливающимъ въ Евангелической Лазаретъ.



Рис. 43.  
Переломъ берцовыхъ костей съ гнойными затеками.

45. Ку — евъ. Раненъ 30-го Авг. пулею на вылетъ въ правую голень. Пролежалъ 4 дня въ галиційской деревнѣ безъ перевязки, послѣ чего первую повязку ему наложила изъ тряпокъ какая-то старуха. Подобранъ санитаромъ и доставленъ въ дивизионный лазаретъ. Здѣсь ему сдѣлали разрѣзь и вставили тампонъ. Былъ въ семи госпиталяхъ.

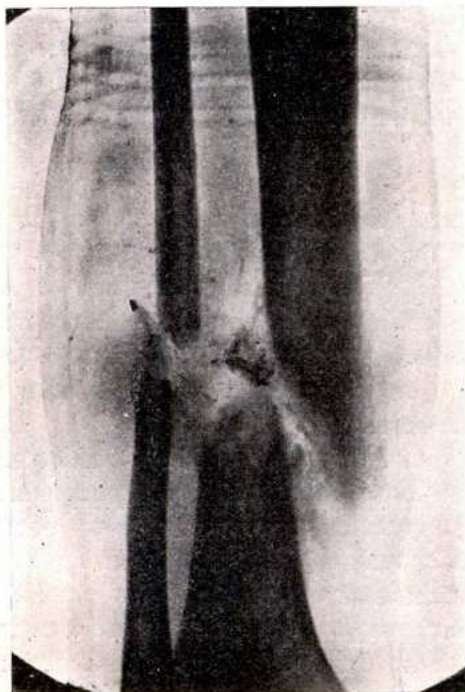


Рис. 44.

Тяжелая флегмона при переломѣ голени.

Пост. 18-го Окт. Нога въ лубкахъ. Повязка пропитана гноемъ. Раздробленіе большеберцовой кости. На передней поверхности голени рѣзанная рана съ обильнымъ выдѣленіемъ гноя. Въ ранѣ видны обнаженные осколки кости.

Противоразрѣзь. Осколки удалены. Дренажи. Два раза вскрытіе затековъ.

31-го Ноября переведенъ въ Евангелической Лазаретъ.

46. Ш — янъ. Раненъ 27-го Авг. пулею въ лѣвую голень на вылетъ. Перевязанъ санитаромъ изъ „пакетика“ черезъ нѣсколько часовъ. На перевязочномъ пунктѣ только наложены лубки, послѣ

чего онъ тотчасъ-же эвакуированъ въ Броды. Здѣсь раны зондировались, а въ выходное отверстіе, которое кровоточило, вставленъ былъ тампонъ. Слѣдующая перевязка въ Проскуровѣ на 3-ій или 4 ый день. Отсюда перевезенъ въ Кіевъ, гдѣ пробылъ недѣли 2; здѣсь ему сдѣлали разрѣзы.

Пост. 4-го Окт. Сильно гноящаяся рѣзанная рана на передней сторонѣ голени; изъ нея торчатъ осколки раздробленной большеберцовой кости. Затекъ въ голенностопный суставъ.

Сдѣлано 2 широкихъ разрѣза. Введенъ толстый дренажъ. Удалены свободно лежавшіе осколки.

20-го Окт. перевезенъ въ Евангелической Лазаретъ.

47. Стр — инъ. Раненъ 4-го Сент. шрапнелью въ лѣвую голень. Черезъ 4 часа подобранъ санитарями и сейчасъ-же отнесень на пунктъ. Здѣсь ногу смазали іодомъ и увязали въ лубки. Дня черезъ 3 въ какомъ-то лазаретѣ подвергнутъ операціи выниманія пули. Затѣмъ съ крахмальной повязкой эвакуированъ дальше. Пробылъ 7 дней въ санитарныхъ поѣздахъ и за это время ни разу не перевязывался.

Пост. 15-го Сент. (въ отдѣленіе Лаз. при Мед.-Мех. Институтѣ). Тяжелая общая инфекція. Двѣ гангреносцированные рѣзанные раны на передней и наружной сторонѣ голени; кость обнажена. Густой, необычайно зловонный гной. Обѣ кости раздроблены (рис. 44).

Разрѣзы расширены, проведены дренажи насквозь. Внутривенныя вливанія колларгола. Продолжительныя теплыя ванны и пр.

Очень медленно больной сталъ поправляться. Ногу удалось спасти. Лѣченіе закончено лишь 10-го Марта.

---

### Группа III: случаи безъ инфекціи.

Выше (на стр. 52 и 53) было упомянуто, что случаевъ, протекавшихъ безъ нагноенія, было доставлено въ Лазаретъ всего 135. Изъ нихъ было 56 переломовъ.

Здѣсь приведены выдержки изъ 17-ти, болѣе или менѣе характерныхъ для этой группы, исторій болѣзни (2 случая простыхъ ранъ и 15 переломовъ).

1. Чи — инь. Раненъ 1-го Окт. пулею въ лѣвую руку на вылетъ. Черезъ часъ перевязанъ санитаромъ изъ „пакетика“ и отправленъ въ полевой лазаретъ, гдѣ его не трогали, а на слѣдующій день, какъ былъ, эвакуировали съ санитарнымъ поѣздомъ въ Россію. Въ Черкассахъ ему сняли провизорную повязку, смазали руку іодомъ и наложили сухую повязку. Рука все время въ козынкѣ. Затѣмъ черезъ недѣлю повязка была смѣнена уже въ Кіевѣ; здѣсь, въ виду имѣвшейся у него припухлости въ нижней части плеча, ему предложена была операція. Онъ отъ таковой отказался и отправленъ дальше въ Харьковъ.

Пост. 21-го Окт. Сквозная рана лѣвой верхней конечности: входное отверстіе на наружной сторонѣ предплечія, а выходное на тыльной сторонѣ плеча. Распознаана а не й р и з м а плечевой артеріи.

Наложена лигатура на артерію и вену. Рана защита наглухо. Попутно лѣченіе вытяженіемъ небольшой сгибательной контрактуры предплечія.

Выб. 2-го Дек. здоровымъ.

2. Та — къ. Раненъ 10-го Окт. пулею на вылетъ въ область праваго колѣна. Сейчасъ же перевязанъ товарищемъ изъ „пакетика“. Часа черезъ 3 былъ на пунктѣ, гдѣ его не перевязывали, а съ транспортомъ раненыхъ эвакуировали въ Львовъ. Здѣсь въ сводномъ госпиталѣ колѣно смазали іодомъ и перевязали сухой марлей. На слѣдующій день отправленъ былъ дальше; до Кіева не перевязывали. Въ Кіевѣ опять смазали іодомъ и опять перевязали. Слѣдующая повязка въ Харьковѣ.

Пост. 22-го Окт. Сквозная рана въ поперечномъ направленіи черезъ суставный аппаратъ колѣна: входное отверстіе снаружи въ нижней четверти бедра, выходное на внутренней сторонѣ въ предѣлахъ мышелка. Легкій отекъ колѣна. Изъ выходного отверстія незначительное выдѣленіе доброкачественнаго характера. Входное отверстіе заклеилось.

Консервативное лѣченіе; рыхлыя повязки безъ тампона.

Къ 1-му Дек. ранка закрылась. Отекъ почти исчезъ. Выписанъ здоровымъ.

3. Жу — левъ. Раненъ 30-го Авг. пулею на вылетъ въ лѣвое плечо. Черезъ 2—3 часа перевязанъ уже на пунктѣ: смазали руку іодомъ, наложили рыхлую повязку, уложили руку въ козынку. Затѣмъ 3 дня не перевязывался. Слѣдующая повязка въ

Бродахъ: мазали іодомъ и перевязывали какъ въ 1-ый разъ. Послѣ этого эвакуированъ въ Бердичевъ; здѣсь въ 3-й разъ перевязали: опять іодомъ смазали и „обмотали марлей“. Послѣ этого уже ни разу не перевязывали.

Пост. 19-го Сент. Находящійся въ начальной стадіи нормальнаго сращенія косою мелкооскольчатый переломъ въ нижней половинѣ діафиза плеча (рис. 45). Оба отверстія закрылись безъ реакціи.



Рис. 45.  
Къ исторіи болѣзни 3.

Примѣнено вытяженіе по Vardenheueg'y и въ теченіе недѣли совершенно устранена успѣвшая уже наступить легкая контрактура предплечія. Конфигурація діафиза плеча немного исправилась.

Выб. 11-го Ноября. Анатомическое и функціональное состояніе руки вполнѣ удовлетворительное.

4. Ка — буръ. Раненъ 11-го Окт. на вылетъ въ правое плечо. Черезъ часъ перевязанъ въ полѣ санитарями. Часовъ 6 спустя

перевязали въ полковомъ лазаретѣ, послѣ чего, съ рукою въ ко-  
сынкѣ, эвакуированъ съ санитарнымъ поѣздомъ. За 7 дней пере-  
вязанъ 2 раза.

Пост. 20-го Окт. Оскольчатый переломъ діафиза плеча. Оба  
отверстія заклеились. Ни инфильтратовъ, ни отека.

Вытяженіе по Vardenheuer'у. Активныя движенія.

Выб. 24-го Дек. Функціи руки близки къ нормѣ.

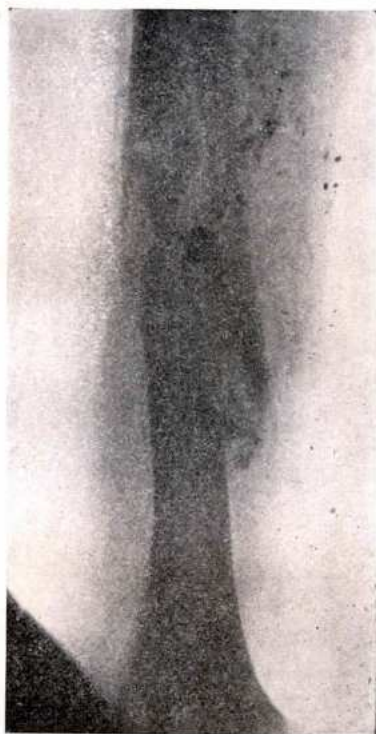


Рис. 46.

Переломъ плеча съ параличемъ лучевого  
нерва.

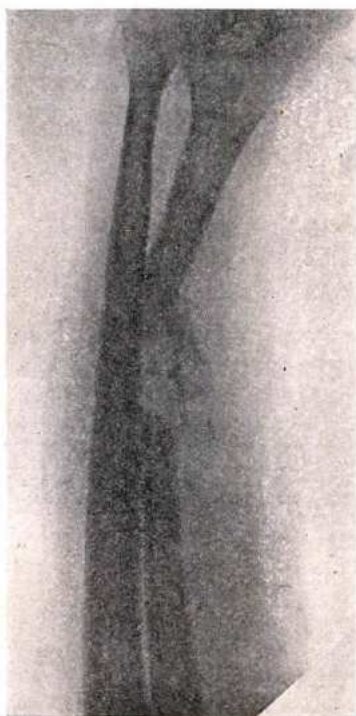


Рис. 47.

Переломъ лучевой кости съ образованіемъ  
севистра.

5. Ле — инѣ. Раненъ 13-го Авг. пулею на вылетъ черезъ лѣ-  
вое плечо. Непосредственно вслѣдъ за раненіемъ ручная кисть  
отвисла книзу. Перевязанъ санитаромъ часа черезъ 2. На первую  
перевязку попалъ только на 3-й день. Рука была смазана іодомъ,  
послѣ чего наложена крахмальная повязка, съ которою онъ и  
эвакуированъ въ Россію. Повязку сняли въ Черкассахъ (?), смазали  
кожу на плечѣ іодомъ и снова наложили крахмальную повязку;  
эту вторую повязку сняли уже въ Кіевѣ черезъ мѣсяць.

Пост. 26-го Сент. Довольно прочно, при удовлетворительной общей конфигурації діафіза, сращенный оскольчатый переломъ плечевой кости (рис. 46). Оба отверстия закрылись безъ малѣйшей реакціи. Параличъ (очевидно разрывъ) лучевого нерва.

Лѣчение ограничилось вытяженіемъ и активными движеніями плеча и предплечія. Отъ операции на травмированномъ нервномъ стволѣ отказался. Выб. 10-го Ноября.

6. Бо — яевъ. Раненъ 27-го Авг. шрапнелью въ правое предплечіе на вылетъ. Черезъ 5 час. былъ на перевязочномъ пунктѣ, гдѣ на руку наложена была крахмальная повязка. Съ нею доставленъ въ Бердичевъ. Здѣсь повязку сняли, смазали руку іодомъ и наложили гипсовую повязку, съ которою прибылъ въ Кіевъ и оставался здѣсь въ ней до 1-го Октября, послѣ чего рука оставлена въ косынкѣ.

Пост. 11-го Окт. Предплечіе деформировано; неправильно сращенный переломъ лучевой кости (рис. 47). Входное отверстие склеилось. На выходномъ отверстіи фистула: секвестръ. Послѣдній удаленъ. Гладкое заживленіе. Міогенная контрактура предплечія. Вытяженіе; движенія.

Выб. 18-го Дек. Движенія предплечія ограничены, супинація и пронація отсутствуютъ; движенія кисти и пальцевъ тоже замѣтно ограничены.

7. Жу — ель. Раненъ 2-го Сент. пулею въ лѣвое предплечіе на вылетъ въ поперечномъ направленіи въ моментъ, когда хотѣлъ приложить ружье для прицѣла. Черезъ 2 часа перевязанъ санитаромъ въ окопахъ, а черезъ 6 часовъ доставленъ въ дивизионный лазаретъ. Рука смазана іодомъ, сухо перевязана и уложена въ лубки. Черезъ 3 дня во Львовѣ снова смазали іодомъ и



Рис. 48.  
Къ исторіи болѣзни 7.

наложили гипсовую повязку, съ которою доѣхаль прямо до Харькова.

Пост. 11-го Сент. (въ отд. Лаз. при Мед.-мех. Инст.). Раздробленіе обѣихъ костей предплечія (рис. 48). Входное отверстіе на внутренней (радіальной) сторонѣ, а выходное на наружной (ульнарной); оба отверстія чисты.

Вытяженіе съ пластыремъ въ полусогнутомъ положеніи. Активныя движенія. Заживленіе прошло безъ реакціи.

Выб. 14-го Дек. Срощеніе прочное, но съ небольшою дефор-

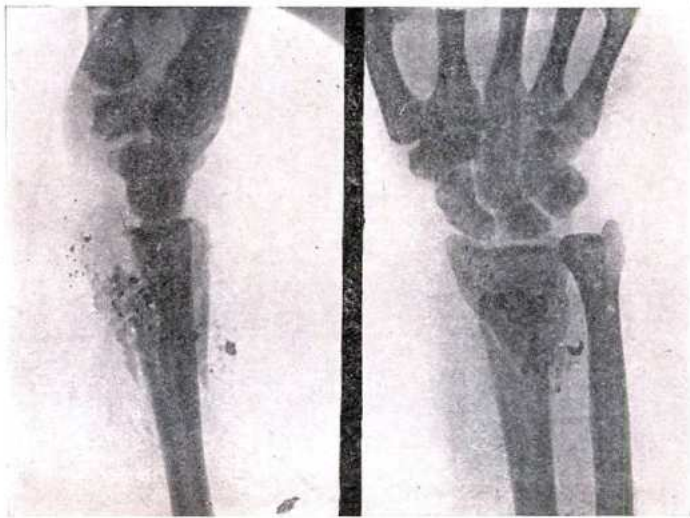


Рис. 49.

Косой переломъ нижняго конца лучевой кости

маціей. Подвижность предплечія (за исключеніемъ пронаціи) и кисти удовлетворительная.

8. Ру — ихъ. Ранень 19-го Сент. осколкомъ шрапнели въ лѣвое предплечіе. Съ помощью товарища перевязаль себѣ руку изъ „пакетика“. На перевязочномъ пунктѣ вечеромъ этой провизорной повязки не снимали, а дали ему косынку, съ которой онъ и былъ эвакуированъ въ Львовъ, гдѣ его тоже не перевязали, — а затѣмъ въ Броды. Здѣсь повязку сняли, смазали руку іодомъ и положили на нее марли, ваты и бинтъ, а потомъ съ прежней косынкой онъ черезъ 2 дня отправленъ черезъ Кіевъ въ Харьковъ. Въ дорогѣ ни разу не перевязывали.

Пост. 9-го Окт. Двѣ, покрывшіяся сухими струпьями, совершенно чистыя раны, величиной каждая въ серебряный пяточокъ, на передней и задней сторонѣ предплечія, выше лучезапястного сустава. Косой переломъ нижняго конца лучевой кости (см. рис. 49). Подвижность отломковъ, въ виду едва замѣтнаго смѣщенія ихъ, почти отсутствуетъ. Ни припухлости, ни инфильтратовъ.

Легкое вытяженіе. Активныя движенія.

Выб. 1-го Дек. съ вполне возстановившеюся подвижностью кисти. Пронація и супинація предплечія ограничены.



Рис. 50.

Срошеніе отломковъ первичною мозолью при переломѣ бедра.

9. Кир — кинь. Раненъ 13-го Авг. пулею въ лѣвое бедро на вылетъ. Перевязанъ санитарамъ въ полѣ; на слѣдующее утро перевязанъ въ госпиталѣ: смазали бедро іодомъ, обмотали марлей и ватой, а потомъ загипсовали всю ногу вмѣстѣ съ тазомъ. Въ такомъ видѣ эвакуированъ прямо въ Черкассы (?), гдѣ оставался въ теченіи двухъ недѣль. Повязка за это время не вскрывалась. Затѣмъ онъ былъ отправленъ въ Кіевъ; здѣсь повязка была снята и наложена новая гипсовая повязка „съ вытяженіемъ“ (?), кото-

рая не снималась недѣли 3. За 2 дня до эвакуаціи наложена опять сплошная гипсовая повязка, съ которою онъ и прибылъ въ Харьковъ.

Пост. 3-го Окт. Сухо, безъ реакціи, заклеившіяся входное и выходное отверстія. Неправильно срастающійся поперечный переломъ бедра (см. рис. 50) съ хорошою первичною мозолью.

Отъ какого бы то ни было редрессирующаго способа лѣченія наотрѣзь отказался.

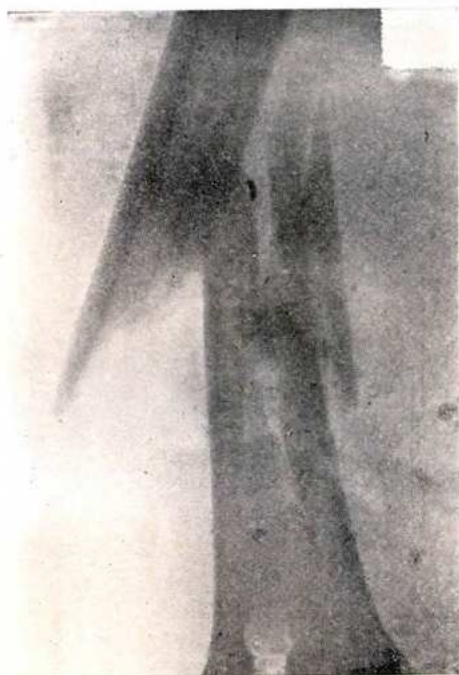


Рис. 51.  
Оскольчатый переломъ бедра.

Полежалъ съ мѣсяць на койкѣ, и когда мозоль достаточно окрѣпла, 4-го Ноября отправленъ въ Комиссію.

10. Су — новъ. Раненъ 27-го Авг. пулею на вылетъ въ правое бедро. Черезъ часъ перевязанъ санитарамъ и на носилкахъ отнесенъ въ полевой лазаретъ. Смазали бедро йодомъ, наложили гипсъ и отправили на санитарный поѣздъ. Черезъ недѣлю въ Бердичевѣ сняли повязку и на слѣдующій день наложили новую, съ которою

онъ послѣ 2-хъ дневной остановки въ Кіевѣ и доставленъ въ Харьковъ.

Пост. 8-го Сент. Входное отверстіе совершенно заклеилось; выходное слегка мокнетъ, но гнойныхъ выдѣлений нѣтъ. Оскольчатый переломъ прибл. по срединѣ діафиза бедра съ длинною продольною трещиною, идущею почти до мыщелковъ (рис. 51). Бедро по наружному виду сильно деформировано (саблевидно



Рис. 52.

Сращеніе переломаннаго бедра въ гипсовой повязкѣ.

изогнуто кнаружи), но нигдѣ въ предѣлахъ конечности не имѣется ни отековъ, ни слѣдовъ воспаленія.

.Вытяженіе по *Вardenheuer*'у въ полусогнутомъ положеніи: грузъ 25 и 15 ф.; боковыя вытяженія съ грузами по 6 ф. Активные движенія съ перваго дня.

Выб. 18-го Дек. Форма бедра возстановилась; контрольная рентгенограмма-же обнаружила небольшое стойкое боковое смѣщеніе нижняго отломка. Подвижность колѣна ограничена незначительно. Два мѣсяца еще долженъ пользоваться костылями во избѣжаніе вторичнаго искривленія бедра на мѣстѣ молодой окостенѣвающей мозоли.

11. Ос — чій. Раненъ 13-го Авг. двумя пулеметными пулями въ обѣ ноги. Сейчасъ-же доставленъ на перевязочный пунктъ, гдѣ обѣ ноги были „чѣмъ-то смазаны“ и забинтованы. Вечеромъ въ дивизионномъ лазаретѣ, не трогая этихъ повязокъ, на обѣ ноги наложили крахмальные бинты. Въ такомъ видѣ, безъ перевязки въ дорогѣ, онъ былъ доставленъ въ Проскуровъ (?). Здѣсь повязки сняты; раны сухо перевязаны, а на обѣ ноги наложены гипсовые повязки. До Харькова послѣднія не снимались.



Рис. 53.

Осколокъ шрапнели въ молодой костной мозоли.

Пост. 3-го Окт. На правой ногѣ неправильно сращенный переломъ діафиза бедра съ поразительно хорошо развитою мозолью (рис. 52). Обѣ ранки зклеились безъ реакціи. Нога укорочена на 4 сант. На лѣвой голени сквозная рана мягкихъ частей; кости не задѣты. Изъ выходного отверстія выдѣляется грязноватая сукровица; въ глубинѣ небольшой гнойничекъ, по вскрытіи котораго извлеченъ кусочекъ голенища.

Произведенъ въ наркозѣ искусственный переломъ бедра и примѣнено вытяженіе съ гвоздемъ Steinmann'a. Полусогнутое положеніе; активныя движенія со второго дня.

На 18-ый день гвоздь удаленъ; отломки стоятъ хорошо; примѣнено вытяженіе съ пластыремъ.

Выб. 21-го Дек. Форма бедра и длина конечности возстановились. Движенія голени ограничены градусовъ на 30—40.

12. Це — рикъ. Раненъ 6-го Окт. шрапнелью въ правое бедро. Пролежалъ ночь въ полѣ, на слѣдующее утро перевязанъ сани-



Рис. 54.

Шрапнельное раздробленіе бедра.

тарами и отнесенъ на перевязочный пунктъ, гдѣ ногу на-скоро уложили въ лубки, послѣ чего его съ поѣздомъ отправили въ Львовъ. Здѣсь наложена была гипсовая повязка; онъ пролежалъ 10 дней, а затѣмъ эвакуированъ въ Бердичевъ, гдѣ оставался въ теченіе недѣли, послѣ чего отправленъ въ Кіевъ. Здѣсь повязку сняли и замѣнили другой, тоже гипсовой. Черезъ 2 недѣли доставленъ въ Харьковъ.

Пост. 11-го Ноября. Имѣется два входныхъ и одно выходное отверстія; всѣ три зарубцевались. Неправильно сросщенный пере-

ломъ бедра (рис. 53) съ обширною первичною мозолью, въ которой сидитъ шрапнельный осколокъ.

Отъ всякаго лѣченія отказался. Переведень въ военный госпиталь.

13. Уль — ко. Ранень 23-го Окт. шрапнелью въ правое бедро. На слѣдующій день въ полевомъ лазаретѣ нога была за-гипсована. Повязка снята черезъ 8 дней въ Черкассахъ (?). Двое сутокъ нога полежала въ шинѣ, а затѣмъ наложена была крахмальная повязка съ лубкомъ. Въ такомъ видѣ черезъ 12 дней доставлень въ Харьковъ.

Пост. 17-го Ноября. Раздробленіе бедра по срединѣ (рис. 54); въ глубинѣ застряли осколки шрапнели. Входная рана совершенно закрылась. Имѣется слабое сращеніе. Бедро по наружному виду замѣтно деформировано. Нога укорочена на 5 сант.

Отъ какого-либо вмѣшательства отказался.

28-го Ноября переведень въ военный лазаретъ.



Рис. 55.  
Раздробленіе бедра пулею.

14. Со — инь Ранень 27-го Авг. пулею на вылетъ черезъ лѣвое бедро. Перевязанъ товарищемъ изъ „пакетика“. На слѣдующій день доставлень въ дивизионный лазаретъ. Поверхъ „пакетика“ наложена была сухая марля и вата, а нога увязана въ лубки. Эвакуированъ въ Броды. Здѣсь лубки сняты, наложенъ гипсъ, а черезъ 2—3 часа его отправили съ санитарнымъ поѣздомъ въ Волочискъ, гдѣ они простояли 3 дня, а затѣмъ проѣхали въ Кіевъ. Сняли гипсъ, наложили шину съ вытяженіемъ, а черезъ 10 дней снова уложили въ гипсъ и отправили въ Харьковъ.

Пост. 15-го Сент. Оба отверстия закрылись безъ реакціи сухими струпьями. Раздробленіе діафиза бедра по серединѣ, почти безъ признаковъ сращения (рис. 55). Нога укорочена на 4 сант.

Примѣнено вытяженіе по Vardenheuer'у въ полусогнутомъ положеніи. Со 2-го дня активныя движенія.



Рис. 56.

Сращенный въ гипсовой повязкѣ переломъ бедра съ укороченіемъ на 8 сант.

Выб. 7-го Дек. Длина конечности возстановилась (разница не больше 1 сант.). Конфигурація бедра на видѣ не измѣнена. Подвижность въ колѣнѣ почти нормальная.

15. Лу — шовъ (подпрапорщикъ). Раненъ 20-го Окт. двумя пулями въ оба бедра. Черезъ день правая нога (гдѣ имѣлся переломъ) была загипсована, а на лѣвую ногу наложена простая повязка. Въ теченіи первой недѣли онъ былъ въ 3-хъ госпиталяхъ, и каждый день, то въ госпиталѣ то въ санитарномъ поѣздѣ ему мѣняли эту повязку. Когда онъ прибылъ въ Бердичевъ, то обѣ раны на лѣвомъ бедрѣ гноились; въ нихъ были тампоны. А съ лѣвой ноги гипсъ не снимался. Въ Бердичевѣ ему сдѣланъ былъ

разрѣзь на лѣвомъ бедрѣ у выходного отверстія. Пробывъ въ Бердичевѣ около 10 дней, онъ эвакуированъ въ Кіевъ. Здѣсь ему сдѣланъ былъ еще одинъ разрѣзь у входного отверстія. А съ лѣвой ноги гипсъ былъ снятъ и наложенъ новый.

Пост. 15-го Ноября. На лѣвомъ бедрѣ имѣются два продольныхъ разрѣза, сообщающихся между собою довольно широкимъ ходомъ черезъ мышцы. Раны гноятся; гнойный процессъ на исходѣ, затековъ нѣтъ. Кость цѣла.



Рис. 57.

Тотъ-же случай послѣ вытяженія съ гвоздемъ

На правомъ бедрѣ входное и выходное отверстія склеились и покрылись сухими струпьями. Нога укорочена на восемь сант. Имѣется оскольчатый переломъ въ нижней трети. Вслѣдствіе мышечной ретракціи нижній отломокъ съ голенью настолько поднялся кверху, что колѣнная чашка уперлась въ остріе верхняго отломка (см. рис. 55). Между отломками уже наступило сращеніе. Колѣно почти неподвижно.

Больной, сдѣлавшій военную службу своею спеціальностью, убѣдительно проситъ исправить ему правую ногу. Въ виду имѣвшагося у него на лѣвой ногѣ нагноенія пришлось на нѣкоторое время отложить вмѣшательство.

27-го Ноября произведенъ искусственный переломъ праваго бедра, послѣ чего примѣнено вытяженіе съ гвоздемъ Steinmann'a. Лежа съ вытяженіемъ, больной усердно упражнялъ ногу активными движеніями. Гвоздь удаленъ на 22-ой день. Снятая въ этотъ день рентгенограмма (рис. 57) показываетъ достигнутое положеніе отломковъ. Получилось абсолютное возстановленіе длины конечности. Вслѣдъ за этимъ примѣнено вытяженіе съ пластыремъ.



Рис. 58.  
Раздробленіе голени.

Выб. 15-го Февр. Конфигурація бедра нормальная. Нога въ колѣнѣ свободно сгибается до угла въ 120—110 град. Несомнѣнно со временемъ этотъ уголъ уменьшится. Ему предписано по крайней мѣрѣ еще 2 мѣсяца не наступать на ногу, во избѣжаніе вторичнаго искривленія бедра на мѣстѣ не успѣвшей еще окостенѣть мозоли.

16. Ни — новъ. Раненъ 29-го Авг. пулею на вылетъ въ лѣвую голень. Его сейчасъ-же подобрали санитары, перевязали „пакетикомъ“ и доставили на перевязочный пунктъ, гдѣ ногу „облили іодомъ“, послѣ чего она уложена была въ лубки. На слѣдующій день лубки сняли въ полевомъ госпиталѣ, снова смазали ногу іодомъ,

и наложили крахмальную повязку до таза. Съ этою повязкою онъ на 8-я сутки прибылъ въ Кіевъ. Здѣсь повязку сняли, 3 дня оставили ногу въ деревянной (?) шинѣ, а потомъ загипсовали. Въ такомъ видѣ на 5-й день его отправили въ Харьковъ.

Пост. 15-го Сент. Раздробленіе обѣихъ костей голени безъ признаковъ сращенія (рис. 58). Обѣ ранки совершенно закрылись. Стопа сильно отечна, какъ и нижняя часть голени.

Вытяженіе по Vardenheuer'у въ полусогнутомъ положеніи. Активные движенія.

Въ концѣ Октября открылась фистула на внутренней сторонѣ голени. 3-го Ноября удаленъ секвестръ. Рана скоро закрылась.

Выб. 28-го Дек. Голень замѣтно деформирована. Стопа еще отечна, но свободно подвижна.

17. Че — левъ. Раненъ 11-го Окт. пулею въ нижнюю часть голени во время перебѣжки изъ окоповъ. Сгоряча наступилъ на поврежденную ногу, стопа „подвернулась“ и онъ упалъ. Черезъ 2 часа его перевязалъ раненый товарищъ изъ его „пакетика“. На перевязочный пунктъ онъ попалъ въ тотъ же вечеръ. Здѣсь ему смазали ногу йодомъ и наложили простую повязку. Черезъ 2 дня перевязанъ въ дивизионномъ лазаретѣ, гдѣ наложена была крахмальная повязка.

Пост. 22-го Окт. Двѣ чистыя, не инфицированныя раны. Громадный кровоподтекъ и подкожное кровоизліяніе надъ голенностопнымъ суставомъ. Вколоченный переломъ нижняго конца большеберцовой кости и оскольчатый переломъ малоберцовой (рис. 59). Вколачиваніе и рѣзкое отклоненіе нижнихъ отломковъ со стопою произошло очевидно въ моментъ, когда онъ ступилъ на ногу.

На кровавое вмѣшательство согласія на даль. Вытяженіе по Vardenheueg'y въ полусогнутомъ положеніи съ боковыми тягами стопы и голени. Случай до конца обошелся безъ инфекціи.

Выб. 30-го Дек. Въ виду нѣкоторой давности перелома и наличности вколоченности репозиція нижняго отломка удалась только въ малой степени: нижняя часть голени осталась немного искривленною, постановка стопы тѣмъ не менѣ довольно правильная и подвижность ея почти въ нормальныхъ предѣлахъ.



Рис. 59.  
Вколоченный переломъ голени.

## ЗАКЛЮЧЕНІЕ.

Нѣтъ нужды указывать на то широкое экономическое и социальное значеніе, которое пріобрѣтаетъ въ связи съ войной вопросъ о врачебной помощи раненымъ воинамъ.

Такъ какъ Государство заинтересовано въ томъ, чтобы послѣ войны возвращались домой по возможности здоровые и трудоспособные работники, и чтобы изъ общаго контингента раненыхъ въ концѣ концовъ получался возможно наименьшій процентъ инвалидовъ, то самъ собою возникаетъ вопросъ о необходимости такой организаціи врачебной помощи, при которой одновременно удовлетворялись-бы двѣ задачи: не только залѣчиваніе самого поврежденія, но и планомѣрное устраненіе тѣхъ причинъ, благодаря которымъ данное поврежденіе можетъ повлечь за собою увѣчіе и утрату трудоспособности.

Рѣчь здѣсь идетъ, разумѣется, главнымъ образомъ о раненіяхъ конечностей, и нѣтъ нужды указывать на то, что далеко не самое поврежденіе,—т. е. не раздробленіе кости, не травма сустава и не загноившаяся рана, какъ таковыя,—влекутъ за собою пониженіе трудоспособности; это послѣднее обуславливается тѣми функціональными дефектами, которыхъ намъ не удалось устранить у больного въ періодъ заживленія его поврежденія.

Опытъ учить насъ, что функціональныя разстройства на конечностяхъ въ большинствѣ случаевъ только тогда и поддаются устраненію, если противъ нихъ наши мѣропріятія направлены были уже во время лѣченія самого поврежденія. Устраненіе-же этихъ дефектовъ путемъ такъ наз. „долѣчиванія“ уже послѣ того, какъ лѣченіе поврежденія совершенно закончено, и когда между лѣченіемъ и долѣчиваніемъ сдѣланъ продолжительный перерывъ, обыкновенно не удается въ такой мѣрѣ, какъ это бываетъ при систематическомъ, нераздѣльномъ комбинированіи лѣченія съ долѣчиваніемъ. Наилучшіе результаты лѣченія поврежденій конечностей получаютъ при систематической комбинаціи анатомическаго и функціональнаго лѣченія.

А такъ какъ практическое примѣненіе этого принципа требуетъ совершенно спеціальной обстановки и спеціальныхъ условій

работы, которыя немислимы вблизи театра военных дѣйствій, то вполне понятно, что на передовые госпитали эти задачи возложены быть не могутъ.

Вотъ тутъ-то самую сутью вещей и создается рѣзкое раздѣленіе характера дѣятельности передовыхъ госпиталей и госпиталей далекаго тыла.

Обязанности перевязочныхъ пунктовъ и передовыхъ госпиталей сводятся къ выполнению двоякаго рода задачи: 1) къ оказанію неотложной хирургической помощи и 2) къ наиболѣе цѣлесообразной подготовкѣ раненаго для предстоящей эвакуаціи.

На этомъ ихъ задачи, собственно говоря, и кончаются. Лѣченіе поврежденія не должно производиться въ передовыхъ госпиталяхъ, гдѣ раненные, по условіямъ военной обстановки, не могутъ оставаться долго, и гдѣ персоналъ не въ состояніи удѣлять много времени каждому отдѣльному раненому.

Казуистическій матеріаль Лазарета Совѣта Съѣзда горнопромышленниковъ оказался вполне достаточнымъ для того, чтобы еще разъ подтвердить ту не оцѣнимую пользу, которая оказывалась нашимъ раненымъ при строго консервативномъ отношеніи къ ихъ раненіямъ при подачѣ первой хирургической помощи въ передовыхъ госпиталяхъ. Въ приведенныхъ въ отчетѣ выдержкахъ изъ исторій болѣзни имѣется рядъ случаевъ, гдѣ примитивное примѣненіе „пакетика“, или простая марлевая повязка съ однократнымъ смазываніемъ кожи іодомъ и непосредственное вслѣдъ за этимъ наложеніе на долгое время гипсовой повязки даже при тяжелыхъ раздробленіяхъ костей оказывались достаточными, чтобы эти случаи прибывали въ тыловые лазареты совершенно чистыми, безъ слѣдовъ инфекціи, какъ „закрытые“ переломы. Эти случаи многому могутъ насъ научить!

Если случай обошелся безъ гнойной инфекціи, — а это обнаруживается на 2-ой — 3-ій день, — то его необходимо по возможности сразу эвакуировать до того тыловаго лазарета, гдѣ онъ уже сможетъ остаться до полного своего излѣченія, не подвергаясь болѣе дальнѣйшимъ эвакуаціямъ.

Если-же на 2-ой или 3-ій день у не успѣвшаго еще далеко эвакуироваться съ передовыхъ позицій раненаго повышение температуры заставитъ заподозрить наличность инфекціи, то онъ долженъ быть высаженъ въ одномъ изъ госпиталей ближайшаго тыла, гдѣ онъ и подвергается показанному въ данномъ случаѣ хирургическому вмѣшательству, и уже по возможности не эвакуируется дальше, — по крайней мѣрѣ до тѣхъ поръ, пока не миновалъ острый періодъ инфекціи.

Систематическое соблюденіе высказанныхъ здѣсь условій, вѣроятно, въ значительной мѣрѣ уменьшило бы теперешній громадный процентъ случаевъ тяжелой инфекции въ лазаретахъ дальняго тыла. При этихъ условіяхъ сами собою создались-бы два разныхъ типа тыловыхъ лазаретовъ: 1) лазареты ближняго тыла для свѣжихъ, гнойно-инфицированныхъ случаевъ и 2) лазареты дальняго тыла для случаевъ чистыхъ.

Въ той и другой группѣ лазаретовъ лѣченіе даннаго поврежденія, разумѣется, должно имѣть конечною цѣлью по возможности полное возстановленіе функцій поврежденной части. Въ лазаретахъ дальняго тыла со случаями чистыми, не инфицированными, это достигается проще; въ лазаретахъ-же, ближе расположенныхъ къ театру военныхъ дѣйствій, задача эта сложнѣе, ибо приходится бороться еще и съ самимъ гнойнымъ процессомъ.

И въ томъ, и въ другомъ случаѣ директивною при лѣченіи огнестрѣльнаго поврежденія конечности должны служить тѣ-же принципы, которыми мы руководствуемся при лѣченіи поврежденія, вызваннаго всякимъ инымъ внѣшнимъ насиліемъ. Мы должны сочетать лѣченіе анатомическое съ лѣченіемъ функциональнымъ.

Способы эти указаны были въ первой части отчета, они свободно примѣнимы въ любомъ госпиталѣ и любомъ лазаретѣ при мирной обстановкѣ. Для ихъ систематическаго примѣненія требуется лишь достаточный и спеціально подготовленный персоналъ, знакомый съ техникою вытяженія, подвѣшиванія, массажа, примѣненія суховоздушныхъ ваннъ, и хорошо усвоившій себѣ методы функциональнаго лѣченія, т. е. примѣненія систематическихъ упражненій активными движеніями.

Въ теперешнія времена лѣченіе закрытыхъ переломовъ не должно ограничиваться наложеніемъ той или иной неподвижной повязки съ послѣдующимъ предоставленіемъ больного самому себѣ на продолжительное время; точно такъ-же, какъ и лѣченіе гнойныхъ ранъ, флегмонъ и открытыхъ переломовъ на конечностяхъ не должно ограничиваться однѣми только ежедневными перевязками. Современное ученіе о переломахъ, современная хирургія поврежденій предъявляютъ къ намъ, врачамъ, болѣе сложныя требованія.

Мы должны лѣчить конечность, а не поврежденіе, должны стараться возстановить не только ея форму, но и свободную подвижность ея отдѣльныхъ частей, такъ какъ именно въ стойкомъ ограниченіи этой послѣдней и кроется причина инвалидности пострадавашаго.

*К. Вегнеръ.*

## ОГЛАВЛЕНІЕ.

---

Отъ Совѣта Съѣзда . . . . .	стр.	1
Общій обзоръ методовъ лѣченія, примѣнявшихся въ лазаретѣ С. С. Г. . . . .	„	3
Лѣченіе флегмонъ . . . . .	„	11
Лѣченіе переломовъ . . . . .	„	14
Способъ Steinmann'a . . . . .	„	26
Лѣченіе контрактуръ . . . . .	„	31
Огнестрѣльные раненія нервной системы. Д-ра А. І. Геймановича . . . . .	„	38
Обзоръ клиническаго матеріала . . . . .	„	52
Краткія выдержки изъ исторій болѣзни . . . . .	„	55
Группа I. Контрактуры . . . . .	„	56
Группа II. Гнойно-инфицированныя поврежденія . . . . .	„	75
Группа III. Случаи безъ инфекціи . . . . .	„	96
Заключеніе . . . . .	„	112

---

