

В. Ф. Ясенецкий-Войно

ОТЧЁТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПЕРЕСЛАВСКОЙ ЗЕМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
ЗА 1912 И 1913 ГОДЫ

Москва 2014

ББК 51.1г(2Рос-4Яр)
Я 80



Издание подготовлено ПКИ — Переславской Краеведческой Инициативой.

Редактор А. Ю. Фоменко.

Печатается по: *Ясенецкий-Войно, В. Ф.* Отчёт о деятельности
Переславской земской больницы за 1912 и 1913 годы / В. Ф. Ясенецкий-Войно. —
Владимир: Типография губернской земской управы, 1914.

Ясенецкий-Войно В. Ф.
Я 80 Отчёт о деятельности Переславской земской боль-
ницы за 1912 и 1913 годы / В. Ф. Ясенецкий-Войно. —
М.: MelanarЁ, 2014. — 113 с.

Общая статистика, нужды больницы, перечень операций и от-
дельные истории болезни приведены в этом отчёте. Показана широ-
кая картина земской медицины с практической стороны.

ББК 51.1г(2Рос-4Яр)

© MelanarЁ, 2014.

Общая часть

Движение стационарных больных за 1912 и 1913 годы представлено в следующей таблице: с. 3

	1912 год			1913 год		
	Хирургич. отдел.	Терапевт. отдел.	Всего	Хирургич. отдел.	Терапевт. отдел.	Всего
Состояло больных к 1 января	27	29	56	25	26	51
Поступило	424	602	1026	502	754	1256
Выписалось	405	523	928	482	707	1189
Умерло	21	43	64	22	37	59
Осталось к 1 января	25	26	51	23	35	58
Число больничных дней	9 329	9 121	18 513	9 379	9 916	19 295
Средняя продолжительность пребывания одного больного	20,8 дней	15	—	17,8 дней	12,75	—
Среднее число ежедневно занятых кроватей	25,7	25	50,7	25,7	27,1	52,8

В 1912 году по сравнению с 1911 годом число больных уменьшилось на 102 (на 53 в хирургическом отделении и на 49 в терапевтическом). Однако число больничных дней увеличилось на 1 115, увеличилось и среднее число ежедневно занятых кроватей: в 1911 году 49, в 1912 году 50,7. Уменьшение числа больных терапевтического отделения объясняется двумя причинами: во-первых, отделение ремонтировалось со 2 октября по 17 декабря, вследствие чего приходилось многим больным отказывать в приёме; во-вторых, не было больших эпидемий, которые в 1911 году давали порядочное число коечных больных — так например брюшной тиф в 1911 году дал 41 коечного больного, а в 1912 всего 17, скарлатина 51 и 16.

Что касается хирургического отделения, то, хотя количество стационарных больных уменьшилось на 53, однако отделение было переполнено ещё больше, чем в предыдущем году: число больничных дней увеличилось на 322, среднее число ежедневно занятых кроватей с 25 увеличилось до 25,7. Объясняется это увеличением средней продолжительности пребывания одного больного в отделении: в 1912 году она равнялась 20,8, в 1911 же году была 18; это увеличение, в свою очередь, зависело от двух причин: увеличения числа больных, требовавших весьма длительного лечения и уменьшением числа глазных больных, недолго остающихся в больнице. с. 4

Постоянное переполнение хирургического отделения, часто не уменьшающееся даже в летние месяцы, в значительной степени зависит от большого числа глазных больных, а между тем из этих больных принимаются почти исключительно нуждающиеся в оперативном лечении, большое же количество серьёзных глазных больных, безусловно нуждающихся в больничном лечении, вынуждено лечиться амбулаторно или вовсе не лечиться за невозможностью приезжать издалека каждый день. Нужда эта особенно сильна бывает летом, в рабочее время, и немало глаз пропадает в это время только вследствие того, что приходится отказывать больным в стационарном лечении.

Удовлетворить эту важную потребность можно было бы, предназначив для глазных больных те две палаты в здании терапевтического отделения, которые освободились после перевода аптеки в здание новой амбулатории. Вместе с тем в эти палаты можно было бы переводить после операции и некоторых глазных больных из хирургического отделения и тем уменьшить переполнение последнего.

Не менее неотложна, не менее важна потребность в отделении для венерических больных, и особенно сифилитиков, для которых на весь уезд нет до сих пор ни одной кровати. Тяжкое сознание своей беспомощности, своей ответственности приходится испытывать нам, врачам, давая на дом ртутные втирания покрытому заразительными мокнущими папулами невежественному больному, которого так важно, так необходимо изолировать, которого так быстро и верно можно было бы вылечить внутривенным вливанием сальварсана. И при малейшей возможности мы вынуждены, в нарушение всех правил, принимать таких несчастных больных в наш крошечный заразный барак, класть их в соседней комнатке с больными скарлатиной или дифтеритом детьми! Это надо изменить, в таком положении нельзя оставлять имевших несчастье заболеть сифилисом, так как каждому земскому врачу известно, что амбулаторное лечение сифилитиков никогда не доводится до конца.

Необходимо также иметь при Переславской больнице родильное отделение, которое ведь признаётся необходимой составной частью всякой участковой лечебницы. Если необходимо родильное отделение в Нагорьевской и Талинской больницах, то, конечно, по тем же самым соображениям необходимо оно и в Переславской больнице, и ещё более необходимо, так как нельзя отказать в приёме беременной арестантке, городской прислуге, бесприютной городской жительнице, прохожей женщине.

с. 5 В Переславской больнице сплошь и рядом врачам приходится иметь дело с самыми трудными в диагностическом и лечебном отношении больными, в ней делаются самые ответственные и самые опасные операции, как, например, операции на мозгу, почках, желчных путях, и это обязывает иметь в больнице все те диагностические и технические средства, которые необходимы для возможно точного распознавания болезней и возможно более безопасного производства операций.

И в этом отношении с большой остротой даёт себя чувствовать потребность в рентгеновском аппарате и в электрической энергии для освещения операционной и целого ряда электро-диагностических и электро-лечебных приборов.

Исследование рентгеновскими лучами давно уже стало делом первой необходимости не только в хирургии, но и при распознавании внутренних болезней; оно до такой степени вошло уже во всеобщее употребление, что даже элементарные учебники по хирургии пестрят рентгеновскими снимками, составляющими чуть ли не большую часть иллюстраций; и обходиться одними старыми методами исследования в наше время столь же странно, как ездить на перекладных или читать при сальных свечах. Благодаря рентгенографии, диагностика болезней костей и суставов стала совершенно неузнаваемой: оказываются вовсе нередкими переломы и вывихи мелких костей стопы и кисти, которые прежде распознавались лишь в исключительно редких случаях; какое-нибудь глубоко расположенное разражение кости объясняет упорные боли в стопе или в другом месте, и становится возможным оперативное лечение; рентгенограмма сплошь и рядом легко решает очень трудный и крайне важный вопрос о том, ампутировать ли конечность или лечить её консервативно, если перед нами опухоль в кости, которая может быть злокачественным новообразованием, хроническим костным нарывом или сифилитическим поражением кости; а теперь, без рентгеновского аппарата, нам приходится делать в таких случаях диагностический разрез, который оказывается крайне вредным для больного в том случае, если мы наталкиваемся на злокачественную саркому.

Контроль вправления и фиксации отломков при переломах костей крайне важен для успешного лечения их, а наши примитивные методы очень нередко дают столь неважные результаты, что перелом костей предплечья, плеча, например, делает больного на всю жизнь наполовину калекой.

с. 6 Огромное значение приобрела рентгенография и при распознавании болезней желудка, кишок, почек, лёгких, сердца и сосудов. Ясно и точно распознаются изменения положения и формы желудка, новообразования, нередко и язвы его, ясно видны движения желудка; точно распознаются смещения и сужения кишок, часто долго не проявляющиеся ясными симптомами; прекрасно видны камни почек и мочеточников; точно определяются нарывы и новообразования в лёгких, гангренозные очаги, туберкулёзные каверны и инфильтрации в них, аневризмы аорты, форма, величина и положение сердца, изменение в кровеносных сосудах. Всем понятно значение рентгеновского исследования для определения самых разнообразных инородных тел; без такого исследования определить, например, где находится проглоченное инородное тело, если оно прошло через пищевод, и вовсе невозможно; определение инородных тел пищевода при помощи зонда, нередко очень опасное, без всякой

опасности и гораздо точнее производится при помощи просвечивания рентгеновскими лучами. Уже этих беглых указаний достаточно, чтобы выяснить огромное значение рентгеновского аппарата для диагностики; но этим не ограничивается его значение: очень велика и его роль в деле лечения, и область лечебного применения его всё расширяется. Очень большое значение имеет рентгеновский аппарат для лечения хирургического туберкулёза, и особенно туберкулёза лимфатических желёз. Бугорчатка шейных желёз, так часто встречающаяся, требовавшая до сих пор очень тяжёлых, трудных и опасных операций и дававшая после них сплошь и рядом возвраты, блестяще излечивается в несколько сеансов рентгеновскими лучами; прекрасные результаты даёт нередко рентгенотерапия и при туберкулёзном перитоните, бугорчатке кожи, костей; очень велико значение её при запущенных злокачественных новообразованиях, при лейкозании. Крайне мучительная болезнь волосистой части головы, парша, в сущности неизлечимая даже при выдёргивании волос в течение целого года, лечению, на которое способны лишь очень немногие больные, очень быстро и вполне излечивается после нескольких сеансов освещения рентгеновскими лучами. Видное место занимает в последнее время рентгенотерапия и в гинекологии, при лечении миом матки. И в эти, столь многочисленные, блага стоят так недорого: всего 1 200—1 500 рублей.

Электрическое освещение операционной тоже не является предметом роскоши, как может показаться на первый взгляд: освещение операционной керосиновыми или спиртовыми лампами подвергает большой опасности оперируемого больного и всех участников операции, так как от соединения паров хлороформа с газообразными продуктами горения керосина и спирта образуется очень ядовитый газ, хлорокись углерода, белые пары которого наполняют всю операционную, вызывают очень быстро у находящихся в ней тяжёлую головную боль, кашель, обмороки, а иногда и смерть больного; симптомы отравления и обмороки у помощников, тяжёлое ухудшение состояния больного приходилось наблюдать и мне самому, а случаев смерти от отравления известно уже довольно много в литературе. Электрическое освещение есть единственное, при котором можно оперировать без опасности отравления хлорокисью углерода; и помимо этого оно имеет очень важные преимущества при операциях: чистота осветительных приборов, яркость света, возможность непосредственного направления света в рану ручными лампами и передвижными лампами на штативах.

с. 7

Столь пространное изложение нужд больницы я закончу, как и в прошлом году, упоминанием о необходимости осуществления большого и дорого стоящего дела — рациональной ассенизации больницы, дела, требующего подробного обсуждения с санитарной и технической стороны.

В 1913 году была закончена постройка нового заразного барака на 16 кроватей и двухэтажного каменного здания для прачечной и дезинфекционной камеры. Летом 1912 года из терапевтического отделения были переведены в построенное новое каменное здание аптека и амбулатория, и благодаря этому явилась возможность лучше обставить терапевтическое отделение.

Из бывшей ожидальной сделана столовая для больных, одна из приёмных врачей превращена в палату для привилегированных больных имени Л. В. Выходцева, в другой устроен кабинет врача и лаборатория; здесь же исследуются больные, делаются промывания желудка, вливания сальварсана и прочие манипуляции, которые неудобно проделывать в палатах. Две комнаты, занятые прежде аптекой, служат теперь запасными помещениями при переполнении отделения. За отчётное время в терапевтическом отделении произведён основательный ремонт, часть кроватей заменена отличными новыми кроватями с пружинными сетками.

Врач, заведующий Переславской больницей
В. Ф. Ясенецкий-Войно.

Специальная часть.

Отчёт по хирургическому отделению

Движение больных хирургического отделения приведено уже в общей части.
По месту жительства больные распределялись так:

	1912 г.	1913 г.
Гор. Переславль	67	64
Переславская волость	93	100
Глебовская	49	66
Петровская	38	44
Елизаровская	35	40
Погостовская	33	26
Копнинская	31	25
Смоленская	27	26
Нагорская	16	6
Загорская	8	7
Половецкая	15	16
Вишняковская	16	23
Хмельниковская	7	18
Хребтовская	4	6
Федорцевская	4	8
Иноуездных	8	15

В условиях работы не произошло никаких изменений по сравнению с 1911 годом: количество персонала оставалось таким же, и всё, что касается оперативной техники, осталось в том же виде, как это было описано мною в отчёте за 1911 год; только значительно чаще применялась регионарная анестезия, дававшая блестящие результаты, и все операции, за исключением экстракций катаракт и иридэктомий, производились в толстых резиновых перчатках.

Пояснения требует только особый метод операций свежих случаев водянки яичка. Этот способ, упоминаемый ниже в нескольких историях болезней, выработан мною пока и ещё нигде не описан. Он основан на принципе аутосеротерапии и состоит в подкожном разрезе оболочек яичка катарактальным ножом Graefe. Через этот разрез жидкость вытекает в рыхлую клетчатку мошонки и там всасывается. По чрезвычайной простоте своей этот способ мог бы иметь немалое значение, если бы оказался верным, но те немногие успешные случаи его применения, которые ниже описаны, не дают пока права вывести определённое заключение об его ценности.

Ниже приводится таблица операций, произведённых в 1912 и 1913 годах. Из числа их довольно значительная часть небольших операций произведена врачами С. Д. Михневич и В. С. Ивановым под моим руководством, а из числа операций 1913 года около 30 произведено доктором медицины Ф. Г. Буткевичем, замещавшим меня во время отпуска; к числу их относятся, между прочим, закрытие дефекта черепа пересадкой рёбер и операция Ruotte при асците.

Операции на голове

	1912	1913
Трепанация черепа при эпилепсии	1	—
Краниотомия при опухолях мозга	—	3
Декомпрессивная трепанация по Cushing'у	—	1
Закрытие дефекта черепа свободной пересадкой рёбер	—	1
Удаление секвестра черепа, вскрытие мозгового абсцесса	—	1
Débridement при переломе черепа	1	—
Радикальная операция среднего уха	4	—
Трепанация сосцевидного отростка	—	1
Трепанация сосцевидного отростка и черепа, вскрытие S-образной пазухи	—	1
Операция эмпиемы решётчатой кости	—	1
Резекция нижней челюсти	1	1
Операция при рубцовом сведении челюстей	1	—
Секвестротомия на нижней челюсти	2	2
Выкручивание нижнеглазничного нерва по Thiersch'у	1	—
Выкручивание язычного нерва по Thiersch'у	1	—
Вспрыскивание спирта к местам выхода из черепа 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва	2	—
Удаление доброкачественных новообразований и кист	9	3
Удаление злокачественных новообразований голова и лица с пластикой и без неё	12	8
Удаление рака полости рта и глотки	2	2
носоглоточного полипа	1	—
туберкулёзных очагов	—	2
аденоидов носоглотки	1	2
гипертрофированных миндалин	—	1
Операция кисты верхней челюсти	1	—
Операция при бугорчатке околоушной железы	—	1
Вырезывание волчанки с пластикой	2	1
Костный шов нижней челюсти	—	1
Пластика при рубцовом сужении рта	—	1
Пластика при дефекте нижней губы	—	2
Пластика щеки	1	—
Зашивание заячьей губы	1	—
Выскабливание кариозного слухового прохода	—	1
Пересадка кожи	—	3
Зашивание ран	1	2
Разрезы	4	3
Всего	49	45

Глазные операции

Экстракция катаракты	11	23
Дисцизия	1	2
Иридэктомия	10	8
Удаление стафиломы	—	1
Разрез роговицы	11	8
Прокол и прижигание роговицы	6	6
Удаление крыловидной пленки	1	1
Пересадка слизистой оболочки при завороте век	12	20
Операция Snellen'a при завороте век	1	—
Операция Spencer Watson'a при Trichiasis	—	2
Кантопластика	1	—
Сшивание сухожилия мышцы, поднимающей веко	1	—
Вылущение слёзного мешка	7	17
Разрез при флегмоне слёзного мешка	1	1

Энуклеация глаза	2	6
Удаление новообразования под конъюнктивой	—	1
Татуировка роговицы	—	1
Всего	65	97

Операции на шее

Трахеотомия верхняя и нижняя	2	1
Иссечение зоба	1	2
Удаление туберкулёзных желёз	6	4
Удаление гуммозной опухоли	1	—
Выскабливание туберкулёзных желёз	1	2
Пластическое закрытие дефекта	—	1
Удаление злокачественных новообразований	—	4
Удаление доброкачественных новообразований	—	1
Разрезы	2	—
Всего	13	15

Операции на груди и позвоночнике

Торакопластика по Schede	—	1
Вскрытие полости плевры с резекцией ребра	—	8
Сифонный дренаж по Bülow	—	1
Débridement раны, резекция ребра	—	1
Резекция ребра при бугорчатке его	—	1
Удаление доброкачественных новообразований	2	2
Удаление саркомы грудной стланки	1	—
Удаление туберкулёзных очагов	—	2
Операция рака грудной железы по Kocher'у	—	3
Вскрытие абсцесса при остеомиелите позвоночника	—	1
Разрезы	5	5
Всего	8	25

Операции на животе

Чревосечение при гнойном перитоните	3	4
при туберкулёзном перитоните	1	1
при прободении язвы желудка	1	—
при непроходимости кишок	2	5
при колотой ране живота	1	1
при сращениях	—	1
пробное	3	4
чресплевральное при абсцессе печени	1	—
Резекция желудка по Kocher'у	—	4
Гастроэнтеростомия по Hacker'у	3	5
Гастроэнтеростомия по Wölfer-Braun'у	—	1
Гастростомия по Witzel'ю и Kader'у	2	3
Gastrolysis	—	1
Пришивание желудка по Rovsing'у	—	2
Пришивание подвижной слепой кишки	—	2
Энтероанастомоз	1	1
Резекция тонкой кишки	—	1
Резекция слепой и восходящей ободочной кишки	1	—
Удаление червеобразного отростка	1	4
Вскрытие субдиафрагмального абсцесса	—	1
Вскрытие перитифлитического абсцесса	1	—
Образование кишечного свища	1	—
Зашивание	—	1
Удаление желчного пузыря	—	2

Вскрытие общего желчного протока и дренаж его	1	1
Удаление почки	—	1
Нефротомия	1	2
Пиэлотомия	—	1
Пришивание подвижной почки	1	1
Удаление селезёнки	—	1
Операция Ruotte при асците	—	1
Операция свободных паховых грыж по Bassini и Girard'у	16	27
бедренных грыж по Bassini и Girard'у	2	2
паховых грыж с пересадкой фасции	—	3
пупочных грыж с пересадкой фасции	—	3
надчревных грыж	2	4
послеоперационной грыжи	1	—
Операция ущемлённой паховой грыжи	1	—
бедренной грыжи	1	—
Вырезывание туберкулёзного очага	1	—
Вскрытие глубоких флегмон	4	6
Зашивание ран	—	2
Всего	55	96

Операции на тазе

Удаление кисты яичника	1	4
Удаление миоматозной матки чревосечением	1	—
Удаление матки через влагалище	—	1
Брюшная операция при раке матки	—	1
Кесарское сечение	1	1
Перевязка v. hypogastricae при пиэмии	—	1
Вентрофиксация матки	—	3
Вентрофиксация матки, пришивание желудка, сшивание прямых мышц	—	1
Внутрибрюшинное укорочение маточных связок	—	1
Операция Alexander-Adams'a	1	1
Зашивание пузырно-влагалищного свища	3	2
Ампутация шейки матки, восстановление промежности	—	3
Пластика влагалища и промежности при выпадениях	4	4
Пластическое восстановление промежности	2	2
Дисцизия шейки матки	1	—
Операция при разрыве промежности и выпадении прямой кишки и влагалища	—	1
Выскабливание матки	5	25
Ручное удаление последа	3	1
Удаление остатков выкидыша	2	—
Удаление полипа женской уретры	1	—
Прободение головки плода	—	2
Удаление предстательной железы через пузырь	3	—
Цистостомия	2	1
Цистостомия и наружная уретротомия	1	—
Кастрация	1	1
Ампутация полового члена	1	—
Операция при разрыве уретры	—	1
Операция перiorхита по Winkelmann'у	1	4
Операция перiorхита по Volkmann'у	1	—
Подкожный разрез hydro- и funiculocеле	1	1
Разрез кавернозных тел при приапизме	—	1
Разрез крайней плоти при фимозе	2	—
Ампутация прямой кишки крестцовым путём	—	1
Операция геморроя по Whitehead'у	1	1
Вырезывание геморройных шишек и операция выпадения прямой кишки по Thiersch'у	—	1

Перевязка геморройных шишек	—	1
Прижигание трещин и язв заднего прохода	1	1
Удаление полипа прямой кишки	—	1
Разрезы	3	2
Зашивание ран	2	—
Всего	47	71

Операции на верхней конечности

Экзартикуляция плеча	—	1
Резекция лучезапястного сустава	1	1
Костный шов	1	2
Вправление вывихов плеча	5	2
Вылущение и ампутация пальцев	10	5
Секвестротомия	1	1
Иссечение сухожильных влагалищ	1	1
Удаление туберкулёзных подмышечных желёз	3	—
туберкулёзных очагов	1	—
доброкачественной опухоли	1	1
гигромы и ganglion	—	2
Сшивание сухожилий	1	1
Сшивание мышц и нервов	—	1
Перевязка локтевой артерии	1	—
Выскабливание костей	2	4
Разрезы	9	8
Зашивание ран	—	1
Всего	37	31

Операции на нижней конечности

Вырезывание v. saphenae magnaе	4	2
Перевязка v. saphenae magnaе	5	—
Костный шов	2	1
Резекция коленного сустава	1	1
Артротомия	6	1
Ампутация бедра	1	1
Ампутация голени	—	2
Ампутация плюсневых костей	1	1
Операция Lisfranc'a	—	1
Вылущение пальца	1	—
Вправление вывихов бедра	—	2
Вправление вывихов стопы	—	2
Секвестротомия	6	3
Вскрытие костномозгового канала	1	2
Débridement при осложнённом переломе	1	—
Удаление паховых желёз	1	1
гигромы и ganglion	2	2
туберкулёзных очагов	7	3
доброкачественных опухолей	2	2
злокачественных опухолей	—	1
дробин	1	—
Иссечение сухожильных влагалищ	1	—
Удлинение Ахиллова сухожилия	1	—
Сшивание	—	1
Поправка культи при амелии	1	—
Пересадка кожи по Thiersch'y и Krause	3	1
Пересадка кожи лоскутная	2	—
Вырезывание рубца, пластика	1	1

Выпрямление контрактур суставов	6	1
Выскабливание костей	1	4
свищей и язв	2	2
и выжигание волчанки	1	—
Промывание коленного сустава	1	2
Промывание натёчного абсцесса	1	1
Разрезы	15	10
Зашивание ран	1	—
Всего	79	44
Всех операций	353	424

Способы анестезии

Хлороформный наркоз	27	16
Эфирный наркоз	31	52
Хлороформно-эфирный	37	46
Бром-этиловый	10	14
Aetherrhausch	1	11
Регионарная анестезия	55	46
Местная анестезия	132	158
Местная анестезия и скополамин-морфий	1	—
Амбулаторных операций в 1912 году сделано	496	
Амбулаторных операций в 1913 году сделано		693

В числе их следующие:

Впрыскивание спирта к месту выхода из черепа 2-й ветви тройничного нерва	1
Пересадка слизистой оболочки при завороте века	1
Вылущение слёзного мешка	2
Удаление новообразований, язв, рубцов	62
аденоидов носоглотки	70
гипертрофированных миндалин	14
носовых полипов	32
ушных	33
носовых раковин	4
инородных тел	55
вросшего ногтя	8
Вылущение пальцев	4
Вправление вывихов	4
Перевязка артерий	2
Прокол барабанной перепонки	1
Выскабливание язв	1
Впрыскивание спирта к верхнему гортанному нерву	7
Разрез роговицы	2
Прокол и прижигание роговицы	28
Удаление крыловидной плевы	1
Расщепление слёзных канальцев	19
Вырезывание и выскабливание chalazion	8

При амбулаторных операциях применены:

Бром-этиловый наркоз	11 раз.
Эфирный	1 раз.
Aetherrhausch	4 раз.
Регионарная анестезия	60 раз.
Местная (инфильтрационная)	237 раз.

Остальные операции сделаны при замораживании хлор-этиленом или без анестезии.

Ниже приводятся 214 историй болезней из общего числа их 978 за отчётное время. Выбраны лишь те случаи, которые представляют больший интерес.

Болезни головы

1. Перелом черепа, повреждение мозга.

Фёдор П. 8 лет, кр. д. Рыкова, Половецкой волости. 22/VI—24/VI 1912 г.

Накануне поступления в больницу получил удар в лоб копытом лошади. Лоскутная рана длиной в 5 см над левой бровью, сильно загрязнённая приложенным для остановки кровотечения навозом. Оскольчатый перелом лобной кости с вдавлением отломков, пульсацией и истечением мозговой кашицы, в ране гной. Операция 24 июня под эфирным наркозом. Расширена очищенная при предварительных перевязках рана, удалён долотом край костей, мешавших удалению двух свободных отломков; по удалении последних найден разрыв твёрдой мозговой оболочки величиною около 1 см и повреждение мозговой коры под ним. При расширении раны твёрдой мозговой оболочки ранен продольный венозный синус, и сильное кровотечение с трудом, но вполне остановлено перевязкой синуса. Введён марлевый тампон к мозгу и рана частично сшита. Наркоз и операцию ребёнок перенёс хорошо, после операции чувствовал себя хорошо, но в 6,5 часов вечера внезапно умер. Повязка нисколько не пропиталась кровью. Вскрытия нельзя было сделать.

2. Повреждение черепа, абсцесс мозга.

Михаил Щ. 66 лет, кр. с. Нового, Глебовской волости, 15/II—1/IV 1913 г.

Поступил на следующий день после поранений, причинённых ему в драке. При поступлении найдено следующее: в правой теменной области имеется рвано-ушибленная рана покровов вплоть до кости, обнаруженной на поверхности около 4×5 см вследствие расхождения раны покровов. На обнаруженной кости черепа видна небольшая трещина; вдавления не наблюдается. Помимо этого на коже черепа имеются 4 небольшие (1—2 см длиной) рвано-ушибленные раны. Вокруг правого глаза значительный кровоподтёк. Других повреждений обнаружено не было. Расстройство движения при поступлении не было. Температура была нормальной. Лечение влажными повязками. При дальнейшем пребывании у больного стали обнаруживаться признаки постепенно развивающегося паралича левой руки и левой ноги, а также и левого лицевого нерва. Температура стала подниматься и приняла характер нагноительный. Общее состояние стало ухудшаться, речь стала несколько вялой.

Ввиду этого:

14/III. Под местным обезболиванием была произведена трепанация черепа. На месте трещины, наблюдавшейся при поступлении, развилась демаркационная линия; такая же линейная грануляционная полоска обозначилась и в заднем углу раны. Поэтому кость была легко удалена. Немедленно после извлечения секвестрировавшегося участка теменной кости выделилось около столовой ложки гноя, скопившегося между костью и твёрдой мозговой оболочкой. В последней обнаружено небольшое отверстие, откуда выделялся под давлением гной. Поэтому отверстие в твёрдой мозговой оболочке расширено; оказалось, что гной идёт из полости, находящейся в самом мозговом веществе. Туда введена полоска стерилизованной марли, вся рана выполнена марлей, наложена асептическая повязка. После операции общее состояние больного не улучшилось; явления паралича не исчезли. Температура не понизилась.

18/III. Удалены турунды. Из раны выпирает участок мозга через щель в твёрдой мозговой оболочке.

23/III. Развивается слабость; речь невнятная, затруднённая. Общее состояние крайне апатичное. Температура около 39°.

28/III. Состояние больного неизменно ухудшается; сознание становится затемнённым.

На спине и крестце пролежни.

1/IV. Скончался.

Вскрытие показало: размягчение мозга в окружности дефекта кости и гнойные лимфангоиты сосудов мягкой мозговой оболочки по средней линии и снаружи от абсцесса в мозговом веществе. В сердце явления хронического миокардита.

3. Перелом черепа.

Сергей К. 12 лет, кр. с. Ефимьева, Петровской волости, 25/III—6/IV 1912 г.

Вечером 24 марта мальчик получил удар поленом по голове. Удар пришёлся по меховой шапке над лобной костью. Приблизительно через минуту после удара мальчик потерял сознание и доставлен домой с сильным кровотечением из носа и рта и кровоизлиянием

в левое верхнее веко; в течение ночи появилось кровоизлияние в правом верхнем веке, припухлость левого века увеличилась, была многократная рвота и больной находился в полубессознательном состоянии. При осмотре на дому в 4 часа дня 25 марта больной был в сознании, на лбу довольно значительная припухлость, в обоих верхних веках большие кровоподтёки; левый нижний резец выбит; пульс 68; весь день продолжается рвота. В первые два дня пребывания в больнице рвота продолжалась, затем больше не появлялась, кровоизлияния в веках стали быстро рассасываться, больной был в полном сознании и жаловался только на шум в голове. Температура не поднималась выше $37,4^{\circ}$, пульс оставался нормальным. 6 апреля выписан здоровым. Впоследствии больной обращался в больницу по поводу полной глухоты на правое ухо и шума в этом ухе. При исследовании был найден ряд признаков поражения внутреннего уха или слухового нерва.

4. Перелом черепа.

Дмитрий М. 4 лет, кр. д. Кружкова, Глебовской волости, 24/VI—15/VII 1912 г.

За 2 часа до поступления в больницу мальчик получил удар в лоб копытом лошади. Большая (8 см длиной) лоскутная рана на правой стороне лба; разорвана надкостница и в лобной кости видна длинная трещина, идущая в горизонтальном направлении; рана чиста. Непосредственно после ранения мальчик не потерял сознания, но по дороге в больницу стал сонливым, и его очень часто рвало. Пульс не замедлен, зрачки средней ширины. Ночью ни рвоты, ни судорог не было и к утру мальчик ни на что не жаловался. 25 июня под эфирным наркозом рана подробно обследована и зашита с небольшим марлевым выпускником. Через день пришлось снять часть швов вследствие нагноения с отёком век; в дальнейшем заживление шло без осложнений, и 15 июля мальчик выписан здоровым.

5. Перелом нижней челюсти и ребра.

Егор Л. 72 лет, кр. с. Бибирева, Петровской в., 29/VI—24/VIII 1913 г.

27 июня больной был избит своим сыном, причём нижняя челюсть была повреждена долотом. При поступлении не мог закрыть рта, так как нижняя челюсть переломлена в двух местах: в области левого угла и справа, приблизительно на месте первого большого коренного зуба. Выбитый кусок челюсти отвисает вниз, из рта беспрерывно течёт слюна, зубов нет. На месте перелома справа слизистая оболочка разорвана, и видны покрытые грязным налётом концы отломков; других повреждений слизистой оболочки, насколько она доступна осмотру при сильном стоматите и отёке дна рта, нет. Снаружи, на коже, также повреждений нет. Сильные боли в левом боку при движениях и глубоком дыхании. При надавливании на 9-е ребро вблизи угла его сильная боль и ощущение костного хруста. Операция 30 июня при местной анестезии. Разрезами по краю челюсти обнаружены места переломов и отломки соединены двумя проволочными швами с каждой стороны. В рану справа введён стеклянный дренаж, левая же рана зашита наглухо. После операции язык и дно рта сильно припухли, так что больной не мог глотать, и в течение трёх дней его кормили через желудочный зонд, но затем он от такого кормления категорически отказался и с большим трудом глотал жидкую пищу. Из правой раны выделялось много гноя, слева же сперва казалось, что заживление идёт гладко, но 5 июля и здесь обнаружено нагноение, рану пришлось раскрыть на всём протяжении, причём вышло много гноя. В конце июля больной нашёл у себя во рту костный секвестр. 19/VIII удалён пинцетом довольно большой секвестр из правой раны. 21/VIII удалены проволочные швы и 24/VIII больной выписан. К этому времени он уже мог жевать хлеб, ел свободно, подвижности отломков не было.

6. Тромбофлебит S-образной пазухи твёрдой мозговой оболочки.

Павел А. 17 лет, кр. д. Борисова, Смоленской волости, 9/XII—18/XII 1913 г.

Около 3 недель тому назад больного сильно продуло в поле, особенно сильно надуло в левое ухо и на следующий день начались сильные боли в ухе, затем потёк кровянистый гной. 2 раза больной обращался в участковую больницу; 5/XII он почувствовал резкое ухудшение болезни: появилась сильная головная боль, очень тягостные шумы в ухе, сильный жар, через 2 дня начались ежедневные потрясающие ознобы; больной 2 дня пролежал в участковой больнице и прислан врачом для операции. Поступил он в тяжёлом состоянии, с температурой $41,4^{\circ}$, пульс 120. Очень сильная головная боль, рвота в последние дни. В левом ухе свист, жужжание, щёлканье, не дающие больному покоя; болезненно постукивание по сосцевидному отростку; над последним и над височной частью черепа

видны сильно расширенные подкожные вены. В обоих ушах гной и маленькие прободения барабанных перепонок. Язык сильно обложен, в моче ничтожные следы белка. Утром температура 37,8°.

Распознан тромбофлебит S-образной пазухи твёрдой мозговой оболочки, и 10/XII сделана операция под эфирным наркозом. Трепанация левого сосцевидного отростка; клеток в нём нет; ни в губчатом веществе, ни в antrum Тумпанисит гноя не найдено. S-образная пазуха лежит далеко кпереди, у самого antrum; она обнажена на большом пространстве долотом, имеет нормальный вид, стенка её несколько не изменена, на ощупь эластична, тромб не прощупывается; при пробном проколе крови не получено, но она сочилась из места укола. Трепанация продолжена вверх, обнажена твёрдая мозговая оболочка над височными извилинами; она имеет нормальный вид, но совершенно не пульсирует. При пробных проколах твёрдой оболочки ничего не получено. Вскрыта задняя черепная ямка; твёрдая оболочка и здесь нормальна на вид, но не пульсирует; пробные проколы и здесь безрезультатны. Снесена долотом вся верхушка сосцевидного отростка и обнажена S-образная пазуха насколько возможно далеко вниз; здесь её стенка оказалась желтовато-серой и потерявшей эластичность; пазуха вскрыта разрезом, и в ней найден размягчённый, грязного цвета тромб. Разрез стенки пазухи продолжен кверху настолько, что потекла из неё довольно сильно кровь; это место как раз соответствовало первым проколам. В пазуху введена узкая полоска марли, остановившая кровотечение, и рана частично сшита.

Ввиду того, что исследование S-образной пазухи в начале операции не подтвердило предположения о тромбозе её, проколы твёрдой и мозговой оболочки были сделаны той же иглой и шприцем, которыми исследовалась пазуха, и таким образом могла быть внесена инфекция в мозг и мягкую оболочку его. К концу операции пульс участился до 184, влило под кожу 1500 куб. см солевого раствора, впрыснут шприц камфоры. Пульс скоро поправился. На ночь впрыснут шприц 1% раствора морфия, ввиду сильной головной боли.

11/XII. Сонливость, сильная головная боль. Озноба и рвоты не было. Температура вечером 39,5°.

13/XII. Озноба не было. Температура 38°. Сильная головная боль. Влило в вену 10 куб. см 2% раствора колларгола. Перевязка. Тампоны пропитаны вонючим ихорозным отделением.

14/XII головная боль уменьшилась. Боли в ногах. Температура 39,5°. Переменены тампоны.

15/XII боли в правом плече и в ногах, крайне тяжёлое самочувствие, беспокойное состояние. В ране омертвление клетчатки. Лёгкие ознобы почти ежедневно. Ввиду тяжёлого и безнадёжного состояния перевязка яремной вены не сделана. 13 и 14 декабря больной получал по 10 грамм уротропина в сутки в целях профилактики менингита.

17/XII состояние больного ещё ухудшилось. Спинномозговой прокол. Получена вытекавшая медленными каплями очень мутная жидкость, давшая при отстаивании очень обильный гнойный осадок.

Больному делались инъекции морфия до дремотного состояния. Утром 18/XII он умер.

7. Гнойное воспаление решётчатой пазухи.

Анна А. 6 лет, кр. д. Кудрина, Загорской волости, 2/VIII—16/VIII 1913 г.

Около месяца тому назад девочка заболела скарлатиной. В конце периода шелушения появилась болезненная припухлость под левым верхним веком во внутреннем углу глазницы. Кожа над этой припухлостью подвижна, имеет нормальную окраску, опухоль несколько тестовата и давление на неё мало болезненно. Движения глаза нормальны, смещения его нет. При просвечивании электрической лампочкой обе надбровные дуги остаются тёмными. Температура 37,6°. Операция 4/VIII под эфирным наркозом. Разрез вдоль левой брови, продолженный с внутренней стороны дугообразно книзу. Отслоена надкостница верхней и внутренней стенок глазницы и найдено прободение гноем бумажной пластинки решётчатой кости, отверстие это расширено и чрез него проведён в нос марлевый дренаж. Снесён долотом кортикальный слой кости на надбровной дуге, под ним найдено губчатое вещество кости, а лобной пазухи не оказалось. Рана зашита наглухо. 9/VIII удалён выпускник. 11/VIII сняты швы. Рана зажила без осложнений.

8. Остеомиелит височной и затылочной костей.

Семён Х. 17 лет, кр. д. Акулова, Половецкой волости, 4/IX—13/X 1912 г.

С раннего детства страдает гнойным воспалением правого среднего уха; гной выделялся всегда в небольшом количестве. За 2 недели до поступления в больницу начались сильные головные боли и появился абсцесс за ухом, а выделение гноя из уха усилилось до такой степени, что больной едва успевал обтирать его. При поступлении найдены полипы в ухе, чрезвычайно обильная течь, а на задней поверхности ушной мочки абсцесс величиною в лесной орех, весьма напоминающий нагноившуюся атерому; над сосцевидным отростком кожа нормальна, не приподнята; температура в течение 2 дней до операции была нормальна, 6 сентября операция под хлороформно-эфирным наркозом. По обнажении сосцевидного отростка на поверхности его, на том месте, которое соответствует положению *antrum Tympanicum*, найден свищ, из которого выделялся гной; снесена долотом *substantia corticalis* кости и под ней найдена пульсирующая гнойно-размягчённая губчатая масса; снесён долотом почти весь сосцевидный отросток, причём синуса различить нельзя было, обнажена на довольно большом протяжении твёрдая мозговая оболочка, выглядевшая нормально; при обследовании зондом он провалился очень глубоко по направлению к затылочной части черепа, и оттуда с большим напором стал выделяться жидкий гной. Сделан разрез на затылке и пройдена вся толща затылочных мышц; тогда удалось ввести сзади палец навстречу зонду и ощупать обнажённую от надкостницы на большом протяжении нижнюю поверхность чешуи затылочной кости; сюда введены сзади и спереди марлевые выпускники и операция закончена вскрытием и выскабливанием полостей среднего уха. Заживление шло без осложнений и 13 октября больной выписан с почти зажившей раной за ухом.

9. Остеомиелит нижней челюсти.

Василий Р. 44 лет, кр. с. Филипповского, Погостовской волости, 15/II—22/IV 1912 г.

Около 15 августа 1910 года у больного заболел большой коренной зуб левой нижней челюсти, по-видимому, был и периостит нижней челюсти; зуб был извлечён врачом и после этого появилась сильная припухлость левой щеки и отёк век, из-за чего больной пролежал 2 месяца в постели; уже в это время образовались свищи у угла нижней челюсти и из них течёт в большом количестве очень вонючий гной; теперь у больного два свища на шее, вблизи левого угла нижней челюсти; кожа возле них мацерирована, красна, зонд чрез них проникает далеко вверх вдоль обнажённой внутренней поверхности восходящей ветви нижней челюсти. В области угла челюсти и левой щеки большая плотная припухлость. Все левые большие коренные зубы отсутствуют и из десны в одном месте выделяется гной. Операция 18 февраля при регионарной анестезии; впрыснуто 5 куб. см 2% адреналин-новокаина к 3 ветви тройничного нерва у основания черепа по способу Offerhaus'a и 5 куб. см 0,5% адреналин-новокаина вдоль заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы. Через 1/2 часа начата операция при полной анестезии во всей области 3 ветви тройничного нерва и поверхностных шейных нервов. Разрезом вдоль края нижней челюсти обнажён угол её, отделены жевательные мышцы, спилен угол челюсти и из довольно большой полости, помещавшейся на внутренней стороне восходящей ветви челюсти, извлечено 3 больших (2—4 см) и 3 малых (1 см) секвестра. Полость выскоблена и выполнена марлей. Операция прошла совершенно безболезненно. Заживление сперва шло хорошо, но затем появились признаки новой секвестрации, и 5 апреля операция повторена при столь же успешной регионарной анестезии. Чрез разрез по рубцу извлечён секвестр длиной в 4 см. К 22 апреля рана вполне зажила и больной выписан.

10. Воспаление подчелюстной слюнной железы.

Пётр Л. 50 лет, кр. д. Пономарёвки, Переславской волости, 10/VIII—18/VIII 1913 г.

Заболел около недели тому назад, на другой день после того, как промочил ноги при косьбе. Появилась болезненная припухлость в левой подчелюстной области и сильные боли при глотании. Припарки не приносили никакого облегчения. Во рту и зеве не найдено ничего ненормального; в подчелюстной области очень плотная, болезненная и неподвижная опухоль величиною в сливу, по положению своему соответствующая подчелюстной слюнной железе. Температура 37,3°. Операция 11/VIII при местной анестезии. Обнажена увеличенная и воспалённая подчелюстная слюнная железа, лимфатические железы имеют совершенно нормальный вид. Подчелюстная железа разрезана на две половины. На разных местах разреза выступали капельки гноя. В разрез введён марлевый выпускник, фасции, клетчатка и *platysma myoides* сшиты несколькими швами, кожа оставлена не сшитой. Боли скоро исчезли, заживление шло гладко, и 18/VIII больной выписан для амбулаторного лечения.

11. Панофтальмит.

Спиридон Н. 40 л. кр., г. Переславль 29/VII—12/VIII 1912 г.

24 июля в пьяном виде собственными руками выдрал себе оба глаза, чтобы не видеть женщин, к которым имел слабость. Огромный отёк век не позволяет раздвинуть их. 30 июля под хлороформным наркозом удалены оба глаза, оказавшиеся разорванными, вытекшими и нагноившимися. Заживление прошло без осложнений и 12 августа больной выписан.

12. Гангрена уха (Нота).

Иван Г. 10 мес., кр. д. Криушкино, 11/VII—16/VII 1913 г.

Около 3 недель тому назад ребёнок заболел корью; и до этого у него была гнойная течь из левого уха, после кори же она сильно ухудшилась, и когда ребёнка принесли в амбулаторию 4 июля, был найден обширный некроз костного и хрящевого слухового прохода, но оставить ребёнка в больнице мать отказалась. Теперь влажной гангреной поражено всё наружное ухо и ближайшие к нему части лица и шеи, в общем на пространстве 5,5×5,5 см. Общее состояние ребёнка очень плохое.

12 июля под эфирным наркозом ножницами и острой ложкой удалены все омертвевшие мягкие части; получилась большая яма, на дне которой омертвевший на всём протяжении сосцевидный отросток и омертвевшая нижняя поверхность скалистой кости. 16 июля ребёнок умер.

13. Изъязвление краёв губ.

Евфросинья К. 45 лет, прислуга, г. Переславль, 19/VI—8/VII 1913 г.

В августе 1911 года появилась на верхней губе поверхностная эрозия и с тех пор не заживает, несмотря на всевозможное лечение. Теперь эрозия эта занимает красный край и узкую полосу кожи всей правой половины верхней губы, угла рта и на 2 см распространяется на нижнюю губу. С обеих сторон прощупываются довольно значительно увеличенные подчелюстные железы. Бросается в глаза резкая бледность больной. В семье её никто раком не страдал. Операция 20 июня при местной анестезии. Удалены подбородочные, подчелюстные и глубокие шейные железы с обеих сторон, вырезаны поражённые части губ, и для закрытия дефекта нижней губы срезан и передвинут на дефект красный край здоровой части губы; заживление прошло гладко. При микроскопическом исследовании оказалось следующее: на всём протяжении язвенного края губы сохранился эпителий в виде нескольких слоёв ороговевших клеток. Под этим пояском эпителия широкий слой мелкоклеточной инфильтрации, среди которой видны гиалиново-перерождённые волокна рыхлой подслизистой соединительной ткани. На краях препарата видно, что процесс начинается с разрыхления мальпигиева слоя эпителия и гиалинового перерождения волокон подслизистой клетчатки. Кровеносные сосуды имеют нормальное строение. Препараты были показаны профессору патологической анатомии, но и он не мог прийти ни к какому заключению относительно природы этого странного изъязвления; однако роговую каёмку над поверхностью язвы он лишь на краях признал за эпителий, на остальном же протяжении считает её продуктом своеобразного сгущения отделяемого язвенной поверхности.

В начале августа больная вновь обратилась по поводу довольно значительного сужения рта вследствие рубцевания правого угла его. Операция 8/VIII при местной анестезии. Угол рта разрезан, и губы тщательно обшиты слизистой оболочкой. Заживление прошло гладко, но остался дефект нижней губы в виде полулунной вырезки величиною около 1,5 см, через который вытекала слюна. 30/VIII операция при местной анестезии по типу операции Диффенбаха при вывороте нижнего века. Дефект был этой операцией совершенно исправлен, но ненадолго: уже через неделю благодаря рубцеванию дефект опять образовался по-прежнему. 26/IX третья операция, — от угла рта проведён горизонтальный разрез длиною около 1 см, затем повёрнут в вертикальном направлении на такое же расстояние; сверху вырезан равнобедренный треугольник, имевший основанием первый разрез. Путём вшивания угла первого разреза в верхний угол треугольника дефект губы был почти совершенно исправлен. По заживлении раны дефект опять возобновился. 12/X вырезан рубец от первой пластической операции и в образовавшийся полулунный дефект пересажен кусок кожи плеча по Краусе, который должен был служить распоркой и помешать возобновлению дефекта вследствие рубцевания. Долгое время казалось, что лоскут весь прижился, но затем омертвел его поверхностный слой; тем не менее оставшийся глубокий слой отлично исполнял

своё назначение распорки, и дефект губы был исправлен; осталась лишь щель около 1 мм шириною. 7/XI больная выписана.

14. Бугорчатка околоушной железы.

Матрёна Х. 60 лет, кр. д. Измайлова, Вишняковской волости, 18/VIII—22/IX 1913 г.

7 лет тому назад были абсцессы на шее, державшиеся по несколько недель и самостоятельно вскрывавшиеся; от них остаются теперь довольно многочисленные глубокие рубцы на обеих сторонах шеи. В декабре 1912 года появилась плотная опухоль в области левой околоушной железы; она постепенно увеличивалась, и летом 1912 года, когда больная впервые обратилась в Переславскую больницу, была плотна, совершенно неподвижна, её поверхность делилась на два пологих бугра, величина была около 7×7 см, при надавливании она была безболезненна. За 1,5 месяца, прошедшие с тех пор, произошла перемена только в том отношении, что оба бугристых возвышения приобрели эластическую консистенцию и обнаруживали флюктуацию; кожа над ними оставалась неизменённой, надавливание было безболезненно, температура нормальна; при пробном проколе получен гной. Никаких указаний на сифилис и туберкулёз в других органах и в анамнезе нет. Замужем больная не была. Распознана бугорчатка околоушной железы, и 24/VIII операция при местной анестезии. Сделаны разрезы над обоими флюктуирующими буграми, и выпущено около 30 г гноя; гнойная полость, выстланная толстой мембраной *pyogenicae*, простиралась глубоко в толщу железы, и на дне её ясно прощупывалась наружная поверхность восходящей ветви нижней челюсти; обоими разрезами была вскрыта одна общая полость, но от дна её отходило продолжение в виде небольшого канала позади заднего края восходящей ветви нижней челюсти, и, по-видимому, позади наружной сонной артерии. Стенки полости выскоблены острой ложкой, а часть их вырезана для микроскопического исследования. В полость влита йодная настойка, и по удалении избытка её оба разреза зашиты наглухо. Был сделан посев гноя на бульоне, в котором выросла через сутки культура стафилококка.

При микроскопическом исследовании взятых из разных мест кусочков мембраны *pyogenicae* везде найдены туберкулёзные грануляции с многочисленными бугорками и гигантскими клетками. Заживление ран шло быстро и гладко: нижняя рана зажила первичным натяжением, верхняя же слегка разошлась после снятия швов, но всё-таки зажила скоро и без свища. Ко времени выписки 22 сентября область околоушной железы отличалась от нормальной только двумя рубцами; припухлость почти совсем исчезла.

Письмом от 8 февраля 1914 года больная сообщила, что у неё появились новые болезненные припухлости впереди уха и под скулой.

15. Бугорчатка скалистой кости.

Андрей П. 20 лет, кр. д. Курянинова, Переславской волости, 12/III—24/V 1912 г.

В июле 1911 года был оперирован в Переславской больнице по поводу бугорчатки пястной и плюсневой костей; тогда ещё началась гнойная течь из правого уха, но при исследовании найдены лишь признаки обыкновенного гнойного воспаления барабанной полости и назначено соответствующее лечение. В конце февраля 1912 года больной явился в амбулаторию с жалобой на боль в ухе и при исследовании найден был в слуховом проходе и извлечён большой костный секвестр; он был так велик, что с трудом удалось извлечь его. Со времени прошлогодней операции остаются небольшие свищи на руке и ноге, больной сильно исхудал, кашляет, в правой лёгочной верхушке слышны влажные хрипы. Слуховой проход выполнен полипозными грануляциями.

Операция 15 марта под хлороформно-эфирным наркозом. Вскрыты все полости среднего уха (радикальная операция), найдено обширное разрушение на *promontorium*; операция закончена пластикой наружного слухового прохода. Зажила рана со свищами, осталось сильное гноетечение из уха, на местах всех прежних операций, даже на вылуценном большом пальце ноги, бугорчатка прогрессировала, больной быстро худел и слабел, и 24 мая выписан в очень плохом состоянии.

16. Бугорчатка слизистой оболочки носа.

Ксения У. 13 лет, кр. с. Кабанского, Елизаровской волости, 10/V—19/V 1913 г.

Обратилась по поводу затруднения носового дыхания. В левой половине носовой полости, на носовой перегородке довольно обширная грануляционная поверхность. В левой подчелюстной области большая плотная железа.

15 мая при местной анестезии 1% адреналин-новокаином вырезан весь поражённый участок слизистой носовой перегородки, а через 2 дня вырезана, также при местной анестезии, творожисто-изменённая подчелюстная железа. При микроскопическом исследовании удалённой слизистой оболочки она оказалась почти сплошь состоящей из бугорков с гигантскими клетками. 19 мая больная выписана для амбулаторного лечения.

17. Солитарный туберкул мозжечка.

Александр Е. 13 лет, кр. д. Афонина, Погостовской волости, 7/V—30/VII 1913 г.

Тётка по матери больного умерла от туберкулёза лёгких. Отец и мать здоровы. В семье было 9 человек детей, в живых семеро, все, кроме нашего больного, здоровы. Один брат умер, по-видимому, от туберкулёза костей. Больной рос здоровым ребёнком, 2 года назад перенёс плеврит, лежал в терапевтическом отделении нашей больницы. В августе 1912 года начал страдать сильными головными болями и шумом в левом ухе. Боли особенно усиливались утром и вечером, проходили после того как больной немного полежит. Боли продолжались всю осень и зиму, но постепенно делались слабее, оставался только шум в ухе. Приблизительно с конца января настоящего года больной стал замечать, что временами, особенно при резких движениях, при наклонении головы вниз, он ничего не видит. Такие затмения, продолжающиеся 1—2 минуты, вначале были довольно редки, но затем постепенно учащались, в настоящее время больной насчитывает их 17 в час.

В январе же больной стал замечать нетвёрдость в походке.

При исследовании глаз найдено, что зрение на обоих глазах понижено до счёта пальцев на расстоянии 3 шагов, и особенно сильно на левом глазу. Поле зрения левого глаза сильно сужено свнутри и сверху. Реакция зрачков на свет нормальна. При офтальмоскопии найден резко выраженный застойный сосок в обоих глазах. При исследовании головных и спинномозговых нервов отклонений от нормы не обнаружено. При постукивании по черепу болезненности нигде нет.

При ходьбе иногда больной пошатывается. Сердце и лёгкие здоровы, моча нормальна.

До 18 мая делались ежедневно втирания серой ртутной мази по 2,0 и больной принимал йодистый калий, но в последние дни больной стал жаловаться, что левым глазом уже почти не видит, и при офтальмоскопии оказалось, что уже довольно ясно выражена атрофия левого зрительного нерва; на правом глазу такая же картина застойного соска, как и прежде. Операция 19 мая под хлороформным наркозом. Сделана декомпрессивная трепанация черепа по способу Cushing'a под правой височной мышцей. Для предупреждения кровотечения в окружности разреза был впрыснут раствор новокаина с адреналином (10 капель на 20 см 0,5% новокаина). Кровотечение было ничтожное. Фрезой Douen'a и щипцами Lueg'a сделан дефект в черепе величиною в 7×5 см, пульсация твёрдой мозговой оболочки, очень слабая, была видна лишь в нижней части разреза. Цвет и толщина твёрдой мозговой оболочки нормальны, сквозь неё просвечивают значительно расширенные вены мягкой мозговой оболочки. Твёрдая мозговая оболочка, после перевязки задней ветви а. meningae med., вырезана на всём протяжении по краю дефекта; из-под неё вытекло небольшое количество спинномозговой жидкости. Мозг сильно выпирал из дефекта; поверхность его на вид нормальна, но вены мягкой оболочки переполнены кровью. Сшить височную мышцу и височную фасцию хорошо удалось на всём протяжении, кроме верхнего конца их разреза, где задний лоскут фасции во время раздвигания её оторвался от своего прикрепления; в этом месте на протяжении 5 квадратных миллиметров прикрыть мозга не удалось (швы кетгутовые). Кожа сшита непрерывным нитяным швом. Операция длилась 1 час, хлороформа израсходовано 20 г; после операции пульс был слабват, и потому влито под кожу 500,0 солевого раствора. Заживление прошло совершенно гладко. С каждым днём увеличивалось выпячивание мозга и, приблизительно через неделю, достигло величины кулака больного. Сосочек зрительного нерва справа принял нормальный вид, слева же он был значительно блее. Острота зрения не увеличилась, но приступы затмения исчезли. В дальнейшем постепенно развивались новые симптомы со стороны нервной системы: походка больного с каждым днём всё резче изменялась, он при ходьбе ставил левую ногу, занося её в отведённом положении и сильно сгибая; стопа при этом свисала вниз и поступь больного напоминала петушиную. Походка была очень спешной, точно больной боялся упасть вперёд. Позже больной стал держать левую руку в положении отведения в плечевом суставе и сгибания в локтевом; очень заметна была атаксия в этой руке, мелких, быстро следующих движений пальцами, быстрого потряхивания чужой руки больной выполнить не мог. Коленный рефлекс слева несколько повышен, симптом

Бабинского слева. Очень заметный парез левого лицевого нерва, ясно выраженное понижение чувствительности левой роговицы. Постоянный шум в левом ухе и резкое понижение слуха на это ухо: шёпот слышит на расстоянии 1 метра, тогда как правым ухом через всю комнату; тиканье часов слева слышит на 2,3 метра, справа на 3 метра. Weber в левом ухе, Rinne слева положительный. При отоскопии барабанная перепонка имеет совершенно нормальный вид. Движения глаз нормальны, но левый глаз немного отклонён влево. Нистагма нет. Со стороны языкоглоточного и блуждающего нервов никаких расстройств не обнаруживается. На основании изложенных симптомов распознана опухоль левого мозжечково-мостового угла. При офтальмоскопии, произведённой 26/VI, правый сосочек зрительного нерва оказался таким же белым, как и левый. Стали заметны и некоторые изменения в психике больного: он часто смеялся, улыбался при каждом обращении к нему, тогда как раньше обращала внимание его серьёзность и рассудительность; часто и много молился, предстоящей операции ждал с весельем и нетерпением. Вторая операция 8 июля под эфирным наркозом. Больной уложен на правый бок таким образом, что его голова и плечо выдавались за край стола, и голова во время операции удерживалась ассистентом, производившим нужные изменения её положения. Впрыснуто около 30 см физиологического раствора с примесью адреналина (7 капель на 50,0) в затылочные мышцы у самой чешуи затылочной кости. После обшивания в 2 ряда по Heidenhain'у выкроен четырёхугольный лоскут с основанием книзу над левой половиной затылочной кости, захватывавший, однако, пальца на два и правую её половину. Затылочные мышцы отделены распаторием без значительного кровотечения. Просверлено большой фрезой Dooyen'a отверстие в чешуе затылочной кости, затем щипцами Lueg'a удалена кость на всём протяжении левого полушария мозжечка. Верхняя граница костного дефекта была на 0,5 см выше поперечной венозной пазухи, правая настолько же вправо от затылочной пазухи, внизу она доходила почти до края большой затылочной дыры, слева был обнажён sinus sigmoideus; внизу был виден emissarium Santorini, но перевязать его не удалось; кость в этом месте необходимо было удалить, и при этом получилось сильное кровотечение из повреждённого emissarium; оно быстро остановилось под марлевым тампоном, введённым между костью и твёрдой мозговой оболочкой; последняя имела нормальный вид, но была сильно напряжена и совершенно не пульсировала; сквозь неё просвечивали извилины мозжечка. После кровотечения из emissarium Santorini пульс настолько ослабел и участился, что продолжать операцию было невозможно. Лоскут пришит на место без выпускников. В день операции и на следующий день у больного была многократная рвота, он был в сонливом состоянии, перешедшем уже в сонорозное к вечеру 9 июля; тогда же замечен был паралич левой руки и (в меньшей степени) левой ноги. Выпячивание мозга на месте первой трепанации стало очень напряжённым. Операция 10 июля под эфирным наркозом в таком же положении больного, как и при первой операции. Сняты швы и откинут весь лоскут. Разрезана твёрдая мозговая оболочка на всём пространстве между синусами в виде лоскута с нижним основанием. Полушарие мозжечка сильно выступило наружу. Удалён марлевый тампон с sinus sigmoideus и, так как появилось небольшое кровотечение, на место тампона вложен кусочек мышечной ткани, вырезанный из затылочных мышц; кровотечение сейчас же остановилось и больше не появлялось. Мозжечок отодвинут шпателью сперва кнутри, затем кнутри и кверху, потом прямо кверху и наконец книзу. Осмотр в глубине очень затруднялся обильным истечением спинно-мозговой жидкости из cisterna cerebello-medullaris с довольно значительной примесью крови. Удалось всё-таки осмотреть довольно отчётливо заднюю поверхность пирамиды скалистой кости и область мозжечково-мостового угла; опухоли здесь не оказалось. Во время отодвигания мозжечка, производившегося очень медленно и осторожно, пульс почти исчезал, дыхание на короткое время останавливалось; и во время всей последующей работы — пульс был крайне част и мал, впрыскивалась камфора, вливался физиологический раствор. Сделано три пробных пункции левого полушария мозжечка на значительную глубину, затем увеличено отверстие в кости над правым полушарием мозжечка, вскрыта над ним твёрдая мозговая оболочка и сделана пункция правого полушария; все пункции остались безрезультатными. Лоскуты из твёрдой мозговой оболочки поставлены на место, но пришить их было невозможно ввиду сильного выпадения мозжечка. Кожно-мышечно-надкостничный лоскут тщательно пришит на место без дренажей. При наложении повязки несколько раз останавливалось дыхание, но скоро восстанавливалось после искусственного дыхания. Пульс непосредственно после операции был очень слаб и част — 160 в минуту. Влито под кожу 1 000 см физиологического раствора. Около 5 часов дня снова у больного остановилось дыхание и было восстановлено

искусственно. Вечером в 7 часов повязка промокла спинномозговой жидкостью и была переменена. В 1 час ночи повязка снова промокла и переменена; после этого истечение спинномозговой жидкости прекратилось. К утру 11 июля пульс значительно улучшился, и весь день больной чувствовал себя довольно хорошо. Паралич левой ноги и руки почти исчез. Больной разговаривает, просит есть. Температура нормальная. 12/VII появился отёк век обоих глаз. Жалуетса на невозможность мочиться, однако немного погодя помочился. Шум в голове, появившийся уже после операции; температура нормальная, пульс 86, полный; просит перевести в другую палату, где веселее. Паралич лицевого нерва выражен гораздо резче, чем прежде, левый угол рта приоткрыт и из него постоянно течёт слюна. 13/VII ночью очень часто просыпался. Жалуетса только на скуку. При перевязке найден обширный отёк подкожной клетчатки всей головы вследствие поступления в неё спинномозговой жидкости; в одном месте между швами жидкость эта чуть-чуть просачивается наружу. Пульс 88, температура 37,6°.

14/VII отёк лица несколько увеличился. Температура 36,9°, пульс 96.

15/VII отёк лица почти исчез, глаза открылись; шум в голове лишь очень небольшой. Температура 37,1°, пульс 88, самочувствие хорошее. Перевязка, рана чиста.

16/VII снова отёк век левого глаза (больной постоянно лежит на левой стороне). Пульс 96 при температуре 36,9°.

17/VII отёк век левого глаза значительно уменьшился. Пульс 108 при температуре 36,5°.

18/VII появился нистагм. Исчез отёк век. Сняты швы. Справа зажило хорошо, сверху и слева спаяние краёв раны очень слабое, просачивается спинномозговая жидкость. Все швы чисты. После перевязки была рвота.

19/VII повязка промокла спинномозговой жидкостью и переменена. Температура 36,4°, пульс 112. Вечером снова пришлось переменить промокшую повязку.

20/VII температура 36,1°, пульс 106. Нистагм меньше.

21/VII промокла и переменена повязка. Пульс 100, температура 36,4°. Самочувствие лучше, начал сидеть. Была рвота после молока.

22/VII пульс 100. 3 раза рвота после молока.

24/VII самочувствие гораздо лучше. Пульс 90. При перевязке замечено выпадение мозжечка в нижнем левом углу раны на протяжении 2×2 см между разошедшимися краями раны.

26/VII в 4 часа ночи внезапно исчезло выпячивание мозга в правой височной области и повязка сильно промокла спинномозговой жидкостью. При перевязке оказалось, что жидкость вытекала возле выпавшей части мозжечка. Утром самочувствие больного было таким же, как и прежде, температура нормальная, пульс 92. Вечером температура поднялась до 38°, 4 раза была рвота.

27/VII всю ночь бредил, утром температура 39,3°, пульс 120, сильная головная боль. Вечером рвота.

28/VII ночью бредил, утром рвота, боль в затылке, головной боли нет, взгляд ясный, температура 37,2°, пульс 94, вечером температура 36,3°.

29/VII ночью не спал вследствие сильной головной боли. Повязка сильно промокла спинномозговой жидкостью. Вечером рвота. Температура утром 36,5°, вечером 37,4°, пульс 104.

30/VII ночью сильные судороги, наутро бессознательное состояние, по временам судороги, агония. Скончался в 4 часа дня.

При вскрытии найдено, что признаки менингита ограничивались лёгким помутнением мягкой мозговой оболочки поверхности мозга и небольшим жёлто-серым экссудатом в мягкой оболочке над варолиевым мостом и продолговатым мозгом; вены мягкой оболочки довольно сильно налиты кровью. Выпавшие в костные дефекты части мозга (ближайшая к сильвиевой борозде часть правого полушария и левое полушарие мозжечка) размягчены, отёчны. В левом мозжечково-мостовом углу, где предполагалась опухоль, нет ничего ненормального, как и в ближайших частях мозга; в правом полушарии мозжечка, в задне-наружной его части, на глубине приблизительно 1 см под корой плотная опухоль, величиною немного менее грецкого ореха; она ясно отличается от мозгового вещества по своей плотной консистенции и ясно отграничена от него. На разрезе она оказалась размягчённой в центре, светлого серо-жёлтого цвета, по краям темнее и более серого цвета. Микроскопическое исследование показало, что вся центральная часть опухоли состоит из творожистого распада, а периферический пояс — из эндотелиальных клеток, среди которых встречается довольно много

гигантских. Таким образом опухоль представляет собою солитарный туберкул мозжечка. Интересно то, что реакция Pirquet, сделанная после декомпрессивной трепанации, дала отрицательный результат при всех разведениях туберкулина.

18. Опухоль мозга.

Иван М. 53 лет, кр. д. Свечино, Копнинской волости, 20/VI—24/VI 1913 г.

В феврале настоящего года больной начал замечать развивающуюся слабость правой руки и ноги. Слабость постепенно всё возрастала и к началу марта больной совершенно не мог ходить и не владел правой рукой. Такое состояние продолжалось недели две, затем болезненные явления постепенно начали улучшаться, больной опять получил возможность ходить и владеть правой рукой. С начала заболевания больной страдал сильными головными болями. Месяц назад он начал замечать ослабление зрения, с тех пор постепенно усиливающееся.

В настоящее время зрение на правом, единственном глазу (левый глаз удалён) сильно понижено: больной с трудом считает пальцы на расстоянии одного шага. При офтальмоскопировании найден резко застойный сосок. Движения глаза нормальны. При наморщивании лба, оскаливании зубов и свисте замечается некоторое отставание левой половины лица. Язык при высовывании отклоняется немного вправо. Чувствительность тактильная, болевая и температурная повсюду нормальна. Парез правой руки и ноги, мускульная сила в них несколько понижена по сравнению со здоровой стороной. Рефлексы на больной стороне повышены. При вызывании клонуса стопы получается общее судорожное подёргивание всей ноги. При ходьбе больной несколько волочит правую ногу. Никаких признаков сифилиса ни при исследовании, ни в анамнезе не найдено. Операция 23/VI при местной анестезии 0,5% адреналин-новокаином по Braun'у. После обшивания в 1 ряд по Heidenhain'у сделана на левой стороне костнопластическая трепанация черепа над двигательными центрами верхней и нижней конечностей, определёнными по способу K \ddot{u} gnlein'a. Образован костно-надкостнично-кожный лоскут с нижним основанием величиною 6×6 см. Твёрдая мозговая оболочка имела нормальный вид, но не пульсировала. Лоскут пришит на место, так как операцию предполагалось сделать в 2 приёма. К основанию лоскута пришлось ввести марлевый выпускник ввиду кровотечения. Операция принесла больному значительное облегчение, несмотря на то, что твёрдая мозговая оболочка осталась целой; головные боли надолго исчезли, рвота прекратилась, но зрение не улучшалось. Швы были сняты на 7 день, но при этом были оставлены по недосмотру обкалывающие Heidenhain'овские швы; они послужили причиной длительного нагноения, не позволявшего приступить ко второму акту операции в течение целого месяца. Тем временем состояние больного, улучшившееся после операции, снова стало ухудшаться; он быстро слабел, совершенно потерял аппетит; через 2 недели после операции начались сильные головные боли, сопровождавшиеся частой рвотой и продолжавшиеся 2 дня. После недельного промежутка улучшившегося самочувствия опять появились головные боли и рвота. Больной очень ослабел, категорически отказался от второй операции, которая к этому только времени стала возможной (вполне закончилось нагноение), и 24 июля выписался.

19. Опухоль мозга.

Андрей К. 40 лет, кр. д. Одерихина, Погостовской волости, 25/X—30/X 1912 г.

Прежде всегда пользовался хорошим здоровьем и никакими более или менее серьёзными болезнями не болел; на сифилис никаких указаний нет. Мать умерла от старости, отец жив, братья также. С 15 августа начались сильные головные боли, не прекращающиеся до сих пор и мешающие больному спать; болит вся голова, довольно сильное головокружение, вследствие которого больной пошатывается при ходьбе.

Через 2—3 дня беспричинная рвота. Запора нет. В последнее время стал замечать ослабление зрения, особенно на левый глаз. V. ос. d. 0,5, V. ос. s. 0,5, при офтальмоскопии с обеих сторон резко выраженный застойный сосок, на правом глазу с небольшими кровоизлияниями.

При исследовании нервной системы найдена только значительная мышечная слабость рук и ног и небольшая боль при давлении на все болевые точки обоих тройничных нервов. Поступил больной для операции, но затем от неё отказался и выписался.

20. Рак черепа и твёрдой мозговой оболочки.

Сергей Г. 30 лет, мещанин г. Переславля, 28/VIII—19/IX 1913 г.

В 5-летнем возрасте получил тяжёлый ожог кипятком всей волосистой части головы. Лечился перевязками и мазями до 22-летнего возраста; только к этому времени образовался рубец, покрывающий всю волосистую часть головы; вскоре, однако, образовалась язва на темени, зажившая только к 28—29 годам. Великим постом этого года опять образовалась язва на том же месте. Теперь она имеет вид изъязвлённого ракового бугристого новообразования величиною 5×5 см, помещающегося над серединой стреловидного шва. Вся волосистая часть головы, за исключением левой стороны затылка, покрыта тонким подвижным рубцом. Со середины июля этого года стала слабеть левая нога и вскоре «отнялась до колена», по словам больного. 13/VIII во время работы в огороде больной вдруг упал без сознания и пролежал так около получаса; когда он очнулся, вся левая нога была совершенно парализована, левая рука очень слаба. В дальнейшем паралич ноги постепенно проходил, парез руки совершенно исчез. 28/VIII в больнице появился в 3 часа дня сильный озноб, сопровождавшийся судорожным сведением левой ноги. Вечером температура была 38°, утром 29/VIII — 37°.

В анамнезе нет указаний на сифилис. Был триппер, страдал сердцебиениями и ненормальными ощущениями в груди, врачом был распознан порок сердца. Умеренно пил прежде. Отец пил сильно; у одного из братьев гемиплегия. При ходьбе больной заметно волочит левую ногу; сухожильные рефлексы на этой ноге повышены, сила мышц ослаблена в значительной степени. Со стороны головных нервов ничего ненормального не обнаружено.

При исследовании сердца обнаружен шум вместо первого тона. Лёгкие здоровы, моча нормальна. Операция 3/IX под эфирным наркозом. Обколоты крупные вены, подходящие к новообразованию под рубцом. Разрез термокаутером вокруг опухоли; кости черепа разрушены новообразованием. Сделана обширная трепанация черепа щипцами Луег'a. Рак пророс твёрдую мозговую оболочку на пространстве около 6×6 см; в здоровых частях оболочки видна слабая пульсация мозга; по ходу продольного синуса прощупывается уплотнение приблизительно на 1 см впереди границ новообразования твёрдой оболочки. Вскрыта с правой стороны твёрдая мозговая оболочка и на внутренней её поверхности найдено плоское раковое новообразование, которое сперва легко отделялось от поверхности мозга (рыхлые спайки), но чем ближе к продольной борозде мозга и синусу, тем прочнее были сращения с мозгом, новообразование проросло уже в последний; вены мягкой оболочки, видимо, тромбированы, широки и обильны. Ввиду опасности и безнадёжности операции новообразование оставлено неудалённым. Сшить твёрдую мозговую оболочку удалось лишь отчасти, так как швы прорезывались, хотя мозг и не выпадал в рану. С наружной поверхности твёрдой мозговой оболочки раковые массы соскоблены острой ложкой и рана покрыта свободным куском широкой фасции бедра. Дефект в черепе получился величиною 12×12 см. Кровотечение при трепанации было небольшое, несмотря на близость продольного синуса. Операцию и наркоз больной перенёс хорошо. Ночью у него были судороги в левой ноге. 5/IX температура вечером 38,2°. 7/IX боли в левой руке, мышечная сила её очень понижена. 8/IX ночью очень сильная головная боль. Впервые сняты нижние слои повязки и пересаженная фасция найдена омертвевшей; по окружности её здоровые грануляции. 10/IX ночью боль в левой ноге. Головная боль не прекращается. 13/IX почти полный паралич левой руки. 14/IX судороги в левой ноге. Головная боль всё усиливается. Полный паралич левой руки. Рвоты ни разу не было. 15/IX температура вечером 39°, сильная головная боль, боли во всём теле, апатия. 16/IX и 17/IX состояние больного всё ухудшается. 18/IX сильнейшая головная боль, впервые рвота. Температура вечером 39,3°, с вечера бессознательное состояние, 19/IX с утра агония, в 3 часа дня смерть.

При микроскопическом исследовании кусочка, взятого с внутренней стороны твёрдой мозговой оболочки, новообразование оказалось кожным раком с ацинозным и тубулярным расположением клеток, среди которых попадает много резко пигментированных клеток *stratum granulosum*.

21. Ангиома лица.

Василий К. 8 мес., кр. с. Глебовского, Глебовской волости, 20/XI—6/XII 1912 г.

С рождения существовало красное пятнышко величиною с булавочную головку на правом виске у самого уха; с ростом ребёнка увеличивалось и грибовидно разрасталось и это пятнышко, и теперь оно превратилось в кавернозную ангиому грибовидной формы и величиною более полтинника.

Операция 23 ноября под хлороформным наркозом. Опухоль во многих местах прожжена до основания термокаутером, так что под конец превратилась в решето. Крови ребёнок потерял не более двух капель. Через несколько дней отделилась омертвевшая опухоль и 6 декабря ребёнок выписан для амбулаторного лечения с грануляционной поверхностью на месте опухоли.

22. Фиброма языка.

Василий С. 49 лет, кр. д. Савельево, Глебовской волости, 13/III—18/III 1912 г.

Около 2 лет тому назад появилось новообразование на кончике языка, достигшее теперь величины крупной горошины; оно имеет теперь округлую форму, гладкую розового цвета поверхность и плотную консистенцию; на кончике языка опухоль сидит широким основанием. 14 марта кончик языка с новообразованием клиновидно иссечён при местной анестезии и дефект сшит кетгутутом. На следующий день язык распух, был очень болезнен и линия швов покрылась серым налётом, но уже через день все эти явления исчезли и 18 марта больной выписан. При микроскопическом исследовании удалённое новообразование оказалось фибромой.

23. Полип носоглоточного пространства.

Софья О. 16 лет, мешанка г. Переславля, 1/XI—4/XI 1912 г.

Жалуется на затруднение дыхания; в носу нет ничего ненормального. В носоглоточном пространстве прощупывается гладкий шаровидный полип величиною в сливу, прикрепляющийся на тонкой, по-видимому, ножке вблизи хоан. Операция 4 ноября без анестезии. По пальцу левой руки, ощупывавшему полип, введены щипцы Доуеп'а для носоглоточного пространства, ими легко захвачен и оторван слизистый полип. Кровотечение было ничтожное. В день операции больная выписана.

При микроскопическом исследовании полип оказался состоящим из студенистой соединительной ткани, содержащей местами довольно значительные скопления круглых клеток; поверхность покрыта многоядным цилиндрическим эпителием.

24. Полипы носоглоточного пространства.

Клавдия Ш. 17 лет, кр. д. Курянинова, Переславской волости, 3/VII—6/VII 1912 г.

С раннего детства затруднено носовое дыхание и голос имеет резко выраженный носовой оттенок. При риноскопии ничего ненормального не найдено, при исследовании же пальцем носоглоточного пространства в нём найдено несколько небольших полипов на ножках, из которых некоторые находятся у самых хоан. 5 июля сделано выскабливание носоглоточной полости ножом Gottstein'a и на следующий день больная выписана.

25. Новообразование под конъюнктивой глаза.

Иван К. 62 лет, кр. д. Пономарёвки, Переславской волости, 6/X—12/X 1913 г.

Новообразование под конъюнктивой правого глаза величиною в крупную горошину, помещающееся на месте *pinguicula*, неподвижное, слегка бугристое, жёлтого цвета. Появилось оно впервые 2 месяца тому назад и росло довольно быстро.

8/X новообразование вырезано, причём от склеры и конъюнктивы его пришлось отделять ножом и ножницами, хотя границы его были очень определены. Конъюнктивита сшита без натяжения четырьмя швами. Заживление прошло совершенно гладко, и 12/X больной выписан. При микроскопическом исследовании новообразования найдено, что оно состоит из мягкой соединительной ткани, среди которой заложены многочисленные и крупные скопления мелких соединительнотканых клеток с интенсивно окрашенными ядрами; среди этих клеток попадает также заметное количество многоядерных лейкоцитов. Сосуды изменений не представляют.

Специалист патологоанатом, которому был показан препарат, не мог даже решить вопроса о том, считать ли эту опухоль за новообразование, как это представлялось несомненным с клинической точки зрения, или за продукт воспаления.

26. Рак слизистой оболочки щеки.

Наталья Г. 44 лет, кр. д. Безмина, Смоленской волости, 13/X—23/XI 1912 г.

Вся слизистая оболочка правой щеки инфильтрирована очень плотным бугристым новообразованием; в углу рта это новообразование изъязвлено; кожа неподвижна только вблизи угла

рта; прощупывается только одна подбородочная железа, подчелюстные не прощупываются. Операция 16 октября при регионарной анестезии. Впрыснуто 5 куб. см 2% адреналин-новокаина к foramen ovale по способу Offerhaus'a и столько же к foramen rotundum по способу Graun'a, 5 куб. см 1% раствора вдоль заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы для анестезирования кожных нервов шеи. Через 45 минут в области 2-й ветви тройничного нерва наступила полная анестезия, из 3-й ветви анестезировался nervus lingualis и nervus alveolaris inferior, но в области nervus auriculotemporalis чувствительность сохранилась, и потому на щеке поле операции пришлось отграничить сзади и сверху впрыскиванием в подкожную клетчатку 0,5% адреналин-новокаина. Вырезана часть кожи и вся слизистая оболочка щеки, дефект слизистой замещён кожным лоскутом, взятым с шеи и имевшим ножку на подбородке; удалено всё содержимое подчелюстного треугольника (лимфатические железы, клетчатка, подчелюстная слюнная железа) и подбородочные железы. Стенонов проток вшит в отверстие, сделанное в заместившем слизистую оболочку лоскуте по типу пересадки мочеточника в пузырь; дефект кожи щеки удалось закрыть почти весь без пластики. При микроскопическом исследовании вырезанного новообразования оно оказалось плоскоклеточным раком с многочисленными жемчужинами. 3 ноября перерезан при местной анестезии мостик пересаженного и отлично прижившегося лоскута, и оставшийся небольшой дефект щеки закрыт новой пластикой. Не удалось исправить лишь угла рта; верхняя губа здесь осталась приподнятой; к 23 ноября всё зажило и больная выписана.

27. Рак слизистой оболочки рта.

Ольга Н. 38 лет, кр. д. Погоста, Переславской волости, 1/XII—8/XII 1912 г.

Месяца 3 тому назад появилась маленькая грибовидная опухоль на слизистой оболочке левой щеки у самого угла рта; теперь она достигла величины маленькой вишни, сидит на ножке, имеет дольчатую изъязвленную поверхность; в левой подчелюстной области прощупывается одна довольно большая, но нетвёрдая железа. Операция 2 декабря при регионарной анестезии (кожные нервы шеи, язычный нерв), вырезано новообразование и железы левой стороны шеи (подчелюстные и верхняя группа глубоких). Гладкое заживление. Выписана 8 декабря. При микроскопическом исследовании обнаружены значительные атипические разрастания эпителия.

28. Рак мягкого нёба и глотки.

Афанасий Г. 53 лет, кр. д. Осинок, Глебовской волости, 4/V—7/V 1913 г.

Приблизительно за месяц до поступления обратился в амбулаторию по поводу неловкости при глотании. Была найдена папилломатозная плоская опухоль на язычке, занимавшая всё протяжении и всю окружность последнего. По виду заболевание это очень напоминало вегетирующую папулу, и потому, несмотря на отсутствие других признаков сифилиса, больному был назначен курс ртутных втираний. Лечение это осталось, однако, безрезультатным, и потому 6 мая язычок был ампутирован при местной анестезии. При микроскопическом исследовании найдена типичная папиллома. Перед самой операцией было замечено небольшое и совершенно поверхностное изъязвление на мягком нёбе, справа от основания язычка.

Уже вскоре после операции замечено было увеличение изъязвления мягкого нёба справа от основания язычка, больной жаловался на болезненные ощущения при глотании; при ощупывании основание язвы представлялось совершенно мягким, и только месяца через 1,5 замечена была плотность краёв и дна язвы. Был распознан рак и больному предложена операция, но согласился он на неё только теперь. За это время новообразование распространилось на значительную часть мягкого нёба и на правые нёбные дужки. Лимфатические железы на шее не прощупываются. Больной сильно исхудал со времени первой операции. 5/IX операция при местной анестезии. Через рот вырезано всё мягкое нёбо, обе правые нёбные дужки, вся правая миндалина и значительная часть правой боковой стенки глотки. Кровотечение было очень незначительно. Рана оставлена открытой, и над нею одним швом укреплен тампон. 6/IX больной не мог глотать и накормлен через зонд. 7/IX удалён тампон; больной стал есть сам. 15/IX удаление шейных лимфатических желёз при регионарной анестезии (кожные шейные нервы). Разрез Kocher'a с добавочным разрезом вдоль переднего края грудино-ключично-сосковой мышцы. Удалены подчелюстные и глубокие железы правой стороны шеи. Верхняя группа глубоких желёз оказалась очень плотной, спаявшейся в один пакет. Заживление прошло гладко и 30/IX больной выписан. При микроскопическом исследовании вырезанное новообразование оказалось железистым раком.

Через месяц больной опять явился с рецидивом рака, занимающим всю правую боковую стенку глотки вплоть до гортани и глубоко проросшим в зачелюстную ямку. Операция была невозможна.

29. Рак подчелюстной области и нижней челюсти.

Андриан М. 65 лет, кр. с. Черницкого, Годуновской волости, Александровского уезда, 25/IV—27/VI 1913 г.

В конце августа 1912 года была сделана в другой больнице операция рака нижней губы. Губа была иссечена клиновидно, но железы не были удалены. Месяца через два после операции больной заметил рост опухоли в левой подчелюстной области. Опухоль эта скоро изъязвилась и росла очень быстро. Теперь это округлая очень бугристая опухоль, величиной почти в кулак, занимающая всю левую подчелюстную область и всё протяжение левой половины нижней челюсти, с которой она неподвижно спаяна. Значительная часть поверхности опухоли представляет собой язву с вывороченными краями. С левой стороны глубокие шейные железы не прощупываются, с правой же стороны прощупываются увеличенные и твёрдые железы в подчелюстной области и вдоль общей яремной вены. Тоны сердца глухи, артериосклероз средней степени. Лёгкие здоровы, моча нормальна. Операция 28 апреля, начата при регионарной анестезии правой и левой третьих ветвей тройничного нерва и кожных шейных нервов с обеих сторон. Однако анестезии левой третьей ветви не получилось и среди операции пришлось перейти к эфирному наркозу. Операция начата с удаления всех глубоких желёз левой стороны шеи чрез продольный разрез грудино-ключично-сосковой мышцы. Попутно перевязана общая лицевая вена и наружная челюстная артерия. Затем вся опухоль очерчена разрезом далеко в здоровых частях, причём от верхней губы осталась лишь узкая полоска и унесена довольно значительная часть щеки. Отпрепаровано вплоть до *m. mylohyoideus* всё содержимое подчелюстной области. Челюсть перепилена на 2 пальца вправо от средней линии и левая её половина вычленена в челюстном суставе. После этого удалены подчелюстные и глубокие железы правой стороны. Слизистая щеки и нижней губы замещена перевёрнутым кожным лоскутом. Язык пришит к остатку челюсти. Для закрытия дефекта взят лоскут на ножке с кожи шеи надключичной области. Закрыть дефект удалось легко. Во многие места раны вставлены марлевые выпускники. Во время операции больной потерял много крови, так что после операции пришлось влить ему 1 000 г физиологического раствора соли, к вечеру больной оправился. Значительная часть пересаженного кожного лоскута вскоре омертвела, швы на губе разошлись, наступила гнилостная инфекция раны; однако разрез на правой стороне шеи для удаления желёз зажил первичным натяжением. Когда раны очистились, 15 мая были наложены вторичные швы, но губа опять не срослась, и 10 июня снова сшита; на этот раз она хорошо срослась. С этого же времени замечен был рецидив рака в рубце на шее, и 21 июня вырезан при местной анестезии; узел этот был величиною с лесной орех и заложен был довольно глубоко. Полного заживления больной не захотел дожидаться и 27 июня выписался. После первой операции в течение долгого времени пришлось кормить больного через зонд, так как глотать он вовсе не мог. Речь у него и ко времени выписки оставалась довольно неясной, так как при удалении опухоли был перерезан левый подъязычный нерв.

30. Саркома нижней челюсти.

Анна А. 66 лет, мещанка г. Переславля, 4/IX—8/X 1912 г.

Около 5 месяцев тому назад больная заметила плотную опухоль на левой половине нижней челюсти; опухоль постепенно увеличивалась, и около недели тому назад появились свищи у края нижней челюсти и на слизистой оболочке альвеолярного отростка, из которых обильно выделяется гной. У больной резко выраженный правосторонний сколиоз грудной части позвоночника; тоны сердца очень глухи, сосуды довольно сильно склерозированы. На середине левой горизонтальной ветви нижней челюсти очень плотная опухоль величиною с волошский орех, у края челюсти два свища, во рту гной сочится из опухоли у краёв оставшихся кое-где зубных корней; лимфатические железы не прощупываются. Операция 7 сентября при регионарной анестезии. Впрыснуто 5 куб. см 2% адреналин-новокаина к *foramen ovale* по способу *Oferbaus'a*, анестезированы 1% раствором нервы, выходящие из-за заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы, инфильтрированы 0,5% раствором губа и подбородок по средней линии. Операция начата через 1/2 часа при онемении челюсти, левой половины языка и виска. Удалена левая половина нижней челюсти, всё

содержимое подчелюстной области и изъязвлённая часть кожи одной массой. Абсолютной безболезненности не было, но, судя по реакции со стороны больной, болевые ощущения были, по-видимому, весьма незначительны, и только отрезывание свободно висевших в ране ветвей тройничного нерва было заметно болезненно. Слизистая оболочка и губа сшиты кетгуттом, разрез вдоль края челюсти сшит частично и в рану введены большие марлевые выпускники. Заживление несколько затянулось благодаря омертвлению клетчатки в ране; к 8 октября наступило полное заживление, и больная выписана. В резецированной челюсти оказалось значительное вздутие кости на месте коренных зубов и отверстие с изъеденными краями на верхней стороне этого вздутия; при микроскопическом исследовании содержащейся внутри кости мягкой ткани последняя оказалась альвеолярной саркомой.

31. Рецидив рака нижнего века.

Варвара Ж. 45 лет, кр. д. Старое Волино, Загорской волости, 10/II—25/II 1912 г.

В ноябре 1911 года был вырезан небольшой канкроид правого нижнего века. Теперь вблизи рубца прощупывается под кожей твёрдый узел величиною с большую горошину, неподвижно спаянный с носовым отростком верхней челюсти. С обеих сторон прощупываются сильно увеличенные, но не особенно плотные подчелюстные железы; на подбородке и губах многочисленные следы постоянно появляющихся у больной угрей. Операция 12 февраля при регионарной анестезии. Впрыснуто 5 куб. см 1% адреналин-новокаина в крылонёбную ямку ко второй ветви тройничного нерва по способу Graun'a. Для анестезирования *pervius ethmoidalis* игла вколота у края грушевидного отверстия носа и продвигалась вдоль внутренней поверхности носового отростка верхней челюсти при постоянном впрыскивании 0,5% адреналин-новокаина (5 куб. см). Вокруг ракового узла впрыснут 0,5% раствор ромбом. Через 1/2 часа вся щека онемела и вся область 2-й ветви тройничного нерва нечувствительна к уколам. Удалён раковый узел и затем резецирован носовой отросток верхней челюсти, затем удалены при местной анестезии подчелюстные лимфатические железы. Вся операция прошла без боли. Гладкое заживление. Выписана здоровой 25 февраля. При микроскопическом исследовании найден рак из базальных клеток кожного эпителия.

32. Меланосаркома околоушных и шейных лимфатических желёз.

Екатерина Г. 67 лет, мещанка г. Переславля, 4/X—12/X 1913 г.

Много лет на левом виске больной было несколько маленьких пигментных родимых пятнышек. В начале 1913 года одно из этих пятнышек изъязвилось и в конце мая было вырезано в фабричной больнице. В конце июня больная упала с лестницы и ушибла лоб; недели через 1,5 после этого она заметила увеличенную желёзку перед левым ухом, затем через некоторое время стали увеличиваться железы ниже уха. Прощупывается небольшой, слегка подвижный пакет увеличенных желёз в *fossa retromandibularis* и одна большая подвижная железа над околоушной железой. Операция 6/X при регионарной анестезии (кожные нервы шеи). Через небольшой поперечный разрез удалена одиночная железа околоушной области, микроскопически представлявшаяся превращённой в меланосаркому. Такой же вид имели спаявшиеся в пакет железы, удалённые из *fossa retromandibularis*. Через разрез вдоль переднего края грудной клетки—сосковой мышцы удалены глубокие шейные железы вплоть до места пересечения сосудов лопаточно-подъязычной мышцей. Железы эти имели нормальный вид. Рана зашита с марлевым выпускником в верхнем конце. Заживление прошло совершенно гладко, и 12/X больная выписана. При микроскопическом исследовании подтвердился макроскопический диагноз меланосаркомы. Саркоматозные клетки круглые, довольно крупные, многие из них содержат жёлто-бурый пигмент.

Снова поступила с небольшой припухлостью под верхним концом грудной клетки—сосковой мышцы. Операция 3/XII при местной анестезии. Разрез по старому рубцу на шее и добавочный к нему через верхний конец грудной клетки—сосковой мышцы с перерезкой последней. Удалены поражённые меланосаркомой лимфатические железы, расположенные под верхним концом грудной клетки—сосковой мышцы и вдоль заднего края яремной вены. Одна из желёз, размягчённая, прорвалась при выделении. Все железы невелики, подвижны. Рана зашита наглухо. 9/XII больная отправлена в Москву для лечения радием.

33. Травматическая эпилепсия.

Мария М. 9 лет, кр. д. Афанасьёво, Глебовской волости, 28/III—16/V 1912 г.

Родилась нормальным ребёнком от здоровых родителей и до полугода ничем не болела; в полугодовом возрасте упала с печки и получила перелом правой теменной кости, над которой образовалась большая сине-багровая припухлость, не исчезающая затем в течение 2,5 лет; за это время мать больной обращалась в больницу, где было сделано несколько проколов опухоли, но улучшения не было. В физическом и умственном отношении ребёнок развивался очень медленно: ходить и говорить начала в 5-летнем возрасте. 6 лет девочка снова ушибла голову при падении с завалинки, и тотчас начался первый эпилептический припадок; в первое время припадки повторялись через большие промежутки времени, затем стали постепенно учащаться и в последнее время бывало до 6 припадков в день. В течение последнего месяца мать заметила быстро прогрессирующее ослабление умственных способностей и ухудшение зрения у больной, а за две недели до поступления в больницу ребёнок совершенно ослеп. Офтальмоскопическое исследование было очень затруднено беспокойным поведением больной и удалось лишь установить, что окраска сосочков зрительных нервов не отличается от окраски сетчатки. Приблизительно в центре правой теменной кости прощупывается большое вдавление кости. Рефлексы, чувствительность и движения нормальны; говорит больная очень неясно, почти не членораздельно; по-видимому, слабо различает лишь яркий свет. Операция 30 марта под хлороформно-эфирным наркозом. После предварительного обшивания поля операции по Heidenhain'у отпрепарован большой кожно-надкостничный подковообразный лоскут с нижним основанием, просверлено у краёв вдавления 2 отверстия фрезой Douen'a и из них начато отделение кости, которая была вдавлена не сильно, но твёрдая мозговая оболочка сплошь сращена с мягкой и отделение её представляло довольно большие затруднения вследствие кровотечения из сосудов мягкой мозговой оболочки. Кость и твёрдая мозговая оболочка удалены на пространстве 5×7 см. В толще кожно-надкостничного лоскута найдена довольно объёмистая киста с блестящими гладкими стенками, напоминающими внутреннюю поверхность аорты, и светлым прозрачным содержимым. Дефект в черепе покрыт только кожно-надкостничным лоскутом, пришитым без выпускников. Почти двухчасовую операцию девочка перенесла очень хорошо. В первые 2 дня после операции больная была беспокойна, била себя по голове, мочилась под себя. В течение второго дня было 4 лёгких эпилептических припадков, начинавшихся с подёргиваний правой ноги, и однократная рвота. Припадки повторялись затем в лёгкой степени 1-го, 3-го и 30 апреля и 14 мая. Уже на 3-й день после операции было замечено, что больная начинает видеть, а на 5 день она уже хорошо видела, речь стала проясняться, и через 2 недели после операции мать больной нашла, что её умственные способности, быстро понижавшиеся перед операцией, восстановились вполне до той степени, на которой они находились прежде, до ухудшения. Больная проявляла, однако, заметное слабоумие. В первое время после операции мозг сильно выпячивался через дефект черепа, но затем это выпячивание совершенно исчезло. Для защиты мозга вшита в чепчик стальная пластинка, и 16 мая больная выписана.

34. Дефект черепа, травматическая эпилепсия.

Мария М. 10 лет, кр. д. Афанасьево, Глебовской волости, 31/III—25/IV 1913 г.

В мае 1912 года была оперирована по поводу травматической эпилепсии (смотри историю болезни № 84 за 1912 год). Удалена часть теменной и височной костей с правой стороны с иссечением твёрдой мозговой оболочки. Наблюдавшийся до операции резкий упадок зрения исчез, и зрение на правый глаз стало удовлетворительным (на левом глазу катаракта).

Эпилептические припадки стали значительно реже, но совсем не прекратились, бывая 1 раз в 1—2 месяца, а иногда и чаще. Общая психика девочки в том же состоянии, как и при выписке её после первой операции. Жалуются на головные боли.

3/IV под смешанным хлороформно-эфирным наркозом произведено (доктор Буткевич) пластическое закрытие дефекта в черепе с помощью 2 кусков рёбер (8 и 9), взятых из правой стороны груди. Рёбра были взяты с наружной надкостницей и расколоты пополам на наружную и внутреннюю пластинки. Длина их равнялась 8 см. Затем был очерчен кожно-надкостничный лоскут соответственно дефекту в черепе. Надкостница оказалась плотно-сращённой с краями дефекта и с поверхностью мозга. Края костного дефекта были тщательно выделены из сращений и освежены долотом по всему протяжению. Попытку отделить надкостницу от поверхности мозга и закрыть дефект твёрдой мозговой оболочки, взятым предварительно *ad hoc* куском *fasciae latae*, пришлось оставить за невозможностью сделать это без значительного повреждения мозговой коры, тем более что при отделении над-

костницы кровоточили сильно сосуды мягкой оболочки. Пришлось ограничиться иссечением участка надкостницы около 1,5×2 см.

Костный дефект был закрыт рёберными пластинками, обращёнными надкостницей и распилом вверх и расположенными по длиннику дефекта. Пластинки фиксированы кетгутowymi швами к надкостнице, часть их (лишённая надкостницы) фиксирована к надкостнице же черепа, будучи охвачены кетгутовой петлёй и фиксированы друг к другу. В нижний угол раны введены по бокам выпускники. Лоскут поставлен на место.

4/IV явления возбуждения, обусловленные болью, не хочет покойно лежать, кричит.

5/IV успокоилась и стала послушной.

6/IV самочувствие вполне хорошее. Удалены турунды из ран на груди и бедре. Раны черепа в хорошем состоянии. Заживление раны на черепе шло без осложнений, и ко времени выписки 25-го апреля на месте дефекта прощупывалась прочная кость. Ни одного эпилептического припадка за время пребывания в больнице не было.

35. Катаракта. — Травматическая эпилепсия.

Мария М. 10 лет, кр. д. Афанасьёво, Глебовской волости, 24/VIII—8/IX 1913 г.

В 1912 году была оперирована по поводу травматической эпилепсии. Через 1/2 года после трепанации черепа образовалась катаракта на левом глазу. Хрусталик помутнел весь. Эпилептические припадки повторяются теперь в лёгкой форме и гораздо реже, 1—2 раза в месяц. 27/VIII сделана под эфирным опьянением дисцизия катаракты. Часть кортикальных масс вышла в переднюю камеру и медленно рассасывалась. 8/IX девочка выписана с тем, чтобы через месяц явиться для второй операции.

36. Невралгия тройничного нерва.

Алексей Т. 60 лет, кр. д. Вечеслова, Петровской волости, 2/VI 1912—26/I 1913 г.

В декабре 1911 года была сделана инъекция спирта к месту выхода из черепа 2-й ветви тройничного нерва по поводу тяжёлой невралгии, и боли исчезли на 4 месяца совершенно, но затем опять появились, хотя и в более слабой степени. 5 июня впрыснуто по способу Braun'a к foramen rotundum 2 куб. см 95° спирта после предварительной инъекции 2% адреналин-новокаина. В тот же день боли совершенно исчезли и 6 июня больной выписан избавившимся от болей.

Снова поступил 9/X 1912 года по поводу возврата сильных болей, появившихся около месяца тому назад. Боли чувствует только в правой щеке, губе и крыле носа, в нёбе же и дёснах их не бывает. Операция 13 октября при регионарной анестезии 2-й ветви тройничного нерва по способу Braun'a. Впрыснуто 5 см 2% адреналин-новокаина к foramen rotundum, и через 1/2 часа наступило онемение во всей области 2-й ветви. Нерв обнажён в fossa canina, снесён долотом глазничный край над ним; отделена распаторием надкостница нижней стенки глазницы, вскрыт нижнеглазничный канал, нерв выделен, захвачен кохеровским пинцетом, и выкручен сперва его центральный конец, затем периферические разветвления. Рана зашита с небольшим выпускником, введённым в глазницу. Рана зажила гладко. Боли исчезли совершенно. 26 октября выписался здоровым.

Снова поступил 13 декабря того же года. Вскоре после выписки появился свищ в рубце, выделявший немного гноя, в последние же дни глаз закрылся вследствие значительной припухлости и отёка щеки и век; при надавливании из-под лоскута выделяется гной. Невралгические боли совершенно исчезли со времени операции. 15 декабря при местной анестезии сделан разрез по старому рубцу, открыта кость, но не найдено секвестра; под лоскут введён марлевый выпускник. В течение долгого времени выделялся из-под лоскута гной. Ко времени выписки 26 января осталось лишь ничтожное выделение.

В мае 1914 года больной снова обратился по поводу возврата болей, которые вновь появились около месяца тому назад. Он сообщил, что нагноение в рубце у него продолжалось около года и прекратилось лишь после того, как вышел забытый в ране марлевый выпускник.

37. Невралгия тройничного нерва.

Наталья К. 61 г., кр. с. Бектышева, Смоленской волости, 5/XI—27/XI 1912 г.

Больше года страдает крайне тяжёлой невралгией всех трёх ветвей левого тройничного нерва, долго и безуспешно лечилась различными внутренними средствами. Все болевые точки крайне чувствительны при давлении; боли особенно сильны в левой половине языка и в щеке. 7 ноября сделано впрыскивание 80° спирта к foramen ovale по способу Offerhaus'a

(5 куб. см) и к foramen rotundum по способу Braun'a (2 куб. см). 9 ноября боли в очень значительной степени уменьшились, но через 2 дня снова достигли прежней силы. Операция 15 ноября при регионарной анестезии (впрыснуто 5 куб. см 2% адреналина-новокаина к foramen ovale по Offerhaus'у). Разрезом слизистой оболочки дна рта обнажён язычный нерв, отпрепарован и перерезан по возможности высоко, затем периферический конец захвачен кохеровским пинцетом и выкручен. После операции боли совершенно исчезли, но через 4 дня снова появилась жестокая боль в левой половине языка, держалась больше суток и затем снова исчезла окончательно; до времени выписки 27 ноября никаких болей не было.

Болезни шеи

38. Резаная рана шеи.

Софья В. 22 лет, кр. д. Воскресенской, Глебовской волости, 8/VIII—4/IX 1912 г.

Родила 2 недели тому назад и после родов проявляла признаки психического расстройства. На рассвете в день поступления в больницу перерезала себе горло ножом. Рана длиной около 4 см на передней стороне шеи на 1 см выше вырезки щитовидного хряща; перерезана membrana hyo-thyreoidea и видна задняя стенка глотки. Температура повышена до 39°, из матки выделяются вонючие лохии. Лечение велось только тампонадой раны стерильной марлей. Уже на второй день рана слизистой оболочки закрылась, температура понизилась, дыхание всё время оставалось свободным; 4 сентября больная выписана для амбулаторного лечения с небольшой грануляционной поверхностью на месте раны.

39. Гуммозный сифилис гортани.

Иван М. 49 лет, кр. д. Новосёлки, Смоленской волости, 3/X—31/X 1912 г.

В июне 1912 года лечился в терапевтическом отделении — ртутью и йодом по поводу гуммозных язв зева и глотки. Язвы быстро зажили и теперь на задней стенке глотки виден характерный звездчатый рубец. Поступил с очень значительным затруднением дыхания. При ларингоскопии видны обширные бугристые разрастания в гортани, главным образом на задней её стенке. 4 октября сделана при местной анестезии верхняя трахеотомия, и больному назначен йодистый калий (10 : 200). К 12 октября дыхание значительно улучшилось и больной оставлен без трубочки, но на ночь её снова пришлось вставить вследствие затруднения дыхания. В следующие две ночи также вставлялась трубочка, затем удалена окончательно. К 31 октября рана зажила и больному выписан с почти свободным дыханием.

В конце июня 1913 года больному явился в амбулаторию с жалобой на крайнее затруднение и болезненность при глотании. При исследовании обнаружена обширная раковая язва, занимающая всю заднюю и правую боковую стенки глотки, заднюю дужку и часть миндалин.

40. Инородное тело дыхательного горла.

Василиса Б. 3 лет, кр. д. Новосёлки, Копнинской волости, 13/VII—28/VII 1913 г.

9 июля девочка ела семечки и поперхнулась; дыхание стало очень затруднительным, было несколько приступов тяжёлого удушья и сильного кашля. При поступлении дыхание было стенотическим, но не настолько затруднённым, чтобы надо было спешить с операцией. На обеих сторонах груди нормальный дыхательный шум, но много влажных хрипов. Около 6 часов вечера девочка сильно закашлялась и дыхание стало очень затруднённым. В 7 часов вечера сделана трахеотомия под эфирным наркозом; перерезан между двумя лигатурами перешеек щитовидной железы и вскрыто горло разрезом в 2 см; тотчас же с кашлевым толчком вылезло семечко подсолнуха, а за ним много слизи. Рана дыхательного горла уменьшена двумя швами и вставлена трахеотомическая трубочка; зашить рану наглухо представлялось рискованным, так как в неё попало много слизи и дыхание после удаления инородного тела было далеко не совсем свободным. 17/VII удалена трубочка, но девочка без неё плохо дышала и через час снова пришлось её ввести. 18/VII опять удалена трубочка и сняты швы и на этот раз дыхание без трубочки было почти свободным. Рана зажила без осложнений и больная выписана с свободным дыханием.

41. Зоб.

Акулина К. 17 лет, кр. д. Петрецова, Вишняковской волости, 22/V—7/VI 1912 г.

Объёмистый диффузный зоб очень мягкой консистенции, занимающий все части железы, но преимущественно правую её долю. Появился зоб лет пять тому назад, в последнее время стал причинять боли и затруднять дыхание. Общее состояние хорошее, сердце здоровое. Операция 29 мая начата при местной анестезии, но окончена под хлороформно-эфирным наркозом ввиду большой нетерпеливости больной. Через кохеровский воротникообразный разрез удалена правая доля железы; нижняя щитовидная артерия была выделена весьма отчётливо далеко от зоба, но возвратный нерв не был виден и после отделения зоба от дыхательного горла замечена хрипота; в рану введён стеклянный дренаж и зажила она вполне гладко. При выписке больной 7 июня констатирован ларингоскопией паралич правой голосовой связки, но левая связка компенсировала функцию правой и голос остался вполне чистым.

42. Зоб.

Евфросиния Е. 66 лет, мещанка г. Переславля, 5/VI—28/VI 1913 г.

17 лет назад появилась припухлость с левой стороны передней части шеи. Все 17 лет опухоль постепенно росла и к настоящему времени достигла величины большого яблока. До марта настоящего года опухоль никаких расстройств у больной не вызывала, но с этого времени появилось затруднение дыхания. Опухоль принадлежит левой доле щитовидной железы, подвижна, сращений нет. Общее состояние здоровья и питания больной удовлетворительное, расстройств со стороны сердца нет. Операция 8 июня при регионарной анестезии (кожные нервы шеи) с предварительным впрыскиванием скополамина (0,0003) и морфия (0,01). К началу операции больная была в состоянии заметного оглушения, была довольно значительная тахикардия и небольшая аритмия. Воротниковый разрез Кохера. Перевязаны верхняя и нижняя щитовидные артерии левой стороны, возвратный нерв обнажён на всём протяжении, оставлен на месте тот отдел капсулы, который соответствует положению парашитовидных железок. Перерезывать перешеек железы оказалось ненужным, так как зоб легко отделился от правой доли щитовидной железы, которая оказалась совершенно нормальной. Рана зашита трёхэтажным швом (мышцы, фасция, кожа) с марлевым выпускником. На разрезе удалённого зоба найдена киста величиною в грецкий орех и множество других кист меньшей величины. Заживление осложнилось лёгким нагноением, которое осталось ограниченным благодаря выпускнику. 5 июня больная выписана с почти зажившим отверстием на месте выпускника.

43. Зоб.

Александра С. 45 лет, кр. д. Большой Вёски, Годуновской волости, Александровского уезда, 27/I—7/II 1913 г.

Около 15 лет тому назад стала расти опухоль на передней стороне шеи, теперь эта опухоль, локализуясь в средней и правой части щитовидной железы, достигла величины яблока, имеет шаровидную форму, подвижна. — Сердце и лёгкие здоровы. Операция 29 января при местной анестезии с предварительным впрыскиванием скополамина (0,0004) и морфия (0,01). Воротниковый разрез Кохера. Шаровидный узел выполнял почти всю правую долю железы; при попытке его вылушения, начатого со стороны перешейка, наступило сильное паренхиматозное кровотечение, для остановки которого пришлось перейти к типическому половинному иссечению зоба и перевязать, кроме того, левую верхнюю щитовидную артерию. При отделении задней части правой доли найдены и оставлены нетронутыми 3 парашитовидных железки, очень отчётливо выделен возвратный нерв. Удалённый зоб состоял из одного хорошо ограниченного шаровидного узла величиною в яблоко и небольшого остатка правой доли железы. Рана зашита со стеклянным дренажом. Гладкое заживление. Выписана здоровой 7 февраля.

Болезни груди и позвоночника

44. Перелом позвоночника.

Анастасия С. 58 лет, кр. с. Филимонова, Погостовской волости, 18/VII—9/IV-1912 г.

Накануне поступления в больницу упала вниз головой с нагруженного сеном воза, и немедленно после этого произошёл паралич ног. При поступлении в больницу найдено следующее: все движения ног возможны, но мышечная сила в них очень незначительна; коленные рефлексы повышены; мочевой пузырь выступает на 3 пальца над лобком, мочиться больная не может, испражняется только после клизмы. Болевая чувствительность совершенно отсутствует на обеих ногах до половины бёдер, в верхних же половинах бёдер есть очень слабая чувствительность. На животе болевая чувствительность сильно понижена до уровня 6—7 сегмента.

Во всей области отсутствия и понижения болевой чувствительности резко понижена и температурная чувствительность, тактильная же везде сохранена. Выше 7 сегмента никаких расстройств движения и чувствительности нет. Давление на верхние грудные позвонки болезненно. Срединная треть правого нижнего века оторвана. — Через неделю после поступления в больницу наступило значительное улучшение чувствительности и движений в нижних конечностях, но появился тяжёлый цистит (моча мутная, щелочной реакции, в осадке гнойные шарики и кристаллы фосфорно-кислой аммиак-магнезии). При ежедневных промываниях пузыря ляписом цистит постепенно проходит, с 5 августа больная стала мочиться самостоятельно. К 9 августа болевая чувствительность нижней половины тела восстановилась почти вполне. К 17 августа мышечная сила ног увеличилась значительно, но довольно далека ещё от нормальной, особенно в левой ноге, где она слабее, чем в правой. С 6 сентября больная начала ходить, и ко времени выписки 9 сентября ходила почти свободно без всякой опоры.

45. Перелом позвоночника, повреждение спинного мозга.

Иван К. около 36 лет, кр. с. Ефимьева, Петровской волости, 7/VI—8/VI 1912 г.

Накануне доставки в больницу попал под воз. Доставлен в 12 часов ночи с полным параличом и потерей болевой чувствительности нижних конечностей и задержанием мочи. В 10 ч. утра 8 июня больной внезапно умер.

46. Огнестрельная рана груди, гнойный плеврит.

Евгений Я. 18 лет, сын священника Алексеевской пустыни, Глебовской волости, 31/VII—28/X 1913 г.

В 12 часов ночи на 31/VII, приготавливаясь к охоте, произвёл нечаянный выстрел в грудь из ружья, заряженного дробью № 3. Выстрел был направлен спереди назад — и несколько наискось снизу вверх. Доставлен в 7 часов утра. Общее состояние вполне удовлетворительно, пульс полон, не част, температура нормальная. На левой стороне груди, на уровне 8 ребра 2 раны, из которых передняя, небольшая и мало разорванная, помещается на средней подмышечной линии, а задняя, сильно разорванная, развороченная и большая, находится на задней подмышечной линии. Разорванные мышцы и подкожная клетчатка, виднеющиеся в ране, черны и дряблы; окружность обеих ран обожжена и импрегнирована порошинками. Над левой стороной груди тимпанический звук и ослабленное дыхание; при дыхании слышен шум входящего и выходящего чрез рану воздуха. Границы сердечной тупости нормальны, тоны сердца чисты. Немедленно операция под эфирно-хлороформным наркозом.

Разрезан кожный мостик между обеими ранами, и под ним найдены разорванные и обожжённые мышцы, резецировано на протяжении 4—5 см раздробленное ребро и найден небольшой разрыв в плевре, в полости последней очень много крови; вытянуто окончатый зажимом лёгкое и осмотрено; оно тёмно-красного цвета, плотнее нормального, повреждений на нём нет.

По удалении крови из полости плевры, в неё введены марлевые салфетки, рана кое-где уменьшена швами. Тампоны впервые перемены 5/VIII под эфирным опьянением, затем менялись ежедневно. В первые 2 дня больной чувствовал себя хорошо, но уже на 2 день после операции температура повысилась до 38,4°, на 4 день дошла до 40°, самочувствие резко ухудшилось, пульс был 100—112, тампоны и повязка очень быстро промокали и издавали очень неприятный запах.

10/VIII влило в вену 10 см 2% раствора колларгола. На следующее утро самочувствие больного значительно улучшилось, температура 38°, пульс 105. С 12/VIII температура стала почти нормальной и лишь по временам повышалась вследствие задержек гноя. Состояние больного постепенно улучшалось, полость уменьшалась, и ко времени выписки 28/X закрылась настолько, что остался лишь маленький свищ, почти ничего не выделявший.

47. Остеомиелит позвоночника.

Алексей Б. 5 лет, кр. д. Аламово, Елизаровской волости, 2/VI—11/VI 1913 г.

Три недели тому назад мальчик упал, ударившись спиной о камень, и через 3—4 дня после этого стал жаловаться на боли в спине и вскоре слёг в постель. За неделю до поступления в больницу была замечена болезненная припухлость над крестцом и левой ягодичей. При поступлении большое скопление гноя над верхней частью крестца и соседней частью левой ягодичной области, температура 39,5°. На следующий день операция под эфирным наркозом. Абсцесс вскрыт поперечным разрезом, вытекло очень много густого сливкообразного гноя, найден ход в толщу *m. sacro-spinalis*, кнутри от задней верхней ости подвздошной кости, по рассечении мышцы ход этот привёл к поперечному отростку 3 поясничного позвонка, свободно торчавшему, но не обнажённому от надкостницы. Полость выполнена марлей. Заживление шло быстро и гладко, и ко времени выписки 11 июня осталось лишь поверхностное углубление на месте разреза. В мазке из гноя найдены кокки, на агаре выросла культура золотистого стафилококка.

48. Остеомиелит ребра и плеча.

Антонина А. 8 лет, кр. д. Мишутина, Нагорьевской волости, 16/VI—5/VII 1913 г.

1 июня без видимой причины появились болезненные припухлости над нижним концом правого плеча сзади и над 6 ребром левой стороны груди между сосковой и передней подмышечной линиями; был жар, сильные боли. При поступлении на этих местах довольно большие абсцессы, причём абсцесс над ребром вялый и очень напоминает туберкулёзный по малой болезненности и неизменности покровов, на плече же кожа покраснела и припухлость болезненна. До настоящей болезни девочка сильно кашляла. Она малокровна, слабого сложения и плохого питания, но лёгкие и сердце здоровы. В моче немного белка, в осадке лишь клетки плоского эпителия.

Операция 18 июня под эфирным наркозом. По вскрытии абсцесса над ребром вышел густой сливкообразный гной и оказался обнажённым от надкостницы нижний край 5 ребра. На плече жидкий кровянистый гной над и под сухожилием трёхглавой мышцы, которое оказалось расщеплённым на 2 половины по ходу его волокон; кость не обнажена. Полости выполнены марлей.

В мазке из гноя найдены кокки в ничтожном количестве. В мазке из суточной бульонной культуры главную массу составляют стафилококки, но среди них попадает и много кокков, расположенных цепочками.

Заживление шло быстро и почти вполне закончилось к 5 июля.

49. Двусторонний гнойный плеврит.

Алексей Е. 3 лет, кр. с. Голопёрова, Глебовской волости, 16/X—14/XI 1913 г.

В конце июня у ребёнка на ноге появился большой нарыв, вскрывшийся недели через две. С начала сентября ребёнок стал тяжело болеть; фельдшер, у которого он лечился, послал его в больницу, но мать только теперь собралась привезти его. Ребёнок слаб, истощён, на всей правой стороне груди сплошное притупление, отсутствие дыхательного шума, при проколе получен гной. 15 октября в терапевтическом отделении было выпущено 800 см гноя аппаратом Potain'a.

16/X сделана резекция 8 ребра по задней подмышечной линии при местной анестезии по Вгауп'у. Операция прошла абсолютно безболезненно и ребёнок лежал совершенно спокойно. Полость плевры вскрыта в сидячем положении больного, и выпущено около 1,5 стаканов гноя. Операцию ребёнок перенёс как нельзя лучше. С 27/X температура стала повышаться и к 6/XI дошла до 39,8°, ребёнок совершенно потерял аппетит, самочувствие его стало очень дурным. 6/XI найдено притупление и ослабление дыхания под левой лопаткой, а на следующий день получены на этом месте при пробном проколе серозно-гнойный экссудат; удалена дренажная трубка из правой плевральной полости. Уровень экссудата не поднимался выше угла лопатки. 12/XI устроен сифонный дренаж левой плевральной полости по Bülow; через канюлю троакара введён нелатоновский катетер № 13.

Сразу же вытекло 400 см гноя и в дальнейшем сифон действовал хорошо, но ребёнок был уже очень слаб и 14/XI умер.

50. Гнойный плеврит.

Ефим Б. 20 лет, кр. с. Лыченец, Половецкой волости, 2/VI—10/IX 1913 г.

Заболел 14 мая — сильная боль в левом боку, жар и кашель. 24 мая был принят в терапевтическое отделение с явлениями резкой тупости и ослабленного бронхиального дыхания, занимающими всю область левого лёгкого сзади и под мышкой. Плевральная пункция дала серозно-гнойную жидкость, в которой найдены были стрептококки. 30 мая вторичная пункция, получена более густая, совершенно непрозрачная жидкость. 31 мая предполагалось сделать резекцию ребра, но при исследовании найден высокий тимпанический звук сзади, в области нижней половины лопатки.

В ночь на первое июня выделилось большое количество гнойной мокроты. Ввиду подозрения на вскрытие экссудата в бронх операция временно отложена.

Вскоре тимпанический звук исчез, интенсивное притупление и ослабленное дыхание слева сзади оставались по-прежнему, внизу, под лопаткой и под мышкой дыхание совершенно не проводилось. Температура за время пребывания в терапевтическом отделении колебалась между 38—39,6° вечером и 37—38° утром. 2 мая больной переведён в хирургическое отделение и в тот же день сделана операция при местной анестезии. Резецировано восьмое ребро по лопаточной линии на протяжении 4 см, выпущено большое количество жидкого гноя, в рану вставлен двойной резиновый дренаж. Гной выделялся в очень большом количестве, но лихорадка, сперва понизившись, скоро приняла гектический характер, больной слабел и истощался, гнойная полость нисколько не уменьшалась. 2 июля, при регионарной анестезии и лёгком эфирном наркозе, сделана торакопластика по Schede. После отпрепаровки дугообразного кожного лоскута резецировано 6 рёбер (5, 6, 7, 8, 9, 10) на протяжении от рёберных хрящей до позвоночника. Вырезана на всём протяжении лоскута утолщённая плевра, выскоблены острой ложкой грануляции с лёгочной плевры, очень толстой и фиброзной. В верхний отдел полости введены марлевые тампоны, концы которых выведены через рану от первой операции, и кожно-мышечный лоскут пришит на место. Крови больной потерял не особенно много и перенёс операцию довольно хорошо; после операции и вечером влило под кожу по 1000 см солевого раствора.

В полость плевры долгое время вводились марлевые выпускники. Полость постепенно уменьшалась, по удалении выпускников сформировался свищ, который к 25/VIII почти совсем закрылся, пропускал зонд лишь на 2—3 см и почти ничего не выделял.

Больной к этому времени очень пополнил и окреп, чувствовал себя здоровым. Выписан 10/IX.

51. Гнойный плеврит.

Иван Д. 27 лет, кр. Никитской слободы, Переславской волости, 2/VIII—23/VIII 1913 г.

Переведён из терапевтического отделения, куда поступил 27 июля, через неделю после начала болезни. Началась болезнь с насморка, кашля и боли в левом боку, а за два дня до поступления в больницу резко ухудшилась, появилась сильная одышка. Был определён большой левосторонний плевритический экссудат и 28/VII выкачено Potain'овским аппаратом 300 см серозной жидкости.

Дыхание улучшилось не надолго.

Уже 1 августа одышка резко усилилась, на месте прежнего притупления сзади, под лопаткой, появился изменчивый тимпанический звук, определено значительное смещение сердца вправо; при пробном проколе под лопаткой получен гной с резким запахом.

2 августа сделана резекция 9 ребра под бром-этиловым наркозом ввиду невозможности применить местную анестезию (мягкие ткани над рёбрами были очень отёчны и эмфизематозны, рёбра не прощупывались). Операция сделана очень быстро, но после её окончания наступила тяжёлая синюха и коллапс, с которыми, однако, удалось быстро справиться. Гною вышло не более стакана, с резким аммиачным запахом. В небольшую гнойную полость введён марлевый выпускник. Заживление и выздоровление прошло совершенно гладко, и 23/VIII больной выписан для амбулаторного лечения с полоской грануляций на месте разреза, с прекрасным самочувствием и хорошим аппетитом.

52. Гнойный плеврит.

Митрофан Б. 58 лет, кр. д. Пески, Половецкой волости.

Заболел с месяц тому назад, — сильный кашель, одышка и боль в левом боку. Кашлял и раньше, месяца два. 8 октября поступил в терапевтическое отделение. При исследовании в обоих лёгких масса влажных среднепузырчатых хрипов. Под левой лопаткой притупление, ослабленное бронхиальное дыхание, ослабленное голосовое дрожание, в сердце глухие тоны;

общий цианоз. Моча нормальна. Была сделана пункция, получен гной и больной переведён в хирургическое отделение.

10 октября сделана операция. При местной анестезии резецировано восьмое ребро на протяжении 4 см. Из полости плевры выпущено большое количество гноя. В рану вставлен резиновый дренаж. 15/X цианоз, одышка. Назначен дигален и кофеин и уже через день наступило значительное улучшение; однако и в дальнейшем несколько раз повторялись такие приступы слабости сердца, быстро проходившие под влиянием дигалена. Температура всё время после операции оставалась субфебрильной, но в первых числах ноября временами повышалась до 39—40°, хотя задержки гноя ни разу не было обнаружено. 6/XI появилась довольно значительная желтуха и болезненность печени, цианоз, больной быстро ослабел и в тот же день умер.

53. Гнойный плеврит.

Василий Ш. 21 г., кр. с. Купани, Переславской волости, 17/VI—10/IX 1913 г.

Заболел 14 июня — сильная боль в правом боку, жар, озноб и головная боль. 19 поступил в терапевтическое отделение с явлениями резкого притупления справа сзади, начинающегося от половины лопатки. Дыхание в месте притупления резко ослаблено, голосовое дрожание отсутствует. Выше притупления рассеянные, влажные хрипы и бронхиальное дыхание. Температура 37,0—38,0 утром, 39,0—40,0 вечером. 26 сделан пробный прокол, получен гной. 27 июня при местной анестезии резецировано 9 ребро по лопаточной линии на протяжении 4 см. Выпущено большое количество очень вонючего бурого гноя. В рану вставлен двойной резиновый дренаж. Заживление шло хорошо, лёгкое расправлялось, и 25/VII, почти через месяц после операции, удалена была дренажная трубка. Однако уже на следующий день температура, бывшая нормальной, поднялась до 38,6° и доходила до 39,3° 28/VIII. Свищ был расширен корнцангом, вышел гной и снова был введён дренаж. Температура опять стала нормальной. Через неделю дренаж удалён окончательно и больше задержки гноя не было. Ко времени выписки 10 сентября оставался ничтожный неглубокий свищ в рубце.

54. Гнойный плеврит.

Трифон К., 35 лет, стражник, г. Переславль, 30/IV—20/V 1913 г.

Переведён из терапевтического отделения (см. историю болезни терапевтического отделения № 210), 30 апреля операция при местной анестезии. По задней подмышечной линии резецирован кусок 9 ребра в 8 см и вскрыта небольшая и узкая гнойная полость, ограниченная плотными сращениями от остальной полости плевры. Полость эта имела направление и протяжение, почти точно соответствовавшие резецированному куску ребра. В полость введён марлевый выпускник и рана частично зашита. Заживление шло без осложнений и 20 мая больной выписан для амбулаторного лечения с близкой к заживлению раной.

55. Гнойный плеврит.

Марфа К. 22 лет, кр. с. Добрилова, Петровской волости, 18/XII 1913 г.—16/I 1914 г.

Заболела недели три тому назад — сильный жар, головная боль, боль в правом боку. С 18/XI лежала в терапевтическом отделении с температурой 38—40°. При объективном исследовании была найдена тупость сзади справа, начиная с нижнего угла лопатки, там же ослабленное дыхание и ослабленное голосовое дрожание. 10/XII сделан пробный прокол, получено немного серозной жидкости. 17/XII вторичный прокол, давший гнойную жидкость, и больная была переведена в хирургическое отделение.

20/XII сделана резекция ребра при местной анестезии. Резецировано правое девятое ребро на протяжении 4 см. Плевра очень утолщена. Из полости плевры вытекло небольшое количество гноя; в неё введён резиновый дренаж. После операции больная чувствовала себя хорошо, температура была нормальна, отделение гноя быстро уменьшалось и уже на 8 день после операции можно было удалить дренаж. Ко времени выписки рана совсем зажила.

Через месяц больная снова обратилась по поводу свища, открывшегося в рубце вскоре после выписки из больницы. Отделение гноя небольшое, но зонд входит сантиметров на 10 по направлению вверх и назад. На повторную операцию больная не согласилась.

56. Гнойный плеврит.

Марья К. 20 лет, кр. с. Нилы, Переславской волости, 23/XI 1911 г.—7/II 1912 г.

Переведена из терапевтического отделения. Больна около 3 недель. Началась болезнь исподволь болями в левом боку и кашлем, болезнь протекала легко, но при пробном проколе 21 ноября получена из левой плевральной полости серозно-гнойная жидкость. Выпот достигает сзади уровня лопаточной ости, спереди — нижнего края 3 ребра. До 24 ноября выпот оставался серозно-гнойным, температура не поднималась выше 38°, общее состояние и самочувствие больной были вполне удовлетворительными, и потому решено было ограничиться выкачиванием экссудата, но 26 ноября Потэновским аппаратом удалено более метра чистого гноя, и потому на следующий день сделан при местной анестезии разрез плевры с резекцией куска 9 ребра по лопаточной линии, причём из плевральной полости вместе с небольшим количеством гноя выделилось много фибриновых сгустков. Полость дренирована толстой резиновой трубкой. Заживление шло хорошо, 6 января удалена дренажная трубка и рана скоро зажила, но 20 января рубец снова вскрылся и появилось незначительное серозно-гнойное отделение, прекратившееся к 5 февраля. Ещё до перевода из терапевтического отделения для операции у больной был констатирован подострый паренхиматозный нефрит, который продолжался, то улучшаясь, то ухудшаясь, во всё время послеоперационного лечения. Количество мочи доходило до 400 см в сутки, количество белка колебалось между 3 и 12 pro mille, были довольно значительные отёки. Всё время больная была на молочной диете и 7 февраля переведена в терапевтическое отделение.

57. Бугорчатка грудной стенки.

Анна Я. 17 лет, мещанка г. Переславля, 29/I—7/II 1913 г.

В 1911 году перенесла левосторонний серозно-фибринозный плеврит, после которого осталось заметное западение и значительное ограничение подвижности левой половины грудной клетки. Около года тому назад появился холодный абсцесс над рукояткой грудины, достигший теперь величины куриного яйца, а около месяца тому назад второй, небольшой абсцесс над левым грудино-ключичным сочленением, однако движения в этом суставе несколько не ограничены. В амбулатории 11 раз была вприснута в холодный абсцесс йодоформная эмульсия, но никакого улучшения не наступило. Давно уже больная лихорадит (около 38,5°) и кашляет, но имеет обманчиво-цветущий вид. Операция 31 января под эфирно-хлороформным наркозом. Вырезан целиком холодный абсцесс над рукояткой грудины, которая оказалась здоровой, и найден глубоко идущий ход во втором левом межрёберном промежутке, открывавшийся в вырезанный абсцесс; после разреза вдоль этого хода большой грудной мышцы найдена под нею довольно большая полость с фиброзными стенками, содержащая туберкулёзные грануляции и гной; полость эта вскрыта на всём протяжении, тщательно выскоблена и не найдено больше нигде свищевых ходов, не найдено и поражения рёбер. Вырезан второй холодный абсцесс, помещавшийся в клетчатке яремной ямки, вполне замкнутый и не имевший сообщения с большим абсцессом. Вся рана обильно полита йодной настойкой и зашита с двумя маленькими марлевыми выпускниками. После операции больная сильно лихорадила (до 40°), но чувствовала себя хорошо, рана гладко зажила и 7 февраля больная выписана для амбулаторного лечения.

58. Бугорчатка позвоночника.

Ирина М. 20 лет, кр. д. Свечино, Копнинской волости, 13/X—6/XII 1913 г.

Больна с детства бугорчаткой поясничной части позвоночника. Кифо-сколиоз поясничной части, рёбра соприкасаются с гребешками подвздошных костей, над крестцом и в правой ягодице большие натёчные абсцессы, в обеих поясничных и правой паховой областях рубцы от вскрывшихся в детстве абсцессов, в левом паху свищ с незначительным отделением на месте разреза, сделанного в другой больнице в марте этого года. Общее состояние больной удовлетворительно, питание также, лёгкие здоровы, в моче нет белка. Операция 16/X под хлороформно-эфирным наркозом. Вскрыты и выскоблены острой ложкой натёчные абсцессы, в них налита йодная настойка, избыток её удалён и раны зашиты наглухо. 20/X пришлось снять часть швов с нижней раны и ввести резиновую дренажную трубку вследствие задержки гноя и повышения температуры. После этого заживление шло хорошо, раны выполнились здоровыми грануляциями и по виду вовсе не походили на туберкулёзные. 18/XI пришлось вскрыть небольшой абсцесс на правой ягодице ниже второго операционного разреза, ранка быстро очистилась, и 6/XII больная выписалась для амбулаторного лечения с маленькими грануляционными ямками на месте разрезов.

59. Липома и саркома грудной стенки.

Федосья К. 68 лет, кр. д. Никольской, Елизаровской волости, 4/III—14/III 1912 г.

Около 30 лет тому назад стала расти опухоль над левой грудной железой, увеличивалась очень медленно и теперь имеет величину в 20×10 см, очень подвижна, имеет мягкую консистенцию, но во многих местах включены участки хрящевой плотности. Начинается опухоль под ключицей и нижним своим полюсом касается отвислой грудной железы; в подмышечной ямке прощупываются две очень плотных железы, которые больная замечала уже очень давно. На правой стороне, вблизи заднего края правой подмышечной ямки, месяца два тому назад появилась ещё одна опухоль, быстро росла, через месяц изъязвилась и теперь имеет вид нароста величиною с грецкий орех сине-багрового цвета, изъязвлена на половине поверхности, подвижна с кожей; в подмышечной ямке несколько плотных желёз. Больная худая, марантическая, в последнее время худеет ещё более. Операция 6 марта при местной анестезии; вырезаны оба новообразования и все железы правой подмышечной впадины. В липоме левой стороны груди найдены многочисленные очаги обызвествления в виде камней до грецкого ореха величиною. Вырезанная с правой стороны изъязвлённая опухоль оказалась кругло-клеточковой саркомой с большим количеством сосудов. Раны зажили первичным натяжением и 14 марта больная выписана.

60. Рак грудной железы.

Евдокия К. 47 лет, мешанка г. Переславля, 26/X—22/XI 1913 г.

Около года тому назад больная заметила затвердение величиною с грецкий орех вблизи правого соска, снаружи от него. Опухоль беспрестанно росла, появилась впоследствии вторая опухоль под мышкой. В семье больной никто раком не страдал. Несмотря на запущенность болезни, общее состояние больной и питание её вполне удовлетворительны. Почти вся правая грудная железа проросла твёрдым новообразованием и только медиальный сегмент её остаётся ещё мягким; сосок втянут, кожа испещрена ямками на месте втянутых кожных желёз. Несмотря на обширность новообразования, железа ещё не срослась с грудной мышцей и вполне подвижна. В подмышечной ямке, на медиальной её стенке, большой метастаз в лимфатических железах величиною больше куриного яйца, неподвижный, приросший к грудной стенке. Над ключицей железы не прощупываются. В печени нет признаков метастазов. В сердце диастолический шум. Моча прозрачна, белка и сахара не содержит. Операция 27/X под хлороформно-эфирным наркозом по способу Kocher'a. Все железы вплоть до ключицы, вместе с клетчаткой подмышечной ямки, большая и малая грудные мышцы с грудной железой удалены в связи друг с другом. Вследствие сращений пакета раковых желёз с грудной стенкой пришлось удалить и часть передней зубчатой мышцы и перерезать её нерв. Рана зашита без натяжения, в нижнюю часть её введён стеклянный дренаж через особое отверстие. Заживление осложнилось обильным скоплением лимфы в подмышечной ямке, долго сочившейся из двух небольших отверстий с поверхностно омертвевшими краями в верхней части разреза. До 19/XI заживление шло хорошо, но в этот день обнаружена обширная рожистая краснота на оперированной стороне груди, а на следующий день температура поднялась до 40,3°; больная переведена в заразный барак. К 8 декабря рожистый процесс, распространившийся на всю переднюю стенку груди, левое надплечье и плечо, благополучно закончился и больная выписалась. Правая рука хорошо сохранила свои движения, но довольно сильно отекала.

При микроскопическом исследовании найден рак с ацинозным, частью тубулярным, расположением клеток. Местами раковые клетки некротизированы.

61. Рак грудной железы.

Варвара Г. 45 лет, кр. д. Долгово, Загорской волости, 1/XI—16/XI 1913 г.

Никто из родственников больной раком не страдал; 3 года тому назад она заметила небольшой твёрдый узелок в правой грудной железе вблизи соска, справа и кверху от него. Узел этот увеличивался очень медленно и в сентябре 1912 года достиг величины грецкого ореха; однако за последний год рост опухоли стал гораздо более быстрым, и теперь вся грудная железа превращена в твёрдую опухоль величиною с яблоко, но ещё подвижна на грудной стенке. В подмышечной ямке много небольших твёрдых желёз, не сливающихся, однако, в пакеты; железы эти больная заметила уже давно, вскоре после начала болезни. За время болезни больная сильно исхудала и ослабела, но и теперь, несмотря на значительную давность болезни, ещё нет заметной кахексии. Сердце и лёгкие здоровы, моча белка

и сахара не содержит. Операция 4/XI под эфирным наркозом. Разрез Kocher'a. Удалена вся клетчатка подмышечной ямки с очень многочисленными твёрдыми железами, большая и малая грудные мышцы. Для уменьшения натяжения при зашивании раны кожа мобилизована по способу Morestin'a. Через отдельное отверстие введён стеклянный дренаж. Рана зажила непосредственно и 16/XI больная выписана. При микроскопическом исследовании найден рак с альвеолярным расположением клеток; по обилью соединительной ткани между группами клеток он приближается к скирру. Местами группы раковых клеток некротизированы.

62. Рак грудной железы.

Акулина Г. 61 г., мешанка г. Переславля, 8/XII 1913 г.—2/I 1914 г.

1 год 7 месяцев тому назад больная заметила твёрдый узелок на правой стороне груди, появившийся вскоре после ушиба этого места. Узелок рос медленно и теперь достигает лишь величины голубиногo яйца. Незаметно для больной появились твёрдые узлы в подмышечной ямке. Первичный узел помещается между 3 и 4 рёберными хрящами и, по-видимому, не имеет связи с грудной железой, расположенной ниже. Узел подвижен над мышцами. Грудная железа имеет нормальный вид, сосок не втянут, твёрдых узлов в железе не прощупывается. В подмышечной ямке небольшой пакет твёрдых увеличенных лимфатических желёз. Больная выглядит значительно старше своих лет, но сердце и лёгкие у неё здоровы, сосуды мягки, в моче белка и сахара нет. Операция 10/XII под эфирным наркозом. Разрез Кохера — удалены: раковый узел, грудная железа, обе грудные мышцы, клетчатка и железы подмышечной впадины до ключицы. Для закрытия довольно большого дефекта применена обширная отслойка кожи по Morestin'у и дефект сшит без натяжения. Через особое отверстие введён в подмышечную впадину стеклянный дренаж. Заживление осложнилось лишь обильным скоплением лимфы под кожей груди. При микроскопическом исследовании опухоль оказалась скирром, но очень богатым раковыми клетками. 2 января 1914 года больная выписана с очень маленьким грануляционным дефектом в одном месте рубца.

63. Рак пищевода.

Дмитрий Р. 45 лет, мещанин г. Переславля, 11/XII—19/XII 1912 г.

В конце осени 1911 года внезапно появилось сильное затруднение глотания, но вскоре оно исчезло; месяца через 2 снова было скоропреходящее затруднение глотания, но затем осталось уже постоянное, постепенно возрастающее затруднение глотания; в октябре 1912 года был сделан в Москве рентгеновский снимок, на котором ясно видно значительное сужение пищевода в нижней его части. Буж с самой маленькой оливой останавливается на расстоянии 37 см. Уже в течение 6 недель больной ничего не ест и не пьёт, так как не может глотать даже жидкостей, и жажду утоляет клизмами. Несмотря на столь долгое голодание, больной выглядит ещё очень бодрым, подвижным и далеко ещё не дошёл до крайнего исхудания. На коже надчревной области многочисленные остатки гнойных пустул, вызванных насечками и втиранием мази, которые производились месяц тому назад знахарем-китайцем; остатки эти имеют вид почти подживших угрей и в течение последних двух недель остаются неизменными; ввиду полного голодания больного пришлось делать операцию несмотря на эти угри. 12 декабря сделана при местной анестезии гастростомия по Witzel'ю. В течение дня несколько раз вливали через трубочку воду и молоко. При перевязке на следующее утро трубочка найдена выпавшей; для вставления её пришлось раскрыть рану, в которой оказалось начинающееся нагноение, снять часть швов с апоневроза, но и тогда очень долго не удавалось найти входа в Witzel'евский канал, и лишь при освещении раны цистоскопом он был найден, и трубочка свободно введена, через неё свободно была влита вода, и трубочка пришита кетгутом к апоневрозу и коже. При вливании молока в тот же день больной почувствовал сильную боль в груди и то же повторилось вечером, причём было замечено, что часть молока вытекает обратно мимо трубочки. В следующие дни уже вся вливаемая жидкость проходила лишь с помощью шприца и вытекала тут же мимо трубочки; снова раскрыта рана, трубочка продвинута глубже, на один день восстановилась проходимость её, но потом опять начались прежние затруднения и трубочку пришлось вынуть. 18 декабря новое чревосечение по наружному краю левой прямой мышцы при местной анестезии; сделан свищ тонкой кишки по способу Eiselsberg'a (шивание трубочки по типу Witzel'евской гастростомии). Операцию больной перенёс хорошо, а питание его производилось через сделанный свищ. На следующий день после операции больной выписался, предпочитая

лечение на дому. Питание его было уже до крайности подорвано и 29 декабря он умер от истощения.

64. Рак пищевода.

Иван Н. 56 лет, кр. д. Василёво, Глебовской волости, 20/X—3/XI 1912 г.

В первых числах августа появилось затруднение глотания, постепенно увеличивавшееся и дошедшее в последнее время до такой степени, что больной может проглатывать только жидкости. За время болезни исхудал и ослабел. Зонд с маленькой оливой останавливается на расстоянии 37 см от края зубов.

21 сентября при местной анестезии сделана гастростомия по Witzel'ю. Свищ функционировал отлично, но больной наотрез отказался выписаться с трубочкой, хотя до операции был предупреждён об этом. Глотание за время пребывания в больнице улучшилось значительно, и 26 октября трубочка удалена. К 3 ноября свищ совершенно закрылся и больной выписан. За время пребывания в больнице он постоянно жаловался на сильные боли в спине между лопатками, не поддававшиеся никакому лекарственному лечению.

65. Рак пищевода.

Капитон Б. 54 лет, кр. сельца Вашутина, Погостовской волости, 24/III—18/IV 1913 г.

Несколько месяцев назад перестал глотать плотную пищу и может питаться только жидкой. Значительно похудел. При исследовании не проходит через пищевод самая тонкая олива, останавливающаяся на расстоянии 23 см от края зубов. Внутренние органы нормальны. Надключичные железы немного увеличены, но не плотно.

27/III под кокаином сделана гастростомия по Witzel'ю.

30/III течение без осложнений.

31/III выделения из раны почти нет. Трубка держится хорошо.

6/IV трубка вынута для очистки и снова вставлена.

18 апреля больной выписан с трубочкой.

66. Рак пищевода.

Иван Ш. 52 лет, кр. д. Соловьяновской, Никольской волости, Кадниковского уезда, Вологодской губернии, 2/VII—10/VII 1913 г.

С конца 1912 года появилось затруднение глотания. Со середины февраля 1913 года питается только молоком, так как кроме жидкостей ничего глотать не может. Сильно истощён. Кожа суха. Зонд с тонкой оливой останавливается в самом начале пищевода, но при некотором надавливании проходит дальше и снова встречает препятствие, уже совершенно непроходимое, на глубине 27 см. На спине несколько звездчатых рубцов. Сифилис отрицает, но происхождения рубцов объяснить не может. 4 июля не мог уже проглотить даже воды.

5 июля сделана при местной анестезии гастростомия по Witzel'ю. Желудок был очень мал, трубочка вшита в выходную часть желудка. Вечером у больного была рвота кровью. На следующий день он чувствовал себя хорошо, кормление через трубочку производилось беспрепятственно. С 8 июля началась рвота чёрной жидкостью, и такая же жидкость вытекала из трубочки и даже мимо неё в повязку. 10 июля деятельность сердца резко ослабела и в 5 часов вечера больной умер.

При вскрытии оказалось следующее: в ближайшем соседстве с тем местом, где желудок был пришит к брюшной стенке, небольшой гнойный налёт на брюшине и сальнике, в других же местах брюшной полости нет никаких следов перитонита. Выходная часть желудка совершенно непроходима, так как вся передняя стенка желудка ушла на обшивание трубочки. Конец трубочки повернулся на $\frac{1}{2}$ окружности и направлен влево, в сильно расширенный желудок, наполненный чёрной жидкостью.

67. Рак пищевода.

Екатерина Р. 60 лет, кр. д. Деревеньки, Хмельниковской волости, 28/VII—11/X 1913 г.

В начале весны 1913 года стала чувствовать затруднение при глотании, которое постепенно увеличивалось и недели 3 тому назад дошло до невозможности глотать даже жидкую пищу. Очень значительное истощение и слабость. Кожа суха и потеряла свою эластичность. Зонд с самой тонкой оливой встречает значительное препятствие в начальной части пищевода, которое удаётся преодолеть лишь с довольно заметным усилием. Второе,

совершенно непроходимое, сужение зонд встречает на расстоянии 35 см от края зубов (больная небольшого роста). В течение 3 дней делались ежедневные вливания солевого раствора и питательные клизмы и состояние больной видимо улучшилось.

1/VIII операция при местной анестезии. Разрез через левую прямую мышцу. Желудок очень мал. Сделана гастростомия по способу Kader'a. Рана зажила гладко и трубочка функционировала хорошо; 7/IX она была вынута с тем, чтобы вставлять только при кормлении, но из свища стало вытекать желудочное содержимое и трубочку пришлось снова вставить. 10/IX истечения мимо трубочки не было. При кормлении больной молоком, бульоном и яйцами не удалось поднять её питание, и только до некоторой степени было задержано дальнейшее истощение. 11/X больная выписана с трубочкой.

Болезни живота

68. Колотая рана живота, повреждение общей подвздошной вены.

Емельян К. 15 лет, кр. д. Рыково, Половецкой волости, 2/IX—12/X 1912 г.

Вечером накануне поступления в больницу мальчик подрался со сверстниками, его толкнули, и при падении в живот больного вонзился нож, находившийся у него в кармане; по словам больного, нож вошёл больше чем на вершок; кровотечение было довольно сильное. Колотая ранка, склеившаяся и довольно чистая, немного более 1 см длиною, помещается у самой передней верхней ости правой подвздошной кости, чуть кнутри от неё. Живот весь очень болезнен при ощупывании, пульс правилен, хорошего наполнения, 98 в минуту. Рвоты не было.

Вскоре по поступлении операция под эфирным наркозом. Рана расширена и оказалась проникающей в брюшную полость; в последней очень много свернувшейся крови; после удаления крови осмотрена слепая кишка, оказавшаяся совершенно нормальной, и неподалёку от неё, над самыми подвздошными сосудами, найдена колотая рана в заднем париетальном листке брюшины такой же величины, как и рана переднего листка; тогда для обнажения подвздошных сосудов отодвинута на большом протяжении брюшина, причём под нею замечено обширное пропитывание кровью; когда достигнуты были подвздошные сосуды, хлынула волной венозная кровь; очень сильное кровотечение остановлено тампонами, подведёнными к сосудам; один выпускник введён в брюшную полость, хотя никаких признаков перитонита при операции не было найдено. 9 сентября температура повысилась, на следующий день дошла до 40° и в течение 10 дней держалась неправильная лихорадка, из раны выделялось много гноя; тем не менее с 25 сентября лихорадка прекратилась, отделение гноя с каждым днём уменьшалось, и 12 октября больной выписан с полоской грануляции на месте разреза.

69. Колотая рана живота.

Кузьма Б. 34 лет, кр. д. Болшевой, Петровской волости, 26/VI—17/VII 1913 г.

Около 12 часов ночи в драке получил несколько ударов ножом. Доставлен в 4 часа утра. На 2 пальца выше пупка и на палец влево от него колотая рана в 1,5 см длиною, из которой торчит выпавший сальник длиною около 7 см. В больнице 2 раза была рвота. Пульс не част, хорошего наполнения, живот при ощупывании не болезнен. В 9-м межрёберье по подмышечной линии колотая ранка длиною в 1 см, проникающая только сквозь кожу. Такая же кожная ранка на правой щеке, вблизи угла нижней челюсти.

В 7 часов утра операция. Кожа живота вымыта бензином и смазана йодом, сальник перевязан многими пучками и отрезан, расширена при местной анестезии рана, извлечена и осмотрена вставившаяся в рану петля тонкой кишки, в брюшную полость введён марлевый выпускник, и рана брюшины и апоневроза уменьшена двумя швами.

В первые дни после операции больной жаловался на резь в животе, но рвоты ни разу не было и температура не поднималась выше 37,7°. В дальнейшем выздоровление шло совершенно гладко. 8 июля окончательно удалён выпускник из брюшной полости. 17 июля выписан с полоской грануляций на месте раны. Никаких болей в животе не было и ни на что больному не жаловался.

70. Язва желудка.

Антон К. 46 лет, кр. с. Половецкого, Половецкой волости, 12/VI 1912 г.

Переведён из терапевтического отделения. Лет 6 страдает тошнотой и изжогой. Около года тому назад болезнь обострилась и больной заметно исхудал за это время. Очень сильные боли в подложечной области после еды, нередко рвота. В сентябре 1911 года лечился в терапевтическом отделении Переславской больницы и выписался с улучшением. В конце января 1912 года внезапно появилась настолько сильная рвота алой кровью, что больной потерял сознание; боли после этого стали ещё сильнее, но кровавой рвоты больше не было, часто бывала, однако, простая рвота. Через 2 часа после пробного завтрака получено много зеленоватого желудочного содержимого. Общая кислотность 50; ясная реакция на соляную кислоту, молочной кислоты нет. Боль при ощупывании в области привратника желудка. Перкуссией нижняя граница желудка определяется на 2 пальца ниже пупка. В испражнениях замечено однажды много чёрной крови; при одном из промываний желудка также получено довольно много тёмной крови. В сердце диастолический шум, наиболее ясно слышимый у основания сердца; моча нормальна. Операция 27 мая при местной анестезии с предварительной инъекцией скополамина (дважды по 0,0003) и морфия (0,01). Разрез по средней линии. Найдены обширные, но легко разделявшиеся, перигастрические сращения в области привратника; после разделения их сделана задняя гастроэнтеростомия по Наскеру с очень короткой петлёй. Послеоперационное течение было удивительно гладким, боли совершенно исчезли, и 12 июня больной выписан совершенно выздоровевшим.

71. Прободение круглой язвы желудка.

Михаил Г. 62 лет, кр. д. Семёновки, Петровской волости, 5/X—11/XI 1912 г.

Болен 1,5 года. В мае 1912 года лежал в терапевтическом отделении и выписался с улучшением, но вскоре после выписки боли под ложечкой опять усилились, и 29 сентября больной снова поступил в больницу. Под влиянием терапевтического лечения наступило улучшение, и больной собрался выписываться из больницы, но в 3 часа дня 4 октября, когда больной прохаживался по коридору, он внезапно почувствовал сильнейшую боль под ложечкой, несколько раз была рвота, сильные боли продолжались до следующего дня, когда больной был переведён в хирургическое отделение. В 2 часа дня 5 октября живот был очень болезнен при ощупывании, брюшная стенка «защищалась», пульс полный, правильный, 80 в минуту, постоянная режущая боль в животе. Распознано прободение язвы желудка и немедленно сделано под эфирно-хлороформным наркозом чревосечение по средней линии (от мечевидного отростка до пупка); выпота в брюшной полости не оказалось, кишки имели нормальный вид, но по извлечении желудка на нём были найдены плотно сидевшие фибриновые плёнки, особенно многочисленные вблизи малой кривизны желудка; по удалении плёнок пинцетом найдено на малой кривизне желудка, недалеко от привратника, отверстие диаметром около 1 см; когда оно было открыто, из него в большом количестве вытекло желудочное содержимое, очень похожее на манную кашу, и, несмотря на защиту окружности марлевыми салфетками, произошло довольно значительное загрязнение брюшной полости. Чтобы сделать отверстие доступным для зашивания, пришлось от нижнего конца разреза провести поперечный разрез вправо, через прямую мышцу живота. Отверстие в желудке зашито двумя рядами швов и поверх линии швов пришит свободный кусок сальника. При зашивании отверстия был повреждён иглой один из сосудов малого сальника, но найти его для перевязки не удалось вследствие малой доступности места кровотечения, и сюда введён марлевый выпускник. Загрязнения кишок и сальника вытерты влажной марлей, а брюшная рана зашита трёхэтажным швом. Операцию больной перенёс отлично, но на следующий день у него началась беспрестанная рвота. Был дан лёд для глотания и впрыснут морфия под кожу, рвота прекратилась, резь в животе и вздутие его, на которые жаловался больной, через день исчезли, 9 октября больного обильно прослабило после клизмы, а 10 октября он жаловался только на боль в ране при кашле. В дальнейшем выздоровление шло гладко, и только иногда по ночам бывали сильные боли в животе. 11 ноября больной выписался.

72. Язва желудка.

Василий Ц. 45 лет, кр. г. Переславля, 9/VII—30/VII 1913 г.

Заболел более 2 лет тому назад; причиной болезни считает подъём 7-пудового камня, [115 кг] так как уже на следующий день после этого начались режущие боли в животе. С тех пор постоянно страдал сильными болями в животе, которые появлялись и после еды и в разное время, но после еды всегда появлялась тяжесть под ложечкой. Часто бывала

рвота, особенно вначале болезни, но кровавой рвоты никогда не было. Много раз обращался к врачам, которые не находили никакой серьёзной болезни. В конце апреля сего года лежал в терапевтическом отделении Переславской больницы в течение 2,5 недель и выписался с очень значительным улучшением. Однако по возвращении домой у больного снова начались прежние боли, а 3 июля появилась кровь в испражнениях в большом количестве и 5 июля больной снова поступил в терапевтическое отделение. Вечером 6/VII появилась сильная боль в области желудка, ночью постепенно уменьшалась и к утру прекратилась. 8/VII снова сильная боль в epigastrium, и больной переведён в хирургическое отделение.

Больной среднего сложения и довольно плохого питания. Сердце и лёгкие здоровы, моча нормальна. При надавливании epigastrium довольно сильная боль. При исследовании желудочного сока в конце апреля была найдена общая кислотность 95%, свободной соляной кислоты 65%; двигательная способность желудка была нормальна. Операция 11 июля под хлороформно-эфирным наркозом, протекавшим очень плохо: больной то переставал дышать, то просыпался. Разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. На малой кривизне желудка, приблизительно на середине её, довольно большая каллёзная язва, сказывающаяся рубцом на поверхности желудка и уплотнением вокруг него. Между малой кривизной и печенью, по-видимому между листками малого сальника, скопление жидкости, производящее впечатление большого отёка сальника; при исследовании язвы, вероятно, надорвался листок сальника и потекла в довольно большом количестве прозрачная, но несколько тягучая жидкость, похожая на воду с примесью яичного белка; жидкость эта удалена тампонами и сделана задняя гастроэнтеростомия по Nacker'у. Привратник, свободно проходимый, стянут апоневротической полоской, вырезанной из передней стенки влагалища прямых мышц, концы этой полоски сшиты и над нею наложены 3 серозно-серозных шва на желудок и 12-перстную кишку. При выключении привратника снова стала скопляться в довольно большом количестве жидкость, окрашенная кровью, между печенью и малой кривизной желудка, и сюда пришлось ввести марлевый выпускник. Выздоровление после операции шло удивительно гладко. Ходить больной начал уже на 3 день после операции, чувствовал себя отлично и говорил, что от прежней его болезни не осталось и следа. Выпускник был постепенно удалён между 4 и 7 днём после операции, рана зажила без нагноения. Ко времени выписки больной отлично переносил обыкновенную пищу.

73. Язва желудка.

Ефим Г. 48 лет, кр. д. Старых Тетерек, Выхонской волости, Московской губернии и уезда, 21/V—23/V 1913 г.

Лет 6 страдал болями во всём животе и особенно под ложечкой, которые были сильнее всего натощак и утихали после еды. Довольно часто бывала рвота, один раз кровавая. 8 дней тому назад, когда больной был на богомолье в городе Ростове, у него внезапно появилась сильнейшая боль в животе и рвота. Постепенно боль несколько ослабела и больной возвратился пешком из Ростова в Переславль. При поступлении подложечная область была сильно вздута, по временам обрисовывались сильные сокращения желудка, при ощупывании очень сильная болезненность почти во всём животе, но преимущественно в подложечной области и в нижней части правой стороны грудной клетки, над печенью. В последние дни больной довольно правильно испражнялся. Общее состояние больного довольно тяжёлое, но пульс удовлетворительный. Распознано было прободение язвы двенадцатиперстной кишки и, вероятно, субдиафрагмальный абсцесс. В 6 часов вечера операция под хлороформно-эфирным наркозом, протекавшим очень плохо: 2 раза асфиксия, 2 раза рвота, постоянное сильное натуживание. Брюшная полость вскрыта срединным разрезом от мечевидного отростка до пупка. Желудок сильно вздут, вены его очень расширены; между нижней поверхностью печени и ближайшей к привратнику частью малой кривизны желудка свежие, но прочные сращения, занимающие участок пальца в 3 шириною. Субдиафрагмальные пространства свободны. Никакого экссудата в брюшной полости нет. Поперечная ободочная кишка раздута, начальная часть тощей кишки в спавшемся состоянии. Сделана задняя гастроэнтеростомия по Nacker-Petersen'у, и брюшная полость наглухо зашита двухэтажным швом. После операции больной долго не просыпался и в глотке у него kloкотало громадное количество слизи, удаление которой стоило большого труда. Ночью тоже у больного было затруднено дыхание вследствие обилия мокроты. После сухих банок, горчичников на икры и decoctum senegac дыхание быстро облегчилось, но больной чувствовал себя плохо, пульс был очень слаб и част. Рвота была несколько раз только в ночь после операции. 23 мая пульс ещё более участился,

в 2 часа дня началась агония, и в 3 часа больной умер. При вскрытии найдено колоссальное вздутие слепой кишки, значительное вздутие восходящей и поперечной ободочной кишки, нисходящая и S-образная кишки почти не вздуты, свободно проходимы, подвздошная кишка немного вздута, немного застойна. Червеобразный отросток, весь в старых спайках, на задней стороне слепой кишки. Кишки везде свободно проходимы. Никаких следов перитонита нет. Соустье прочно, пропускает 2 пальца, окружность его вполне чиста. Привратник свободно проходим для пальца; спайки малой кривизны более обширны, чем казалось при операции; по разделении их в желудке найдена большая дыра.

74. Язва желудка.

Павел Ш. 40 лет, кр. д. Горки, Погостовской волости, 11/VIII—31/VIII 1913 г.

С конца декабря 1912 года стал чувствовать боли под ложечкой после еды. Боли появлялись непосредственно после еды, продолжались по 2—3 часа, были особенно сильны после жирной и обильной пищи. Нередко бывала рвота, но кровавой не было ни разу. Не было крови и в испражнениях, которые всегда бывали правильными. Изжога и кислая отрыжка. Боль при надавливании в надчревной области справа от пупка. После пробного завтрака (2 стакана чаю и 1/2 булки) получено через 40 минут 250 см желудочного содержимого. Реакция на соляную кислоту (Günzburg, бумажка Kongo, диметил-амидо-азобензол) отрицательна, общая кислотность 40. Проба с салолом через 2 часа. Сердце, лёгкие и почки здоровы.

Операция 15/VIII под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. Желудок довольно большой. На передней поверхности привратника и двенадцатиперстной кишки 2—3 рубцовых тяжа, расположенных в продольном направлении. Сделана задняя гастроэнтеростомия по Hacker-Petersen'у. Вечером и ночью была обильная и повторная рвота кровью. 17/VIII несколько раз прослабило кровью, а затем до 23/VIII у больного был понос с слизью. Каждый день больной заявлял самые разнообразные, чисто неврастенические, жалобы. Рана зажила без осложнений. 31/VIII переведён в терапевтическое отделение, и там продолжались всё те же жалобы.

После выписки больной многократно являлся в амбулаторию всё с теми же жалобами. В апреле 1914 года он снова был принят в терапевтическое отделение, где у него наблюдалась неоднократно кровавая рвота. От второй операции больной отказался.

75. Язва двенадцатиперстной кишки.

Иван Г. 39 лет, кр. Сокольской слободы, Переславской волости, 23/VII—20/VIII 1913 г.

Около 20 лет страдает болями под ложечкой после еды. За последние 3 года боли значительно усилились и теперь очень мучительны для больного; появляются они через час после обеда, продолжают, постепенно стихая, до ужина, потом опять усиливаются и не дают больному заснуть часов до 2 ночи. Несколько раз замечал примесь свежей алой крови к испражнениям (около чайной ложки). Рвота изредка бывала только в последнее время, но кровавой рвоты не было ни разу. Ни изжоги, ни отрыжки не бывает, испражнения правильны. Довольно сильная боль при надавливании в надчревной области, справа от средней линии.

Больной крепкого сложения, довольно хорошего питания. Сердце и лёгкие нормальны, моча белка и сахару не содержит. После пробного завтрака получено 70 см желудочного содержимого. Желудочный сок даёт ясную реакцию на соляную кислоту, общая кислотность его 105, свободной соляной кислоты 60.

Операция 26/VII под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. Печень стоит низко, из-под края её выступило несколько петель толстой кишки. Желудок довольно мал. На передней стороне двенадцатиперстной кишки, в непосредственном соседстве с привратником, виден рубец, а под ним прощупывается затвердение, по-видимому, каллёзная язва. Сделана задняя гастроэнтеростомия по Hacker-Petersen'у. Когда анастомоз уже был готов, было замечено, что вместе с поперечной ободочной кишкой была откинута вверх очень высоко расположенная flexura sigmoidea, и доступ к задней стенке желудка был проложен чрез брыжейки обеих кишок, и одно из колен S-образной кишки оказалось ущемлённым под анастомозом; пришлось уничтожить последний, провести вскрытую кишку обратно чрез отверстие в mesocolon sigmoideum и снова сделать анастомоз. Отверстие в mesocolon sigmoideum тщательно зашито. Операция

продолжалась 2,5 часа. В первые дни после операции наблюдались не особенно резкие симптомы воспалительного раздражения брюшины, но скоро они исчезли и выздоровление пошло гладко. Боли, бывшие до операции, совершенно исчезли и не возобновлялись до начала 1914 года, когда больной в последний раз являлся в амбулаторию.

76. Сужение привратника желудка.

Александра И. 26 лет, кр. Борисоглебской слободы, Переславской волости, 17/III—3/IV 1912 г.

Относительно начала болезни даёт сбивчивые указания: то говорит, что боли под ложечкой начались года два тому назад, то в ноябре 1911 года. Со середины декабря 1911 года стала появляться рвота, сперва изредка, затем всё чаще, и в последнее время больную рвёт раза 4—5 в сутки, после каждой еды; под ложечкой постоянные боли, усиливающиеся после еды. Рвоты кровью не было; испражнения бывают через 2—3 дня. За время болезни больная очень сильно исхудала и теперь у неё видны все рёбра, живот сильно втянут, кожа суха, ходит она согнувшись и придерживая живот руками. Перкуторно границы желудка не определяются, шума плеска нет, но при введении зонда натошак выводится много жидкости с старыми остатками пищи. Реакция Гинцбурга на соляную кислоту ясно выражена, общая кислотность желудочного сока 65. При пробе с салолом присутствие его в моче не обнаружено через 3 часа. В толстых кишках прощупываются плотные комки кала. Сердце, лёгкие и почки здоровы.

Операция 21 марта под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по белой линии; желудок растянут, легко извлекается, привратник очень плотен и настолько сужен рубцом, что не пропускает и верхушки мизинца. Сделана задняя вертикальная гастроэнтеростомия с очень короткой петлёй. Анастомоз сделан около 7 см длиной. В первые 2 дня после операции была многократная рвота, как и до операции, пульс был учащён до 100, но температура оставалась нормальной, живот мягким и безболезненным; на 3 день температура поднялась внезапно до 39°, признаков пневмонии не было обнаружено, а на следующий день появился большой двусторонний паротит. 26 и 27 марта у больной был очень буйный бред, потребовались даже инъекции скополамина, но к 28 марта она успокоилась и припухлость околоушных желёз стала быстро уменьшаться. С 31 марта начался сильный понос с тенезмами, вышла одна аскарида, снова началась почти ежедневная рвота большими количествами окрашенной желчью жидкостью, пульс стал падать и 4 апреля больная умерла. При вскрытии кишки найдены пустыми, желудок расширенным и содержащим около 3—4 стаканов окрашенной желчью жидкости и мёртвую аскариду, двенадцатиперстная кишка оказалась расширенной до двух поперечных пальцев, на месте анастомоза прочное сращение, приводящий и отводящий концы кишки свободно пропускают палец, но отверстия их были разысканы только из вскрытой кишки, из желудка же их найти не удавалось. Никаких следов перитонита не было.

77. Сужение привратника желудка.

Максим С. 48 лет, кр. д. Климово, Глебовской волости, 30/VII—23/VIII 1913 г.

Болен лет 15. Вначале были только боли под ложечкой после еды, изредка рвота. Затем боли стали усиливаться, после еды больной чувствовал большую тяжесть в желудке, переполнение его, подложечная область вздувалась, появлялось сильное урчание и спазматические боли. Все эти болезненные явления начинались непосредственно после еды и продолжались по несколько часов. Ночных болей никогда не бывало. Довольно часто бывала рвота, но кровавой никогда не было. Бывает часто отрыжка, неприятная, тухлая. Вскоре после начала болезни появились поносы, которые за последнее время почти не прекращаются. Слабит 4—5 раз в сутки и почти всегда с кровью, которой бывает до столовой ложки.

1—2 раза в год бывают приступы очень сильной режущей боли в животе, непохожей на обычные боли и продолжающейся 1—2 часа. Такой приступ, потребовавший впрыскивания морфия, был и в больнице. После пробного завтрака дважды не удалось получить желудочного содержимого. При промывании желудка утром вышли непереваренные остатки крутых яиц, съеденных больным накануне вечером. Проба с салолом даёт положительный результат через 2,5 часа. Испражнения жидкие с примесью слизи и крови. Питание больного, несмотря на давнюю болезнь, вполне удовлетворительно. Сердце и лёгкие нормальны, в моче лёгкие следы белка.

Операция 8/VIII под эфирно-хлороформным наркозом. Разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. Желудок сильно расширен, на малой кривизне его, недалеко от привратника, обширный старый рубец, привратник непроходим для верхушки пальца. Сделана задняя гастроэнтеростомия по Hacker-Petersen'у. Вполне гладкое выздоровление. Все боли, бывшие до операции, совершенно исчезли и больной отлично переносил обыкновенную пищу. Выписан 23/VIII.

78. Аппендицит.

Надежда Щ. 34 лет, кр. с. Нового, Глебовской волости, 8/VIII 1912 г.—25/I 1913 г.

3 августа больная поступила в терапевтическое отделение приблизительно через неделю после того, как внезапно появилась у неё сильная боль в правой подвздошной области. Температура была 38,5°, общее состояние тяжёлое, живот весь очень болезнен при ощупывании. Через 2 дня боль стала сосредоточиваться в правой подвздошной области и здесь появился небольшой инфильтрат; температура понизилась до 37,5°, пульс не учащался более 80 ударов в минуту, самочувствие больной значительно улучшилось, но, тем не менее, инфильтрат быстро увеличивался и 8 августа больная переведена в хирургическое отделение. Немедленно сделан под эфирно-хлороформным наркозом косой разрез в правой подвздошной области и вскрыта довольно большая гнойная полость между кишками, содержащая около полустакана вонючего гноя и каловый камень, по величине и форме напоминавший боб фасоли. В полость введены марлевые выпускники. Заживление шло обычным образом, но после образования рубца в середине его остался маленький свищ, выделявший слизь. Около 20 сентября больная стала жаловаться на боли в правом боку, и при исследовании была обнаружена подвижная почка; с течением времени, однако, прощупывавшаяся подвижная опухоль стала постепенно увеличиваться, стала болезненной при ощупывании, температура по вечерам повышалась до 38,4°. Распознан гнойник в окружности восходящей ободочной кишки и 6 октября сделана операция под хлороформно-эфирным наркозом. Косым задне-боковым разрезом обнажена и вскрыта сильно утолщённая и воспалённая брюшина; вытекло около двух столовых ложек густого вонючего гноя, помещавшегося между печенью и значительно смещённой и подвижной почкой; спаек, ограничивающих гнойную полость, не было найдено; введено два марлевых выпускника и рана частично сшита. Рана заживала обычным образом, но осталось два весьма поверхностных, но упорно не заживавших свища. Свищ в рубце от первой операции также не заживал. Два раза была впрыснута в свищи висмутовая паста, но результатом было только повышение температуры до 40°. 25 января 1913 года выписана со свищами.

79. Аппендицит.

Анна Я. 18 лет, кр. Подданиловской слободы, Переславской волости, 18/VIII—2/IX 1913 г.

2 года назад у больной бывала рвота после еды и боль в правой подвздошной области. За полгода до поступления в больницу опять началась рвота, иногда с кровью, постоянная болезненность в правой подвздошной области и схваткообразные боли в нижней части живота и у пупка; запоры. Резкая болезненность при ощупывании в точке Mac-Burney'я. В феврале этого года была оперирована по поводу бугорчатки грудной стенки; полное заживление наступило лишь недавно (смотри историю болезни № 57). 2 года тому назад перенесла левосторонний серозный плеврит, после которого осталось очень заметное западение левой стороны грудной клетки. 7 дней тому назад больная поступила в терапевтическое отделение по поводу болей в левом боку и в животе, упорной рвоты и высокой лихорадки. Пробным проколом обнаружен в левой плевральной полости серозный экссудат, причём получилось явное ощущение прокалывания обывествлённой плевры.

Операция 20/VIII под хлороформным наркозом. Через разрез Lennader'a удалён червеобразный отросток длиной в 7 см, имевший на середине своей длины перетяжку рубцовым тяжем его брыжейки. Культя инвагинирована диагональным швом. Слизистая оболочка отростка имеет нормальный вид и только вблизи верхушки его она мутна и усеяна мелкими кровоизлияниями. После операции началась упорная рвота, продолжавшаяся и ночью, довольно большими количествами жидкости, окрашенной желчью. Утром 21/VIII сделано промывание желудка и после этого рвоты не было ни разу до 25/VIII, когда снова началась лёгкая рвота, усилившаяся через 2 дня. С 24/VIII больная снова стала жаловаться на боли

в правой подвздошной области, а затем на боли в левой стороне груди. Рана зажила гладко и 2/IX больная переведена в терапевтическое отделение.

80. Аппендицит.

Владимир Л. 24 лет, старший писарь управления Переславского уездного воинского начальника, 27/VII—6/VIII 1913 г.

Давно уже, более 5 лет, страдает приступами боли в правой подвздошной области, появлявшимися прежде не часто, но за последние 2 года почти каждую неделю. Приступы были очень кратковременны, всего около часа, и только в самое последнее время сопровождались рвотой. Появлялись они без видимых причин и вне зависимости от приёмов пищи. Надавливание на Мас-Вигней'евскую точку очень болезненно. В мочеиспускание никаких расстройств не бывало. Помимо описанных расстройств больной ни на что не жалуется и всегда пользовался отличным здоровьем, хорошо сложен, хорошего питания.

Операция 30/VII начата при местной анестезии с предварительным впрыскиванием морфия, но вследствие резко повышенной чувствительности больного пришлось дать лёгкий эфирный наркоз. Разрез Lennander'a. Червеобразный отросток, длиной около 7 см, свободен; он отщеплен энтеротрибом, культи инвагинирована диагональным швом. В удалённом отростке найдено около 10 живых оксидов, довольно много кала, набухлость и мутность слизистой оболочки, мелкие кровоизлияния в ней. Выздоровление прошло совершенно гладко и 6 августа больной выписан.

81. Гнойный перитонит.

Екатерина К. 18 лет, кр. д. Горюшки, Хребтовской волости, 29/XII 1912 г.—28/IV 1913 г.

27 ноября поступила в терапевтическое отделение; за неделю до этого внезапно сильно заболела среди полного здоровья; начались сильные схваткообразные боли в животе, сопровождавшиеся рвотой. Почти одновременно с больной совершенно так же заболела и её мать и, по полученным от врача сведениям, умерла через месяц, после того как незадолго до смерти произошло самостоятельное вскрытие гноя через пупок. Поступила больная в очень тяжёлом состоянии, с затемнённым сознанием, пульс был 124, живот очень болезнен, в особенности в правой подвздошной области. Через 3 дня была обнаружена двусторонняя катаральная пневмония; был сперва поставлен диагноз брюшного тифа и только почти через 3 недели распознан перитонит. На операцию больная согласилась только вечером 28 декабря. К этому времени она дошла уже до сильного истощения; в средней части живота, между пупком и лобком, ясно определялся жидкий выпот.

Операция 29 декабря под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по средней линии от пупка до лобка; брюшина сильно инфильтрирована, с нею на значительном протяжении сращены петли кишок; после разделения сращений опорожнено из брюшной полости огромное количество (около 1/2 ведра) жидкого гноя, наполнявшего весь нижний отдел брюшной полости, от брыжейки поперечной оболочкой кишки до малого таза; кишки были отеснены гноем, покрыты грануляциями, и брюшная полость весьма напоминала обыкновенную гнойную полость при обширной флегмоне. Гной удалён марлевыми салфетками, сделаны отверстия в правой и левой боковых частях живота, чрез них введены резиновые трубки, обёрнутые марлей; третья трубка введена в малый таз, кроме того, введено два марлевых тампона между кишками и передней брюшной стенкой; рана уменьшена сшиванием брюшины и апоневроза, кожная рана оставлена на всём протяжении открытой. Операцию больная перенесла хорошо, после неё начала поправляться. 6 января удалены дренажи и тампоны и ещё в течение двух недель вводились марлевые выпускники в малый таз, где была небольшая задержка гноя. Все разрезы, кроме срединного, заживали хорошо; в нижнем конце рубца от срединного разреза очень долго оставался свищ, отделявший довольно много гноя; в конце марта исследованием чрез влагалище был обнаружен обширный инфильтрат в малом тазу, свищ был расширен, и в него снова вводились марлевые выпускники. Отделение гноя скоро стало уменьшаться, при повторном исследовании констатировано было почти полное рассасывание инфильтрата. К 28 апреля отделение из свища почти прекратилось и больная выписалась. За время болезни она очень сильно исхудала.

Около 25 октября больная, жившая в 45 верстах от города, [48 км] была доставлена в ближайший участковый приёмный покой в очень тяжёлом состоянии, с симптомами перитонита. На другой день, под хлороформным наркозом, врачом было вскрыто большое скопление гноя в левой боковой части живота. На следующий день больная умерла.

82. Перитонит.

Харитина А. 32 лет, кр. д. Климовой, Копнинской волости, 25/XI—12/XII 1912 г.

23 ноября среди полного здоровья внезапно почувствовала сильную боль в животе. 2 дня была частая рвота, сильные боли в животе. При поступлении живот сильно вздут, очень болезнен при ощупывании; сильная болезненность и тестоватость в правом и заднем сводах владалища; пульс слаб, 120 в минуту. Операция в день поступления (в 4 часа дня) под хлороформно-эфирным наркозом. Правосторонний параректальный разрез. В брюшной полости много серозно-фибринозной жидкости и масса сращений, частью свежих, частью старых, окружающих слепую кишку и органы малого таза. Найти источник перитонита не удалось, и операция закончена введением марлевого тампона в брюшную полость. До 2 декабря состояние больной было очень тяжёлым, рвота была очень частой, живот оставался сильно вздутым, несмотря на трёхкратное впрыскивание эзерина и введение трубки в задний проход. 2 декабря сделано промывание желудка, содержавшего очень много черноватой жидкости, и больная положена на живот; рвота сразу прекратилась и больше не повторялась; после клизмы в тот же день большую обильно прослабило, стали отходить газы, живот опал и с этого времени она начала поправляться. Тампон окончательно удалён 5 декабря. 12 декабря выписана здоровой.

83. Внутривнутрибрюшинные сращения.

Харитина А. 32 лет, кр. д. Климовой, Копнинской волости, 5/IX—22/IX 1913 г.

В ноябре 1912 года оперирована по поводу разлитого фибринозно-гнойного перитонита невыясненного происхождения. Со времени выздоровления была совершенно здорова. Около недели тому назад внезапно начались сильные схваткообразные боли в надчревной области и очень частая рвота; через 2 дня больная была доставлена в больницу в тяжёлом состоянии, весь живот был очень болезнен при ощупывании, пульс был част, ходила больная с большим трудом, сильно согнувшись. От операции отказалась и была принята в терапевтическое отделение. Через 2 дня наступило заметное улучшение и больная выписалась; однако дома у неё опять начались очень сильные схваткообразные боли и частая рвота. При поступлении общее состояние значительно лучше, чем в первый раз — пульс 78, хорошего наполнения, живот почти безболезнен при ощупывании, задержки испражнений и газов нет.

Операция 6/IX под эфирно-хлороформным наркозом. Чревосечение по средней линии от мечевидного отростка до пупка. Желудок совершенно нормален, нижняя граница его на уровне пупка. Кишки, желчный пузырь и почки также нормальны. К брюшине на месте первого чревосечения приросло несколько тяжёлых, которые разделены тупым путём. Рана зашита трёхэтажным швом. Заживление раны прошло совершенно гладко, боли в животе прекратились совершенно непосредственно после операции и больше не возобновлялись. Швы сняты на 14 день, а на 16 больная выписана.

84. Гнойный перитонит.

Николай Н. 9 лет, кр. д. Городище, Глебовской волости, 5/VI—11/VIII 1913 г.

Более 2 недель тому назад совершенно здоровый дотоле мальчик играл перед ужином с товарищами, его толкнули в спину и он упал, ударившись животом о землю; при этом он почувствовал очень сильную боль в животе, встать мог только с помощью детей и едва дошёл домой. На следующий день мальчик ходил кое-как, но затем слёг. 2 дня у него была частая рвота, потом жар. При поступлении живот сильно вздут, особенно в надчревной области, крайне болезнен при ощупывании; везде, кроме левой боковой области, при постукивании тимпанический звук. Пульс слабый, 120 в минуту, ребёнок слаб и истощён. Лёгкие здоровы. Операция в 5 часов дня под эфирным наркозом. Разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. Из живота вышел вонючий газ, а за ним вытекло очень много жидкого вонючего гноя; желудок и кишки, спаянные в одну массу, отграничивают гнойную полость сзади, а спереди она ограничена брюшной стенкой; вправо полость простирается приблизительно до наружного края правой прямой мышцы, влево же она доходит до поясничной области и вниз до пупартовой связки. Сделаны небольшие разрезы над пупартовой связкой и в поясничной области и чрез все разрезы введены широкие марлевые выпускники, а чрез поясничный разрез, кроме того, ещё резиновая дренажная трубка. В начале операции, длившейся не более 15 минут, был впрыснут шприц камфоры, а после неё влило под кожу 500 г физиологического раствора. Выпускники переменены

впервые на 5 день и в дальнейшем менялись ежедневно. Гнойная полость быстро уменьшалась и отделение гноя скоро стало незначительным. 2 раза был найден на повязке кал. Мальчик быстро поправлялся, хорошо ел. К началу августа совершенно зажила срединная рана, поясничный разрез закрылся уже через 2 недели после операции. В рубце пахового разреза к 26 июля сформировался небольшой свищ, из которого постоянно выделялось небольшое количество кала. Ко времени выписки 11 августа выделение кала прекратилось совершенно и из свища выходило лишь немного слизи.

В начале 1914 года больной обращался в амбулаторию по другому поводу. На животе прочные рубцы, болей никаких нет, испражнения правильны.

85. Гнойный перитонит.

Александра Ш. 21 г., кр. Сокольской слободы, Переславской волости, 20/IX—24/X 1913 г.

На 4 месяце беременности внезапно заболела около 1 сентября ознобом, сильным жаром и болью в горле, затем появился всё усиливавшийся кашель и herpes nasalis. 5/IX произошёл выкидыш, и на следующий день больная поступила в терапевтическое отделение. При поступлении была найдена довольно тяжёлая ангина, вздутие и болезненность живота, температура 39—40°.

9/IX при гинекологическом исследовании матка оказалась увеличенной до размеров 4-месячной беременности, шейка открыта, свободно пропускает 2 пальца. Удалены пальцем и тупой кюреткой очень вонючие куски последа, матка смазана йодной настойкой и в неё введён марлевый выпускник. После этого температура быстро стала падать и несколько дней была почти нормальна, но затем опять стала высокой и резко ремиттирующей. В нижней части живота, преимущественно над лобком, появилась болезненная припухлость, неясно ограниченная и напоминавшая конгломерат спаявшихся кишечных петель. Припухлость эта постепенно увеличивалась, дошла до пупка, но становилась всё менее болезненной при ощупывании. Общее состояние больной постепенно ухудшалось, но на операцию она не соглашалась до 26 сентября.

Операция 27/IX под эфирным наркозом. Разрезы в обеих подвздошных областях. Вся почти нижняя половина брюшной полости оказалась наполненной гноем; сверху гнойная полость отграничена спаявшимися кишками и сальником. Гной удалён марлевыми тампонами и брюшная полость дренирована тремя резиновыми трубками, обёрнутыми марлей. 30/IX найдено немного белка в моче, которого прежде не было; влито под кожу 2 раза по метру физиологического раствора и белок в моче исчез. 2/X впервые переменены дренажи; трубки заменены марлевыми выпускниками. 6/X на повязке кал из обеих ран, но преимущественно из правой. Состояние больной с каждым днём ухудшалось, она ничего не ела, быстро худела, лихорадила, с 12/X началась частая рвота, не прекращавшаяся до самой смерти, последовавшей 24 октября.

По полученным позже сведениям, причиной болезни Ширяевой было производство неизвестно кем преступного выкидыша.

86. Ограниченный гнойный перитонит.

Михаил З. 49 лет, кр. д. Одерихино, Погостовской волости, 25/II—18/VIII 1913 г.

15 лет тому назад больной в течение года страдал постоянными сильными болями в животе, затем боли прошли и с тех пор никогда не повторялись, никаких расстройств со стороны живота не бывало.

5 мая заболел крупозной пневмонией и проболел 18 дней. 16 июня, проснувшись утром, почувствовал режущую боль в животе, но всё-таки мог простоять в церкви всю обедню, а на следующий день пошёл на богомолье за 15 вёрст, [16 км] хотя боли усилились. Обрато пришёл с большим трудом. Боли с каждым днём усиливались, раза 3 была рвота. При поступлении температура 38,6°, пульс 92, удовлетворительного наполнения. В животе прощупывается очень болезненная опухоль, расположенная соответственно средним двум четвертям правой прямой мышцы. Опухоль эта имеет неясные границы, особенно слева, и имеет очень небольшую подвижность только справа налево; во всех остальных местах живот мягок и безболезнен.

Операция 27 июня под хлороформным наркозом. Брюшная полость вскрыта разрезом через правую прямую мышцу. Непосредственно у большой кривизны желудка найден конгломерат спаявшихся кишечных петель и сальника, на поверхности которого, по разделении рыхлых сращений, показались капли гноя; ещё ранее этого опухоль была тщательно отграничена

марлевыми салфетками от свободной брюшной полости; отверстие, из которого выступал гной, было расширено тупым путём и выделявшийся густой, беловатый, вонючий гной тщательно удалялся марлевыми салфетками. Пальцем обследована довольно большая (с яблоко величиною), со всех сторон хорошо отграниченная гнойная полость, в неё введены марлевые выпускники, вокруг них поверхность гнойной опухоли обложена марлей, удалены из брюшной полости отграничивавшие салфетки, сшита брюшина и апоневроз вплоть до выпускников и марлевой обкладки, кожная же рана оставлена открытой на всём протяжении. В мазке из бульонной разводки найдены в преобладающем количестве стафилококки и в умеренном количестве кишечная палочка и тонкие палочки с заострёнными концами, нередко зернисто окрашенные (ментл-виолет) и располагающиеся по две в ряд, острыми концами врозь; по величине эти палочки соответствуют туберкулёзным.

Заживление шло без всяких осложнений. Ко времени выписки 18 августа оставалась на месте раны гранулирующая поверхность величиною в 5×2 см.

В апреле 1914 года больной снова был оперирован по поводу изъязвления рубца и внутрибрюшинных сращений. При операции было установлено, что причиной перитонита было прободение червеобразного отростка.

87. Субдиафрагмальный абсцесс.

Фёдор М. 53 лет, кр. д. Милитино, Переславской волости, 20/V—30/V 1913 г.

В течение 6 лет страдал болями под ложечкой, начинавшимися обыкновенно через час после обеда и продолжавшимися до полночи. Нередко бывает рвота: то 2—3 дня подряд, то нет её неделю. В течение болезни бывали долгие промежутки хорошего самочувствия.

7 мая внезапно почувствовал сильную боль под ложечкой и в обоих подрёберьях; боль эта отдавала в грудь, к вечеру она стихла, рвоты не было, испражнения были правильны. В следующие дни боли продолжались с меньшей силой. 12 мая больной поступил в терапевтическое отделение, где было найдено следующее: сердце нормальное, пульс 76, удовлетворительного наполнения, селезёнка не прощупывается, моча нормальная, температура 38°. В нижней части правой стороны грудной клетки ощупывание и перкуссия болезненны. Печёночная тупость начинается на нормальной высоте, но в ширину имеет всего 3—4 см, затем переходит в притуплённый тимпанит, который над краем рёбер становится уже высоким. Ниже правой лопатки и по подмышечной линии глухо слышатся мелкопузырчатые хрипы. Область тимпанического звука над печенью при повторных исследованиях была изменчива, общее состояние больного было удовлетворительно, температура невысока. Но 19 мая наступило значительное ухудшение, температура поднялась до 39,5°, и при пробном проколе был получен гной из поддиафрагмального пространства.

20 мая операция при местной анестезии. По передней парастеральной линии резецированы куски 7 и 8 рёбер сантиметров в 10 длину. Без предварительного обшивания сделан осторожный надрез плевры, так как она казалась сращённой с диафрагмальной плеврой, и действительно, почти на всём протяжении разрез прошёл чрез сращённые листки плевры и только у самого заднего конца разреза полость плевры была вскрыта на ничтожном протяжении; это тотчас было замечено, отверстие закрыто прижатием, но обшить его оказалось невозможным, так как очень тонкая плевра рвалась при каждом шве и отверстие в ней всё увеличивалось; пришлось ограничиться марлевым тампоном, над которым, для укрепления, были пришиты межрёберные мышцы. Под диафрагмой оказалась небольшая (приблизительно 12×8 см) полость, содержащая жидкий вонючий гной; она выполнена марлей и рана уменьшена двумя швами. 23 мая у больного был тяжкий коллапс, от которого он, однако, оправился. В этот же день обнаружена катаральная пневмония в левом лёгком. Через 2 дня удалён тампон и плевра под ним оказалась на большом протяжении омертвевшей, лёгкое спалось, в плевральной полости немного жидкого гноя. Ежедневно плевральная полость выполнялась марлей, субдиафрагмальная полость быстро уменьшалась. Больной быстро слабел и 30 мая умер.

88. Подбрюшинная флегмона.

Егор Г. 37 лет, кр. д. Семёновки, Петровской волости, 26/I—31/III 1913 г.

Около месяца тому назад без видимой причины появилась боль над правой пупартовой связкой, затем образовалась опухоль в правой подвздошной области; больной обращался тогда в амбулаторию, но от операции отказался. С тех пор состояние его всё ухудшалось, по вечерам бывали сильные ознобы и жар. При поступлении довольно большая

(16×12 см) овоидная опухоль в правой подвздошной области, эластическая и болезненная при ощупывании; контрактуры тазобедренного сустава нет. Температура 39°.

Операция 27 января при местной анестезии; вскрыто обширное подбрюшинное скопление густого сливкообразного гноя; полость простиралась далеко вверх и вниз; в обоих этих направлениях введены толстые дренажные трубки и вплоть до них шит апоневроз; кожная рана оставлена открытой. После операции больной долго лихорадил, сильно исхудал, хотя рана заживала нормально, и при повторных исследованиях нигде нельзя было найти ни задержки гноя, ни вторичных гнойных очагов. Около 20 февраля появились признаки левостороннего паранефрита, и 25 февраля при местной анестезии косым поясничным разрезом был вскрыт довольно большой околопочечный гнойник. Заживление шло нормально, лихорадка скоро прекратилась и 31 марта больной выписан совершенно поправившимся и с зажившими ранами.

89. Подбрюшинная флегмона.

Сергей Г. 30 лет, кр. д. Романки, Глебовской волости, 29/I—19/II 1913 г.

Заболел около 8 января без видимой причины. Появились боли левой боковой стороны живота ближе к пояснице, затем припухлость в этом месте, жар, ознобы. При поступлении температура 39,5°, в левой боковой стенке живота плотная эластическая опухоль величиною 20×15 см, расположенная длинником сзади наперёд и несколько вниз. Моча вполне нормальна, при хромоцистоскопии краска выделяется сильной струёй из обоих мочеточников. Операция 30 января под эфирно-хлороформным наркозом. Косым разрезом, проникшим через все три слоя мышц брюшной стенки, вскрыта большая полость, содержащая жидкий гной. Сзади эта полость была ограничена поперечными отростками поясничных позвонков, не обнажёнными, однако, от надкостницы, спереди брюшиной и нисходящей ободочной кишкой; сверху почка не прощупывалась. В полость введены марлевые выпускники и мышцы частично сшиты. Из гноя выросла культура золотистого стафилококка. Заживление никаких особенностей не представляло и через 3 недели больной выписан выздоровевшим.

90. Паранефрит.

Иван А. 19 лет, кр. д. Любимцево, Елизаровской волости, 16/V—23/VII 1912 г.

Заболел внезапно среди полного здоровья 1 мая; причину болезни видит в том, что несколько ночей спал у холодной стены и чувствовал, что спина охлаждается. Началась болезнь болями во всей пояснице, которые затем локализовались в правой её половине и приняли характер жестоких колик; очень тяжёлые приступы колик были 2 раза, а более лёгкие повторялись ежедневно, но были непродолжительны. Через несколько дней после начала болезни появилась лихорадка, принявшая резко ремиттирующий характер с колебаниями в 2°. Из расстройств мочеиспускания больной отмечает только уменьшение позывов. Со стороны кишечника и желудка никаких расстройств, и в частности рвоты, не было. Больной слабого сложения, малокровен, за время болезни исхудал и ослабел. При осмотре бросается в глаза небольшое выпячивание на месте желчного пузыря, над ним притуплённый перкуторный звук, но ощупывание совершенно безболезненно и самостоятельной боли в этой области нет. В поясничной области ни малейшего изменения контуров нет, сотрясение и удар краем ладони болезненны, сильные боли чувствовал больной и от толчков при перевозке в больницу; почка не прощупывается. Несколько болезненно надавливание на остистые отростки поясничных позвонков. Моча насыщенно-жёлтого цвета, слабнокислой реакции, белка не содержит, в осадке только 10—15 лейкоцитов в каждом поле зрения. При цистоскопии ничего ненормального не обнаружено, при катетеризации мочеточников в оба мочеточника катетер проходит очень высоко, но из правого не выделяется ни капли мочи, а из левого моча вытекает очень медленно — по 1,5—2 капли через каждые 1/2 минуты; в собранной из левой почки моче обнаружено лишь небольшое количество красных кровяных шариков и ни одного белого.

При хромоцистоскопии (впрыснуто 10 см 4% индигокармина) очень интенсивно окрашенная моча начала выделяться уже минут через 5, и содержимое пузыря окрашивалось так быстро, что надо было очень спешить с промыванием, наполнением и осмотром пузыря. Из левого мочеточника выделялась с большой силой интенсивно окрашенная струя, из правого же чуть заметная слабая синеватая струйка. Операция 20 мая под хлороформно-эфирным наркозом. Косым поясничным разрезом вскрыто очень глубоко расположенное довольно большое скопление густого гноя у нижнего полюса почки. Почечная фасция очень сильно

утолщена. Выделение почки представляло большие трудности вследствие воспалительных сращений, и даже после полного выделения вывести из раны не удалось, а можно было только вставить её в рану. Сделан в почке разрез около 3 см длиною и введённым в него пальцем ощупана лоханка, оказавшаяся не расширенной, но камня в ней не найдено. Сильно кровоточивший почечный разрез зашит четырьмя кетгутowymi швами, рана выполнена марлевыми выпускниками и уменьшена швами.

После операции наступил коллапс, длившийся часа 1,5, и только к вечеру больной вполне оправился. В мазке из гноя найдены стафилококки. В течение долгого времени повязки сильно промокали вследствие очень обильного отделения гноя; через 10 дней марлевые выпускники были заменены дренажными трубками. В первых числах июля удалены окончательно дренажи, и после этого из раны стала выделяться моча в довольно большом количестве; однако скоро отделение её стало уменьшаться и через 2 недели прекратилось совсем. Ко времени выписки 23 июля на месте раны осталась лишь полоска грануляций. Всё время пребывания в больнице больной лихорадил, сперва выше 39°, затем лихорадка стала ослабевать, но до самой выписки продолжались незначительные повышения температуры. В моче всё время держалась незначительная примесь гноя — 30—40 лейкоцитов в каждом поле зрения. В день выписки произведена хромоцистоскопия и оказалось, что из левого мочеточника выделение краски началось через 15 минут, а из правого через 20 минут и заметно слабее, чем из левого. В течение месяца больной принимал ферратин, но малокровие его оставалось без улучшения.

При осмотре в конце 1913 года больной был вполне здоров и не малокровен.

91. Пиэлит.

Алексей А. 45 лет, кр. с. Троицкого, Погостовской волости, 4/VII—14/VII 1913 г.

Всегда пользовался хорошим здоровьем, и только один раз, около 20 лет тому назад в течение месяца, лежал в больнице по поводу заболевания, похожего на теперешнее. Около 23 июня почувствовал общее недомогание, ломоту в разных местах тела, мочеиспускание стало очень частым и болезненным, моча была красноватой. Через неделю начались ежедневные ознобы, температура, измерявшаяся фельдшером, доходила до 40°, больной потерял аппетит и быстро худел, так что теперь считает себя исхудавшим до неузнаваемости. За последнюю неделю мочеиспускание стало менее болезненным, но ознобы бывают ежедневно. Выглядит больной недурно, чрезмерного исхудания нет. Температура колеблется около 39°, но больших размахов не даёт. Мочится раз 10 днём и раза 4 ночью. Моча мутна, в осадке сплошным слоем гнойные шарики.

При цистоскопии пузырь оказался нормальным, устьев мочеточников не видно, так как дно пузыря приподнято в виде бугра, по ту сторону которого скрыты устья. При ощупывании *per rectum* предстательная железа нормальна. Почки не прощупываются, постукивание над ними совершенно безболезненно. При исследовании живота удаётся только отметить, что печёночная тупость на 3 пальца ниже, чем нормально, но никакой болезненности в области печени нет. Никаких диспептических расстройств нет. Сильная жажда, аппетит плох. Лёгкие и сердце нормальны, хотя больной жалуется на стеснение в груди. Был назначен уротропин, *Contreheville*, молочная диета. В первые дни бывали лёгкие ознобы и температура доходила до 39,7°, но затем она стала постепенно понижаться, и с 13 июля стала нормальной. Моча стала совершенно прозрачной и при долгом центрифугировании не давала никакого осадка. Выписан здоровым 14 июля.

92. Пиэлит.

Илья К. 38 лет, кр. с. Ченец, Глебовской волости, 24/V—16/VI 1913 г. Всегда пользовался хорошим здоровьем. Приблизительно 9 апреля лежал на сырой земле около 1/2 часа, потом работал на сквозняке и через 3 дня после этого появилась очень сильная режущая боль в правой стороне живота; дня 2 при мочеиспускании была резь, в моче была кровь, а под конец муть, которую больной считает за гной. Боли продолжались около 5 недель и были настолько сильны, что больной едва мог подняться с постели; всё это время он чувствовал сильный жар, но сознание было ясным. Рвоты ни разу не было. Две недели тому назад лежал в терапевтическом отделении и там было обнаружено значительное количество гноя в моче; после 2—3 промываний пузыря моча стала чистой и больной был выписан. Теперь он жалуется на боли в правой подвздошной и поясничной областях. Значительная болезненность при постукивании по правой поясничной области. Моча на вид

нормальна, белка и сахару не содержит, в осадке много клеток лоханочного эпителия и немного лейкоцитов. Цистоскопия: пузырь нормален; введён катетер в правый мочеточник довольно высоко, моча из него капала очень быстро, и в ней найдено гораздо больше клеток лоханочного эпителия и лейкоцитов, чем в моче из пузыря.

Операция 26 мая под хлороформно-эфирным наркозом. Косой почечный разрез. Почка выделена свободно и выведена в рану. На вид она нормальна, лоханка тщательно осмотрена и ощупана, но камня в ней не оказалось; ввиду того, что почка казалась нормальной, операция ограничена только её осмотром, и рана защита с марлевым выпускником к нижнему полюсу почки. Заживление прошло без осложнений. В моче иногда замечался очень незначительный гнойный осадок и в мазке из него была найдена одна туберкулёзная палочка. Больному при выписке дан совет явиться для второй операции в случае, если заметит в моче муть или кровь.

По полученным в начале августа сведениям, больной после операции чувствует себя совершенно здоровым, болей никаких нет.

93. Пиэлит, водянка семенного канатика, паховая грыжа.

Михаил Ф. 24 лет, кр. д. Болшева, Петровской волости, 30/VI—24/VII 1912 г.

2 недели тому назад появилась без видимой причины резь при мочеиспускании и кровавая моча; мочеиспускание было очень учащено. Вскоре кровь в моче исчезла и вместо неё больной стал замечать обильный мутный осадок в моче. Теперь он мочится раз 10 днём и раз 15 ночью. Небольшие боли в левой поясничной области. Болезненно ощупывание левой почки и поколачивание над нею сзади. В кружке мочи гнойный осадок толщиной в 2 см; под микроскопом ничего, кроме гнойных телец, не видно; белка в моче нет. При цистоскопии обнаружено значительное воспалительное припухание и отёчность дна пузыря, совершенно скрывающая отверстие мочеточников и делающая катетеризацию их невозможной. Высокая (39° и выше) интерминтирующая лихорадка с ознобами. Через 10 дней боль в левой поясничной области совершенно исчезла, поколачивание стало безболезненным, но появилась боль в правой поясничной области. К 10 июля и эта боль исчезла, лихорадка прекратилась, моча стала чистой и лишь под микроскопом можно было обнаружить около 30 гнойных шариков в каждом поле зрения. 11 июля сделана операция по поводу имевшегося у больного правостороннего funiculosele; по иссечении оболочек канатика выше funiculosele найден ещё грыжевой мешок с чрезвычайно узкой, почти заросшей шейкой, содержавший небольшой кусок салника; при отделении семенного канатика случайно перерезан семьявыносящий проток; периферический конец его перевязан, и операция закончена по Bassini. Рана зажила гладко и 24 июля больной выписан.

94. Флегмона брюшной стенки.

Егор О. 56 лет, кр. д. Фонинской, Хмельниковской волости, 16/V—10/VI 1912 г.

В начале 1911 года в московской клинике была сделана операция правосторонней паховой грыжи и в послеоперационное время образовался обширный болезненный инфильтрат в верхней части брюшной стенки справа, исчезнувший через месяц при постоянном применении тепла. Такой же самый инфильтрат и на том же месте снова появился недель 5 тому назад, занимает теперь всю область от пупка до подрёберья, от срединной до передней подмышечной линии, в центре флюктуирует; температура 38,2°. Никаких расстройств со стороны брюшных органов у больного не бывало. Операция 17 мая при местной анестезии. Поперечным разрезом вскрыто обширное скопление жидкого гноя, помещавшегося частью под кожей, частью под апоневрозом. 26 мая замечено выделение гноя из срединного угла раны при надавливании и при исследовании раны оказалось, что палец, огибая срединный край прямой мышцы живота, попадает в гнойную полость позади этой мышцы. Через день сделан продольный разрез через прямую мышцу и введена дренажная трубка в подбрюшинную гнойную полость, не имевшую, однако, сообщения ни с желчным пузырём, ни с полостью брюшины. Полость скоро очистилась и 10 июня больной выписан для амбулаторного лечения с узкой полоской грануляций на месте разреза.

95. Туберкулёзный перитонит.

Агафья К. 24 лет, кр. с. Копнина, Копнинской волости, 2/VIII—21/VIII 1912 г.

Недавно приехала с Кавказа, где жила около года. 9 месяцев тому назад после подъёма тяжёлого кувшина с вином почувствовала боль внизу живота; через неделю после этого

началась лихорадка — в 3 часа дня озноб, жар, затем пот и к утру опять здорова; лихорадка продолжалась 2 месяца, затем стала неправильной и не прекращается до сих пор. Около 6 месяцев тому назад заметила опухоль внизу живота, постепенно увеличивающуюся; особенно быстро стала расти опухоль после того, как бабка поставила горшок на живот. Происходит больная из здоровой семьи, прежде ничем не больна; замужем не была, половые сношения имела только с одним вполне здоровым мужчиной. За время болезни сильно исхудала. Цвет лица очень бледный, мышцы дряблы. Сердце и лёгкие здоровы, моча нормальна, мочеиспускание не учащено; селезёнка не увеличена. В подчревной области опухоль величиною почти с голову взрослого, расположенная с левой стороны, исходящая из малого таза, доходящая вверху до пупка, а вправо заходящая на 3 пальца за среднюю линию. Форма опухоли овоидная, консистенция плотная, поверхность местами слегка бугристая, подвижность далеко не такая свободная, как при неосложнённых кистах яичника соответственной величины; на передней поверхности опухоли прощупывается находящаяся с нею в связи, но очень подвижная вторая опухоль величиною приблизительно 7×4 см. При исследовании чрез влагалище опухоль совершенно неподвижно выполняет оба боковых и задний своды, матка в ней исчезает и прощупывается только отеснённая впереди влагалищная часть её. Месячные всегда были правильны, но за время болезни крови идут не по 8 дней, как раньше, а по 3 дня. Белей нет. Высокая ремиттирующая лихорадка (до 39,5°). Реакция Pirquet дала при всех разведениях положительный результат. Распознан туберкулёзный перитонит и 8 августа сделана операция под хлороформно-эфирным наркозом. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии от пупка до лобка. Вывести из живота всю опухоль не удалось, вследствие плотной фиксации её в малом тазу; она представляет собою плотное кистовидное образование, плотно спаянное с кишками; flexura sigmoidea по всей поверхности настолько плотно срослась с опухолью, что уже почти вошла в состав её; в брыжейке её многочисленные узелки и рубцы; описанная выше придаточная опухоль оказалась небольшой петлёй тонкой кишки с сильно инфильтрированными стенками; приводящий и отводящий концы её теряются в большой опухоли. Свободного экссудата в брюшной полости нет, бугорков на пристеночной брюшине также нет. Брюшная рана зашита трёхэтажным швом. Заживление прошло совершенно гладко. Ко времени выписки 21 августа было констатировано несомненное уменьшение опухоли.

96. Туберкулёзный перитонит.

Анна А. 24 лет, мещанка, завод Павлова и Назарова, 23/VII—6/VIII 1913 г.

Год назад, с начала четвёртой беременности, больная начала испытывать сильные боли в животе. Боли продолжались всю беременность. 3 месяца тому назад роды, окончившиеся благополучно; ребёнок умер на девятый день. После родов живот остался почти такой же величины, как к концу беременности, боли после родов исчезли и вновь появились только в последнее время. Кровей после родов не было. Живот постепенно увеличивался до настоящего времени. До последней беременности больная перенесла серозный плеврит; тётка её по матери умерла от чахотки лёгких. Больная слабого сложения и плохого питания; в левой лёгочной верхушке ясно слышен выдох. Живот очень большой, довольно туго напряжённый, в нём ясно флюктуирует жидкость; пупок сильно выпячен, кожа его истончена до просвечивания. При лежании прощупывается под слоем жидкости большая бугристая опухоль, занимающая всю нижнюю половину живота. Матка и придатки её прощупываются неясно, но, по-видимому, изменений не представляют. 24/VII сделан прокол живота троакаром средней толщины; сперва вытекло около 100 куб. см густой жёлто-серой слизистой жидкости, в которой под микроскопом найдено очень много лейкоцитов в состоянии жирового перерождения; затем потекла жёлтая жидкость, как обыкновенно при асците, её вытекло около литра, а затем истечение прекратилось и не возобновлялось при самых разнообразных движениях троакара и прочистке его. Жидкость эта содержала так много белка, что при кипячении целиком свёртывалась. Моча ни белка, ни сахару не содержит, осадка при центрифугировании не даёт. Распознан туберкулёзный перитонит, и 25/VII сделано чревосечение под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по средней линии ниже пупка, длиною в 12 см. Медленной струёй выпущено около 10 метров серозного экссудата, затем сделан широкий разрез брюшины и удалены остатки экссудата. Все кишки и сальник спаяны в одну сплошную кистовидную массу; между этой массой и пристеночной брюшиной многочисленные, более или менее рыхлые, спайки, которые пришлось разорвать для полного удаления экссудата. Матка и придатки её не изменены, и только свободный конец правой

трубы спаян с опухолью. Пристеночная брюшина сильно утолщена, рыхла, совершенно мутна, покрыта местами фибрином. Брюшная полость зашита наглухо трёхэтажным нитяным швом. Во время операции пульс очень ослабел и потребовалось вливание солевого раствора и впрыскивание камфары. В течение двух дней после операции была рвота, затем никаких осложнений не было. Швы сняты на 10 день. К этому времени асцит принял прежние размеры. 6/VIII больная переведена в терапевтическое отделение.

97. Бугорчатка кишок.

Харитина Л. 42 лет, кр. с. Елизарова, Елизаровской волости, 3/IX—4/X 1913 г.

Больна около 9 месяцев. Без видимой причины, среди полного здоровья, начались поносы, постепенно усиливавшиеся и особенно изнурявшие больную за последние 6 месяцев. Слабит совершенно жидко, особенно по ночам, нередко даже непроизвольно. Крови никогда в испражнениях не замечала. Рвоты не бывало. За время болезни сильно исхудала и ослабела и уже почти не встаёт с постели. Резкое истощение, большая слабость, сухость кожи и полная потеря эластичности её. Живот постоянно вздут, на нём резко обрисовываются сильно перистальтирующие кишечные петли; сильное и почти беспрестанное урчание в животе, слышное и на расстоянии, очень мучает больную. При раздувании желудка и кишок получалось лишь общее вздутие живота. Желудочный сок, полученный через 5 часов после принятия пищи, не содержит соляной кислоты. Испражнения по виду напоминают тифозные. Моча белка и сахару не содержит, сердце и лёгкие нормальны. 26/IX больная переведена из терапевтического отделения, куда поступила 6/IX, и на следующий день сделана операция под эфирным наркозом. Разрез по средней линии от пупка до лобка, увеличенный потом на 3 пальца выше пупка. По всему протяжению толстой кишки найдены многочисленные и обширные старые перитонитические сращения, которые в области селезёночного и в особенности в области печёночного перегиба кишки вызвали перегибы под острым углом, значительно суживавшие просвет кишки. Червеобразный отросток, окутанный сращениями, но на вид здоровый, удалён, культя инвагинирована диагональным швом, разделены все сращения по ходу толстой кишки частью тупым путём, частью ножницами. В брыжейках поперечной, ободочной и S-образной кишки найдены обширные рубцовые изменения. На тонкой кишке, на расстоянии 1,5—2 аршин [1,4 м] от слепой, найдено бугристое разрастание на серозной оболочке, занимавшее весь поперечник кишки на ширину 2 пальцев и напоминавшее раковое разрастание. В брыжейке этого отдела кишки лимфатические железы сильно увеличены, но довольно мягки. Резецирован кусок кишки длиной около 12 см, но всех желёз удалить нельзя было, так как они распространялись далеко в корень брыжейки. Операцию, продолжавшуюся 1,5 часа, больная перенесла хорошо, но с вечера 30/IX снова начался постоянный понос, больная ничего не ела, быстро слабела и, несмотря на ежедневные вливания солевого раствора по 1 500 утром и вечером, 1 октября начался тяжёлый коллапс, длившийся более суток. Применены были камфара, дигален, кофеин, солевые вливания и через сутки больная оправилась, но понос продолжался, слабость прогрессировала, температура поднялась до 38,8°, и утром 4/X больная умерла. В резецированной кишке была найдена циркулярная язва шириною в 2 пальца с бугристыми и плотными краями и дном, окрашенным в бурокрасный цвет; края язвы не покрыты, за её границами слизистая оболочка имеет нормальный вид; на серозной оболочке в области язвы бугристые красноватые разрастания. При микроскопическом исследовании слизистая оболочка, подслизистый, мышечный и серозный слои кишки оказались сплошь инфильтрованными мелкими клетками, от эпителия кишки и желёз почти ничего не осталось, от мышечной оболочки тоже уцелело очень мало. Вблизи серозной оболочки довольно многочисленные бугорки.

98. Бугорчатка почки, паховая грыжа.

Семён Е. 36 лет, кр. с. Загорья, Загорской волости, 19/XI 1913 г.—2/I 1914 г.

В декабре 1910 года была оперирована у больного (в Переславской больнице) двусторонняя паховая грыжа, причём на правой стороне пришлось наложить много лигатур на сильно кровоточившие у шейки грыжевого мешка сосуды; заживление прошло гладко, и до лета 1911 года больной чувствовал себя здоровым; с лета появилось учащённое и болезненное мочеиспускание, до 20 раз в сутки, моча стала мутной. В феврале 1912 года больной снова поступил в больницу, но от предложенной операции отказался. В августе того же года появился на правой стороне рецидив паховой грыжи, достигающей теперь величины кулака. За время болезни больной довольно сильно исхудал, чувствует слабость, потеет по ночам, немного кашляет.

Он очень бледен, кровь содержит 65% гемоглобина. В правой лёгочной верхушке довольно много мелких влажных хрипов. Мочеиспускание болезненно, очень учащённо — каждые полчаса-час, — это лишает больного ночного покоя. В моче обильный гнойный осадок, под микроскопом состоящий из одних гнойных телец с единичными красными кровяными тельцами; реакция мочи кислая; туберкулёзных бацилл в мочевом осадке не найдено. При цистоскопии отмечена резко уменьшенная ёмкость пузыря: он едва удерживает 100 куб. см жидкости. Из правого мочеточника течёт гной, окружность его устья на довольно большом расстоянии занята мелкобугристыми возвышениями на сильно покрасневшей слизистой оболочке, — в окружности устья левого мочеточника и на всём остальном протяжении пузыря слизистая оболочка имеет нормальный вид. При хромоцистоскопии из левой почки сильной струёй выделяется окрашенная индигокармином моча, из правой же почки краска вовсе не выделяется. Правая почка ясно прощупывается и представляется увеличенной почти вдвое; она чувствительна при ощупывании, но постукивание по правой поясничной области совершенно безболезненно. Температура иногда повышается по вечерам до 38,4°. Операция 26/XI под хлороформным наркозом. Косой почечный разрез. На дороге к почке торчит низко стоящее короткое ребро, по-видимому, 13-е, оно резецировано. Жировая капсула почки сильно уплотнена, плотно соединена с почкой, в ней много довольно твёрдых узлов. При довольно трудном выделении почки надорвана одна из кавернозных полостей её, и в рану вытек из неё жидкий творожистый гной. Выделить сосуды и мочеточник оказалось невозможным, так как жировая клетчатка у ворот почки была сильно уплотнена и образовывала толстую сплошную массу; на последнюю был наложен зажим и почка над ним отрезана; зажим, очень сильно защемлённый, сполз со своего места, и появилось сильное кровотечение, которое, однако, довольно скоро удалось остановить двумя окончатными артериальными пинцетами и одним Реап'овским; перевязка захваченных en masse в инфильтрированной клетчатке сосудов была бы весьма ненадёжной, и потому зажимы оставлены в ране и окружены марлевым тампоном. Жировая капсула на большом протяжении удалена, и рана сшита этажными швами на большей части её протяжения. Операция продолжалась 1 час и большой хорошо её перенёс. Удалённая почка имеет дольчатую поверхность, причём выпуклые места обнаруживают флюктуацию; одно из этих мест при выделении почки прорвалось и в рану попал творожистый гной. Почка имеет в длину 13 см; в воротах её жировая клетчатка сильно уплотнена и воспалительно инфильтрирована, разрез её, на котором нельзя найти ни сосудов, ни мочеточника, имеет в поперечнике 5 см. На разрезе почка оказалась сплошь пронизанной большими кавернами с творожистыми стенками, содержащими жидкий крошковатый гной. На 5-й день после операции сняты зажимы. Никакого кровотечения не было. Рана заживала очень хорошо, и только в двух местах образовались маленькие свищи с очень скудным отделением. 14/XII сделана операция грыжи по способу Wölfler'a с добавлением к нему свободной пересадки широкой фасции бедра сверх пришитых мышц. Закрытие пахового канала получилось очень прочное. Заживление прошло совершенно гладко. Бугорчатка пузыря не причиняла больному слишком больших неприятностей. Под влиянием ежедневных сидячих тёплых ванн и суппозиторий с белладонной резь при мочеиспускании почти прошла и частота его уменьшилась до 7 раз в сутки. Общее состояние больного оставалось таким же, как и до операции. Моча при выписке содержала немного белка и гиалиновых цилиндров и довольно много гнойных шариков. Количество её уже в первые дни после удаления почки стало нормальным. В больнице больной принимал ferrum lacticum, а при выписке получил acidum arsenicosum в пилюлях.

99. Бугорчатка почки и мочевого пузыря.

Дмитрий Е. 22., кр. д. Одерихино, Погостовской волости, 12/XII—24/XII 1913 г.

С лета этого года страдает очень учащённым мочеиспусканием и сильной резью при нём; мочится каждые полчаса-час. Бывала значительная примесь крови к моче. Моча очень мутна, в ней довольно обильный гнойный осадок. Почки не прощупываются, но постукивание над правой почкой немного болезненно. При цистоскопии на другой день после поступления больного не удалось ясно осмотреть пузырь, так как несмотря на долгое промывание, дочиста его нельзя было промыть. Видна была лишь картина тяжёлого цистита и зияющее в виде язвы устье правого мочеточника. В течение недели пузырь ежедневно промывался раствором ляписа, моча стала заметно чище и резь при мочеиспускании почти исчезла, но оно осталось таким же частым, как и прежде. Ёмкость пузыря сильно уменьшена: он едва выдерживает 100 куб. см жидкости. При цистоскопии 24/XII обнаружен довольно

распространённый туберкулёз пузыря: зияющее устье правого мочеточника окружено ясно выраженными бугорками и небольшими изъязвлениями; бугорки и бугристые инфильтраты распространяются почти на всё дно и боковые стенки пузыря, но окружность устья левого мочеточника свободна от них. Общее состояние больного вполне удовлетворительно, он даже выглядит цветущим. От операции он отказался и 24/XII выписался.

100. Опухоль почки.

Иван И. 60 лет, кр. д. Сабинское, Вишняковской волости, 11/V—20/V 1913 г.

Считает себя больным лет 5. Всё это время страдал тупыми болями в подложечной области, независимыми от принятия пищи. Рвоты и изжоги никогда не было, иногда появлялась отрыжка кислым, в последнее время её нет. В июле прошлого года лежал 2 недели в терапевтическом отделении, делали ему промывания желудка, получил значительное облегчение. С полгода назад к прежним болям присоединилось неопределённое чувство тяжести и давления в обоих подрёберьях (сильнее с левой стороны), настолько сильное, что последние 4 месяца больной совершенно не мог работать и с трудом ходил.

Больной очень истощён. Кожа несколько отёчна. Сильно расширен нижний отдел грудной клетки. Сзади, снизу с обеих сторон интенсивное притупление на палец ниже угла лопатки; над притуплением много влажных среднепузырчатых хрипов. Дыхание жёсткое. Сильный кашель.

Сердце прикрыто лёгкими; тона очень глухи. Пульс слабого наполнения. Артериосклероз средней степени.

Аппетит плохой, привычные запоры. Печень плотна, край её прощупывается пальца на 4 ниже рёберного края.

Живот вздут, болезнен при ощупывании в подложечной области и в обоих подрёберьях. В левой половине живота прощупывается туго эластическая опухоль, верхняя граница которой теряется в подрёберье, правая доходит до наружного края левой прямой мышцы живота, нижняя — несколько ниже пупка, задний же, широко закруглённый край прощупывается в поясничной области. Моча нормальна. Хромоцистоскопия не удалась благодаря кровотечению из гипертрофированной предстательной железы при введении катетера — ясно было видно выделение краски сильной струёй из правого мочеточника, отверстие же левого было закрыто кровавым сгустком. В области притупления по лопаточной линии в 10-м межрёберье был сделан пробный прокол и получен полный шприц крови. Ввиду миокардита, артериосклероза и сильного бронхита от операции пришлось отказаться, и 20 мая больной переведён в терапевтическое отделение.

101. Рак желудка.

Алексей Б. 42 лет, кр. д. Лунево, Вишняковской волости, 15/VI—29/VI 1913 г.

Считает себя больным с начала апреля настоящего года, когда впервые начал чувствовать тяжесть под ложечкой после еды. С этого же времени появилась рвота, сначала изредка, затем (в конце апреля и начале мая) раза два в день. Последнее время рвота снова стала реже. Изжоги и отрыжки никогда не было. За последнее время боли под ложечкой значительно усилились, но всё же больной всё время мог работать, хотя сильно исхудал и ослабел. Аппетит со времени заболевания ухудшился, появились запоры. Лёгкие нормальны. Первый тон сердца глуховат, небольшой артериосклероз. Моча нормальна. В подложечной области, по средней линии, неясно прощупывается бугристая опухоль. Общая кислотность желудочного сока 12, свободной соляной кислоты нет, реакция на молочную ясно выражена. Больной крепкого сложения и удовлетворительного питания.

Операция 16 июня под эфирным наркозом. Разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. В желудке большая бугристая опухоль, начинающаяся недалеко от привратника и занимающая приблизительно третью часть желудка; на задней стороне эта опухоль сращена с брыжейкой поперечной ободочной кишки, и на месте этого сращения на поверхности желудка виден большой звёздчатый рубец. Железы очень велики и тверды, и цепь их доходит почти до входа в желудок.

Сращение с брыжейкой поперечной ободочной кишки удалось разрезать таким образом, что нижний листок её остался неповреждённым и средняя ободочная артерия уцелела. Сделана резекция желудка по Kocher'у, причём удалено немного меньше половины желудка. Брюшная полость зашита трёхэтажным швом. В удалённой части желудка найдена раковая язва величиною почти в ладонь, занимающая заднюю, нижнюю и переднюю стенки желудка.

Разрез справа захватил часть двенадцатиперстной кишки шириною в 1 см, слева прошёл на 4 см от видимой границы рака. Послеоперационное течение было вполне гладким, и при выписке больной чувствовал себя вполне хорошо.

9/1 1914 года больной снова обратился по поводу слабости, прогрессирующего исхудания, потери аппетита и противной отрыжки. В животе опухоли не прощупывалось.

102. Рак желудка.

Василиса Ш. 54 лет, кр. д. Болшево, Петровской волости, 5/V—4/VII 1913 г.

Больна года два. Первый год заболевания страдала только изредка повторявшимися рвотами. Последний год рвота прекратилась, но появились сильные боли в области желудка, усиливающиеся после еды. Отрыжки и изжоги больная не отмечает. За последний год сильно исхудала и ослабла. В начале февраля 1913 года лежала в терапевтическом отделении Переславской больницы с диагнозом рака желудка. Была предложена операция, но больная на неё не согласилась. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли и плохой аппетит. При ощупывании области желудка никакой опухоли обнаружить не удаётся.

После пробного завтрака добыто порядочное количество желудочного содержимого, с кусками мало переваренной пищи и обильным количеством слизи. Соляная кислота отсутствует, реакция на молочную кислоту дала положительный результат.

На низ обычно нормально, последние дни поносы. В лёгких небольшое количество сухих хрипов. Границы сердца не расширены, тоны очень глухи, небольшой артериосклероз. Со стороны половых органов и прямой кишки ничего ненормального не обнаружено. У больной маленькая надчревная грыжа.

8 мая операция под эфирно-хлороформным наркозом. Разрез поперечный пальца на 3 выше пупка, начиная от наружного края правой прямой мышцы и до наружного края левой. Желудок легко выводится. Близ малой кривизны его, пальца на два отступя от привратника, прощупывается внутри желудка небольшая мягковатая опухоль. Сделана резекция желудка по Kocher'у (удалена приблизительно одна треть желудка). При исследовании удалённой части оказалось, что опухоль находится на малой кривизне желудка, на расстоянии двух пальцев от привратника; она представляет собой бугристое новообразование величиною немного меньше грецкого ореха, грибовидно выступает в полость желудка, а в толще желудочной стенки ограничивается лишь слизистой оболочкой и подслизистым слоем. При микроскопическом исследовании опухоль эта оказалась аденокарциномой. Заживление осложнилось подкожным нагноением раны, которую пришлось раскрыть на небольшом протяжении 20 мая. Никаких расстройств в послеоперационном течении со стороны желудка и брюшной полости не было, но больная жаловалась на слабость, мало ходила и на крестце у неё образовался обширный и глубокий пролежень. С 18 июня больная начала проявлять признаки психического расстройства, выражавшегося в беспокойстве, бессоннице, бессмысленном бреде. Она была переведена в отдельную палату терапевтического отделения, после бромистого натрия и веронала заснула и на следующий день казалась нормальной; однако по возвращении в хирургическое отделение снова проявилось в той же форме психическое расстройство, и опять больная была переведена в терапевтическое отделение, на следующий день стала нормальной, и лишь слегка заговаривалась по временам. К 4 июля брюшная рана и пролежень почти зажили, больная хорошо переносила всякую пищу, и 4/VII выписана для амбулаторного лечения.

По полученным затем сведениям, после выписки из больницы больная постоянно проявляла такие же признаки психического расстройства, как и в больнице.

103. Рак желудка.

Никита Р. 48 лет, кр. с. Петровского, Петровской волости, 27/X—25/XI 1913 г.

В ноябре 1911 года был оперирован по поводу язвы желудка, причём на малой кривизне желудка был найден звёздчатый рубец и под ним довольно значительное уплотнение; была сделана задняя гастроэнтеростомия, больной совершенно выздоровел и ни на что не жаловался. Теперь он явился очень малокровным и ослабевшим.

При исследовании желудочного сока в нём не оказалось вовсе ни соляной ни молочной кислот, тогда как в прошлом году общая кислотность его была 70. Двигательная способность желудка значительно ослаблена: при выкачивании желудка натошак получается

довольно много содержимого в нём, проба же с салолом получается через 2 часа 10 минут. В надчревной области опухоли не прощупывается.

Операция 6 ноября под эфирно-хлороформным наркозом. Вскрытие брюшной полости по старому рубцу оказалось довольно трудным вследствие обширных сращений брюшной стенки с сальником. Несколько плотных сращений в виде тяжей найдено также между печенью и малой кривизной желудка; обследовать желудок можно было только по разделении всех этих сращений; оказалось, что 2/3 желудка занято бугристой, грибовидно вдающейся в просвет его, опухолью; соустье проходимо для пальца. Ввиду значительного малокровия больного и обширности ракового поражения желудка от резекции его пришлось отказаться.

Брюшная рана зашита двухэтажным швом. Заживление осложнилось рвотой в течение всего второго дня после операции и разлитым бронхитом.

Выписан 25 ноября с хорошо зажившей раной.

104. Рак желудка.

Егор А. 52 лет, кр. д. Лисавы, Хмельниковской волости, 5/VI—28/VI 1913 г.

3 месяца тому назад стал чувствовать ноющие боли под ложечкой и в левом подрёберье, особенно усиливающиеся после еды, и заметил в этом же месте плотную опухоль. Брат больного недавно был оперирован по поводу рака нижней губы. Больной среднего сложения, удовлетворительного питания, лёгкие и сердце здоровы, моча ни белка, ни сахару не содержит. Рвоты не бывало, отправления кишечника нормальные. Немного выше пупка и немного влево от него прощупывается довольно большая бугристая и твёрдая опухоль, смещающаяся вниз и вправо. Общая кислотность желудочного сока 6%, соляная кислота отсутствует, реакция на молочную кислоту едва заметна. Метастазов нигде нет.

Операция 6 июня под хлороформным наркозом. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии от мечевидного отростка до пупка, но расстояние между ними было настолько невелико, что через этот разрез нельзя было произвести полного обследования желудка и пришлось добавить поперечный разрез через левую прямую мышцу. В области продольного разреза брюшина сплошь сращена с печенью, серозный покров которой значительно утолщён. Желудок почти весь занят плотной бугристой опухолью, вдающейся в просвет его и доходящей вверху вплоть до пищевода; свободны от рака только привратник, часть передней стенки и дна желудка; сращений с печенью, поджелудочной железой, mesocolon transversum нет; и было бы возможно полное удаление желудка, или даже субтотальная резекция его.

Операция ограничена осмотром и брюшная полость зашита.

Заживление прошло без осложнений.

105. Рак желудка.

Василий Т. 46 лет, кр. д. Троицкое, Погостовской волости, 10/V—25/V 1913 г.

Заболел в середине ноября прошлого года. Сразу почувствовал резкую, стреляющую боль в левом подрёберье, отдающую в левое плечо и руку. Пролежал неделю в терапевтическом отделении Переславской больницы, выписался здоровым. В начале февраля настоящего года снова появились те же боли, не прекращавшиеся до настоящего времени, причём больной отмечает, что особенно усиливались они по ночам; никакой зависимости болей от еды больной не замечал.

С 15 февраля по 10 марта снова лежал в терапевтическом отделении. Исследование желудочного сока в это время дало следующий результат: после пробного завтрака добыто 60 куб. см содержимого, общая кислотность 14%, полное отсутствие соляной и молочной кислот.

За всё время болезни рвоты и изжоги не было; тухлая отрыжка с начала заболевания. На низ привычные запоры, последнее время поносы.

Лёгкие нормальны. Левая граница сердца на 1/2 см сосковой линией, тоны глухи. Пульс 82 в минуту, аритмичен. Моча нормальна. Больной производит впечатление очень нервного; сон плохой, рефлексы несколько повышены. При ощупывании живота болезненность в левом подрёберье. Никакой опухоли не прощупывается.

За последние полгода больной очень исхудал и ослабел, но всё же мог работать до начала мая. 9 мая снова поступил в терапевтическое отделение. Исследование желудочного сока в это время дало следующий результат: после пробного завтрака добыто немного непереваренной

пищи со слизью. Соляная кислота отсутствует, общая кислотность 6%. Проба с салолом дала положительный результат через 1 час 40 минут.

Операция 15 мая под хлороформно-эфирным наркозом. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии от мечевидного отростка до пупка. На малой кривизне желудка, у самого входа в последний, найдена твёрдая бугристая раковая опухоль величиною приблизительно 8×5 см, на всём протяжении очень плотно сращённая с печенью. Между диафрагмой и верхней поверхностью левой доли печени обширные спайки. Вдоль всей малой кривизны желудка большие твёрдые лимфатические железы.

Пришлось ограничиться осмотром и зашить брюшную рану. Заживление прошло совершенно гладко и 25 мая больной выписан с субъективным улучшением.

106. Рак желудка и восходящей ободочной кишки.

Варвара М. 62 лет, кр. Нагорной слободы, Переславской волости, 22/IV—12/V 1913 г.

В семье больной случаев рака не было.

С год назад больная начала чувствовать боли в области желудка, очень усилившиеся с декабря прошлого года. После еды боли увеличиваются. Больную мучает постоянная гнилостная отрыжка. Временами, раза два в неделю, у неё случается рвота (после еды).

При ощупывании живота в верхней части его прощупывается плотная бугристая опухоль, сантиметров 7 длиной и сантиметра 4 шириной, расположенная, по-видимому, по большой кривизне желудка. Метастазов в печени, прямой кишке и матке не найдено.

Двигательная способность желудка резко понижена: после пробного завтрака получены остатки пищи, принятой накануне. На низ в последнее время запоры.

У больной левосторонняя паховая грыжа с куриное яйцо величиной. Сердце и лёгкие здоровы, моча нормальна.

Операция 25 апреля под эфирно-хлороформным наркозом, в течение 35 минут больную не удалось усыпить даже чистым хлороформом и операцию пришлось начать при неполном наркозе. Брюшная полость вскрыта срединным разрезом от мечевидного отростка до пупка.

Желудок легко вытягивается. На малой кривизне его, вблизи привратника, найдена небольшая бугристая раковая опухоль; железы малой и большой кривизны лишь слегка увеличены, в печени метастазов нет. Сделана резекция желудка по способу Кохера; удалено около половины желудка с железами большой и малой кривизны.

Операция длилась 2 часа 15 минут, а наркоз 2 часа 50 минут. Со стороны слизистой желудка рак представляет плотную и гладкую язвенную поверхность, а со стороны серозной оболочки — плотную бугристую опухоль. Вскоре после операции у больной началась частая рвота, продолжавшаяся всю ночь и на следующий день (26 апреля); вечером сделано промывание желудка, причём вышло очень много чернубурой жидкости, а под конец промывная вода была слегка окрашена кровью.

После промывания рвота прекратилась и больная спала всю ночь. В дальнейшем выздоровление шло вполне гладко, если не считать небольшого абсцесса в нижнем конце разреза, который быстро зажил после вскрытия.

12 мая больная выписана поправившейся; все болезненные симптомы, бывшие до операции, исчезли, и больная чувствовала себя очень хорошо. При микроскопическом исследовании новообразования оно оказалось типичным скирром.

После выписки из больницы больная ходила в амбулаторию для перевязок, так как долго выгнаивались лигатуры. Приблизительно через месяц был замечен плотный инфильтрат в правой стороне живота, который сперва был принят за хроническое воспаление сальника.

В дальнейшем стали появляться приступы сильных болей в животе, запоры, сменявшиеся поносами, опухоль в правой стороне живота сильно увеличилась, стала твёрдой и бугристой, видна была усиленная перистальтика кишок. К концу июля симптомы хронической непроходимости кишок приняли весьма серьёзный характер, и больная согласилась на операцию. К этому времени ещё оставались гноящиеся свищи в рубце от первого чревосечения.

Операция 6/VIII под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез Lennander'a. Вся восходящая ободочная кишка занята раком, начиная от верхней границы слепой кишки. Новообразование сращено уже с передней брюшной стенкой. Тонкие кишки сильно раздуты, стенки их несколько гиперемированы и отёчны. Flexura sigmoidea в спавшемся состоянии. Сделан анастомоз между нижним отрезком подвздошной кишки и flexura sigmoidea. Вечером в день операции температура поднялась до 39°, а через день был обнаружен пневмонический

фокус в нижней доле правого лёгкого (бронхиальное дыхание и крепитация под углом лопатки). В день операции у больной были обильные жидкие испражнения. Пневмония приняла благоприятное течение и к 13/VIII температура упала до нормы. От смазывания йодом кожи живота при операции получился очень тяжёлый ожог кожи, причинивший больной сильные боли и потребовавший долгого лечения. Живот скоро опал, ясно обрисовалась большая раковая опухоль. Appetit у больной был крайне плох, и она очень мало ела, несмотря на довольно хорошее самочувствие. В дальнейшем аппетит поправился, кожа живота пришла в порядок, испражнения были ежедневно, не жидкие, болей в животе не было. 6/IX больная выписана.

10/IX трёхдневный запор, урчание в животе. После этого больная много раз приходила в амбулаторию и жаловалась на довольно частые боли и урчание в животе, запоры. Опухоль быстро росла. 15/XI больная умерла.

107. Рак восходящей ободочной кишки.

Филат Г. 63 лет, крестьянин с. Перцево, Петровской волости, 2/II—5/II 1912 г.

Болен месяца 4. В правой стороне живота, в верхней его части, часто появляются приступами довольно сильные боли, отдающие в подложечную область и нередко сопровождающиеся рвотой; при езде по плохой дороге и вообще при сотрясениях тела боли в правой боковой части живота и пояснице. Appetit плохой, диспептических расстройств нет, отправления кишечника правильны, в испражнениях ничего ненормального больной не замечал. Mочеиспускание учащено раз до 20 в сутки, часто сопровождается жжением, иногда струя мочи прерывается. Mоча соломенно-жёлтого цвета, прозрачна, удельного веса 1016, белка не содержит, в осадке лишь единичные лейкоциты. В правом подрёберье очень отчётливо прощупывается легко подвижная опухоль, по величине, форме и консистенции совершенно соответствующая подвижной почке; её легко можно вправить вверх на место почки, при положении на левом боку она отходит вниз и к средней линии. Тоны сердца глухи, пульс правилен, артерии немного склерозированы, в правой лёгочной верхушке жёсткое дыхание и выдох. Распознана подвижная почка, и 4 февраля под хлороформно-эфирным наркозом сделан косой поясничный разрез; выделение опухоли из воспалительно сращённой с нею жировой капсулы было весьма затруднительно и только после долгой работы удалось определить, что она имеет бугристую форму и очень плотную консистенцию, что заставило предположить ошибку в диагнозе; обследовано пространство выше 12-го ребра и там найдена нормальная почка, настолько высоко расположенная, что её нижний полюс почти не выступал из-под ребра. Разрез продолжен дальше вперёд, вскрыта брюшная полость и найден обширный рак восходящей ободочной кишки, начинающийся ещё в слепой кишке и доходящий почти до печёночного изгиба кишки; воспалительно утолщённый сальник спаян с раковым новообразованием кишки. Поражены ileo-caecal'ные железы. Ввиду обширности поражения рана зашита. После операции больной был очень обеспокоен, ночью пульс стал падать и перед утром он умер. Вскрытие обнаружило разлитое воспаление брюшины и, как причину его, разрыв на задней стенке восходящей ободочной кишки. Раковое новообразование занимает большое протяжение кишки, но не особенно сильно суживает просвет её; слизистая оболочка очень рыхла, багрового цвета, легко рвётся. При микроскопическом исследовании найден цилиндроклеточковый рак с большим количеством соединительной ткани.

108. Рак восходящей ободочной кишки.

Матвей М. 37 лет, кр. д. Горки, Смоленской волости, 2/X—12/X 1912 г.

Мать больного умерла в возрасте около 50 лет при явлениях, подозрительных в отношении рака желудка. В конце апреля 1912 года у больного, пользовавшегося прежде хорошим здоровьем, появилась сильная резь в правой стороне живота, затем инфильтрат в правой подвздошной области, и врач, к которому больной обратился, распознав аппендицит, направил его для операции в Москву; там у больного был удалён червеобразный отросток, по-видимому, в периоде затишья, так как рана была зашита наглухо и зажила первичным натяжением. В течение нескольких недель после операции больной чувствовал себя вполне хорошо, но затем стал быстро худеть и слабеть, у него начался очень сильный понос со слизью и снова появились режущие боли в правой стороне живота. Понос без перерыва продолжается до сих пор, но теперь больного слабит всего 2—3 раза в день совсем жидко; крови в испражнениях ни разу не замечал. Больной бледен, худ и слаб. Со стороны

органов дыхания и кровообращения нет ни субъективных, ни объективных ненормальностей. В правой стороне живота прощупывается плотная опухоль, имеющая не вполне ясно определяемые ощупыванием границы, спускающаяся от подрёберья до правой подвздошной ямы, не доходящая на 2 пальца до средней линии и ясно прощупывающаяся со стороны поясницы при комбинированном исследовании; однако в область почки, под 12-е ребро, опухоль не заходит; она подвижна в передне-заднем направлении, над нею при постукивании тупо-тимпанический звук. В обоих пахах мелкие плотные железы. Испражнения напоминают гороховый суп; при микроскопическом исследовании в них не найдено ничего ненормального.

Мочеиспускание раза 3 днём и столько же ночью, без рези; моча соломенно-жёлтого цвета, прозрачна, удельного веса 1018, кислой реакции, белка не содержит, в осадке немного кристаллов щавелевокислой извести и 5—10 лейкоцитов в каждом поле зрения; реакция на индикан слабая. Во время пребывания в больнице больной слегка лихорадил (38,2—38,4).

Операция 11 октября под хлороформным наркозом. Брюшная полость вскрыта разрезом по наружному краю правой прямой мышцы живота от подрёберья почти до пупартовой связки. В нижней половине разреза вскрытие брюшины было затруднено обширными сращениями её с опухолью. Подвздошная кишка на расстоянии 10 см от слепой раздавлена энтеротрибом Доуен'а, перерезана, оба конца перевязаны и обшиты кисетным швом; проксимальный конец соединён боковым анастомозом со серединой поперечной ободочной кишки, и приступлено к удалению слепой и восходящей ободочной кишки; обширные и крепкие сращения опухоли с брюшной передней и боковой стенками брюшной полости и с печенью крайне затрудняли выделение кишок. Брыжейка восходящей ободочной кишки перевязана далеко от последней, и вместе с кишкой удалены сильно увеличенные лимфатические железы. Поперечная ободочная кишка перерезана между двумя зажимами, зашита тремя рядами швов и культи её вшита в верхний угол раны. В поясничной области сделано отверстие, и через него выведен марлевый выпускник из оставшегося не покрытым брюшиной ложа удалённых кишок. Брюшная полость зашита трёхэтажным швом. Операция продолжалась 3 часа 20 минут, израсходовано было 100 г хлороформа; пульс к концу операции крайне слабел, было сделано вливание солевого раствора и инъекция кофеина, но пульс не поправился и оставался очень слабым и частым, несмотря на ежечасные инъекции камфоры, дигалена, вливания солевого раствора. Утром 12 октября была однократная рвота, пульс оставался нитевидным и в 10,5 часов вечера больной умер. В восходящей ободочной кишке, на задней её стенке, найдена изъязвлённая грибовидная опухоль 8×8 см величиною. При микроскопическом исследовании опухоль эта оказалась аденокарциномой.

109. Рак поджелудочной железы.

Фёдор П. 51 г., мещанин г. Переславля, 15/VI—6/VII.

Переведён для операции из терапевтического отделения. В 30-летнем возрасте болел в течение двух недель тяжёлым поносом; через 8 лет опять понос в течение 6 недель. С тех пор лишь изредка страдал кратковременным поносом да раза два появлялись и затем исчезали геморроидальные шишки. Смолоду довольно сильно пил, но пять лет тому назад совсем бросил пить. Постом 1912 года в течение 3—4 дней страдал режущей болью в подложечной области. С 4 мая начались сильные боли в подложечной области, усиливающиеся через 20—30 минут после еды. Ночью в 1—2 часа боль повторяется и длится около часа, причём отдаёт в спину. Рвота за всё время болезни только изредка бывала на другой день после выпивки и иногда с кровью. С 4 мая потерял в весе 16 фунтов. [6,6 кг] Сложения больной среднего, питания плохого. Сердце, лёгкие и почки здоровы. Непосредственно над пупком и немного вправо от него прощупывается небольшая неподвижная и плотная опухоль; ощупывание сверху и вправо от неё болезненно. После пробного завтрака получается 40—50 см желудочного сока, дающего ясную реакцию на соляную кислоту, не содержащего молочной кислоты; общая кислотность при первом исследовании 67, при втором 40. При пробе с салолом реакция с полуторахлористым железом в моче получается через 1,5 часа.

Операция 19 июня под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по средней линии. Поперечная ободочная кишка извлекается с трудом, так как брыжейка её укорочена и сращена не особенно крепкими спайками с начальной частью тощей кишки и в одном месте с плотным рубцом с задней поверхностью желудка. В головке поджелудочной железы многочисленные сливающиеся друг с другом твёрдые узлы. В желчном пузыре ничего не прощупывается. Сделана задняя вертикальная гастроэнтеростомия с очень короткой петлёй кишки. При зашивании брюшной раны наступила довольно тяжёлая асфиксия, устранённая минут через 5

искусственным дыханием. Соединить края апоневроза не удалось даже самым крепким швом и брюшная стенка зашита выводными проволочными швами с отдельным нитяным швом на кожу. Заживление прошло вполне гладко. Боли в первое время после операции исчезли совершенно и больной чувствовал очень значительное облегчение, но за день до выписки снова появились довольно сильные боли в спине. Металлические швы сняты через 2 недели. Выписан 6 июля.

По полученным сведениям, больной очень страдал от болей в животе, от которых избавлялся только частыми инъекциями морфия. Через 7 месяцев после операции он умер.

110. Рак печени и брыжеечных желёз.

Анна Б. 60 лет, кр. с. Городищи, Переславской волости, 21/VII—11/VIII 1913 г.

До конца 1912 года была всегда здорова, довольно полна, хорошо работала. С конца года стала худеть и слабеть. В середине февраля 1913 года заметила небольшую подвижную опухоль в надчревной области, недалеко от левой рёберной дуги; с того же времени начались постоянные боли в этом месте и запоры дней по 10, бессонница вследствие болей. Со середины апреля боли стали настолько сильными, что больная «грызла кирпичи». В мае лежала в терапевтическом отделении с диагнозом рака желудка, от предложенной операции отказалась и выписалась без улучшения. Теперь, под влиянием сильных болей, поступила для операции. Больная довольно сильно истощена, живот очень дряблый, кожа на нём морщинистая. Непосредственно слева от пупка видна и прощупывается плотная, слегка бугристая опухоль величиною в куриное яйцо. Нижняя граница этой опухоли находится на уровне пупка. По словам больной, вблизи этой опухоли часто вздувается другая «шишка» и затем при сильных болях исчезает с урчанием. При раздувании кишок сильно вздувается левая сторона живота до опухоли, правая же остаётся совершенно нераздутой; при дальнейшем нагнетании воздуха внезапно, с урчанием, преодолевается препятствие, по-видимому, в области опухоли и быстро раздуваются кишки правой стороны живота, опухоль при этом прощупывается гораздо менее отчётливо. По положению она вполне соответствует тому уровню, где нормально проходит поперечная ободочная кишка, но совершенно неподвижна сверху вниз и лишь немного подвижна слева направо, причём движение это вызывает боль. Помимо этого надо думать, что у больной поперечная ободочная кишка расположена гораздо ниже, так как при раздувании желудка определяется значительное опущение его: большая кривизна стоит на 3 пальца ниже пупка, а малая кривизна отчётливо видна и простукивается на 3 пальца выше его, и таким образом опухоль приходится на уровне тела желудка. Исследование желудочного сока сделано 3 раза и получены сбивчивые результаты: 14 мая реакция Günzburg'a на соляную кислоту отрицательна, но общая кислотность 70. 16 мая реакция на соляную кислоту положительна, на молочную отрицательна, общая кислотность 70, свободной соляной кислоты 43.

25 июля через 40 минут после пробного завтрака получено очень мало желудочного содержимого, реакция Günzburg'a отрицательная, при реакции Strauss'a на молочную кислоту получена очень слабая зеленовато-жёлтая окраска. Двигательная способность желудка, видимо, нормальна: после пробного завтрака получилось лишь незначительное количество желудочного содержимого, а при пробе с салолом положительная реакция мочи получилась через 40 минут. Со дня поступления в больницу у больной начался понос, лечить который пришлось в течение недели. Операция 31 июля под хлороформно-эфирным наркозом. Брюшная полость вскрыта разрезом от мечевидного отростка до пупка. В печени прощупывается очень много плотных узлов. Опухоль, прощупывавшаяся чрез брюшные покровы влево от пупка, оказалась большим пакетом раковых мезентериальных желёз. Обследована рукой по возможности вся толстая кишка, но рака нигде не найдено. Брюшная рана зашита двухэтажным швом (брюшина с апоневрозом, кожа) и тремя подкрепляющими швами чрез всю толщу брюшной стенки.

Заживление прошло совершенно гладко и 11/VIII больная выписана.

111. Почечный камень.

Павел Е. 25 лет, кр. Сокольской слободы, Переславской волости, 2/I—27/III 1913 г.

Года два страдает болями в подчревной и обеих подрёберных областях, появляющимися без всякой причины и продолжающимися по несколько дней. При тяжёлой работе бывают боли в левой стороне поясницы. С начала болезни раз 8—9 замечал кровь в моче в очень большом количестве; кровотечения эти продолжались по несколько дней и затем

прекращались при покойном положении больного, за время болезни порядочно исхудал. При постукивании краем руки области левой почки больной чувствует занятную боль, справа же постукивание совершенно безболезненно. Буж свободно проходит через уретру и концом его ощущаются в пузыре гипертрофированные трабекулы. При цистоскопии также видны сильно увеличенные трабекулы на дне и боковых стенках пузыря, слизистая везде имеет нормальный вид; отверстия мочеточников ничего особенного не представляют. Моча очень водяниста, почти бесцветна, совершенно прозрачна, белка и сахару не содержит; при многократном исследовании мочевого осадка только один раз были найдены красные кровяные тельца в порядочном количестве (около 20 в каждом поле зрения). Операция 15 января под эфирно-хлороформным наркозом. Почка обнажена косым разрезом, и в лоханке её прощупан камень; сделана нефротомия, но при обследовании лоханки пальцем в ней камня не было найдено; почка зашита кетгутowymi швами, но после снятия зажима с ножки её кровь брызгала сильными струйками из промежутков между швами, и только с трудом кровотечение было остановлено наложением новых швов. После этого снова был отчётливо прощупан снаружи камень, находившийся в лоханке, сделан в последней небольшой разрез и через него удалён тёмно-бурого цвета камень с неправильными шипами, величиною приблизительно в кубический сантиметр и весом в 1,25 грамма. Рана лоханки зашита тремя кетгутowymi швами, к ней подведён марлевый выпускник и рана зашита. 2 дня повязка довольно сильно промокала кровью и много крови было в моче. Через 5 дней переменён выпускник и в ране найдено небольшое нагноение. Ежедневно менялись выпускники, отделение гноя было умеренным. В конце января замечен в моче обильный гнойный осадок. 27/III выписался с незначительным облаковидным осадком в моче и закрывшимся свищом, в хорошем самочувствии.

В 1913 и 1914 годах показывался в амбулатории вполне здоровым. При повторных исследованиях моча была нормальной.

112. Камни почки, пионефроз.

Пётр У. 34 лет, кр. Никитской слободы, Переславской волости, 7/VI—11/VI 1912 г.—1/X—11/XI 1913 г.

Заболел внезапно дней 10 тому назад после того, как выпил много холодного пива; появились боли в левой поясничной области, моча стала мутной, мочеиспускание участилось. 11 лет тому назад было такое же заболевание, но тогда моча была кровянистой; после выздоровления никаких расстройств не осталось. Ясно прощупывается увеличенная до размеров кулака и болезненная левая почка. В моче очень большой гнойный осадок. Температура 38,6°. При цистоскопии обнаружен интенсивный цистит. Предполагалась катетеризация мочеточников, но больной отказался от неё и от операции и 11/VI 1913 года выписался.

Снова поступил 1/X 1913 года. Со времени выписки из больницы всё время чувствовал себя плохо, с трудом мог работать, сильно исхудал и ослабел, почти всё время лихорадил, моча всегда содержала много гноя. Левая почка сильно увеличена и ясно прощупывается, очень болезненно лёгкое постукивание по левой стороне поясницы; в моче обильный гнойный осадок и 12,0 про mille белка. В мазке из мочевого осадка найдено множество двойных кокков, совершенно похожих на гонококки. При цистоскопии слизистая оболочка пузыря имеет нормальный вид и только у шейки пузыря краснота и отёк. Из левого мочеточника периодически выделяется струя густого гноя, отверстие же правого мочеточника имеет нормальный вид. После впрыскивания 10 см 2% раствора индигокармина через 24 минуты началось выделение краски слабой струйкой из правой почки. Мочевой осадок под микроскопом состоит сплошь из гнойных шариков. Больной довольно худ, слаб и бледен, но температура у него нормальна, лёгкие и сердце здоровы.

Операция 4/X под хлороформно-эфирным наркозом. Косым почечным разрезом обнажена почка, имевшая 17 см в длину и довольно крепко сращённая с жировой капсулой, что очень затрудняло её выделение. При расширении разреза жировой капсулы вскрыта на протяжении 2 см брюшина, отверстие в ней немедленно зашито кисетным швом и отграничено марлевыми салфетками. Почка выведена в рану и найдено, что в верхних двух третях она имеет почти нормальный вид, в нижней же трети имеет вид фиброзного мешка, обнаруживающего ясную флюктуацию. После наложения зажима на почечные сосуды сделан разрез в нижней трети почки, и из неё вытекло более 1/2 стакана довольно густого зеленоватого гноя. Вся нижняя половина почки оказалась пронизанной гнойными полостями, содержащими чёрные камни с острыми шипами, числом 10. Самый большой из них имел в поперечнике 2,5 см, самый

маленький 5 мм. Многие из камней имели настолько малый удельный вес, что плавали по воде. Перегородки между гнойными полостями разрушены частью тупым путём, частью ножницами, в полости введены 2 резиновых и 2 марлевых дренажа, края разреза почки сшиты с краями раны (с мышцами), к верхнему и нижнему полюсам почки введены марлевые выпускники, и рана уменьшена несколькими швами. Кровотечения из почки после снятия зажима с сосудов её почти не было. 6/X началась сильная резь в левой стороне живота; 7/X температура поднялась до 39,2°, но уже на следующий день понизилась до нормы. Резь в животе и боль при ощупывании его держались долго, постепенно ослабевая. Заживление раны шло хорошо. Тампоны в окружности почки переменены впервые на 6 день после операции, дренажи из почки удалены через 15 дней; гнойные полости в почке совершенно очистились и выполнились грануляциями, в окружности почки также разрослись здоровые грануляции. Всё время температура оставалась нормальной, но аппетит у больного был плох, а в моче было много белка (7‰). 20/X появилась гнойная течь из левого уха, а с 30/X боль в правом ухе. 2/XI появилась течь и из правого уха и боль при постукивании по сосцевидному отростку. С 20/X больной совсем перестал есть и быстро худел. За последнюю неделю у него довольно часто бывала рвота. Несмотря на крайнюю слабость больного, 6/XI пришлось сделать ему трепанацию правого сосцевидного отростка. Операция сделана при местной анестезии фрезой Доуен'а почти безболезненно; в antrum найдено небольшое количество жидкого гноя. После операции состояние больного не улучшилось, он недели три ничего не ел и дошёл до крайней слабости и истощения; грануляции в почечной ране стали вялыми, из правого уха текло очень много зеленоватого гноя. В таком состоянии больной взят родственниками из больницы 11/XI.

113. Камень мочеточника.

Лидия Я. 14 лет, духовного звания, г. Переславля, 15/XII—16/XII 1913 г.

Давно уже чувствует небольшие боли в левой поясничной области при езде на телеге, при ходьбе по неровной почве. Почти каждый год боли сильно обостряются на несколько дней и распространяются на весь левый бок. Ненормальностей в мочеиспускании и виде мочи не замечала. Последний приступ сильных болей в левом боку начался несколько дней тому назад. В последние 2 дня полная анурия. Очень болезненно ощупывание левой почки и постукивание над ней. Вечером в день поступления больная снова начала мочиться. Моча совершенно прозрачна, белка не содержит, осадка при долгом центрифугировании не даёт вовсе. Цистоскопия: слизистая пузыря везде имеет нормальный вид. При катетеризации левого мочеточника катетер входит в устье его, но, пройдя менее сантиметра, встречает препятствие, сгибается и не идёт дальше. От хромоцистоскопии и операции больная наотрез отказалась и в тот же день выписалась.

114. Желчно-каменная болезнь.

Ольга Р. 46 лет, жена священника г. Переславля, 24/X—28/XI 1912 г.

Больная рожала 18 раз, всегда была здорова. 5 лет тому назад, среди полного здоровья, начался приступ жестоких болей в правом подрёберье, за которым последовала желтуха, продолжавшаяся 3—4 дня; по миновании этого приступа остались часто повторявшиеся лёгкие боли в правом подрёберье; весной 1912 года повторился такой же, как первый, но более лёгкий приступ желчной колики, также сопровождавшийся желтухой. 14 октября начался последний приступ, гораздо более сильный, чем прежние; после 2—3 приступов сильнейших болей, длившихся минут по 15, боли прекратились, и через 2 дня появилась сильная желтуха, ещё через день началась лихорадка, сперва незначительная, а затем постепенно усилившаяся до 39 и 40°, сопровождавшаяся проливными потами. Печень, прежде мало болезненная при ощупывании, по мере усиления лихорадки становилась всё более болезненной. В последние дни больная очень ослабела, сознание было затемнено, временами она бредила. При исследовании накануне операции больная была в очень тяжёлом состоянии, температура 40°, пульс полный, напряжённый, сильная желтуха, печень увеличена вниз пальца на три, болезненно при ощупывании, сознание затемнено. Распознана закупорка камнем общего желчного протока с тяжёлым заражением желчных путей. На следующее утро больная доставлена в больницу и за ночь её состояние ещё значительно ухудшилось, пульс стал частым и слабым; ввиду этого предполагалось ограничиться холецистостомией для отвода желчи и операция начата при местной анестезии. Брюшная полость вскрыта косо-поперечным разрезом по Sprengel'ю. На месте желчного пузыря найдены только плотные сращения между

печенью и двенадцатиперстной кишкой, очень трудно поддававшиеся разделению; желчного пузыря в этих сращениях нельзя было вовсе найти, но по разделении их ясно осяпан камень в общем желчном протоке. Разрез брюшной стенки увеличен влево настолько, что разделена наполовину левая прямая мышца, а вправо надрезаны широкие мышцы живота; получился прекрасный доступ к общему желчному протоку, в нём сделан разрез над камнем и извлечён полупрозрачный холестериновый камень величиною с небольшую вишню и весом в 1,3 г. На марлевые салфетки, которыми была ограничена окружность желчного протока, вытекло немного нормальной на вид желчи. Печёночный и желчный проток прозондированы и оказались свободно проходимыми. В печёночный проток введена и пришита кетгутовым швом длинная резиновая дренажная трубка, разрез в протоке зашит возле неё одним швом и к нему введены 2 марлевых полоски, выведенные вместе с резиновым дренажом через брюшную рану; последняя вплоть до дренажа зашита трёхэтажным швом. Вторая половина операции проведена в эфирном полунаркозе и впоследствии больная говорила, что чувствовала лишь небольшие боли. Из взятой при операции желчи выросла на свёрнутой кровяной сыворотке чистая культура очень коротких и толстых палочек, по-видимому кишечных. После операции температура упала до нормы, но уже в следующие дни снова стала доходить до 38°, самочувствие и общее состояние больной очень улучшились, мешок желчи всё время был правильным, с 1 ноября испражнения приобрели нормальную окраску, 3 ноября сняты швы и в ране найдено немного гноя, 5 ноября выпала дренажная трубочка, на место её введена полоска марли; выделение желчи через несколько дней прекратилось и рана заживала без осложнений; однако с 5 ноября температура стала резко колебаться, доходила иногда по вечерам до 39°, бывали ознобы и самочувствие больной опять стало ухудшаться. 17 и 24 ноября влито в вену 8 и 10 см 2% раствора колларгола, после инъекций температура при ознобе повышалась до 40°, но затем её колебания становились гораздо менее выраженными и 28 ноября больная выписана. Дома у неё снова началось ухудшение, температура приняла резко ремиттирующий характер и доходила до 40°, общее состояние быстро ухудшалось, слабость прогрессировала. Никаких решительно указаний на локализованное нагноение не было и состояние больной можно было объяснить лишь гнойным холангитом и перихолангитом. Однако при одном исследовании было замечено, что верхняя граница печёночной тупости находится на 1 межрёберный промежуток выше, чем нормально, предположен субдиафрагмальный абсцесс и при пробном проколе в пятом межрёберном промежутке несколько кнутри от сосковой линии получен полный шприц гноя. На следующий день 7 декабря вторая операция при местной анестезии. Несколько кнаружи от сосковой линии резецированы 5 и 6 рёбра на протяжении 8 см; рёберная плевро оказалась сращённой с диафрагмальной; при разрезе диафрагмы нельзя было отличить её границ вследствие воспалительной инфильтрации и отёка; из-под диафрагмы вытекло около стакана жидкого гноя и введённый палец попал в полость с рыхлыми клочковатыми стенками; при осторожном обследовании пальцем этой полости из неё началось очень сильное венозное кровотечение, остановленное марлевым тампоном. После операции состояние больной стало быстро улучшаться, температура только на 3 день поднялась до 39,3°, потом не доходила даже до 38°, гнойная полость быстро очищалась и ко времени выписки 30 декабря осталось лишь чистое гранулирующее углубление, больная чувствовала себя отлично и по полученным позже сведениям к середине января 1913 года чувствовала себя вполне здоровой.

115. Желчно-каменная болезнь.

Евдокия П. 30 лет, кр. с. Святово, Нагорской волости, 5/I— 12/IV 1913 г.

Около трёх лет страдает приступами сильных болей в животе, главным образом в правом подреберье, повторяющимися раз 5 в год и сопровождающимися рвотой; боли эти появляются всего чаще по ночам и продолжаются иногда по несколько дней. Желтухи никогда не бывало, диспептических расстройств также, испражнение и мочеиспускание нормальны. Печень несколько опущена и у нижнего её края по сосковой линии прощупывается довольно плотная опухоль величиною с куриное яйцо; опухоль эта следует за дыхательными движениями печени и, по словам больной, значительно увеличивается во время приступов болей. Операция 7 января при местной анестезии с предварительным впрыскиванием скополамина и морфия. Косо-поперечный разрез Sprengel'я; желчный пузырь окутан сращённым с ним сальником; при отделении сращений произошёл небольшой надрыв пузыря и на отграничивающие салфетки вытекло немного слизи и желчи; надрыв зажат окончатый пинцетом и удалён сильно воспалённый желчный пузырь, содержащий 42 камня; стенки его утолщены до 4—5 мм,

а на месте происшедшего при выделении пузыря надрыва найдена довольно глубокая язва; к культе пузырного протока и к оставшемуся обнажённым ложу пузыря введён марлевый выпускник и рана зашита. Лишь при выделении шейки пузыря больная чувствовала боль и в это время ей был дан лёгкий эфирный наркоз. При выделении шейки пузыря из сращений на нижней её поверхности была поранена артерия, имевшая калибр почти такой же, как лучевая артерия; при перевязке этой артерии пришлось сделать возле неё 2 надреза ножницами. Шейка пузыря была перевязана довольно высоко, но после перерезки её в оставшейся культе, рядом с просветом пузырного протока, замечен просвет какого-то другого канала одинакового диаметра с первым, а на шейке удалённого пузыря найден соединённый с нею рыхлой клетчаткой кусок перерезанного с двух концов протока, такого же диаметра, как пузырный проток, и расположенный параллельно последнему; по-видимому, этот кусок был вырезан из правой ветви печёночного протока при разрезах, сделанных во время перевязки вышеупомянутой артерии. Уже в первый день после операции повязка сильно промокла желчью и в дальнейшем её приходилось менять 2 раза в день, испражнения были нормально окрашены желчью; однако приблизительно через неделю только нижние слои повязки были окрашены желчью, главная же масса жидкости, пропитывавшей повязку, была окрашена лишь в слабо желтоватый цвет. 5 февраля в свищ, через который выделялась желчь, был введён нелатоновский катетер и свободный конец его опущен в склянку, в которую натекало за сутки 220—240 куб. см желчи. Однако через несколько дней желчь стала протекать и мимо катетера, его пришлось удалить и снова перевязывать больную. Было, однако замечено постепенное уменьшение количества желчи. 30 марта снова был введён катетер для того, чтобы измерять количество желчи, но случайно он оказался непроходимым, и, тем не менее, повязка оставалась сухой в течение двух дней, это поддало мысль испытать действие закупоривания свища: в него был введён возможно толстый нелатоновский катетер, закрытый зажимом. Успех был полный: повязка оставалась почти сухой. С 8 апреля катетер был удалён и желчи не вытекало из свища ни капли; его наружное отверстие стало быстро заживать и 12 апреля больная выписана совершенно здоровой, с маленькой грануляционной ямкой на месте свища. Во всё послеоперационное время испражнения были нормально окрашены, никаких диспептических расстройств и болей в животе не было.

После выписки неоднократно показывалась в амбулаторию вполне здоровой.

116. Желчно-каменная болезнь.

Дарья П. 47 лет, кр. с. Добрилово, Петровской волости, 31/V—18/VI 1913 г.

С 23-летнего возраста страдает очень частыми (почти еженедельными) приступами очень сильных болей под ложечкой и в правом подрёберье, часто сопровождающимися рвотой и длящимися иногда до 3 суток. 15 лет тому назад лежала в больнице по поводу желтухи, длившейся 2 месяца. Поступила во время тяжёлого приступа болей; желчный пузырь неясно прощупывается, край печени опущен пальца на 2. Сердце здорово; в нижней доле правого лёгкого крепитирующие хрипы при нормальной температуре. Моча нормальна; никаких следов желтухи. Под влиянием тепла в виде мешка с горячей водой боли утихли и 4 июня сделана операция под хлороформно-эфирным наркозом с предварительным впрыскиванием 0,01 морфия. Косо-поперечный разрез Sprengel'я дал прекрасный доступ к желчным путям. Желчный пузырь сильно утолщён, в нём прощупывается выполняющей всю его полость камень. Дно пузыря свободно от сращений, но недалеко от шейки он очень плотно приращён к двенадцатиперстной кишке; когда это сращение было разрезано, на поверхностях кишки и пузыря найдено было по небольшому (около 1 см диаметром) дефекту круглой формы, выполненному грануляциями; очевидно, в этом месте было прободение пузыря в кишку. Вполне закрыть дефект кишечной стенки не удалось, так как швы прорезывались, и он закрыт сальником, подтянутым и укреплённым над ним одним швом. Желчный пузырь был выделен, перевязана пузырная артерия и перерезан тщательно выделенный пузырный проток; просвет его оказался запустевшим. При ощупывании общего желчного протока камней в нём не найдено. К культе пузырного протока введена резиновая дренажная трубочка и вплоть до неё рана зашита. Стенка удалённого пузыря оказалась утолщённой до 1,5 см у дна и 0,5 см у шейки, в полости его грязная слизь и выполняющий всю полость камень совершенно чёрного цвета с бугристой поверхностью. Величина камня 3,5×2,5 см. Заживление прошло совершенно гладко и 18 июня больная выписана выздоровевшей.

117. Аскарида в желчном протоке.

Агрипина Г. 45 лет, кр. г. Переславля, 16/V—26/VI 1913 г.

2 года тому назад была желтуха в течение 8 недель и прошла при терапевтическом лечении. С тех пор была здорова. В начале апреля стала чувствовать слабость, боль под ложечкой и дней через 10 после этого снова появилась желтуха. Приступов болей, похожих на желчную колику, никогда не бывало. При поступлении в терапевтическое отделение 10 мая у больной была умеренная желтуха, нижний край печени, плотный и заострённый, прощупывался на 2 пальца ниже нормального своего места, поверхность печени гладка, плотна, желчный пузырь не прощупывался. Селезёнка увеличена, плотна и ясно прощупывается. Желудочного содержимого после пробного завтрака получить не удалось. Испражнения не окрашены желчью. Сердце здорово, пульс 76, температура не поднималась свыше 37,5°. Была распознана закупорка общего желчного протока, вероятно, камнем, и 16 мая сделана операция под хлороформно-эфирным наркозом. Брюшная полость вскрыта косо-поперечным разрезом Sprengel'я. Желчный пузырь окутан сплошными сращениями, но стенки его и содержимое на вид нормальны; после трудного разделения этих сращений не удалось найти общего желчного протока и ничего не прощупывалось в *ligamentum hepato-duodenale*. Поэтому произведена мобилизация двенадцатиперстной кишки по Kocher'у, и тогда с задней стороны этой кишки легко был найден общий желчный проток, расширенный почти до размеров тонкой кишки. Проток вскрыт продольным разрезом и из него извлечена живая аскарида. Проток обследован пальцем, корнцангом и зондом далеко вверх и вниз и оказался свободно проходимым и не содержащим больше ни аскарид ни камней. Высоко в печёночный проток введена дренажная трубка толщиною в карандаш и вплоть до неё разрез общего желчного протока зашит одним рядом швов. К месту шва введён также марлевый выпускник. Сшита двумя кетгутовыми швами отслоенная брюшина над почкой и под неё введён небольшой марлевый выпускник, выведенный в брюшную рану. 27 мая удалён марлевый выпускник, а 7 июня выпал резиновый дренаж. До этого времени желчь вытекала из него свободно, но желтуха исчезала очень медленно, и когда выпал дренаж, оставалась ещё небольшая желтушная окраска склер; тем не менее больная чувствовала себя вполне хорошо. После удаления дренажа повязка сильно промокала желчью и её приходилось менять 2 раза в день, но затем отделение желчи стало уменьшаться и к 20 июня свищ вполне закрылся. Со времени удаления резинового дренажа испражнения, которые до того были нормально окрашенными, стали совершенно обесцвеченными, серо-белого цвета, но вместе с тем, именно после удаления дренажа, исчезли последние следы желтухи и больная чувствовала себя вполне здоровой. 26 июня она выписана.

В начале августа открылся желчный свищ и около 20 августа появилась снова желтуха и обесцветились испражнения. С 15—17 сентября испражнения снова приняли нормальную окраску. 10/X свищ закрылся, исчезла желтуха и больная снова стала чувствовать себя здоровой. С 20/X испражнения опять стали серыми и больная дней 5 пролежала вследствие слабости, озноба и жара. С конца октября опять сильная желтуха при закрывшемся свище. На этот раз желтуха уже не прекращалась и достигла высокой степени. От второй операции больная отказалась и в середине мая 1914 года умерла.

118. Опушение желудка, подвижная слепая кишка.

Ольга К. 15 лет, дворянка г. Переславля, 6/VIII—20/VIII 1913 г.

Больная оперирована несколько раз по поводу бугорчатки шейных и подмышечных желёз. Рецидива после операций нет, и питание больной удовлетворительно. Около 2 лет страдает рвотой после еды, частыми запорами, иногда поносами. В 1912 году и теперь, перед переводом в хирургическое отделение, лежала в терапевтическом отделении по поводу постоянной рвоты и сильных болей в правой подвздошной области. После каждого глотка пищи, даже после воды, наступала рвота, очень истощавшая больную. При ощупывании области слепой кишки довольно сильная боль, но ощущается лишь незначительное утолщение стенок слепой кишки в виде довольно неопределённой резистентности. В 1912 году прощупывалась болезненная тестоватая опухоль в этом месте, боли были гораздо сильнее, чрезвычайно упорная рвота и сильный запор продолжались около месяца и исчезли только после больших доз касторового масла, вызвавших чрезвычайно обильные испражнения. Помимо описанной болезненности и лёгкой резистентности в правой подвздошной области ощупывание живота не даёт никаких указаний. Было предположено, что все эти явления зависят от опущения желудка или

от подвижности слепой кишки. Раздувание желудка плохо удалось вследствие рвотных движений и беспокойства больной и не дало определённых результатов. В полученном вскоре после еды желудочном содержимом отрицательная реакция Günzburger'a на соляную кислоту, как и в рвотных массах, но общая кислотность 70. После раздувания желудка резко усилились боли в живота и рвота. Во время пребывания в терапевтическом отделении у больной всё время была довольно сильная лихорадка, около 39°. Моча нормальна, сердце и лёгкие здоровы. Операция 7 августа под эфирным капельным наркозом с предварительным впрыскиванием морфия (0,005). Наркоз протекал плохо, почти не исчезала синюха, дыхание было напряжённым, по временам прекращалось. Разрез Lennander'a; прежде всего выпала поперечная ободочная кишка, сильно опущенная. Легко вытягивается и желудок, совершенно пустой, но тем не менее настолько опущенный, что большая кривизна приходится на 2 пальца ниже пупка. Слепая кишка имеет настолько длинную брыжейку, что свободно вытягивается из раны на 15 см. Стенки её нормальны. Червеобразный отросток длиной около 10 см сильно согнут и подтянут под заднюю поверхность слепой кишки. В брыжейке его очень заметный рубец. Отросток удалён после раздавливания основания его энтеротрибом, культя инвагинирована диагональным швом. Слепая кишка укреплена по способу Wilnes'a в кармане пристеночной брюшины. Рана зашита, затем брюшная полость снова вскрыта разрезом по средней линии от мечевидного отростка до пупка, и желудок пришит к передней брюшной стенке по способу Rovsing'a. Слизистая червеобразного отростка нормального цвета, но на ней, особенно в средней части отростка, довольно многочисленные кровоизлияния величиною с булавочную головку. После операции до вечера и всю ночь у больной была постоянная рвота, сперва желчью, затем черноватой жидкостью в большом количестве. Утром и вечером 8/VIII сделано было промывание желудка и рвота после этого на время утихла, но потом опять начиналась. Она продолжалась, постепенно ослабевая, 9, 10 и 11 августа, больная ничего не ела и жаловалась на сильные боли в надчревной области. Желудок промывался ежедневно 2 раза, но рвота окончательно не унималась и потому 11/VIII пришлось снять швы, фиксирующие желудок. После этого тотчас же прекратились боли и рвота, больная стала есть, ходить и чувствовать себя отлично. Раны зажили первичным натяжением, больная чувствовала себя прекрасно и 20 августа выписана. Всё время после операции температура оставалась нормальной.

20 октября больная снова поступила в терапевтическое отделение по поводу постоянной рвоты, но на этот раз она скоро прекратилась и до июня 1914 года больная чувствовала себя отлично.

119. Опущение желудка, подвижная почка.

Анна И. 55 лет, мещанка г. Переславля, 25/X—10/XI 1913 г.

С апреля этого года появились боли под ложечкой после еды, очень усилившиеся за последние 1,5 месяца. Боли начинаются сейчас после еды, особенно если она была обильна, уменьшаются при лежании на спине, усиливаются при лежании на правом боку. Такие же боли, но гораздо более слабые, были 15 лет тому назад и продолжались около 2 лет.

Рожала 5 раз, в последний раз 20 лет тому назад. Больная крепкого сложения, но худая и особенно сильно исхудала за последнее время. Живот дряблый и имеет характерную для гастронтоза форму: надчревная область втянута, ниже пупка живот сильно выпячен. При раздувании желудка он весь почти ясно обрисовывается через дряблую брюшную стенку и оказывается сильно опущенным: большая кривизна на 4 пальца ниже пупка, малая на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Через 2,5 часа после пробного завтрака получено 100 куб. см желудочного содержимого, дававшего ясную реакцию на соляную кислоту. Общая кислотность 60%. Рвоты, тошноты, отрыжки не бывает. Запоры дня по три. Сильно смещена правая почка: она прощупывается почти вся и легко передвигается на своё нормальное место. Моча нормальна, никаких расстройств мочеиспускания не бывает, болей в правой стороне живота и в пояснице также не бывает. Сердце и лёгкие здоровы.

Операция 26/X при местной анестезии. Разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. Желудок сильно смещён книзу, признаков язвы или новообразования в нём нет. Желудок пришит тремя швами к передней брюшной стенке по способу Rovsing'a. Выздоровление шло совершенно гладко, через 2 недели были сняты швы, а 10/XI больная выписана. Все бывшие до операции боли совершенно исчезли.

Осмотрена 2/І 1914 года, чувствует себя несравненно лучше, чем до операции, но всё-таки бывают небольшие ноющие боли под ложечкой.

120. Подвижная слепая кишка, подвижная почка.

Анисья П. 26 лет, кр. г. Переславля, 14/ХІІ 1913 г.—11/ІІ 1914 г.

Года 3 тому назад появились небольшие боли под ложечкой после еды; с мая настоящего года они значительно усилились. Боли начинаются сейчас после еды, продолжаются около 2 часов, имеют сверлящий характер и локализуются в одном ограниченном месте, немного влево от средней линии; они не зависят от качества пищи, но при обильной еде значительно усиливаются. Постоянная кислая отрыжка. Рвота была только в начале заболевания, кровавой рвоты никогда не было. При ощупывании немного болезненна вся надчревная область, слева же боль значительно сильнее. После соскакивания больной с табуретки удалось прощупать нижний полюс правой почки. Заметная боль при надавливании на место перегиба правого мочеточника через *linea innominata*. При резких движениях, при езде по плохой дороге больная чувствует боль в правом подрёберье. Давние упорные запоры. После пробного завтрака получено около 130 куб. см желудочного содержимого. Ясная реакция на соляную кислоту, молочной кислоты нет, общая кислотность 70. При раздувании желудка границы его нормальны. Моча совершенно прозрачна, белка и сахара не содержит, осадка при центрифугировании не даёт. Цистоскопия: пузырь нормален; катетер проходит очень далеко в правый мочеточник, не встречая препятствия, моча выделяется из него быстрыми каплями. В обеих лёгочных верхушках звонкие хрипы, над правой верхушкой лёгкое притупление. В сердце лёгкий систолический шум (в октябре 1912 года больная перенесла суставный ревматизм). Температура по временам повышается до 38°. Больная, однако, производит впечатление почти цветущей, она крепкого сложения, довольно хорошего питания.

Более 1,5 месяцев больная лежала в терапевтическом отделении, было произведено лечение предполагаемой язвы желудка очень строгой диетой, висмутом, компрессами, но боли не только не успокоились, а напротив, усилились до такой степени, что больная очень охотно согласилась на операцию. Боли локализовались чаще всего в правом подрёберье, иногда под ложечкой.

Операция 15/ХІІ под хлороформно-эфирным наркозом. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии от мечевидного отростка до пупка. Желудок совершенно нормален. У нижнего края двенадцатиперстной кишки, в самом её начале, 2 небольших рубца в большом сальнике; рубцы эти перерезаны. Серозный покров желчного пузыря немного утолщён и помутнён, но при ощупывании пузырь представляется нормальным. Правая почка свободно подвижна. Под самой печенью найдена слепая кишка, имевшая длинную брыжейку и настолько подвижная, что её легко можно было вытянуть над краями раны. Кишка покрыта довольно обильными прозрачными плёнчатыми отложениями; она низведена в правую подвздошную яму, и брюшная полость зашита трёхэтажным швом. Второе чревосечение по наружному краю правой прямой мышцы (по Zennander'у). Удалён довольно длинный червеобразной отросток, имевший почти облитерированный конец, но в общем нормальный; слепая кишка пришита несколькими швами к брюшине боковой и передней брюшной стенки после скарификации последней и перерезки плёнчатых отложений на слепой кишке.

До вечера 16/ХІІ продолжалась рвота, начавшаяся после операции. Вечером и ночью 16 и 17 декабря были сильные схваткообразные боли в правой подвздошной области, не утихавшие и после впрыскивания морфия, была несколько раз рвота. 18/ХІІ вечером были лишь небольшие боли, а затем и вовсе прекратились; через несколько дней больная стала жаловаться на боли в правом подрёберье и правой стороне поясницы; боли эти настолько беспокоили больную, что она настойчиво просила пришить почку.

Вторая операция 3/І 1914 года под эфирно-хлороформным наркозом. Косой почечный разрез. Почка смещена далеко вниз, и настолько выделяется, что в нескольких местах пришлось разрезать сращения ножницами; почка не увеличена, на вид нормальна; она пришита по способу *Albarran'a*, к нижнему её полюсу введён марлевый выпускник.

7/І выпускник переменён. Больная всё время лихорадила, жаловалась на боли в ране. 11/І часть раны раскрыта, оказалось довольно значительное нагноение; в рану введены 2 дренажных трубки. Заживление пошло гладко.

11/II больная выписалась с почти совсем закрывшейся раной для амбулаторного лечения. При выписке жаловалась только на боль в левой стороне груди, боли же, бывшие в животе до операции, исчезли.

Осмотрена в мае 1914 года, снова такие же боли в животе, как до операции, но особенно сильные тянущие боли в правой подвздошной области. Боли в левой стороне груди; шум трения плевры здесь.

121. Подвижная почка.

Елизавета Е. 23 лет, послушница, г. Переславль, 21/X—17/XI 1913 г.

28 сентября поступила в терапевтическое отделение с следующими жалобами: плохой аппетит, тошнота, частые приступы довольно сильной боли в области пупка, продолжающиеся 5—10 минут и появляющиеся в разное время дня и ночи без всякой видимой причины; запоры дней по 5. Все эти явления развились в течение последних 1—2 месяцев. 4 года тому назад были те же болезненные явления, продолжались они месяца 2, но тогда боли появлялись непосредственно после приёмов пищи и часто сопровождалась рвотой. В промежутке между этими двумя периодами болезни чувствовала себя здоровой, однако всегда она была слабой, нервной, страдала частыми головокружениями и дисменореей. Больная слабого сложения, худа, бледна, кровь содержит 70% гемоглобина; тоны сердца глухи, пульс слабый, легко сжимаемый; лёгкие здоровы. После пробного завтрака получено 50 куб. см желудочного содержимого; общая кислотность желудочного сока 50. Правая почка значительно смещена, но впервые прощупать её удалось лишь заставив больную спрыгнуть с табуретки. Ясно прощупывается при исследовании по Israel'ю вся нижняя половина почки. Моча не содержит белка и сахару, совершенно прозрачна, слабо-жёлтого цвета, в осадке лишь клетки плоского эпителия. Операция 24/X под эфирным наркозом. Косой поясничный разрез. Почечная фасция разрезана далеко вверх, вблизи края *m. sacrospinalis*, но при этом оказалась вскрытой брюшина над печенью, так как почка была смещена далеко книзу, и после зашивания отверстия в брюшине была найдена в нижнем углу раны. При выделении почки из капсулы найдены довольно значительные сращения по всей её поверхности, которые местами пришлось даже отделять ножом. Почка имела нормальный вид, величину и консистенцию; она пришита по способу Albarran'a к 12 ребру и к мышцам; к нижнему полюсу её введён марлевый выпускник. Заживление прошло совершенно гладко. Выпускник удалён на 5 день. Через 3 недели больная выписана выздоровевшей, без всяких болей.

122. Подвижная почка.

Татьяна Е. 35 лет, кр. д. Перевоз, Переславской волости, 2/IX—13/X 1912 г.

Больна со времени четвёртых родов, бывших весной 1911 года, жалуется на общую слабость, нервное расстройство, дрожание рук и ног, боль при ходьбе в правой тазобедренной области и сильные боли в правой половине живота. Производит впечатление очень измученной болезнью, слаба, худа; ходит с трудом, хромая и очень оберегая правую ногу. Сердце и лёгкие здоровы. Нет никаких диспептических расстройств, испражнения правильны. Мочеиспускание по временам бывает очень частым и даже произвольным, но моча всегда чиста. Очень отчётливо прощупывается почти вся нижняя половина подвижной и легко смещающейся на нормальное место правой почки. Увеличен и болезнен левый яичник. Заметно увеличена щитовидная железа; пульс 92 в минуту. Сильно выраженное дрожание рук и ног, резкое повышение коленных рефлексов, сильный клонус стопы. Операция 12 сентября под эфирно-хлороформным наркозом. Почка обнажена косым разрезом, причём ранена и зашита кетгутотом брюшина; для выведения почки из раны пришлось разделить довольно плотные сращения её с брюшиной и задней брюшной стенкой, особенно крепкие у верхнего и нижнего полюсов почки. Почка пришита по способу Rovsing'a, к нижнему полюсу её введён большой марлевый тампон. Через 3 недели тампон удалён. Почка хорошо приросла на нормальном месте и не прощупывается ни в каком положении. Больная, однако, жалуется на прежние боли. Выписана 13 октября.

Осмотрена в мае 1914 года. Почка не прощупывается, хорошо фиксирована, но больная дошла до очень плачевного состояния вследствие истерии и жалуется на всевозможные боли.

123. Расхождение прямых мышц живота, выпадение влагалища.

Александра Д. 44 лет, кр. Александровского уезда, 4/I—27/I 1913 г.

В декабре 1912 года была сделана передняя и задняя кольпоррафия по поводу выпадения матки, но, несмотря на гладкое заживление, уже наступил значительный рецидив выпадения передней стенки влагалища. Матка в ретрофлексии, увеличена в 1,5—2 раза, очень подвижна, плотна; обильные гнойные бели.

Живот дряблый, прямые мышцы разошлись на 2 пальца и при напряжении мышц между ними выпячивается в виде валика брюшина. Сердце и лёгкие здоровы, моча нормальна.

Операция 5 января под хлороформно-эфирным наркозом. Чревосечение по средней линии, начиная на 4 пальца выше пупка и почти до лобка. Матка пришита к брюшной стенке по способу Кохера, желудок, оказавшийся опущенным значительно ниже пупка, также пришит к брюшной стенке тремя поперечными швами по Rovsing'у, края прямых мышц отпрепарованы и сшиты кетгутом на всём протяжении, апоневроз шит путём удвоения по Сапежко.

Уже вечером в день операции поднялась температура до 39°, и на следующий день обнаружена правосторонняя крупозная пневмония; однако утром 7 января температура упала до нормы и пневмония стала разрешаться; в дальнейшем выздоровление шло гладко, и 27 января больная выписана выздоровевшей; при исследовании матка стоит высоко, выпадения влагалища нет.

124. Непроходимость кишок.

Иван Б. 20 лет, кр. д. Борисово, Смоленской волости, 4/XII—7/XII 1912 г.

27 ноября, за неделю до поступления в больницу, внезапно заболел сильными болями в животе. Боли и урчание в животе с постепенно возрастающим вздутием его продолжались всю неделю; испражнений ни разу не было, но газы, по словам больного, отходили. Рвоты ни разу не было за всю неделю. Прежде никогда не бывало никаких расстройств со стороны брюшных органов, испражнения всегда были правильны. Самочувствие больного, несмотря на давность болезни, удовлетворительное, пульс довольно хорошего наполнения, 90 в минуту. Живот сильно вздут, особенно в надчревной области; ясно обрисовываются раздутые петли кишок, и контуры их становятся значительно более резкими после постукивания молоточком. В прямой кишке ничего не прощупывается.

Операция утром 5 декабря под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по наружному краю левой прямой мышцы. В брюшной полости немного серозной жидкости; в рану вышли сильно раздутые и багровые петли тонких кишок; одна из них вскрыта небольшим разрезом и из неё выпущено большое количество жидкого содержимого и газов; отверстие в кишке зашито, и тогда стало возможным добраться до S-образной кривизны, которая оказалась совершенно спавшейся; поперечная ободочная кишка и слепая также в спавшемся состоянии. В самом нижнем отрезке подвздошной кишки, верхка на два от слепой [9 см] найден звездчатый рубец, суживающий кишку до непроходимости. При осторожном раздвигании кишок в двух местах получились значительные надрывы серозной и мышечной оболочек, зашивание которых представило большие трудности ввиду прорезывания швов. Кишка вторично вскрыта, и немного выше места сужения, и выдоеено её содержимое, затем место разреза в кишке вшито в особый маленький разрез брюшной стенки, а первый разрез зашит наглухо трёхэтажным швом. Пульс лишь немного ухудшился к концу операции.

После операции состояние больного лишь временно улучшилось, но через день наступила быстро нарастающая сердечная слабость и 7 декабря больной умер.

125. Паралитическая непроходимость кишок.

Алексей Ф. 32 лет, кр. Рыбной слободы, Переславской волости, 27/VIII—28/VIII 1912 г.

Около 2 лет тому назад у больного была внезапная задержка мочи без видимой причины, потребовавшая катетеризации сильно растянутого пузыря; тогда больной больше не приходил и теперь говорит, что задержка мочи больше не повторялась. Страдал издавна запором; не слабило дня по 3. 21 августа перед вечером почувствовал сильную резь в животе, была однократная рвота.

Вечером были испражнения. Ночью и на следующий день чувствовал себя лучше, хотя изредка повторялась рвота и бывала приступами появляющаяся резь в животе; к вечеру снова стало хуже, больной был осмотрен врачом и отправлен в больницу. При исследовании вечером 22 августа больной выглядел бодро, живот был лишь слегка вздут, безболезнен при ощупывании; газы не отходят. Пульс в лежачем положении 80, в сидячем 132, наполнения хорошего.

Больной был принят в терапевтическое отделение. Высокие клизмы вызывали сильную боль в животе, и после них стула не было. 24 августа впрыснуто 2 раза по 0,001 и 0,0015 атропина; была рвота; температура вечером 38°. 25 августа живот более вздут, была рвота; в ночь на 26 августа обильно прослабило 3 раза густым калом и начали отходить газы; 27 августа значительное ухудшение, газы снова не отходят, больной очень ослабел, пульс 132, слабый, живот сильно вздут. Дважды впрыснуто в мышцы по 15 см *hogmonal'a* (за отсутствием раствора для внутривенных инъекций), впрыснут физостигмин, но состояние больного не улучшилось и вечером при местной анестезии был сделан свищ в нижнем конце подвздошной кишки, вышло много (1,5—2 литра) жидкого кишечного содержимого; введённым в брюшную полость пальцем было прощупано какое-то кистовидное образование, по-видимому раздутая *flexura sigmoidea*.

После операции состояние больного не улучшилось и ночью он умер.

126. Непроходимость кишок.

Иван С. 45 лет, псаломщик с. Ям, Переславской волости, 14/IX—1/X 1913 г.

В июне 1911 года был оперирован по поводу перфоративного аппендицита с разлитым перитонитом (смотри отчёт за 1911 год № 123).

В конце января 1913 года снова поступил с явлениями непроходимости кишок, миновавшими, однако, при терапевтическом лечении. С тех пор нередко бывали более или менее сильные боли в животе, усилившиеся в начале сентября до такой степени, что больной должен был снова поступить в больницу (в терапевтическое отделение). И на этот раз боли скоро прошли и больной выписался. Вечером 13/IX опять начались внезапно очень сильные спазматические боли, сопровождавшиеся рвотой и задержкой газов.

Вечером больной был доставлен в больницу, но состояние его не внушало опасений, пульс был очень полный, замедленный, живот не особенно болезнен и не вздут. За ночь несколько раз была рвота.

Операция 14/IX под хлороформно-эфирным наркозом. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии от пупка до лобка, который потом пришлось увеличить вверх на 3 пальца выше пупка. Большая часть тонких кишок сильно вздута, меньшая их часть в спавшемся состоянии. Слепая кишка сильно вздута. В правой подвздошной области крепкие и довольно обширные сращения в виде прочных тяжей, прикреплявшихся одним концом к рубцу от первой операции, другим к тонкой кишке (нижний отрезок подвздошной кишки) и к слепой кишке. Оба тяжа перерезаны, дефекты брюшины частью зашиты, брюшная полость зашита трёхэтажным швом. Заживление и выздоровление прошли совершенно гладко, швы сняты на 14 день и 1/X больной выписан. Боли после операции совершенно прекратились, испражнения были правильны.

127. Непроходимость кишок.

Анна Л. 24 лет, кр. д. Елизарки, Глебовской волости, 17/I—18/II 1913 г.

4 года тому назад больная вышла замуж и с тех пор стала заметно худеть, кашлять, иногда с кровью, часто сильно потела по ночам. В течение последнего года часто страдала режущими болями в животе. Месячные в последнее время сильно запаздывали; беременной ни разу не была. Испражнения часто бывали жидковатыми. 26 декабря 1912 года внезапно почувствовала очень сильную режущую боль в животе, сопровождавшуюся рвотой, и с тех пор тяжело больна. Сильные схваткообразные боли повторяются всё чаще, рвота за последнее время приняла каловой характер; за всё время болезни испражнений не было. Несмотря на необыкновенную давность болезни, больная выглядит ещё довольно удовлетворительно, пульс хорош, не особенно част (90 в минуту). В правой лёгочной верхушке выдох и сухие хрипы. При часто наступающих схваткообразных болях в животе ясно обрисовываются в средней его части сильно вздувающиеся петли кишок. Распознава непроходимость кишок на почве бугорчатки их, и через 2 часа после поступления в больницу сделана операция при хлороформно-эфирном наркозе. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии от пупка до лобка, в ней найден кровянистый экссудат, часть тонких кишок сильно вздутой и в состоянии тяжёлой застойной гиперемии, другая же, очень значительная их часть в спавшемся состоянии. На раздутых кишках местами звездчатые рубцы, такие же рубцы в брыжейке их; не особенно многочисленные, частью старые, частью свежие сращения соединяют между собою петли кишок; по разделении этих сращений найдено место непроходимости, представлявшее собою циркулярное сужение кишки и перегиб её вблизи

этого сужения одним из старых тяжёлых; после перерезки этого тяжа проходимость кишки восстановилась настолько, что через циркулярно суженное место её можно было довольно свободно выжимать содержимое раздутых кишок в спавшийся отдел их. Брюшная рана зашита трёхэтажным швом. Операцию больная перенесла очень хорошо. В первые сутки после операции больная жаловалась на сильные спазматические боли в животе, но уже к вечеру 18 января её обильно прослабило, утром 19 января также. В дальнейшем выздоровление шло без осложнений, и 18/II больная выписана здоровой.

128. Непроходимость кишок.

Михаил Х. 45 лет, кр. с. Нового, Глебовской волости, 16/VI—19/VI 1913 г.

Больной глух, и потому трудно было получить от него полные сведения о его болезни. Удалось установить только, что около года уже он страдал болями в животе и запором, который с 8 июня перешёл в полную непроходимость кишок. С этого дня не было испражнений и не отходили газы; живот сильно болел. Больной очень бледен и истощён, но пульс полон и не част. Живот очень сильно вздут, обрисовываются очень сильно раздутые и неподвижные петли кишок. В прямой кишке ничего не прощупывается. Операция в день поступления, в 6,5 часов вечера, под хлороформным наркозом. При очень осторожном капельном наркозе больной быстро заснул и 2 раза впадал в асфиксию. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии от пупка до лобка. В разрез вставилась сильно раздутая толстая кишка и спавшиеся тонкие кишки. Разрез продолжен до середины расстояния между мечевидным отростком и пупком. Вся толстая кишка, начиная от слепой и кончая тазовой, колоссально раздута, немного раздут нижний отрезок подвздошной кишки, вся же остальная часть тонких кишок в спавшемся состоянии. В нижнем конце тазовой ободочной кишки, по-видимому, имеется кольцевидное сужение. S-образная кишка вскрыта небольшим разрезом, чрез который выдавлено очень много газов и кашицеобразного кала. Кишка вшита в нижний угол раны, в неё ввязана толстая стеклянная трубка, и брюшная рана зашита двухэтажным швом. На следующий день пульс был хорош, больного 2 раза прослабило через задний проход, довольно много кала выходило и через трубку. 18 — началась рвота, пульс стал быстро слабеть, и в полдень 19 июня больной умер при явлениях перитонита. Вскрытия нельзя было сделать.

129. Непроходимость кишок.

Иван Н. 24 лет, кр. д. Конюцкое, Переславской волости, 26/VII—5/IV 1912 г.

В 6 часов утра 25 июля, среди полного здоровья, внезапно появилась сильнейшая боль в животе после прыжка через канаву; схваткообразные боли большой силы продолжались всё время до поступления, 2 раза была рвота, вчера 2 раза прослабило кровянистой слизью. Немного вправо от пупка ясно прощупывается горизонтально расположенная колбасовидная опухоль; ощупывание живота болезненно. Пульс полон, не част, сердце и лёгкие здоровы. Через час по поступлении больного сделано чревосечение по средней линии под хлороформным наркозом, осложнившимся тяжёлой асфиксией вследствие аспирации при рвотном движении; искусственное дыхание не устраняло тяжёлой асфиксии, и потому сделана трахеотомия, сопровождавшаяся очень сильным венозным кровотечением; когда было обнажено дыхательное горло, асфиксия стала проходить, и потому горло не вскрыто, рана выполнена марлей. По вскрытии брюшной полости осмотрен весь кишечник от flexura duodeno-jejunalis до colon pelvinum, желудок, брыжейка, поджелудочная железа, и ничего ненормального не было найдено. Желчный пузырь оказался переполненным желчью, но при пробном проколе получена из него нормальная желчь; печень и желчные пути нормальны. Сделан небольшой разрез в правой подвздошной области и в него вшита стенка слепой кишки, но оставлена не вскрытой. Брюшная полость зашита трёхэтажным швом. Послеоперационное течение осложнилось тяжёлым бронхитом, вследствие которого произошло расхождение краёв кожной раны на небольшом протяжении после снятия швов на 7 день. К 5 августа кашель прекратился, болей в животе никаких не было. Заживление затянулось надолго вследствие расхождения краёв раны и выгнаивания лигатур. Выписан здоровым 5 сентября.

Вероятно, этот непонятный случай надо объяснить симуляцией, так как больной, бывший больничный служитель, уволенный за пьянство и очень хотевший снова попасть на службу, через некоторое время после выписки снова поступил в терапевтическое отделение и просил сделать ему вторую операцию, уже несомненно симулируя непроходимость кишок.

130. Перигастрит, невроз желудка.

Норберт Д. дворянин, г. Киев. 16/IV—7/V 1913 г.

В 1911 году, среди полного здоровья, внезапно появились почечные колики, почти беспрестанно повторявшиеся в течение 23 дней; на рентгеновском снимке был обнаружен камешек величиною с маленькую горошину в левой почке. При лечении в Вильдунгене камешек этот вышел в апреле 1912 года и на контрольной рентгенограмме его уже не было видно. Чуть ли не на другой день после выхождения камешка начались боли в надчревной области, имевшие характер очень тягостного чувства крайнего переполнения желудка; боли эти, всего более ощущавшиеся после еды, длились целый год, больной соблюдал большую осторожность в еде, много лечился у терапевтов, но улучшения не было; при исследовании желудочного сока в начале 1913 года была найдена общая кислотность 83. В феврале 1913 года к прежнему чувству тяжести в желудке присоединились частые приступы очень сильных болей в надчревной области и во всём верхнем отделе живота. Боли эти появлялись обыкновенно внезапно и вне всякой связи с приёмами пищи, и один ночной приступ их очень напоминал явления прободения язвы желудка, но через несколько часов благополучно миновал. В марте больной поступил в клинику профессора Образцова, где было проведено лечение язвы желудка, но состояние его не только не улучшилось, но значительно ухудшилось: боли усилились, локализация и характер их стали весьма разнообразными, появились частые приступы ложной грудной жабы. При рентгеновском исследовании желудка было только констатировано, что привратник несколько подтянут кверху и подвижность его ограничена; на этом основании были предположены сращения в области привратника, образовавшиеся вследствие язвы желудка, вероятно, уже зажившей. Общая кислотность желудочного сока понизилась до 76, двигательные его функции были найдены нормальными. Терапевтами было признано желательным оперативное лечение. После выписки из клиники состояние больного заметно улучшилось и сильные боли появлялись 2—3 раза в течение недели, затем, после приезда больного в Переславль для операции, совсем прекратились и остались только прежние тупые боли и чувство сильного переполнения желудка, которые, однако, были настолько сильны, что делали больного неработоспособным. Помимо описанных выше болезней больной ничем не страдал, всегда вёл правильный и очень умеренный образ жизни. Сердце и лёгкие у него здоровы, моча нормальна.

Операция 18 апреля под хлороформно-эфирным наркозом; разрез от мечевидного отростка до пупка был сделан при местной анестезии, но по вскрытии брюшной полости пришлось перейти к наркозу вследствие нетерпеливости больного. Долго не удавалось усыпить больного и это значительно удлинено операцию. Желудок и доступная осмотру верхняя горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки оказались совершенно нормальными и только в области привратника найдены небольшие сращения в виде тонких, но туго натянутых тяжей, направлявшихся от привратника вниз и вправо; сращения эти были разорваны пальцем; желчный пузырь при осмотре и ощупывании также оказался нормальным; при осмотре желудка было обращено внимание на сильные его движения. Зашивание брюшной раны представило немалые трудности вследствие большой толщины подбрюшинного и подкожного жира. На второй день после операции температура поднялась до 38,1°, держалась на этой высоте и третий день, затем понизилась до 36,3° при обильном поте. Со дня операции больной чувствовал себя очень плохо, беспрестанно жаловался на разнообразные боли, которые по большей части были похожи на бывшие до операции боли, но только значительно интенсивнее. По ночам больной не спал, очень плохо ел. С 23 апреля боль сосредоточилась вправо от раны, приобрела постоянный характер, постепенно усиливалась, совершенно лишила покоя больного; 24 апреля он стал бредить, температура снова поднялась до 37,7°; рана имела совершенно чистый вид. Пульс за всё это время был около 100 в минуту, полным, боли были настолько сильны, что приходилось впрыскивать морфий 1—2 раза в день. 25 апреля состояние больного стало ещё хуже, он продолжал бредить; была замечена болезненность при надавливании вправо от раны, рана была широко раскрыта и из неё вышло много жидкого гноя; нагноение распространялось под апоневроз, с последнего сняты были швы и оказалось, что нагноение распространяется вплоть до предбрюшинной жировой клетчатки, которая, однако, оказалась повсюду прочно спаявшейся. Рана выполнена марлей. К вечеру сознание больного прояснилось, боли утихли и в 9 часов вечера он заснул, но в 11,5 часов внезапно проснулся от ужасной разрывающей боли во всей верхней половине живота, которую он потом характеризовал, как выматывание желудка; пульс оставался полным

и лишь немного учащённым по сравнению с прежним, рвоты не было. После инъекции морфия боль значительно успокоилась и сосредоточилась только в пояснице, но больной всё-таки спал несколько часов. Утром 26 апреля рана тщательно исследована под эфирным наркозом, но нигде не было найдено ходов в брюшную полость. Днём больной жаловался только на боль в пояснице, а ночью повторился опять такой же приступ сильнейших болей, как и в предыдущую ночь, и снова быстро прошёл от инъекции морфия. Рвоты и на этот раз не было. Наутро больной мог дать себе отчёт в том, что боли имели характер спазмов желудка; при сопоставлении этого заявления больного с тем отмеченным выше фактом, что при операции замечены были резкие перистальтические движения пустого желудка, выяснилось, что столь мало понятные и совершенно нетипические боли, мучившие больного после операции, должны быть объяснены резко выраженным нервным гиперкинезом желудка. И действительно, в последующие дни состояние больного быстро улучшилось, боли почти прошли и он жаловался только на ночные боли вблизи пупка и в пояснице. Рана быстро очистилась и 5 мая была вновь зашита при местной анестезии. Вечером и ночью опять приступ сильных болей нервного характера. Наутро боли прошли. В дальнейшем выздоровление шло без осложнений и 19 мая больной уехал в Киев, освободившись от всех тех болей, которые испытывал до операции.

По позднейшим сведениям, в течение года бывали лишь незначительные боли в животе, но в апреле 1914 года они опять усилились. На месте рубца образовалось небольшое грыжевое выпячивание.

131. Желудочная ахилия.

Николай М. 51 г., мещанин г. Переславля, 26/XII 1913 г.—13/I 1914 г.

В феврале 1913 года в течение недель двух страдал ноющими болями под ложечкой, не зависевшими от приёмов пищи. В сентябре опять повторились те же боли и появилась отрыжка. Ноющие боли под ложечкой продолжают подолгу и приёмы пищи не ухудшают и не улучшают их. Рвоты не бывало, функции кишечника правильны. В ноябре больной поступил в терапевтическое отделение и исследование желудка дало такой результат: после пробного завтрака получено 140 см зеленоватой жидкости с кусочками непереваренной булки. Реакция на соляную кислоту ясная, но общая кислотность всего 22. Больной был выписан с некоторым улучшением, но 19 декабря поступил снова ввиду ухудшения болезни. На этот раз в желудочном соке различными реакциями совершенно не обнаружено соляной кислоты. Не найдено также ни молочной кислоты, ни крови. При раздувании желудка нижняя его граница на 2 пальца ниже пупка. Проба с салолом даёт положительную реакцию через 1,5 часа. Через 6 часов после пробного обеда желудок оказался пустым. Больной отмечает заметное исхудание. Ввиду большого подозрения о раке желудка больной был переведён в хирургическое отделение и 27/XII сделана операция. Хлороформно-эфирный наркоз сопровождался тяжёлой асфиксией после вскрытия брюшной полости, устранённой, однако через несколько минут искусственным дыханием. Желудок найден на вид нормальным, но в привратнике прощупывалось маленькое, но явственное уплотнение. В других органах ничего ненормального не найдено. Ввиду отсутствия соляной кислоты в желудочном соке и исхудания больного уплотнение в привратнике казалось весьма подозрительным, и потому, после больших колебаний, произведена резекция привратника по Kocher'у. Несмотря на незначительный размер резекции, сшивание двенадцатиперстной кишки с желудком представило большие трудности. К месту резекции был введён марлевый выпускник. Резецированный привратник при осмотре оказался нормальным, и микроскопическое исследование также обнаружено лишь очень обильное развитие лимфоидных узелков. Послеоперационное течение протекало без осложнений. Выпускник окончательно удалён 11/I 1914 года.

19/I больной выписался с совершенно зажившей раной.

Осмотрен 21/V 1914. Боли ещё есть, но гораздо меньшие, чем до операции, результатом которой больной очень доволен.

132. Гастралгия.

Василий М. 41 г., кр. с. Усоля, Копнинской волости, 26/IX— 3/XI 1912 г.

Болен 4-й год. Без видимой причины раза 2 в месяц появлялись сильные боли в подложечной области, нередко бывала рвота, 1 раз кровавая. Теперь боли, режущие и ноющие, бывают почти ежедневно, чаще всего начинаются в 10—12 часов вечера и продолжаются

нередко всю ночь, иногда держатся по суткам; часто боли распространяются в левое подрёберье. Рвота теперь бывает редко. Бывает изжога и тухлая отрыжка. Часто замечал кровь в испражнениях. Сильно исхудал и ослабел за время болезни. При ощупывании живота ничего ненормального не обнаруживается. Двигательная способность желудка нормальна (пробный завтрак и проба с салолом); желудочный сок даёт ясную реакцию на соляную кислоту, общая кислотность его 70, молочной кислоты нет. Сердцебиение и одышка при движениях, глухие тоны сердца, артериосклероз 2-й степени. Коленный рефлекс слева отсутствует, справа чрезвычайно слаб. Была распознана язва двенадцатиперстной кишки, и 3 октября сделано чревосечение под хлороформным наркозом, но при тщательном осмотре желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, червеобразного отростка ничего ненормального не найдено и брюшная рана зашита трёхэтажным швом. На второй день после операции было значительное ослабление деятельности сердца, миновавшее, однако, после впрыскиваний камфоры и приёмов дигалена. В дальнейшем заживление осложнилось расхождением кожной раны на небольшом протяжении и выхождением лигатур. Боли после операции значительно уменьшились, но не исчезли вполне. 3 ноября больной выписан.

133. Плёнчатые отложения на слепой кишке.

Пётр Б. 29 лет, кр. д. Новинцы, Глебовской волости, 18/VI—7/VII 1913 г.

Заболел в октябре прошлого года. Начали появляться приступы тянущих болей в нижней части живота с правой стороны; боли отдают в правую ногу. Вначале приступы появлялись изредка (недели в две раз), продолжались не более получаса, но постепенно начали учащаться и удлиняться. В свободное от приступов время больной чувствовал себя вполне нормально и мог работать. В декабре болезненные явления настолько усилились, что больной пролежал месяц в терапевтическом отделении. До апреля настоящего года чувствовал себя несколько лучше, но со середины апреля (после трёхнедельной работы) снова наступило ухудшение, приступы болей повторялись почти ежедневно, тянулись по несколько часов. Больной удовлетворительного питания, аппетит хороший, на низ нормально, лёгкие нормальны. Тоны сердца несколько глуховаты, небольшой артериосклероз. Соответственно положению червеобразного отростка прощупывается цилиндрический тяж толщиной и длиной в мизинец, совершенно безболезненный, как и вся область слепой кишки и, в частности, Mac-Vigneу'евская точка. Урчания в слепой кишке нет; при ощупывании других отделов брюшной полости ничего ненормального не найдено. При повторных исследованиях мочи в её осадке всегда было находимо огромное количество сперматозоидов. Предстательная железа при ощупывании нормальна; у больного трое детей. Операция 25 июня при местной анестезии с предварительным впрыскиванием скополамина (0,0005) и морфия (0,015). Разрез Lennasder'a. Слепая кишка почти сплошь покрыта тонкими плёнчатыми отложениями, образующими многочисленные складки, расположенные наискось, сбоку и сверху к средней линии и книзу. Отложения эти тонки, прозрачны, содержат много мелких сосудов, во многих местах подвижны над кишкой и приподнимаются в складку. Слепая кишка производит впечатление стянутой этими плёнчатыми отложениями, и действительно, после перерезки их кишка заметно расправилась и легко приподнималась на 15 см над уровнем раны. Сильно выпяченная в одном месте мешкообразно часть передней стенки кишки ушита тремя складчатыми швами, удалён червеобразный отросток, имевший нормальный вид, культя его инвагинирована диагональным швом. Брюшная рана зашита трёхэтажным швом. В червеобразном отростке найдено немного кала и мелкие точечные кровоизлияния. Слизистая оболочка его образует резко выраженные поперечные складки и имеет нормальную окраску. В первые дни после операции больной чувствовал себя очень хорошо, но потом опять начались те же самые боли, которые мучили его и до операции. Как и раньше, боли отдавали в правую ногу. При операции было сделано следующее наблюдение: наружный край брюшной раны оттягивался широким крючком Fritzel'a; внезапно больной почувствовал сильную, стреляющую в ногу, боль; крючок был немного приподнят и тотчас же боль исчезла. Это было объяснено случайным давлением крючка на *nervus cutaneus femoris lateralis*. Рана зажила гладко. 7 июля больной выписан.

134. Каловой свищ.

Ирина Ш. 42 лет, кр. с. Ведомша, Вишняковской волости, 10/IV—17/V 1912 г.

Грыжи прежде не имела; 18 марта внезапно появилась в правом паху болезненная припухлость и в тот же день началась рвота, повторявшаяся затем раза по два в день; испражнения, однако, были. Припухлость скоро стала горячей и воспалённой, а через 2

недели вскрылась, и выделилось много гноя; по заживлении остался небольшой свищ, из которого выделяется в умеренном количестве кал. Больная беременна на 5-м месяце. В течение 20 дней производились ежедневные прижигания свища ляписом, но никакой склонности к заживлению не было замечено. 1 мая операция при местной анестезии. Свищ закрыт зажимом, кожа подготовлена по Grossich'у. Очерченный овальным разрезом свищ отпрепарован до бедренных грыжевых ворот, к которым он направлялся, извлечена в рану кишка, наложен на неё зажим Douen'a, свищ отрезан и на получившуюся гладкую линейную рану кишки около 1 см длиной наложены швы в 2 ряда, но они в одном месте прорезывались и пришлось наложить ещё кисетный шов. Швы, однако, сильно сузили просвет кишки и потому в обход сужения пришлось сделать энтероанастомоз. Послеоперационное течение было удивительно гладким и 17 мая больная выписана выздоровевшей.

135. Кишечный свищ.

Екатерина Ф. 46 лет, кр. д. Ивашково, Елизаровской волости, 18/VI—14/VII 1913 г.

В конце января настоящего года у больной появилась небольшая опухоль в правой паховой области. Вначале сама опухоль была безболезненна, но выше её вся область живота была сильно болезненна при дотрагивании. С появлением опухоли начались постоянные запоры. Опухоль постепенно увеличивалась в течение трёх недель, затем расти перестала, но стала очень болезненной, кожа над ней покраснела. Больная несколько раз обращалась в земскую больницу, советовали делать припарки, опухоль оставалась без изменений. Временами у больной бывали жар, озноб, сильные головные боли. В середине марта был сделан разрез, вышло много вонючего гноя. До середины апреля выделений из раны было много, но затем стало выделяться небольшое количество слизисто-гнойной жидкости. Теперь в середине рубца от бывшего разреза имеется маленький свищ, через который выделяется только слизь. Зонд входит довольно глубоко, под апоневроз, но в кишку не попадает. Операция 21 июня при местной анестезии. Над апоневрозом наружной косой мышцы, среди рубцовой ткани, найдена довольно обширная полость, выполненная вялыми грануляциями и слизью; сквозь рубцовые стенки этой полости в разные стороны идут свищи, по расщеплению которых оказалось, что все они, кроме одного, оканчиваются слепо, один же идёт глубоко в кишку; свищ этот очень узок; он выжжен термокаутером и зашит двумя кисетными кетгутowymi швами, к этому месту подведён марлевый выпускник, а на остальном протяжении рана зашита. Заживление осложнилось нагноением, которое, однако, быстро прекратилось при тщательном дренировании раны. Свищ зажил и 14 июля больная выписана с маленькой поверхностной грануляционной ямкой, ничего не отделяющей.

136. Болезнь Banti.

Иван А. 16 лет, мещанин г. Переславля, 20/IX—1/XII 1913 г.

Больной происходит из вполне здоровой семьи, в которой, кроме него, ещё 8 детей. С раннего детства мать обращала внимание на то, что живот у ребёнка больше, чем бывает нормально. Позже замечали некоторую вялость, лёгкую утомляемость, считали мальчика малокровным, он жаловался иногда на головокружение, мелькание в глазах, но всё-таки больным его не считали. Около 10 сентября у мальчика без видимой причины начался упорный понос, слабило жидко, без слизи раз в сутки. В то же время стал сильно увеличиваться объём живота и при поступлении в терапевтическое отделение был найден большой асцит и отёки ног. Несмотря на асцит, прощупывалась очень большая селезёнка. При лечении таннисмутом понос уже через 3 дня стал уменьшаться, асцит также стал быстро убывать и ко времени перевода больного в хирургическое отделение исчез совершенно. Селезёнка своим нижним краем спускается на 2 пальца ниже пупка, передний её край близко подходит к средней линии; на переднем крае две вырезки, напоминающих нормальные; поверхность селезёнки гладкая, консистенция её плотная. Нижний край печени находится на нормальном уровне, консистенция печени, по-видимому, нормальна. Сердце здорово, в лёгких притупление и ослабленное дыхание под лопатками. Бросается в глаза порядочная бледность кожи и слизистых оболочек. Кровь содержит 60% гемоглобина, 3 750 000 красных шариков и 3 400 белых. В окрашенных мазках крови не найдено ничего ненормального, кроме ничтожного пайкилоцитоза. Пульс 108. Отёков нет. Моча насыщенно-жёлтого цвета, удельного веса 1 012, белка и сахара не содержит, осадка при центрифугировании не даёт. Операция 25/X под эфирным наркозом. Разрез по средней линии от пупка до мечевидного отростка, и второй поперечный через левую

прямую мышцу и на 2 пальца дальше, через широкие мышцы живота; разрез этот проведён на 3 пальца выше нижнего конца срединного разреза. Доступ к селезёнке получился очень хороший и она легко выведена в рану. Сращения селезёнки с диафрагмой и окружающими органами не было. Желудочно-селезёночная связка была настолько коротка, что на неё нельзя было наложить двойного ряда лигатуры, и пришлось разрезать её между двумя зажимами. Зажим, положенный возле желудка, захватил и короткие желудочные артерии. Диафрагмально-селезёночную связку также пришлось разрезать между зажимами. Ввиду короткости связок селезёнки перерезка их была сопряжена с опасностью кровотечения и потому было сделано отверстие в малом сальнике, обнажена поджелудочная железа и у верхнего края её найдена селезёночная артерия; при перерезке селезёночных связок артерия прижималась к позвоночнику пальцами ассистента. Крови при операции больной потерял немного и операцию, продолжавшуюся около 2 часов, перенёс хорошо. Удалённая селезёнка имела в длину 22 см, в ширину 11 см, весила 940 г.

26/X пульс 140, небольшие боли в животе.

27/X пульс 116. Вечером сильное вздутие живота; вставлена трубка в задний проход, ночью сильный понос.

Частота пульса уменьшалась с каждым днём и стала нормальной приблизительно через 2 недели после операции. Со стороны брюшной полости никаких осложнений не было. 7/XI появился болезненный мягкий отёк в правой надключичной ямке; кожа в этом месте была слегка покрасневшей. Отёк этот держался около 10 дней и затем постепенно исчез. На 12-й день после операции сняты швы и обнаружено небольшое нагноение по швам в поперечной части разреза; через 3 дня из наружного конца этого разреза вышло около чайной ложки густого гноя. Уже вечером в день операции температура повысилась до 38° и затем в течение месяца держалась ремиттирующая лихорадка, колебавшаяся между 37,3—39°. 14/XI было влито в вену 10 куб. см 2% раствора колларгола. За неделю до выписки температура стала почти нормальной.

29/XI, перед выпиской, кровь содержала 50% гемоглобина и 3 610 000 эритроцитов.

Около двух месяцев после операции больной чувствовал себя плохо, по большей части лежал в постели, рана не заживала и долго гноилась. В феврале 1914 года он был принят опять в больницу, удалены поддерживавшие нагноение глубокие швы и лигатура, рана скоро зажила и больной совершенно оправился. В апреле он был вполне здоров и чувствовал себя гораздо лучше, чем до операции.

137. Двусторонняя паховая грыжа.

Георгий Н. 55 лет, кр. д. Поповское, Хмельниковской волости, 19/I—5/II 1913 г.

Двусторонняя паховая грыжа величиною больше кулака на каждой стороне, существующая лет 20, легко вправляющаяся, никогда не ущемлявшаяся. Паховый канал совершенно свободно пропускает палец на обеих сторонах.

Операция 22 января при местной анестезии по Bassini. На правой стороне при отпрепаровке шейки грыжевого мешка замечена тесно с нею соединённая внебрюшинная поверхность слепой кишки, самая же кишка с червеобразным отростком найдена в шейке мешка; последняя зашита кисетным швом. На левой стороне по отпрепаровке одного мешка кнутри от него оказалась покрытая порядочным слоем жира вторая опухоль, которая была сперва принята за второй грыжевой мешок, но при осторожной препаровке его стенок замечена продольная полосатость, напоминающая мышечный слой мочевого пузыря; кроме того, при повторном изолировании нельзя было найти пальцем входа во второй мешок из брюшной полости; ввиду этого возникло предположение, что вторая опухоль состоит из мочевого пузыря, она оставлена на своём месте и над нею сшиты апоневроз и кожа, шейка же первого мешка, содержавшего тонкие кишки, перевязана и перерезана. Гладкое заживление. Предпринята была цистоскопия, но цистоскоп введён с большим трудом вследствие гипертрофии предстательной железы, введение его сопровождалось довольно значительным кровотечением в пузырь и ничего рассмотреть не удалось. Выписан 5 февраля.

138. Паховая грыжа.

Татьяна Ж. 46 лет, кр. д. Смолино, Федорцевской волости, 9/I—21/I 1913 г.

Правосторонняя паховая грыжа величиною почти в кулак, спускающаяся в большую губу и легко вправляющаяся с урчанием. Паховый канал свободно пропускает палец. Брюшная стенка очень тонка и дряблая; имеется небольшое расхождение прямых мышц, опущение

печени на 2 пальца, ясно прощупывается нижний полюс правой почки. Грыжа существует лет 15, никогда не ущемлялась, боли вызывала лишь изредка и небольшие. Отец и дед также имели грыжи.

Операция 11 января при местной анестезии. Шейка мешка зашита кисетным швом, круглая маточная связка оставлена в подбрюшинной клетчатке, но пришита одним швом к пупартовой связке; для восстановления задней стенки пахового канала взята и прямая мышца живота, но она оказалась чрезвычайно тонкой и почти совсем атрофированной; поэтому поверх мышц пришит свободно пересаженный кусок широкой фасции бедра и апоневроз наружной косой мышцы удвоен по Gigard'у. Гладкое заживление. Выписана здоровой 21 января.

139. Двусторонняя паховая грыжа.

Василий А. 55 лет, кр. д. Лисавы, Хмельниковской волости, 31/V—28/VI 1913 г.

Лет 25 назад появилась грыжа на правой стороне, постепенно увеличивавшаяся и лет 6 назад достигшая своей настоящей величины. Грыжа настолько мешала больному, что последние пять лет он неработоспособен. На левой стороне грыжа впервые появилась года три назад. Двусторонняя грыжа имеет величину головы взрослого; половой член теряется в натянутой над ним складке кожи; грыжа даёт тимпанический звук и легко вправляется. Грыжевые ворота справа пропускают 4, слева 2 пальца. Мышцы брюшной стенки сильно атрофированы. Больной худ, страдает хроническим бронхитом, в лёгких много сухих хрипов, тоны сердца глухи, в моче немного белка, но цилиндров и почечных клеток нет. В течение двух недель до операции пришлось лечить у больного бронхит и экзему мошонки, появившуюся после бритья.

Операция 14 июня при местной анестезии. Огромный грыжевой мешок выделен легко, шейка его зашита кисетным швом; ввиду тонкости косых мышц для закрытия грыжевых ворот отделён от лобковой кости и пришит к пупартовой связке нижний конец прямой мышцы живота, пришиты косые мышцы, а поверх них пришит свободно пересаженный лоскут широкой фасции бедра. Закрытие получилось очень прочное. Семенной канатик уложен поверх пересаженной фасции и над ним шит апоневроз наружной косой мышцы. Заживление прошло вполне гладко и 28/VI больной выписан с прочным рубцом.

140. Паховая грыжа.

Андрей Т. 54 лет, кр. д. Костенки, Глебовской волости, 28/V—4/VI 1913 г.

Правосторонняя прямая паховая грыжа величиною с куриное яйцо, существующая лет 10 и в последнее время причиняющая довольно сильные боли. По словам больного, грыжа иногда спускается в мошонку, и тогда боли особенно сильны. Вправляется грыжа только в лежачем положении. Наружное отверстие пахового канала, шириною в 1,5 пальца, слева пропускает только верхушку пальца. Мочится с трудом, подолгу натуживаясь. Сложения больной слабого, питания плохого, страдает довольно значительной эмфиземой лёгких, тоны сердца глухи.

Операция 29 мая при местной анестезии по Bassini. Шейки грыжевой мешок не имел, так как он представлял собою выпячивание брюшины на всём протяжении пахового канала; по передней его поверхности проходили нижние надчревные сосуды, которые пришлось перерезать, чтобы закрыть кисетным швом широкое основание грыжевого мешка, содержавшего петли тонких кишок. Для восстановления задней стенки пахового канала к пупартовой связке вместе с внутренней косой и поперечной мышцами пришита и прямая мышца живота; закрытие получилось очень прочное. Гладкое заживление. Выписан здоровым 4 июня.

141. Ущемлённая паховая грыжа, воспаление лёгкого.

Дмитрий Л. 23 лет, кр. д. Конюцкое, Переславской волости, 27/XI—17/XII 1912 г.

24 ноября поднял тяжёлый воз, но боли в животе при этом не почувствовал; в ночь на 25 ноября внезапно тяжело заболел и два дня лежал в жару. Часов в 8 вечера 26 ноября внезапно вышла в правом паху грыжа, которой прежде никогда не было, и тут же начались сильные боли в животе и беспрестанная рвота; однако больной утверждает, что уже после ущемления у него было обильное испражнение, а затем отходили газы. При поступлении в больницу температура 38,7°, пульс 60, небольшой кашель, рассеянные сухие хрипы в правом лёгком. В правой половине мошонки овоидная эластическая опухоль величиною с гусяное яйцо, весьма напоминающая hydrocele, но не просвечивающая; однако в паховом

канале виден и прощупывается небольшой упругий валик; опухоль, паховый канал и соседняя часть живота очень болезненны при ощупывании.

Операция в 3,5 часа дня при местной анестезии. В грыжевом мешке довольно большая петля тонкой кишки почти чёрного цвета, но с ярко блестящей серозной оболочкой. Ущемление, очень интенсивное, произошло во внутреннем паховом кольце, в самом начале шейки грыжевого мешка; по устранении его и под влиянием тёплого физиологического раствора кишка оживилась, начала перистальтически сокращаться, расправилась странгуляционная борозда на отводящем конце, но на приводящем она не расправлялась и осталась дряблой; ввиду этого она обшита (инвагинирована) узловатыми серозно-мышечными швами, причём получилось значительное сужение просвета кишки; между приводящим и отводящим концами кишки сделан анастомоз; для вправления кишки пришлось значительно расширить грыжевые ворота; операция закончена восстановлением пахового канала по Bassini, причём семенной канатик вместе с остатками грыжевого мешка оставлен в подбрюшинной клетчатке. Через день больного прослабило; в правом лёгком обнаружена крепитация, бронхиальное дыхание и притупление, 30 ноября температура упала до нормы. 2 декабря обнаружено поверхностное нагноение в ране и некроз апоневроза наружной косой мышцы. При открытом лечении раны она скоро очистилась и выполнялась свежими грануляциями. Больной чувствовал себя прекрасно и уже собирался выписаться, как вдруг в ночь на 16 декабря он внезапно проснулся от ужасной боли в животе, у него началась очень частая рвота, температура поднялась до 40°, пульс почти исчез, на половом члене, особенно у основания его и у корня мошонки, появилась краснота и отёк, сменившиеся затем сине-багровыми пятнами. Через день рвота стала каловой, пульс совершенно не ощущался, температура упала ниже нормы и в таком состоянии больной взят родственниками из больницы. По-видимому, произошла эмболия брыжеечной артерии.

142. Ущемлённая бедренная грыжа.

Прасковья Д. 50 лет, мещанка г. Переславля, 1/VII—22/VII 1912 г.

Левосторонняя бедренная грыжа существует лет 10; утром в день поступления произошло ущемление грыжи вскоре после того, как больная подняла тяжёлую крышку погребка. Операция в 3 часа дня при местной анестезии. В грыжевом мешке найдена небольшая петля кишки багрового цвета, но жизнеспособная; по рассечении ущемляющего кольца кишка вправлена и грыжевые ворота зашиты по Bassini. Заживление осложнилось расхождением краёв раны на некотором протяжении после снятия швов. 22 июля выписана здоровой.

143. Пристеночное ущемление кишки в бедренной грыже.

Грыжа существовала лет 10 у женщины 55 лет в виде маленькой опухоли в правом паху. 18 июля 1912 года вечером грыжа внезапно ущемилась, начались сильные боли в животе и рвота, но на следующий день были жидкие испражнения. Поступила больная утром 20 июля в больницу Переславской мануфактуры. Грыжевая опухоль неподвижна, болезненна, напряжённа, кожа над нею слегка покраснела. Через кожу живота обрисовываются раздутые и слегка движущиеся петли кишок. Общее состояние и пульс хороши. Операция в 4 часа дня под хлороформным наркозом. Чревосечение по средней линии. Найдены и извлечены приводящий и отводящий концы входящей в грыжевые ворота кишки, каждое из них раздавлено энтеротрином Doуен'a, все четыре конца перерезаны и закрыты кisetным швом, концы кишки соединены боковым анастомозом, на удаляемых концах отделена брыжейка, насколько это оказалось возможным. Брюшная рана зашита и сделано грыжесечение. Вскрыта брюшина выше ущемляющего кольца по рассечении последнего и очень легко выведены из брюшной полости концы резецированной кишки и отделён остаток брыжейки. На резецированной кишке (около 15 см) оказалось пристеночное ущемление с омертвением вдоль странгуляционной борозды; удалён нагноившийся и содержащий вонючую жидкость грыжевой мешок. Ещё до удаления мешка в брюшную полость были введены марлевые тампоны. Кожная рана уменьшена швами. В грыжевом мешке был найден, также и резецирован приросший сальник; в брюшной полости было довольно много жидкого кровянистого выпота. Заживление сперва шло совершенно гладко, но через неделю образовался небольшой каловый свищ, скоро, однако, превратившийся в слизистый. К началу октября ещё продолжалось выделение слизи в ничтожном количестве.

Болезни таза

144. Разрыв мочеиспускательного канала.

Василий И. 10 лет, кр. с. Половецкого, Половецкой волости, 31/XII 1913 г.—2/II 1914 г.
30 декабря в 2 часа дня мальчик упал с лежанки на низкую дверку, находившуюся на одном почти уровне с лежанкой; он попал при этом промежностью на дверку. Доставлен с сильно переполненным мочевым пузырём, кровоизлиянием на промежности и маленькой ранкой на ней, мочевыми затёками на мошонке, в пахах и на бёдрах. Бёдра больной держит сильно отведёнными и согнутыми под прямым углом. Вечером в день поступления операция под эфирным наркозом. Дугообразным промежностным разрезом обнажено место разрыва перепончатой части уретры; оба конца уретры были найдены, в центральный введён катетер и выпущено большое количество прозрачной мочи. Сшить концы уретры оказалось невозможным, так как расстояние между ними было около 3 см и свести их нельзя было. Дефект был замещён свободной пересаженной фасцией, взятой с бедра и сшитой в виде трубочки над катетером и с концами разорванной уретры. Рана зашита двухэтажным швом и по углам её введены марлевые выпускники. Мочевые затёки вскрыты тремя небольшими разрезами на бёдрах и мошонке. Оставленный в уретре катетер укреплён полосками липкого пластыря. На следующий день повязка промокла мочой и при перевязке оказалось, что мочевые затёки уже исчезли. Через катетер вытекло много мочи. 4/I в моче найдена заметная примесь гноя, немного гноя выделилось и из уретры вследствие раздражения её катетером. Удалены выпускники из раны и с правой стороны вытекло довольно много гноя. Пузырь промыт раствором ляписа. 6/I катетер был удалён.

Ввиду того, что моча постоянно задерживалась, 10/I введён постоянный катетер через промежностную рану. Пузырь и уретра ежедневно промывались раствором ляписа. 12/I катетер выскочил, моча опять задерживалась и была спущена через катетер. С 13/I начал мочиться сам при натуживании. Моча к этому времени почти прозрачна, в осадке очень небольшое количество гнойных шариков. Поэтому промывание пузыря было оставлено, промывалась только уретра, из которой выделялось незначительное количество гноя.

Ко времени выписки все раны поджили. Мочится через промежностный свищ, произвольно, только по ночам иногда замечается недержание мочи.

145. Разрыв промежности, выпадение влагалища и прямой кишки.

Надежда Р. 73 лет, кр. д. Жолнино, Вишняковской волости, 2/IX—24/IX 1913 г.

За 2 недели до поступления в больницу получила удар рогом коровы в промежность и лечилась в участковой больнице, откуда прислана для операции. Больная, несмотря на свой преклонный возраст, ещё крепка и бодря. Удар рогом коровы пришёлся в самую промежность и причинил разрыв последней, задней стенки влагалища и прямой кишки. Кишка и влагалище разорваны на небольшом протяжении, но выпадение их значительно: кишка выпала по всей окружности на 8 см. Между выпавшими частями кишки и влагалища поперечно-расположенный рубец, местами ещё грануляции. Операцию пришлось отсрочить вследствие поноса у больной, медленно поддававшегося лечению висмутом и опиём. К 10/IX понос прекратился.

11/IX операция при местной анестезии. Сделан поперечный разрез по рубцу, кишка отпрепарована довольно высоко от влагалища и передняя стенка её сшита 2 рядами кетгутовых швов, затем поперечными кетгутовыми швами восстановлена промежность и сшита стенка влагалища. Заживление прошло без осложнений, промежность хорошо восстановилась, выпадение прямой кишки было устранено, но осталось выпадение задней стенки влагалища величиною 4×3 см. От оперативного лечения этого выпадения больная отказалась, так как была вполне довольна результатом операции, и 29/IX выписалась.

146. Послеродовая пиэмия.

Мария В. 33 лет, кр. д. Вонятино, Хребтовской волости, 11/XII 1913—7/I 1914 г.

Рожала без осложнений 6 раз, в последний раз весной этого года. 30/XI произошёл выкидыш на 3 месяце от неизвестной причины. Участковым врачом были удалены из матки остатки выкидыша, сделано промывание матки и температура, бывшая повышенной, сперва понизилась, а затем стала резко ремиттирующей, доходила выше 40°. Почти ежедневно потрясающие ознобы. При поступлении температура 40°, язык обложен, матка нормальной

величины и консистенции, зев закрыт, небольшие гнойные выделения. В правом параметрии прощупываются небольшие плотные тяжи, которые можно принять за тромбированные вены. Сердце и лёгкие здоровы, моча белка и сахара не содержит. Больная слаба, худая.

Операция 12/XII под эфирным наркозом. Чревосечение по средней линии, от пупка до лобка. Перевязаны с правой стороны *v. hypogastrica* у самого места соединения её с *v. iliaca externa* и *v. ovarica*. На месте перевязки вены не были тромбированы. Левый параметрий совершенно свободен, в правом очень неясно прощупываются небольшие тяжи. Операцию больная перенесла хорошо. 13/XII был снова озноб. Влило в вену 10 куб. см 2% раствора колларгола. 14, 15 и 17 декабря снова небольшие ознобы. 18/XII обнаружен небольшой пролежень на крестце, скоро принявший грозное течение: быстро распространялось в ширину и в глубину омертвление и не сразу удалось устранить задержку гноя под глубоко подрытыми краями пролежня. Температура, заметно понизившаяся после вливания колларгола, снова поднялась до 39–40° и стала давать довольно большие колебания; снова начались ознобы, 29/XII замечена гнойная течь из левого уха; влило 20 куб. см 2% раствора колларгола в вену и уже на следующий день началось быстрое падение температуры, 31/XII она упала до 36,8°, но потом опять повысилась до прежних цифр; 2/I 1914 обнаружена течь из правого уха, больная всё время находилась в забытьи, по временам бредила, ничего не ела, быстро слабела и 7 января умерла.

147. Геморрой, абсцесс Дугласова пространства, гнойный плеврит.

Иван В. 45 лет, кр. д. Мухарево, Хребтовской волости, 24/VIII-3/IX 1913 года,

Лет 10 тому назад появились большие наружные геморроидальные шишки, часто бывали кровотечения из них (около чайной ложки) и боли при испражнении. Часто бывали запоры. Накануне поступления в больницу начались сильные боли в заднем проходе, вечером 24/VIII температура поднялась до 39°, ночью больной бредил. С 25/VIII боли стали уменьшаться, температура понижалась. Вокруг заднего прохода целый венчик наружных шишек. 28/VIII при местной анестезии сделан разрез нагноившейся шишки. Нагноение быстро прекратилось, и 3/IX больной выписался, попросив отсрочить радикальную операцию.

24 сентября снова поступил в терапевтическое отделение. Около недели после выписки из хирургического отделения чувствовал себя почти здоровым, потом опять началась лихорадка, был один раз озноб, появились боли в животе, особенно с правой стороны. При поступлении ходил с трудом, слегка согнувшись, производил впечатление тяжёлого больного. Живот был слегка напряжён, болезнен при ощупывании; особенно сильная болезненность в правом подреберье и над правыми нижними рёбрами. Дыхание поверхностное, при глубоком вздохе сильная боль в нижней части груди и в животе. Нижний край печени прощупывается и выстукивается на 4 пальца ниже края рёбер по сосковой линии. Вверху притупление начинается на 4 ребре, абсолютная на 6. Температура 38,2°, пульс 90. При исследовании прямой кишки ничего ненормального не найдено. Было сделано предположение о субдиафрагмальном абсцессе и сделано 5 пробных проколов, при которых из-под диафрагмы получалась лишь кровь, а из полости плевры кровянисто-серозный экссудат, при исследовании которого найдено небольшое количество гнойных клеток и много кокков, частью расположенных короткими цепочками. При дальнейшем наблюдении больного экссудат в полости плевры сперва увеличивался, затем быстро стал уменьшаться и оставался всё время серозным. Температура понизилась почти до нормы, самочувствие больного значительно улучшилось, дыхание стало гораздо более свободным, живот почти безболезненным при ощупывании. С 1 октября температура снова повысилась и лихорадка приняла ремиттирующий характер, самочувствие больного опять стало ухудшаться, он худел и слабел, один раз был озноб. При исследовании 3/X найдена болезненность в точке Мас-Вигнеу'я, в правой боковой стороне живота и в правой поясничной области; пробный прокол сзади под 12 ребром дал лишь немного крови. При исследовании пальцем прямой кишки найдено значительное эластическое выпячивание передней стенки её выше предстательной железы, имевшей нормальную величину, форму и консистенцию; давление на эту припухлость вызывало лишь позыв на дефекацию, но было безболезненно.

Операция 5/X под хлороформным наркозом. Начата операция с осмотра червеобразного отростка ввиду подозрения о внебрюшинном субдиафрагмальном абсцессе, локализирующемся сзади. Отросток оказался совершенно нормальным на вид, был удалён, культя инвагинирована диагональным швом, рана зашита и закрыта коллодийной повязкой. Затем сделан пробный прокол Дугласова пространства через прямую кишку и получен шприц гноя.

Гнойник вскрыт разрезом передней стенки прямой кишки, из него вышло сильной струёй около 1,5 стакана жидкого гноя; в полость введена резиновая дренажная трубка. После операции температура не понижалась, с вечера 7/X больной стал бредить. 8/X при пробном проколе на левой боковой стороне груди получен из полости плевры в одном месте мутный серозный экссудат, а в другом, в ближайшем соседстве, чистый гной. Немедленно сделана при местной анестезии резекция 9 ребра по лопаточной линии; из полости плевры выпущено много мутного серозно-гнойного экссудата, а из отграниченной склейками полости между диафрагмой и нижней долей лёгкого выпущен чистый гной.

Полость плевры дренирована тремя резиновыми трубками. Бред по ночам, всё ослабевая, продолжался до 19/X. С этого времени началось заметное улучшение самочувствия и падение температуры. Дренажная трубка из Дугласова пространства удалена 9/X, гнойная полость к этому времени уменьшилась до величины грецкого ореха. 24/X влило в вену 10 куб. см 2% раствора колларгола. После этого уже через день температура, доходившая прежде до 39°, понизилась уже через день почти до нормы и скоро стала вполне нормальной. Дней через 15 после второй операции появились довольно сильные боли в правом плече и лопатке, державшиеся около недели и постепенно уменьшавшиеся при ежедневных смазываниях йодной настойкой. 7/XI удалены дренажные трубки из полости плевры. К 25/XI рана вполне зажила и больной выписался выздоровевшим.

148. Язвы прямой кишки.

Вера Д. 24 лет, мешанка г. Переславля, 3/XII—31/XII 1913 г.

Год назад появились небольшие геморроидальные шишки, причинявшие боли. Вскоре, однако, боли прекратились, шишки сморщились и совершенно не беспокоили больную.

3 недели тому назад шишки сильно увеличились и стали настолько болезненными, что больная должна была всё это время лежать в постели. При испражнении сильная режущая боль. При осмотре найдено несколько наружных шишек, местами изъязвившихся и покрытых трещинами. Операция 6/XII при местной анестезии. По растяжении сфинктера обнаружены язвы, занимающие часть кожу, частью слизистую оболочку почти всего заднего прохода. Одна из них находится выше сфинктера в прямой кишке и имеет заметно уплотнённые края и дно; величина этой язвы почти в 1 см. Дно язв чистое, но почти лишённое грануляций. Все язвы прижжены термокаутером, а из верхней вырезан кусочек для микроскопического исследования, при котором была обнаружена картина простой язвы. Из влагалища больной выделяются (только в последнее время, по её словам) очень жидкие бели, имеющие вид рисового отвара; в мазке из них было найдено огромное количество палочек, но гонококков не оказалось. По анамнестическим данным, сообщённым мужем больной, также нет оснований думать о гонорее. От прижигания язв никакого успеха не получилось и при второй операции, сделанной 20/XII при местной анестезии, оказалось, что язвы ещё более увеличились и появились 2 маленьких язвочки на коже вблизи заднего прохода, по-видимому, на местах вкола иглы при анестезировании; язвочки эти были выжжены термокаутером, затем слизистая оболочка заднепроходного отдела прямой кишки была вырезана по Whitehead'у на высоту 4 см до здоровой слизистой. Заживление прошло вполне гладко и 31/XII больная выписана выздоровевшей.

Осмотрена 10/VI 1914 года. Задний проход отличается от нормального только резкой границей между кожей и слизистой оболочкой. Изредка бывает недержание газов. Результатом операции больная вполне довольна.

149. Кровоизлияние в слизистой оболочке мочевого пузыря.

Пётр Г. 24 лет, кр. д. Строилово, Федорцевской волости, 9/IX—15/IX 1912 г.

6 сентября во время учения не мог выйти из строя, чтобы помочиться, и около 3/4 часа удерживал мочу. Вечером в этот же день появилась кровь в моче и с тех пор всё время больной мочится с резью и кровью; ни триппером, ни другими болезнями не страдал. Моча мутная, буроватого цвета, в осадке много белых и красных кровяных телец. При цистоскопии слизистая оболочка пузыря не представляет никаких воспалительных изменений, но повсюду на ней большие, имеющие вид неправильных пятен, кровоизлияния. После промываний пузыря ляписом в течение трёх дней моча стала совершенно нормальной, все расстройства исчезли и 15 сентября больной выписан.

150. Периорхит.

Василий К. 15 лет, с. Нилы, Переславской волости, 6/III—22/III 1912 г.

Небольшая, появившаяся месяц тому назад, водянка левого яичка. 7 марта извлечено шприцом 3 см прозрачного желтоватого выпота и вприснуто тут же под кожу мошонки. Рассасывания жидкости после этого замечено не было, прокол был повторён таким же образом, как и первый, 10 и 13 марта, и только после третьего прокола началось довольно быстрое рассасывание выпота. Ко времени выписки 22 марта оставалось лишь немного нерассосавшейся жидкости.

151. Водянка оболочек семенного канатика.

Михаил Ч. 8 лет, кр. с. Иванисово, Петровской волости, 16/IX—23/IX 1912 г.

Funiculocele средних размеров, появившееся несколько недель тому назад. Опухоль ясно просвечивает. 19 сентября сделан при местной анестезии подкожный разрез оболочек. Опухоль совершенно исчезла, в течение 3 дней держался небольшой отёк мошонки, затем и он исчез. 23 сентября выписан вполне здоровым.

152. Периорхит, паховая грыжа.

Григорий Д. 46 лет, кр. д. Овчинники, Нагорской волости, 15/IX—27/IX 1912 г.

Небольшая левосторонняя косая паховая грыжа, появившаяся весной 1912 года. Водянка оболочек правого яичка, замеченная больным 2 месяца тому назад; влагалищная оболочка яичка растянута до величины куриного яйца и ясно просвечивает. 18 сентября сделана при местной анестезии операция грыжи по Bassini; грыжевой мешок оказался сильно обросшим жиром. Кроме того, сделан подкожный разрез оболочек яичка, и жидкость вышла в подкожную клетчатку мошонки. На следующий день и яичко и мошонка оказались совершенно нормальными; периорхит исчез бесследно и не возобновлялся ко времени выписки 27 сентября. Рана после операции грыжи зажила гладко.

В июне 1913 года получено от больного известие, что он совершенно здоров и опухоли в правой паховой области нет.

153. Периорхит.

Пётр П. 8 лет, кр. с. Алфёрово, Половецкой волости, 15/IX—22/X 1913 г.

Левостороннее hydrocele величиною 7×4 см, появившееся около 10 месяцев тому назад. Оболочки тонки, просвечивают.

17/IX сделан подкожный разрез оболочек на протяжении нескольких сантиметров ножом Egefe. Содержимое hydrocele, прозрачная жидкость, почти всё вытекло наружу через маленькую ранку при самом лёгком надавливании и только небольшая часть жидкости осталась в мошонке, образовав небольшой отёк её. Ранка заклеена коллодием.

18/IX отёк мошонки почти таких размеров, как прежде hydrocele. Полная безболезненность.

19/IX hydrocele снова наполнилось. Опорожнить его в мошонку удалось лишь после довольно продолжительного и несколько болезненного разминания.

20/IX hydrocele опять наполнилось, но есть и довольно значительный отёк мошонки. Опорожнить вполне hydrocele разминанием уже не удалось, оно лишь уменьшилось. 21/IX довольно значительный отёк мошонки, но hydrocele наполнено и плохо разминается. Снова сделан подкожный разрез оболочек, из кожной ранки фонтаном брызнула кровянистая жидкость. Hydrocele опорожнено совершенно и ранка заклеена коллодием. И на этот раз операция не имела успеха, hydrocele через день снова наполнилось.

25/IX при местной анестезии сделана операция по Winkelmann'у через паховый разрез. Подкожный разрез оболочек оказался рыхло склеенным, в полости hydrocele немного кровяных сгустков, небольшое повреждение яичка, происшедшее при подкожном разрезе. Заживление прошло гладко. Выписан 22/X.

154. Периорхит.

Сергей М. 56 лет, мещанин г. Переславля, 4/IV—11/IV 1913 г.

11 марта сего года во время работ на дворе, где поднимал поленья, почувствовал сразу весьма резкую боль в правой половине мошонки. Боль была настолько сильной, что с трудом добрался до дому и принуждён был слечь в постель, где заметил, что развившаяся в течение 3—4 месяцев перед заболеванием и достигшая величины кулака правая половина мошонки сразу уменьшилась и стала резко болезненной.

При исследовании было найдено следующее: резкая чувствительность правой половины мошонки, кожа здесь ясно отёчна. Паховый канал свободен, не болезнен. Брюшная стенка не напряжена, не чувствительна к давлению. (Рвоты, поноса не было.) Общее самочувствие удовлетворительное.

Поставлено распознавание разрыва водянки яичка; назначены: покой, тепло. Через 3 дня больной совершенно оправился.

В начале апреля он показался.

Найдена ясная гидроцеле (зыбление, просвечивание). С частичным спереди выпячиванием серозной оболочки на месте бывшего разрыва.

5/IV под кокаином операция. Найдено как бы грыжевое выпячивание серозной стенки мешка на передней поверхности его покровов.

По вскрытии мешка найдены старые кровяные небольшие сгустки; в окружности бывшего разрыва воспалительные сращения. Операция по Winkelmann'у. Рана зашита наглухо.

К 11 апреля рана зажила и больной выписан.

155. Омертвление полового члена, подбрюшинная флегмона.

Алексей Р. 59 лет, мещанин г. Переславля, 25/VII—9/VIII 1912 г.

Переведён из терапевтического отделения, куда поступил 24 июля, через неделю после появления на frenulum praeputii без видимой причины гангренозного пятна, быстро распространившегося на всю крайнюю плоть, sulcus coronarius и orificium externum urethrae.

После отделения омертвевших частей осталось упорно не заживавшее обширное изъязвление головки члена. С 5 июля замечено припухание подвздошных желёз с левой стороны, постепенно увеличивавшееся в дальнейшие дни. Ко времени перевода в хирургическое отделение железы образовали большой, неподвижный и крайне болезненный пакет, появилась контрактура в тазобедренном суставе и гектическая лихорадка. 25 июля под хлороформным наркозом сделана ампутация полового члена и внебрюшинное чревосечение, при котором выпущено много густого вонючего гноя. В полость введены марлевые выпускники. Температура сразу упала до нормы после операции. Ещё во время пребывания в терапевтическом отделении у больного появилась пустулёзная сыпь по всему телу, которую, однако, приняли за медикаментозную сыпь, вызванную йодистым калием, который принимал больной.

Сыпь эта, однако, всё увеличивалась, появились многочисленные рупии и сифилитическая ангина; больной переведён в заразное отделение.

156. Бугорчатка придатка яичка.

Николай К. 39 лет, духовного звания, г. Переславль, 29/II—8/III 1912 г.

Недели 2 тому назад появилось небольшое затвердение в нижнем конце придатка левого яичка и теперь уже распространилось на весь придаток; прощупывается узловатое безболезненное затвердение придатка, особенно значительно у нижнего полюса яичка; семенной канатик и яичко не поражены.

Гонореей никогда не болел. Кашляет года два, потеет по ночам, лихорадит (выше 38° по вечерам), сильно худеет. В верхней доле правого лёгкого сзади бронхиальное дыхание и влажные хрипы.

Операция 1 марта при местной анестезии. Через паховый разрез выделен семенной канатик, в него впрыснут адреналин-новокаин, яичко выведено в рану, обнаружены творожистые узлы по всему придатку. Яичко удалено. На разрезе туберкулёзная инфильтрация и творожистые узлы по всему придатку, яичко нормально. Рана зажила первичным натяжением и 8 марта больной выписан. При микроскопическом исследовании найдены многочисленные бугорки, частью в состоянии творожистого распада.

157. Бугорчатка придатка яичка.

Владимир С. 32 лет, кр., г. Переславль, 20/XII 1913—12/I 1914 г.

Кашляет около 2 лет, бывали сильные кровохаркания. Около 1,5 месяцев тому назад впервые заметил затвердение в правом яичке, а дней 10 тому назад вскрылся абсцесс на мошонке. Больной худ, бледен, в левой лёгочной верхушке много влажных и сухих хрипов. Придаток правого яичка превращён в твёрдые бугры; на задне-боковой стороне мошонки небольшая язва, отделяющая жидкий гной и творожистый распад. Моча прозрачна, насыщенно жёлтого цвета, содержит 3% белка, в осадке много гнойных шариков. При цистоскопии обнаружена воспалительная инфекция сосудов в Trigonum Lieutaudii и слегка

бугристые инфильтраты вблизи устьев обоих мочеточников, подозрительные в отношении туберкулёза. Семенные пузырьки через прямую кишку не прощупываются.

Операция 21/ХІІ под хлороформным наркозом. Удалено правое яичко через паховый разрез с высокой перерезкой семенного канатика. Придаток оказался почти сплошь занятым творожистыми узлами, в паренхиме яичка также найдены многочисленные творожистые узелки и бугорки.

Заживление гладкое. 12/І больной выписался для амбулаторного лечения.

158. Пузырно-влагалищный свищ.

Дарья Ч. 37 лет, кр. с. Усолье, Копнинской волости, 23/VII—1/IX 1913 г.

Рожала 10 раз, 3 раза мёртвых. Роды всегда были очень трудными и длились не менее 2 суток. Последние роды, бывшие 7 июля этого года, закончены перфорацией головки плода. Вскоре после родов стала течь моча из влагалища. Поступила больная с огромным пузырно-влагалищным свищем, занимающим почти всю переднюю стенку влагалища и свободно пропускающим 2 пальца в толстой резиновой перчатке. Передняя губа влагалищной части разрушена и свищ начинается почти непосредственно от наружного маточного зева. Нижняя граница свища близко подходит к наружному отверстию уретры. Размеры таза: d. cr. 26, d. spin. 24, d. troch. 32, conjugata ext. 16.

Больная крупного и крепкого телосложения, хорошего питания. В течение 3 недель она подготавливалась к операции спринцеванием раствором *kalii hypermanganici*, и скоро исчезло довольно значительное раздражение влагалища и наружных половых частей, бывшее при поступлении в больницу; свищ за это время уменьшился настолько, что поперечник его соответствовал 1,5 пальцам, но верхняя и нижняя границы остались прежними.

Операция 16/VIII при местной анестезии. Свищ очерчен разрезом со всех сторон, на края пузыря в разных местах наложены швы для держания, и при потягивании за них пузырь настолько далеко отпрепарован со всех сторон, что его можно было далеко вытянуть, и благодаря этому без особенного труда удалось сшить отверстие в нём кетгутowymi швами по типу Lembert'овских кишечных; предварительно края слизистой были освобождены на всём протяжении дефекта. Ввиду узости влагалища и невозможности низвести матку зашить свищ каким-либо из обычных способов было бы невозможно, а ввиду разрушения передней губы влагалищной части был неприменим и способ Küstner'a. По окончании шва пузырь был наполнен физиологическим раствором, и нигде не было видно просачивания его. Слизистая влагалища сшита кетгутом на всём протяжении, кроме ближайшего к влагалищной части участка разреза, оставшегося не сшитым на протяжении 1,5—2 см вследствие полной недоступности этого места для наложения швов. В пузырь введён нелатоновский катетер, укрепленный швом. Вскоре после операции появилось порядочное кровотечение из влагалища, не останавливавшееся несмотря на тампонаду. В 7 часов вечера, по удалении сгустков, к кровоточащему месту введена вата, пропитанная 5% раствором антипирина, и влагалище затампонировано ватой. Кровотечение остановилось и больше не возобновлялось. Заживление прошло совершенно гладко, 24/VIII удалён катетер и больная хорошо мочилась. Из раны пузыря ни капли мочи не просачивалось и зажила она безупречно. При цистоскопии в день выписки 1/IX всё дно пузыря представляется в виде больших жёлто-беловатых отёчных бугров, напоминающих *oedema bullasum* колоссальных размеров. Ни линии шва, ни отверстий мочеточников за этими буграми не видно.

159. Пузырно-влагалищный свищ.

Мария В. 34 лет, кр. д. Ботогово, Половецкой волости, 5/VI—23/VI 1913 г.

Замужем 17 лет, было 10 родов, все очень тяжёлые, семеро детей родились мёртвыми. Последние роды в конце марта настоящего года продолжались неделю, ребёнок родился мёртвым. Две недели спустя после родов началось произвольное выделение мочи через влагалище. Размеры таза: d. crist. 24, d. spin. 26, d. troch. 29, conjugata ext. 18.

На передней стенке влагалища, несколько влево от средней линии и пальца на 2 выше входа во влагалище, очень маленький втянутый вглубь слизистой оболочки мочевого свищ.

Операция 12 июня при местной анестезии. Свищ очерчен эллиптическим разрезом, слизистая оболочка влагалища отпрепарована в обе стороны, края свища освежены, при чём получилось отверстие диаметром в 5 мм, края последнего сшиты шестью кетгутowymi швами, затем наложен ещё кисетный шов на пузырь для погружения зашитого свища,

и наконец слизистая влагалища сшита кетгутотом. В пузыре введён постоянный катетер. Через неделю катетер удалён, свищ зажил и 23 июня больная выписана здоровой.

160. Пузырно-влагалищный свищ.

Анастасия П. 35 лет, кр., г. Переславль, 25/VII—13/VIII 1912 г.

Родила 1 мая 1912 года. Плод родился в лицевом положении подбородком вперёд и роды были закончены перфорацией головки. Через 3 недели после родов появилось недержание мочи и обнаружен пузырно-влагалищный свищ вблизи шейки матки, пропускающий указательный палец. Цистит и обильное отложение солей на краях свища потребовали долгой подготовки промываниями раствором соды; за это время свищ уменьшился вдвое. 29 июля свищ зашит при местной анестезии по способу Küstner—Волковича. Постоянный катетер оставался в пузыре до 8 августа; по удалении его на нём найдены обильные отложения солей, а в мочевом осадке под микроскопом довольно много (30—40 в поле зрения) лейкоцитов. Начаты ежедневные промывания пузыря раствором ляписа. 10 августа сняты швы и 13 больная выписана выздоровевшей.

По позднейшим сведениям больная вполне излечена.

161. Пузырно-влагалищный свищ.

Евдокия Ш. 27 лет, кр. д. Осурово, Погостовской волости, 19/VII—23/VIII 1912 г.

В первых числах июня рожала в пятый раз; роды длились около суток и закончены декапитацией плода при очень запущенном поперечном положении. Через 2 недели появилось недержание мочи и при поступлении в больницу найден расположенный на середине высоты влагалища пузырно-влагалищный свищ около 5 мм диаметром. До 10 августа производились ежедневные промывания пузыря для устранения солей, отложившихся на краях свища. К этому времени свищ значительно уменьшился, в осадке мочи были лишь единичные лейкоциты. 12 августа операция при местной анестезии. Свищ очерчен эллипсоидальным разрезом, слизистая оболочка влагалища отпрепарована в обе стороны, края свища освежены и наложены в 2 этажа узловатые кетгутотые швы; третьим этажом швов сшита слизистая влагалища и в пузырь введён постоянный катетер. Через 7 дней удалён катетер, больная стала самостоятельно мочиться, рана прекрасно зажила и 23 августа больная выписана выздоровевшей.

162. Пузырно-влагалищный свищ.

Елена Я. 36 лет, кр. д. Черницыно, Смоленской волости, 18/V—3/VI 1912 г.

Родила в 10 раз в первых числах апреля. Только трое детей родились живыми, остальные мёртвыми, и 9 из 10 рождались тазовым концом. Последние роды длились трое суток (принимала деревенская повитуха). После родов моча беспрестанно течёт из влагалища. Небольшая экзема наружных половых органов; пузырно-влагалищный свищ с гусиное перо диаметром помещается пальца на два выше входа во влагалище. После подготовки уротропином, промываниями пузыря и влагалища сделана 25 мая операция при местной анестезии. После продольного разреза через свищ отпрепарована в обе стороны от него слизистая оболочка влагалища от пузыря, вырезаны края свища и отверстие в пузыре зашито двумя рядами кетгутотых узловатых швов и, сверх того, кисетным швом. Сшита слизистая влагалища и в пузырь введён катетер à demeure. Под конец операции замечено небольшое кровотечение между швами слизистой влагалища и в последнее введён марлевый тампон; по недосмотру тампон был удалён лишь на второй день и линия швов во влагалище найдена обложенной беловатым налётом. 1 июня снова замечено истечение мочи из влагалища, а 3 июня больная выписалась вследствие смерти дочери.

163. Гипертрофия предстательной железы.

Николай С. 78 лет, кр. д. Дядькино, Глебовской волости, 26/VI—7/IX 1912 г.

Впервые появилось затруднение мочеиспускания около года тому назад. Мочился долго натуживаясь, днём раз 10 и ночью раз 5. Гонореей никогда не болел. 20 июля после основательной выпивки наступило почти полное задержание мочи и в течение пяти дней моча выходила лишь с крайним трудом и в очень незначительном количестве; накануне поступления в больницу мочеиспускание стало совершенно невозможным. Несмотря на свои годы, больной ещё бодр и крепок. Мочевой пузырь растянут до пупка; в надчревной области субсерозная липома величиною с куриное яйцо; сердце и лёгкие здоровы. Нелатоновский

катетер не проходит и выпустить мочу удалось лишь катетером Brodie. Моча прозрачна, слабо-жёлтого цвета, белка не содержит, в осадке лишь 6—8 лейкоцитов в каждом поле зрения. Через прямую кишку прощупывается равномерно увеличенная более чем вдвое предстательная железа. Катетеризация, сопровождавшаяся каждый раз кровотечением, производилась в течение 3 дней, но 30 июля не удалось ввести ни одного катетера и потому сделана при местной анестезии надлобковая простатэктомия, сопровождавшаяся не особенно большим кровотечением. Удалена железа величиною с крупную картофелину; все доли её равномерно увеличены, предстательная часть уретры превращена в сагиттально расположенную щель, пропускающую указательный палец. В ложе железы введена дренажная трубка, обёрнутая марлей, пузырь затампонирован марлей и рана уменьшена швами. На 4 день удалена дренажная трубка и марля из пузыря, введён постоянный катетер и пузырь дважды в день промывался борным раствором. 20 июля удалён катетер и с этого времени больной начал самостоятельно мочиться; однако часто наступала задержка мочеиспускания и тогда моча выделялась через надлобковый свищ; начата электризация пузыря и мочеиспускание стало улучшаться. Свищ зажил вполне только к 7 сентября и больной выписан с вполне восстановившимся мочеиспусканием.

По позднейшим сведениям больной мочится свободно.

164. Гипертрофия предстательной железы.

Назар К. 62 лет, кр. с. Ефимьево, Петровской волости, 26/III—22/VI 1912 г.

Лет 10 страдает затруднением мочеиспускания. 22 марта произошла без видимой причины полная задержка мочи. При поступлении в больницу пузырь был растянут до пупка и опорожнялся постепенно в течение трёх дней катетером. Предстательная железа увеличена почти в два раза, равномерно плотна, гладка. Нелатоновский катетер не проходит, эластический катетер Мегсieg проходит свободно. Больной крепкого сложения, но у него резко выраженный атеросклероз. Моча прозрачна, белка и сахара не содержит, в осадке лишь единичные лейкоциты. Операция 31 марта при местной анестезии. Надлобковым сечением широко вскрыт мочевого пузырь, впрыснут 0,5% адреналин-новокаин под слизистую оболочку, покрывавшую сильно выступавшую среднюю долю железы, сделан разрез над последней и вылучена пальцем большая железа. Кровотечение было довольно сильным и потому в ложе железы пришлось ввести марлевый тампон, выведенный через нижний угол раны, введён катетер à demeure и рана пузыря зашита двухэтажным швом до тампона, сшиты мышцы, апоневроз и кожа; в предпузырное пространство введён небольшой выпускник. По словам больного, боль он чувствовал только при вылучении железы и она была вполне терпима. После операции температура поднималась до 38,0—38,5°, на 9 день после операции стала быстро повышаться при потрясающем ознобе и на следующий день достигла 40,3°, озноб повторился; в этот день влило в вену 10 см 2% раствора колларгола и уже через день температура упала до нормы и ознобы больше не повторялись. На 8 день удалена дренажная трубка и сняты швы, на 14 день удалён постоянный катетер и больной начал самостоятельно мочиться; пузырь промывался ежедневно утром раствором ляписа, а вечером борным раствором, но всё время из него вымывалось довольно много гноя. Больной совсем потерял аппетит и постепенно слабел. 22 апреля выписался по собственному желанию. При микроскопическом исследовании удалённой предстательной железы найдена железистая гипертрофия её.

По полученным позже сведениям, вскоре после выписки больной совершенно поправился, стал свободно мочиться, свищ над лобком закрылся.

165. Гипертрофия предстательной железы.

Самуил Р. 61 г., кр. д. Евстигнеево, Нагорской волости, 1/V—8/VI 1912 г.

Около 5 недель тому назад свободное дотолё мочеиспускание стало затрудняться и через неделю произошла полная задержка мочи; больной поступил в больницу, где ему выпускали мочу катетером, а затем направили в Переславскую больницу; дав на дорогу мягкий катетер, которым больной и пользовался. Через прямую кишку прощупывается огромных размеров предстательная железа (в 3 раза больше нормальной), равномерно увеличенная и небольшой плотности. Нелатоновский катетер проходит свободно. В моче обильный гнойный осадок. Температура резко колеблется и доходит до 40,3°. 7 мая при местной анестезии сделана цистостомия; края широкого разреза пузыря пришиты к коже и в пузырь введён марлевый

тампон. Увеличение предстательной железы при осмотре её из пузыря оказалось ещё большим, чем при исследовании через прямую кишку: образуемый ею очень большой выступ занимает значительную часть полости пузыря; сильно увеличена и передняя доля железы. После операции температура не понижалась и 9 мая влило в вену 5 куб. см 2% раствора колларгола и на следующий день температура стала нормальной. Пузырь промывался ежедневно перекисью водорода, так как слизистая его упорно кровоточила. К 26 мая цистит настолько был излечен, что стало возможным приступить к простатэктомии, и в этот день под хлороформно-эфирным наркозом вылучена пальцем огромная предстательная железа (величиною в крупное яблоко), увеличение которой было вызвано гипертрофией левой и передней долей. Простатическая часть уретры, сплюснутая в передне-заднем направлении и имевшая вид дугообразно-изогнутой в правую сторону щели, свободно пропускает указательный палец. В ложе железы введена толстая дренажная трубка и марлевый выпускник, введён катетер à demeure и весь пузырь выполнен марлей. Уже на другой день температура поднялась до 39°, в следующие дни доходила до 40,2°. 29 мая впрыснуто в вену 6 куб. см 2% раствора колларгола, 4 июня ещё 8 куб. см, но успеха не было. Замечена задержка гноя в ложе предстательной железы и 3 июня сделан при местной анестезии дугообразный промежностный разрез и введена отсюда толстая дренажная трубка. Тем не менее, состояние больного не улучшилось, температура не понизилась и утром 8 июня он умер.

При микроскопическом исследовании найдена железистая гипертрофия предстательной железы.

166. Гипертрофия предстательной железы.

Пётр Р. 65 лет, кр. д. Ананкино, Хмельниковской волости, 22/IV—8/V 1913 г.

Точных сведений о начале заболевания получить от больного не удастся. Можно только установить, что в марте 1912 года, после попойки, произошла полная задержка мочи, длившаяся три дня. По поводу этого больной поступил в больницу, где пролежал две недели. По выписке из больницы мочеиспускание всё более и более затруднялось, позывы на мочеиспускание учащались (в последнее время раз 10 ночью и беспрестанно днём), появилась сильная резь при мочеиспускании.

Больной сам по себе спускал мочу нелатоновским катетером (раза 2 в день). При поступлении в больницу полная задержка мочи, пузырь очень сильно растянут, ввести катетер не удалось. При исследовании через прямую кишку предстательная железа найдена равномерно увеличенной, достигающей величины куриного яйца и имеющей плотную консистенцию. Моча очень мутна, с обильным гнойным осадком.

23 апреля при местной анестезии произведено широкое вскрытие мочевого пузыря над лонным сочленением и края разреза его сшиты с краями брюшной раны. Слизистая пузыря оказалась сильно воспалённой, средняя доля предстательной железы сильно вдаётся в мочевой пузырь; позади неё глубокий карман, в котором найден почти чистый гной. Полость пузыря выполнена марлевыми тампонами, которые при последующем лечении менялись ежедневно; кроме того, раз в день в пузырь вливался раствор ляписса 1 : 500. После операции больной совершенно потерял аппетит и ничего не ел. Он быстро слабел и 8 мая умер.

167. Гипертрофия предстательной железы.

Яков О. 77 лет, кр. д. Слободка, Погостовской волости, 7/VI—12/VI 1912 г.

Полная задержка мочи, лёгкий цистит; предстательная железа увеличена в 2 раза, очень тверда. Катетеризация больному не понравилась и 12 июня он выписался.

Сильное затруднение мочеиспускания снова заставило больного поступить в больницу. Введение катетера вызывает сильную боль. 25 ноября при местной анестезии сделана цистостомия по Rovsing'у (с помощью Pezzer'овского катетера). После операции упорно держался гнойный цистит, несмотря на ежедневные промывания ляписом. Больной потерял аппетит, ослабел и 1 февраля умер.

168. Киста яичника.

Евдокия К. 26 лет, кр., г. Переславль, 10/V—1/VI 1913 г.

Больная девственница, страдавшая прежде только диспептическими расстройствами, зависевшими от солитера, который был изгнан в 1912 году. В начале декабря 1912 года больная подняла на руки 8-летнего мальчика, и при этом почувствовала сильную боль

в нижней части живота; боль эта постепенно стихла, но с меньшей силой продолжалась до Рождества, когда больная случайно заметила опухоль в животе; акушерка, к которой больная обратилась по этому поводу, сочла эту опухоль за беременную на 8 месяце матку. Месячные у больной вплоть до поступления в больницу всегда были правильными. Видна и отчётливо прощупывается киста яичника величиною почти с голову взрослого; верхняя граница этой опухоли на 2 пальца выше пупка, опухоль свободно подвижна, чрез влагалище прощупывается как обширное эластическое выпячивание в заднем своде. Сердце, лёгкие и моча нормальны.

Операция 14 мая под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по средней линии, начинающийся на 2 пальца выше пупка и доходящий до лобка. Выведена однополостная киста правого яичника с довольно широкой ножкой; когда уже была почти окончена перевязка и перерезка последней, киста внезапно лопнула, и из неё вылилось очень много красно-бурой, довольно густой жидкости, значительная часть которой попала в брюшную полость. По удалении кисты найдена вторая киста, величиною немного меньше кулака, но уже многополостная, находившаяся в Дугласовом пространстве и исходившая из левого яичника. Удалена и эта киста вместе с трубой. Правая труба не была спаяна с правой кистой, оставлена нетронутой и использована для закрытия дефекта брюшины на задней стороне матки, которая была сращена с кистой. На брюшине, в нижнем углу раны, была найдена и удалена довольно плотная опухоль величиною с голубиное яйцо. Брюшная полость была очищена марлевыми компрессами и защита наглухо. Заживление осложнилось только образованием маленького абсцесса вследствие лигатурного нагноения. В течение недели после операции длилось небольшое маточное кровотечение (последние месячные закончились незадолго до поступления в больницу). Микроскопическое исследование опухоли, вырезанной из брюшины нижнего угла раны, показало, что это фиброма.

169. Киста яичника.

Феодора Н. 40 лет, кр. с. Соломидино, Глебовской волости, 17/VII—2/VIII 1913 г.

Лет 10 назад начала испытывать небольшие тянущие боли внизу живота. Менструации недель через 5—6, дней по 7—8. Года три тому назад боли значительно усилились, крови начали приходить недели через 2—3, сильнее, чем раньше. 2 года 4 месяца тому назад у больной были роды, после которых семь недель продолжалось довольно сильное кровотечение. 2 года тому назад больная сама заметила внизу живота небольшую опухоль.

В настоящее время больная жалуется на значительные боли внизу живота, усиливающиеся при движениях. Менструации недели через 2—3, дней по 8, обильные, сопровождаются болями. За последнее время больная сильно ослабела, часто страдает головными болями и головокружениями.

Больная полная и здоровая на вид женщина. Сердце и лёгкие здоровы, со стороны органов пищеварения нет никаких расстройств, моча нормальна. Над лобком справа прощупывается небольшая, очень подвижная шаровидная опухоль. При комбинированном исследовании матка раза в два больше, чем в норме, тверда, слегка бугриста; справа от неё шаровидная, гладкая, слегка эластическая опухоль, производящая впечатление субсерозной миомы. Яичники не прощупываются.

Операция 19/VII под хлороформно-эфирным наркозом. Разрез от пупка до лобка по средней линии. Легко выведена однокамерная киста величиною в кулак, помещавшаяся справа, но принадлежавшая левой стороне. Киста, очевидно, паровариальная, так как яичник, несколько не изменённый, не находится с нею в связи, киста же сильно вытянутая, тесно спаяна с трубой. Киста удалена после перевязки ножки кетгутом в 3 пучка, культя обшита. Правые придатки нормальны, матка вдвое больше, чем нормально, в ней довольно много мелких фиброматозных узелков, но нет ни одного крупного узла. Матка оставлена, рана защита 5-этажным швом: 1) брюшина с поперечной фасцией, 2) мышцы, 3) апоневроз, 4) подкожный жир, 5) кожа; жир и мышцы сшиты кетгутом, остальные швы нитяные. Выздоровление совершенно гладкое. Швы сняты на 10 день и 2 августа больная выписана.

170. Киста яичника.

Матрёна С. 52 лет, кр. д. Романка, Глебовской волости, 29/VIII—14/IX 1913 г.

Родила 1 раз. 2 года тому назад заметила опухоль в животе, помещавшуюся больше с правой стороны. Теперь эта опухоль достигла такой величины, что верхняя граница её находится на половине расстояния между пупком и мечевидным отростком, нижняя

в малом тазу. Опухоль имеет овоидную форму, легко подвижна в стороны, нижний полюс её фиксирован в малом тазу. Консистенция туго-эластическая. При исследовании чрез влагалище в переднем и правом своде прощупывается нижний полюс опухоли, матка отклонена вправо и кзади. Сердце и лёгкие здоровы, моча нормальна. Больная худа, истощена.

Операция 31/VIII под хлороформным наркозом. Разрез живота по средней линии начат на 3 пальца выше пупка и доведён до лобка. Киста покрыта спереди тонким салником, нижний край которого приращён в малом тазу, а боковые края сращены с пристеночной брюшиной. По отделении салника киста легко выведена. Ножка её широка и в состав её входит медиальный листок брыжейки S-образной кишки на довольно большом протяжении и левая широкая связка, из которой входят в стену кисты очень большие вены. По удалении кисты листки брыжейки и широкой связки сшиты непрерывным швом. Правые придатки нормальны; матка также. Брюшная рана зашита трёхэтажным швом с четырьмя подкрепляющими швами. Заживление без малейших осложнений. Швы сняты 11/IX, 14/IX больная выписана. Удалённая киста была многополостной.

171. Киста яичника.

Василиса В. 68 лет, кр., г. Переславль, 29/I—19/II 1913 г.

Киста яичника величиною с голову взрослого, существующая лет 30; боли в животе, запоры, небольшой артериосклероз и миокардит, моча нормальна.

Операция 2 февраля под эфирно-хлороформным наркозом. Разрез по средней линии, начинающийся на 3 пальца выше пупка и доходящий до лобка. Киста с толстыми стенками прикреплена внизу на очень широком основании, так что, по-видимому, она развилась между листками левой широкой связки. Надрезана брюшина со всех сторон у основания кисты и при выделении последней из клетчатки стенка кисты прорвалась и из неё вытекло очень много жидкости, весьма похожей на гной; однако при микроскопическом и бактериоскопическом исследовании оказалось, что это стерильная жидкость, содержащая огромное количество капелек гноя разной величины и таблички холестерина. По удалении кисты тщательно сшита брюшина над получившимся дефектом и брюшная рана зашита наглухо. Заживление прошло без всяких осложнений.

172. Паровариальная киста.

Прасковья А. 22 лет, кр. д. Фалисово, Нагорской волости, 26/V—23/VI 1912 г.

В первых числах ноября 1911 года упала на лежанку печи и ушибла нижнюю часть живота; после этого ушиба появились боли в пояснице и внизу живота, частое мочеиспускание. При исследовании найдена киста правого яичника величиною в апельсин, прощупываемая через передний свод и вполне подвижная.

Операция 6 июня под эфирно-хлороформным наркозом. Брюшная полость вскрыта разрезом по средней линии в 8 см, выведена и удалена однокамерная киста величиною в апельсин, помещавшаяся непосредственно у нормального правого яичника и, по-видимому, развившаяся из паровария. Гладкое заживление. Остались после операции боли в пояснице, на которые и до неё жаловалась больная.

173. Миома и стеноз шейки матки.

Дарья А. 36 лет, кр., г. Переславль, 19/V—29/VI 1912 г.

Со времени появления месячных страдает сильными болями при них; девственна. Наружный маточный зев имеет вид точки, канал очень узок, матка увеличена раза в 1,5 и очень плотна, левый яичник увеличен и болезнен. Обширное гуммозное разрушение твёрдого нёба и носа. У верхушки сердца резкий систолический шум.

31 мая шейка матки рассечена ножницами с обеих сторон до сводов и введён марлевый тампон. Бывшие после операции регулы снова сопровождались такой сильной болью, что больная настойчиво просила избавить её от мучений какой угодно ценой. 15 июня сделано под хлороформно-эфирным наркозом чревосечение по средней линии; матка оказалась мио-матозно-перерождённой, левый яичник величиною с волошский орех кистозно перерождён, левая широкая связка сращена тонкими спайками с colon-syugmoideum; брюшина передней стороны матки до самого дна её сращена с мочевым пузырём. Правый яичник нормальной величины, но в нём несколько кистозных пузырьков. Удалена путём надвлагалищной ампутации (оставлена лишь небольшая часть шейки) матка с левыми придатками; правый яичник оставлен. Несмотря на порок сердца, больная хорошо перенесла 1,5-часовой наркоз.

Заживление осложнилось лишь метеоризмом, быстро устранённым введением трубки в задний проход. 29 июня выписана здоровой.

174. Множественные полипы прямой кишки.

Николай Г. 64 лет, кр. с. Елизарово, Елизаровской волости, 20/V—1/VI 1913 г.

Лет шесть страдает непрерывным поносом. Первые три года слабило 3—5 раз в сутки, без болей; на четвёртый год в испражнениях стала появляться кровь. Кровавые поносы продолжались с год. В это же время больной начал испытывать боли в области заднего прохода, вначале слабые, затем постепенно усилившиеся настолько, что последние 2 года больной неработоспособен. В настоящее время ломящие боли в нижней части живота и в заднем проходе настолько сильны, что с полгода больной не может спокойно спать. Слабит раз 5—10 в сутки со слизью. Appetit сохранён, диспептических расстройств нет.

Небольшой кашель, в лёгких немного сухих хрипов. Тоны сердца глухи, артериосклероз слабой степени. Заметной кахексии нет. При исследовании пальцем прямой кишки она оказывается усеянной множеством полипов довольно плотной консистенции и разнообразной величины, от горошины до боба; большая часть этих полипов имеет довольно широкую ножку. Полипы рассеяны на всём протяжении кишки, доступном пальцу; в области третьего сфинктера, по-видимому, существует инфильтрация кишечной стенки и некоторое сужение её просвета. При ощупывании живота небольшая болезненность в подчревной области, особенно слева. Один из полипов был удалён, и микроскопическое исследование показало, что он имеет строение доброкачественной аденомы.

На операцию больной соглашался, но, когда был предупреждён, что может возникнуть необходимость в образовании искусственного заднего прохода, он от операции отказался и выписался.

175. Рак прямой кишки.

Акулина Л. 41 г., дворянка, д. Крестьянка, Глебовской волости, 23/XI 1913—11/II 1914 г.

Начало своей болезни больная относит к августу этого года, когда у неё без видимой причины начался понос, продолжавшийся более 3 недель; затем появилась болезненность в нижнем отделе прямой кишки, особенно с левой стороны; теперь эта болезненность стала настолько сильной, что больной трудно сидеть. За время болезни она замечает исхудание и прогрессирующую слабость, но и теперь она ещё далеко не худа. В нижнем отделе прямой кишки, непосредственно над заднепроходной частью её, прощупывается язва с твёрдым бугристым дном и такими же, местами подрытыми, краями; язва занимает заднюю и часть боковых сторон кишки, подвижна вместе со стенкой прямой кишки, имеет в диаметре около 5 см, верхний её край приходится на уровне верхушки копчика. Сердце и лёгкие здоровы, моча белка и сахара не содержит.

Операция 27/XI под эфирным наркозом. Задний проход очерчен круговым разрезом, заднепроходная часть кишки отпрепарована и туго перевязана лигатурой. По левой стороне крестца сделан парасакральный разрез, доведённый до заднего прохода, удалён кончик, выделена прямая кишка до переходной складки брюшины и ампутирована на высоте 12—13 см от заднего прохода. Кишка удалена вместе с её фасцией и жировой клетчаткой, покрывавшей её заднюю сторону. Верхний отрезок кишки перегнут через нижний край крестца и шит в рану, последняя выполнена тампонами из йодоформной марли, частью уменьшена погружными кетгутовыми швами и зашита вплоть до нижнего (заднепроходного) конца её, где выведены марлевые тампоны. Вечером, ночью и утром 28/XI у больной была частая рвота, она жаловалась на головокружение, пульс участился до 120. Было предположено отравление йодоформом, и утром 28/XI йодоформные тампоны удалены и заменены стерильными марлевыми.

Утром 6/XII первое испражнение, вызванное касторкой. Заживление раны совершенное гладкое. К концу декабря на месте бывшего заднего прохода, где был введён выпускник, оставалась лишь маленькая ямка. Кишка была ампутирована пальца на 3 выше верхнего края раковой язвы, имевшей величину серебряного рубля (под микроскопом аденокарцинома), но разрез кожи вокруг заднего прохода прошёл близко от нижнего края язвы; поэтому 2/I 1914 года при местной анестезии сделана дополнительная операция: область бывшего заднего прохода широко и глубоко вырезана и дефект шит с марлевым выпускником; последний не предотвратил, однако, довольно сильного нагноения, вскрывшегося через несколько дней во влагалище. Рана была широко раскрыта, и лечение велось тампонадой.

11/II больная выписалась с почти закрывшейся раной.

176. Рак мочевого пузыря.

Иван Г. 60 лет, кр. д. Исаково, Смоленской волости, 6/IX—16/IX 1912 г.

В семье больного новообразований ни у кого не было; сам он всегда был здоров. В феврале 1912 года в течение 2 дней была кровавая моча, но затем кровотечение не повторялось до июня, с июня же не прекращается сильная гематурия, больной сильно ослабел, исхудал и дошёл до очень сильного малокровия. Мочеиспускание немного учащено (6—8 раз в сутки) и сопровождается небольшой резью, иногда струя мочи прерывается вследствие закупорки мочеиспускательного канала сгустком крови. Моча тёмно-красного цвета и даёт очень обильный осадок красных кровяных телец. Осмотреть пузырь вследствие обилия крови удалось только при помощи цистоскопа с промывателем, да и то сильно мешала кровь; вся левая половина дна пузыря занята бугристой опухолью, отверстия левого мочеточника не видно, отверстие правого ясно видно.

Операция 11 сентября при местной анестезии; при обнажении пузыря ранена брюшина, и отверстие в ней зашито двухэтажным кетгутовым швом, широко вскрыт пузырь и в нём найдено обширное бугристое инфильтрирующее новообразование, занимающее большую часть дна пузыря, его шейку, части передней и левой стенок; два узелка находятся высоко на задней стенке; взят кусочек опухоли для исследования, и пузырь зашит наглухо двухэтажным кетгутовым швом; к нему введён марлевый выпускник, сшиты узловатыми кетгутовыми швами мышцы, апоневроз непрерывным, кожа непрерывным нитяным.

При операции больной чувствовал небольшую боль только при разрезе стенки пузыря и осушении его полости марлевыми шариками; пузырь был наполнен (через рану) 2% раствором новокаина, через несколько минут последний удалён, и после этого манипуляции в пузыре стали безболезненными. После операции никаких осложнений не было, но больной ничего не ел, быстро слабел и в ночь на 16 сентября умер.

При микроскопическом исследовании вырезанного кусочка опухоли последняя оказалась ворсинчатым раком.

177. Рак мочевого пузыря.

Иван М. 45 лет, кр. д. Погост, Переславской волости, 20/XII 1912 г.— 27/I 1913 г.

В начале 1912 года появилась кровь в моче. В апреле была сделана в Москве операция, причём в пузыре был найден неоперируемый рак. Через 2 месяца была сделана вторая операция по поводу каких-то осложнений в заживлении раны, и в октябре больной приехал домой с зажившей раной, но вскоре образовался нарыв в рубце, и по вскрытии его остался свищ, из которого постоянно течёт моча. Больной сильно истощён; по средней линии живота, почти от пупка до лобка, широкий рубец и на середине его очень маленький мочевого свищ. Через прямую кишку прощупывается в мочевом пузыре большая бугристая опухоль. Для оттока мочи введён постоянный катетер. Через несколько дней пришлось удалить катетер вследствие появившегося уретрита.

Выписан в том же состоянии 27 января.

178. Рак матки.

Екатерина Б. 48 лет, кр. д. Кудрино, Загорской волости, 8/XII 1913 г.—1/II 1914 г.

Около 1,5—2 месяцев тому назад появились боли в нижней части живота, по временам очень сильные. При исследовании найден твёрдый плоский раковый инфильтрат, занимающий весь задний свод и часть задней стенки влагалища на протяжении приблизительно 4 см. Инфильтрат этот не изъязвлён и имеет гладкую поверхность; из прямой кишки этот инфильтрат не прощупывается и связи с ним, видимо, не имеет

Задняя губа влагалищной части сглажена, рубцово изменена и переходит непосредственно в раковый инфильтрат заднего свода. Из матки незначительные кровянистые выделения. Матка слегка увеличена, подвижна, нормальной консистенции. Параметрии свободны, придатки не прощупываются. Сердце и лёгкие здоровы, сосуды не склерозированы, моча белка и сахара не содержит. Состояние питания больной ещё довольно удовлетворительно.

18/XII под эфирным наркозом сделана расширенная брюшная операция по Wertheim'у. Матка удалена с значительной частью влагалища, более трети его, но всё-таки оказалось, что разрез прошёл не более чем на 1/2 см от нижнего края ракового инфильтрата влагалища; Дугласово пространство было у больной очень глубоко, и с прямой кишкой инфильтрат связи

не имел. Увеличенных желёз не было найдено, параметрии были свободны. Мочеточники были видны на всём протяжении и остались бережно обойдёнными.

Ввиду короткости оставшегося влагалища оно не было сшито с краями брюшины и использовано для выведения большого марлевого тампона, оставленного под сшитой брюшиной. Продолжительную операцию больная перенесла хорошо, но уже на следующий день у неё начался тяжёлый цистит, потребовавший промывания пузыря ляписом и борным раствором по 3 раза в день.

С 21/XII больная стала самостоятельно мочиться. 20/XII удалён тампон.

13/I вырезан кусок слизистой оболочки задней стенки влагалища сантиметра 1,5 шириной, так как здесь при операции разрез прошёл недостаточно далеко от границы новообразования.

С 20/I больная стала жаловаться на постоянные боли в пояснице, отдающие в ноги. 1/II выписалась.

179. Рак матки.

Варвара Ш. 40 лет, кр. д. Афанасово, Смоленской волости, 8/VI—15/VII 1913 г.

Дядя больной по матери умер от рака пищевода.

Сама больная считала себя здоровой до конца прошлого года, когда она заметила у себя усиление менструаций. Крови по-прежнему приходили через месяц, но продолжались дольше и шли сильнее, чем прежде. С конца декабря прошлого года крови начали путаться, приходили месяца через 1,5—2 и продолжались недели по две. С марта настоящего года в промежутках между менструациями у больной постоянно были серозно-кровянистые выделения.

При изолировании найден рак канала шейки. Матка подвижна, параметрии, по-видимому, ещё не поражены. Больная слабого сложения, плохого питания, но сердце и лёгкие у неё здоровы, моча нормальна. Операция 13 июня под эфирным наркозом. Матка выведена через передний свод влагалища, широкие связки обшиты и перевязаны, матка удалена и в брюшную полость введён марлевый выпускник. Рак занимал всю внутреннюю поверхность шейки матки и заходил несколько выше внутреннего зева. С вечера 14 июня началась лихорадка ремиттирующего характера, доходившая до 40°. Тампон был удалён уже через 2 дня после операции. Было предположено образование гнойника в малом тазу, но повторные попытки ввести корнцанг на место удалённого выпускника оставались безуспешными. 23 июня абсцесс вскрылся самостоятельно и из влагалища вышло много гноя, температура упала до нормы. 30 июня произошла задержка гноя и температура снова поднялась до 38,4°, был введён резиновый дренаж и в дальнейшем выздоровление шло гладко. 15 июля выписана здоровой.

180. Предлежание последа.

Лидия Ж. 32 лет, духовного звания, г. Переславль, 3/IX—17/IX 1912 г.

6 раз рожала нормально, но после последних родов, бывших 4 года тому назад, перенесла тяжёлую септическую инфекцию, проболев 2 месяца. Настоящие 7-е роды начались в ночь на 3 сентября очень сильным кровотечением. При изолировании было найдено центральное предлежание последа при открытии матки на 2 пальца; больная немедленно перенесена в больницу и во влагалище был введён кольпейринтер. Весь день кровотечения не было, схватки были редкие и слабые. Ночью 4 сентября снова повторилось сильное кровотечение при попытке врача ввести кольпейринтер в матку. К утру зев матки был открыт на 4 пальца, больная была очень ослаблена потерей крови, пульс был слаб и част (134 в минуту). От поворота плода на ножку пришлось отказаться отчасти вследствие опасения возобновления кровотечения, главным же образом вследствие экземы на пальцах хирурга; вследствие этого в 12 часов дня 4 сентября сделано под хлороформно-эфирным наркозом кесарское сечение (операция, как и все другие, сделана в толстых резиновых перчатках). Разрез по средней линии начат на ладонь выше пупка и доведён почти до лобкового сочленения; выведена наружу матка и на нижний сегмент её наложен резиновый жгут; матка вскрыта разрезом длиной около 12 см, начатым у дна её по средней линии, причём только в нижнем конце разреза довольно сильно кровоточили 2 крупных вены; быстро извлечён доношенный плод мужского пола и удалён послед, прикреплённый в нижнем сегменте матки; матка быстро сократилась и разрез её стенки зашит узловатыми нитяными швами, проникающими через всю толщу мышц до слизистой; упомянутые выше кровоточившие вены перевязаны обкалыванием; полость матки была только вытерта стерильной марлей и выпускник из неё

во влагалище не вставлен. Брюшная стенка зашита трёхэтажным нитяным швом. Потеря крови при операции была не больше, чем при нормальных родах. Послед представлял только ту особенность, что пуповина прикреплялась близко к его краю. Операцию больная перенесла хорошо и пульс после неё несколько не ухудшился. В ночь после операции наступила значительная слабость сердца и к утру появились симптомы начинающегося отёка лёгких. Больная была уложена в полусидячем положении, ей назначена сенега, камфора под кожу, дигален, сухие банки, горчичники к икрам; явления отёка лёгких очень скоро исчезли, но сердечная слабость исчезла лишь через двое суток; с этого времени выздоровление ничем не осложнялось, швы сняты на 12 день, больная начала ходить и на 14 день выписалась из больницы.

181. Эклампсия беременных.

Екатерина Т. 45 лет, жена члена окружного суда, г. Переславль, 29/V—16/II 1913 г.

Больная беременна на 8 месяце (14 беременность). Месяц тому назад в моче обнаружен белок. Был ли белок во время предыдущих беременностей — не выяснено.

24 мая вечером появились сильные боли под ложечкой, которые успокаивались от тепла. Рвоты не было. На другой день боли повторились и к вечеру больная вдруг ослепла, сознание затемнилось, появились резкие головные боли.

26 мая, при поступлении в больницу, произведено офтальмоскопическое исследование глаз; дно глаз оказалось нормальным. Со стороны сердца и лёгких всё N, имеет болезненность в печени. Пульс напряжён. В моче белок 1‰. В осадке лейкоциты, немного эритроцитов, масса бактерий, цилиндров нет. Сделали венесекцию (300 куб. см крови). Infusum seppae. Вливание физиологического раствора NaCl, молочная диета. На следующий день общее состояние лучше, пульс менее напряжён, больная немного видит. Лечение то же, Виши и теоцит. Мочи 500 куб. см. В дальнейшем 29/V в моче белка 7‰, в осадке масса эритроцитов и лейкоцитов. В 6 часов вечера клинические судороги, бессознательное состояние, пена изо рта, всё продолжалось 10 минут, потом сон. Часа через 2 после этого припадка сделано классическое кесарское сечение. Под смешанным, а затем хлороформным наркозом усыпить больную долго не удавалось, вследствие чего операция началась лишь через 30 минут от начала наркоза. Разрез по средней линии начат пальца на 3 выше пупка и окончен над лобком; выведена матка, величиной соответствующая 8 месяцам беременности, на её поверхности находится много узлов белого цвета величиной с лесной орех, круглые связки сходятся кзади. Разрез 12 см по передней стенке матки (после предварительного наложения жгута), который пришёлся на послед (placenta caesarea). Быстро извлечён младенец вместе с последом и оболочками. Оболочки разорваны, живой младенец 7 месяцев мужского пола. Кровотечение незначительное. Матка зашита 2-этажным швом. Во время зашивания стало заметно, что полость матки наполняется кровью, вследствие чего впрыснуто под кожу 2 шприца эрготина. Стерилизации не было произведено. Брюшная стенка зашита 3-этажным швом (брюшина с апоневрозом, подкожный жир и кожа). Хотя младенец был извлечён через 10 минут от начала операции, но сама операция затянулась до 3/4 часа вследствие обширного выпадения кишок и сальника и очень затруднённого этим зашивания брюшной раны. После окончания операции значительное кровотечение из влагалища, впрыснут ещё шприц эрготина.

Ночь больная провела хорошо, ввиду не останавливавшегося кровотечения впрыснут 1 шприц секакорнина, вливание физиологического раствора NaCl.

В дальнейшем выздоровление шло без всяких осложнений, но всё время в моче был белок в количестве 0,05—0,1 на тысячу. 16 июня больная выписана с живым ребёнком.

182. Внематочная беременность.

Ирина Ш. 18 лет, кр., г. Переславль, 27/X—13/XI 1913 г.

2 месяца не было менструации. Около 5/X появились схваткообразные боли внизу живота, вследствие которых больная пролежала в постели около недели. Вечером 12/X внезапно появилась очень сильная режущая боль в животе, сопровождавшаяся рвотой и повышением температуры до 39°; на следующее утро было небольшое маточное кровотечение, продолжавшееся до вечера. 14/X больная поступила в терапевтическое отделение и найдено было следующее: живот не вздут, весь очень болезнен при ощупывании, пульс 96, температура 39°; при исследовании per vaginam найдена только резкая болезненность во всех сводах. Белей никогда не было, месячные раньше были всегда правильны. Сердце и лёгкие

здоровы. Было предложено чревосечение ввиду предположения о пробном перитоните, но больная отказалась.

В терапевтическом отделении больная пробыла до 26/X и за это время состояние её быстро улучшалось, температура уже к утру 15/X упала до нормы, боли в животе постепенно стихали и локализовались в левой подвздошной области.

18/X и 19/X температура снова поднялась до 38°, затем 4 дня была нормальной и 24/X снова поднялась до 38°; в то же время опять начались довольно сильные режущие боли в нижней части живота и при исследовании *reg vaginam* была найдена в правом своде неясно ограниченная болезненная эластическая опухоль, похожая на *sactosalpinx*.

Операция 27/XI под эфирным наркозом. Косой разрез в правой подвздошной области по Zejars'у. Слепая кишка и червеобразный отросток нормальны. Разрез продолжен вниз до пупартовой связки. Ввиду очень плохого наркоза кишки не отваливались в верхний отдел брюшной полости, когда больная была переведена в Trendelenburg'овское положение; больше ощупью, чем глазом было определено, что правая фаллопиева труба расширена и превращена в извитой цилиндрический мешок диаметром около 5 см, эластической консистенции и красноватого цвета; сращений не было, следов крови в брюшной полости также не было найдено. Ввиду очень плохого наркоза и недоступности малого таза из сделанного разреза труба не была удалена и брюшная полость зашита трёхэтажным швом. Заживление раны и выздоровление прошли вполне гладко; боли в животе не повторялись больше и ни на что больная не жаловалась при выписке. Удаление трубы было бы излишним, так как внематочная беременность благополучно закончилась трубным выкидышем ещё до операции.

183. Ущемление в тазу беременной матки.

Прасковья Ф. 37 лет, кр. с. Насакино, Елизаровской волости, 13/X—19/X 1913 г.

Рожала нормально 7 раз, после родов не болела, никогда не имела белей, не бывало болей ни в животе, ни в крестце, месячные всегда были правильны, в последний раз были 4 месяца тому назад. В течение последнего месяца тяжёлые расстройства мочеиспускания: произвольно мочиться больная не может, моча по временам выходит произвольно. В животе опухоль, напоминающая по форме и величине 7-месячную беременную матку, но совершенно равномерной эластической консистенции. Верхняя граница этой опухоли на 3 пальца выше пупка. При исследовании через влагалище влагалищная часть матки стоит высоко, вся задняя стенка влагалища и особенно задний свод, сильно выпячена вперёд эластической опухолью, помещающейся в малом тазу; при надавливании на эту опухоль вытекает из отверстия уретры много мутной мочи. Катетером выведено огромное количество мутной, гнойной мочи и опухоль в животе исчезла; это был колоссально растянутый мочевой пузырь. Опухоль в малом тазу оказалась телом матки, беременной на пятом месяце, перегнутой назад и ущемлённой в малом тазу. Довольно легко удалось вывести матку из малого таза двумя пальцами, введёнными в прямую кишку. В тот же день вечером из пузыря выведено катетером около 1,5 стакана чистой крови, на следующий день моча была с большой примесью крови, но уже на третий день стала чистой. Пузырь ежедневно промывался борным раствором и раствором азотнокислого серебра 1 : 1000.

Уже на второй день восстановилось произвольное мочеиспускание и пузырь сократился до нормальных размеров. Ко времени выписки 19 октября моча стала совершенно прозрачной, при центрифугировании не давала осадка, больная мочилась правильно, матка находилась над лобком.

184. Выпадение матки.

Мария В. 42 лет, кр. с. Нагорье, Нагорской волости, 27/IV—16/V 1913 г.

Рожала 3 раза благополучно. Последний раз 16 лет тому назад. 10 лет страдает выпадением матки. При натуживании выходит очень сильно удлинённая шейка матки. Половая щель лишь немного зияет, промежность цела, но заднюю стенку влагалища довольно легко можно выпятить пальцем в задний проход. Эрозии нет. Из матки выделяется в довольно большом количестве стекловидная слизь. Передняя стенка влагалища выпячивается мало.

Операция 30/IV. Сделана высокая ампутация шейки матки и пластика влагалища и промежности. Все швы кетгутовые. Анестезия была применена местная — новокаином с адреналином; при ампутации шейки матки было лишь небольшое паренхиматозное кровотечение и только слева от шейки матки пришлось наложить одну лигатуру на маленький кровоточивший сосуд. Через час после операции замечено довольно сильное кровотечение;

осмотрена влагалищная часть, но нигде источника кровотечения не было видно, и только между швами слегка сочилась кровь; влагалище было затампонировано марлей, но часа через 2 все тампоны и повязка сильно промокли кровью. Снова осмотрена влагалищная часть с тем же результатом и снова туго затампонировано влагалище. К 7 часам вечера снова тампоны сильно промокли кровью, пульс стал очень слабым и частым. Влит под кожу физиологический раствор, сняты все швы с шейки матки, но и теперь ничего, кроме небольшого паренхиматозного кровотечения, не было найдено. Из предосторожности были наложены и вставлены 2 зажима на параметральную клетчатку слева от шейки и снова наложены швы. Кровотечение остановилось и 2 мая зажимы были сняты. В дальнейшем заживление шло совершенно гладко и через 2 недели больная выписана с прочной промежностью и высоко стоящей стенкой матки.

185. Стриктура уретры, острое задержание мочи.

Михаил Ж. 42 лет, кр., г. Переславль, 24/XII—31/XII 1912 г.

Накануне поступления в больницу больной поехал в лес, сильно промочил ноги, а затем получил удар санями в живот на уровне пупка; перед этим долго не мочился; вскоре после ушиба помочился, хотя с большим трудом, но вечером совершенно не мог мочиться; приглашённый к больному фельдшер нашёл у него сильно переполненный мочевой пузырь и попробовал ввести нелатоновский катетер, но встретил препятствие и при попытке его преодолеть пошла мимо катетера кровавая моча в большом количестве; совершенно то же повторилось на следующий день утром, а вечером больной поступил в больницу с растянутым до пупка пузырём; нелатоновский катетер встретил препятствие в перепончатой части уретры, которое, однако, легко удалось пройти эластическим бужом, вслед за которым вошёл и катетер, через который пошла сильно окрашенная кровью моча. На следующий день, ввиду затруднений при катетеризации, введён постоянный катетер, через него один день шла кровавая моча, но затем она стала совершенно чистой, через 4 дня катетер удалён, пузырь промыт ляписом и больной стал свободно мочиться. Гонореею он отрицает, но издавна замечал произвольное выделение мочи после мочеиспускания.

186. Приапизм.

Феодор Т. 36 лет, кр. с. Подберёзье, Погостовской волости, 11/II—2/III 1913 г.

Ночью 21 января, во время полового сношения с семяизвержением, внезапно почувствовал боль у корня члена, у заднего прохода, в промежности при сильном напряжении члена. Резкая боль, отдававшая в яички, продолжалась 3 дня, больной кричал, плакал, хотел отрезать член ножом. Мочился с большим трудом, но без боли; 2 дня не слабило, на 3 день, после касторового масла, прослабило и пошло много мочи. Через 3 дня боли ослабли, но член оставался очень твёрдым, кожа над ним была сильно напряжена. Член всё время остаётся направленным вверх и вперёд. В течение 10 дней больной вовсе не спал и впервые заснул только в больнице, после тёплой ванны и инъекции морфия. При поступлении 31 января в терапевтическое отделение больной ходил с трудом, расставляя ноги и сгибаясь вперёд. Половой член сильно напряжён и направлен вверх и вперёд; головка члена и кавернозное тело уретры мягки; член настолько болезнен, что от малейшего прикосновения к нему больной вскрикивает. Внутренние органы уклонений от нормы не представляют, кровь содержит 90% гемоглобина, численное отношение кровяных шариков нормально. При лечении тёплыми ваннами, морфием, бромистым калием боли постепенно утихали, но напряжение члена нисколько не уменьшалось. 9 февраля при местной анестезии был сделан продольный разрез правого кавернозного тела, через который выдавлено довольно много крови, имевшей цвет и консистенцию дёгтя; через тот же разрез была разрезана перегородка кавернозных тел и выдавлена такая же дёгтеобразная кровь и из левого кавернозного тела. Член стал совершенно мягким и принял нормальное положение, боли исчезли совершенно. Разрез был зашит наглухо. Был сделан посев выдавленной крови на агар-агаре и бульоне, но обе среды остались стерильными. В мазке видны довольно хорошо сохранившиеся красные кровяные шарики. Уже к вечеру в день операции эрекция снова возобновилась и снова член принял прежнее положение. 11 февраля сняты швы, рана раскрыта на всём протяжении, снова выдавлена дёгтеобразная кровь в таком же количестве, как и в первый раз, и в рану введён марлевый выпускник. Рана заживала без осложнений. В больнице больной пробыл до 2 марта и до этого времени эрекция не возобновлялась.

Болезни конечностей

187. Врождённое отсутствие голени.

Василий Е. 17 лет, кр. д. Соколка, Переславской волости, 21/XI—5/XII 1912 г.

Родился без левой голени и стопы (внутриутробная ампутация) и без ногтевых фаланг первых трёх пальцев правой стопы; имеется лишь верхняя треть голени и из культи торчит покрытый изъязвившейся кожей и весьма болезненный конец большеберцовой кости. 22 ноября под хлороформно-эфирным наркозом сделан разрез вокруг торчавшей кости, она выделена распаторием и отпилена на высоте, достаточной для покрытия мягкими частями. Заживление шло без осложнений и 5 декабря больной выписан для амбулаторного лечения.

188. Огнестрельная рана лучезапястного сустава.

Прасковья А. 23 лет, кр. Покровского уезда, 30/VIII—9/X 1913 г.

В ссоре с сожителем, вечером 29/VIII, была ранена в правую руку выстрелом из ружья, заряженного дробью. Тяжёлая рана лучезапястного сустава с обширным разрывом кожи, мышц и сухожилий тыльной стороны и множественными повреждениями костей.

1/IX операция при регионарной анестезии плечевого сплетения по Kulenkampf'у. Удалены размноженные части кожи, мышц, разорванные сухожилия, почти весь второй ряд костей запястья, большой палец, пястная кость которого была раздроблена, а мышцы разорваны. Рана выполнена марлей, смоченной перекисью водорода, рука вертикально подвешена в деревянной шине. Тяжёлая гнилостная инфекция сказалась высоким подъёмом температуры после операции, но при открытом лечении раны тампонадой с перекисью водорода температура скоро понизилась и рана стала очищаться, выполнялась здоровыми грануляциями и к 15 сентября на месте раны была уже полоса грануляций шириною в 2 пальца. 29/IX края раны освежены и сшиты при регионарной анестезии плечевого сплетения по Kulenkampf'у. Ко времени выписки 9/X на месте раны оставалась полоса грануляций шириною около 1 см, кисть руки была довольно сильно приведена в лучевую сторону, пальцы хорошо сгибались.

189. Рубленые раны лица, плеча, лопатки и подвздошной кости.

Евдокия М. 28 лет, кр. д. Демидово, Федорцевской волости, 6/IV—6/VII 1912 г.

3 апреля муж больной покушался на убийство её и нанёс топором 5 ран; первая помощь была оказана в участковой амбулатории, а затем больная с зашитой раной лица и повязками доставлена в Переславскую больницу. На правой стороне лица лоскутная большая рана, вершина которой на виске, а основание на уровне рта. Швы сняты в день поступления вследствие нагноения под лоскутом. На наружной стороне правого плеча рана в 6,3 см, по направлению совпадающая с осью плеча; на правом надплечье рана в 6,5 см и рядом с нею другая рана в 2 см; над гребешком правой подвздошной кости рана в 4,5 см. Все раны гноятся, температура доходит до 39,5°.

9 апреля операция под хлороформным наркозом. Раны на плече и надплечье расширены, плечевая кость найдена косо перерубленной на уровне границы верхней и средней трети; кроме того, от концов кости откололись 2 продольных осколка в 5 и 3 см, отломки кости соединены проволочным швом, а осколки удалены; рана зашита с двумя резиновыми дренажами. В ране надплечья оказалась отрубленной вся шейка лопатки и гребешок с акромиальным отростком и также прикреплены проволочным швом, а рана зашита с тремя резиновыми дренажами. На гребешке подвздошной кости найдена неглубоко проникающая в кость рана и оставлена открытой с двумя марлевыми выпускниками. На лице оказался отсечённым скуловой отросток лобной кости, вся скуловая кость, щека и часть верхнего и нижнего век; глаз не повреждён; рана очищена и лоскут пришит на место с двумя марлевыми выпускниками. Устроено постоянное вытяжение плеча. Температура стала понижаться после операции и на 10 день стала нормальной. Раны сперва сильно гноились, но к началу мая отделение гноя прекратилось. Лоскут щеки прижил хорошо. Переломы хорошо срослись, но остались свищи. 6 июня при местной анестезии свищи расширены и из раны плеча удалена проволока и секвестр плечевой кости длиною в 3 см, из раны же лопатки только проволока. К 6 июля раны зажили, плечевая кость срослась без всякой деформации, почти исчезло и значительное опущение плеча, вызванное переломом лопатки, почти не осталось ограничения подвижности плечевого сустава и лопатки.

190. Вывих акромиального конца ключицы.

Пётр К. 53 лет, кр. с. Ефимьево, Петровской волости, 28/V—8/VI 1913 г.

В день поступления в больницу упал с воза на землю, ударившись левым плечом и лицом. Бережёт левую руку, движения ею болезненны. Активное поднятие и отведение возможны на 2/3 нормального объёма. Наружный конец ключицы резко выступает над process acromion, плечевой сустав нормален.

30 мая операция при местной анестезии. Вывихнутый кверху акромиальный конец ключицы вправлен и соединён бронзово-алюминиевой проволокой с акромиальным отростком; разорванные связки шиты кетгутом. Гладкое заживление. Смещения нет. Выписан 8 июля.

Вскоре после выписки рубец изъязвился и больной долго ходил в амбулаторию на перевязки. Проволочный шов был удалён и рана закрылась.

191. Перелом ключицы.

Яков П. 68 лет, кр. д. Пушкино, Переславской волости, 19/IV—1/V 1913 г.

В начале февраля больной попал под сани, нагруженные дровами, полоз которых проехал через его правую ключицу. В течение 6 недель после этого больной чувствовал лишь небольшие боли в ключице, но мог исполнять плотничные работы. 9 апреля больной стал надевать хомут на лошадь и при этом внезапно почувствовал сильную боль в правой ключице, и заметил над ней большую припухлость, которой прежде не было. Жалуются на боли во всей руке и тугоподвижность плечевого сустава. На середине ключицы опухоль величиною в куриное яйцо, немного болезненная, веретенообразно вздувающая кость; кожа над нею слегка воспалена. Было проведено амбулаторное лечение йодистым калием, но оно осталось безрезультатным, да и никаких признаков сифилиса у больного не было обнаружено.

21 апреля операция при местной анестезии (ключица со всех сторон окружена 1/2% раствором новокаина с адреналином). По обнажении опухоли она производила впечатление периостита, но по вскрытии её ножом и долотом найден был перелом ключицы, а в окружавших его периостальных разрастаниях были найдены костные бляшки. Концы ключицы соединены бронзово-алюминиевой проволокой и над ними сшита надкостница. Операция прошла совершенно безболезненно. На другой день замечена большая гематома над ключицей.

Под влиянием спиртовых компрессов гематома стала уменьшаться, боли прошли, рана зажила первичным натяжением и 1 мая больной выписан.

192. Осложнённый вывих стопы.

Олимп К. 70 лет, д. Кичибухино, Петровской волости, 20/VIII—10/X 1913 г.

Непосредственно перед поступлением в больницу больной попал под перевернувшийся тарантас и крылом последнего ему придавило правую стопу; произошёл осложнённый вывих стопы под надпяточной костью. На наружной стороне сустава обширный разрыв кожи и связок, начинающийся на середине передней стороны голеностопного сустава и доходящий до бугра пяточной кости; стопа совершенно отвёрнута кнутри, из раны торчит головка и нижняя суставная поверхность надпяточной кости; хрящ головки немного повреждён. При регионарной анестезии седалищного нерва вывих легко вправлен после предварительного обмывания раны лизолом, и последняя зашита редкими швами. Стопа фиксирована крахмальной повязкой.

На следующий день вечером температура поднялась до 39,6°, и был наложен на бедро застойный бинт, применявшийся затем ежедневно на 20 часов.

23/VIII сняты швы, в ране довольно обильное нагноение; введён марлевый выпускник, нога уложена в Фолькманновскую шину. На следующий день быстро прогрессирующая воспалительная краснота на голени и медиальной стороне бедра, возбуждая подозрение о роже, высокая лихорадка. Ихтиоловая повязка, быстрое ограничение красноты. Инфекция ограничилась раной, но была очень тяжела и распространённая, сопровождалась омертвением тканей. Кроме того, через несколько дней после поступления больного было замечено у него недержание мочи, пузырь оказался растянутым до пупка, предстательная железа сильно гипертрофированной. Моча гнойная с резким запахом. Начаты ежедневные промывания пузыря раствором ляписа 1 : 1000. Ввиду старости больного и тяжести инфекции 6/IX сделана ампутация голени в верхней трети при регионарной анестезии седалищного, бедренного и запирательного нервов.

Операция прошла абсолютно безболезненно. Заживление прошло без осложнений, и только остались в рубце два маленьких свища. Выписан 10/X.

193. Осложнённый перелом большеберцовой кости.

Пётр О. 72 лет, кр. д. Соколка, Переславской волости, 1/IX—18/XI 1913 г.

Незадолго до поступления в больницу получил перелом левой большеберцовой кости на границе нижней и средней трети упавшим на ногу бревном. Над выступающим острым верхним отломком сильно кровоточащая рана величиною около 2 см. Кровь течёт из повреждённой большой подкожной вены. После мытья и дезинфекции голени наложена асептическая повязка и нога уложена в шину Volkmanп'a. Уже через день обнаружилась довольно тяжёлая инфекция раны, вследствие которой омертвели на протяжении около 2 см концы кости. Операция 19/IX при регионарной анестезии седалищного, бедренного и запирательного нервов. Рана расширена продольным разрезом, спилен наискось омертвевший конец верхнего отломка, но нижний отломок оказался настолько сильно смещённым назад и вверх, что самым сильным вытяжением нельзя было его вправить и пришлось спилить ещё на 1 см верхний отломок. Спилен на ширину 1,5 см омертвевший конец нижнего отломка, но вправлению его препятствовал свободный отломок величиною 4×2 см, отколовшийся от задней стороны нижнего отломка. После удаления этого свободного отломка концы большеберцовой кости соединены двумя пластинками Sape, в рану влит перувианский бальзам, она частично зашита и нога фиксирована в шине Volkmanп'a. Операция прошла совершенно безболезненно, но около 9 часов вечера начались сильнейшие боли в ране, продолжавшиеся почти всю ночь и почти не поддававшиеся морфию. Утром 20/IX больной чувствовал боли только при движениях шины. 11/X удалены разрыхлившиеся уже к этому времени пластинки Sape; сращение костей не наступило; нога фиксирована в шине Volkmanп'a. Рана выполнена вялыми и серыми грануляциями, верхний отломок кости выпячивается немного в неё. 22/X наложена окончательная гипсовая повязка, но через 2 недели её пришлось снять, так как больной её не переносил. Рана медленно и вяло уменьшалась. 18/XI больной выписался для амбулаторного лечения с выполненной вялыми грануляциями раной величиною 4×4 см. Несмотря на сращение отломков лишь соединительнотканым рубцом, он довольно хорошо ходил с палкой.

194. Рваная рана колена, прогрессирующая гангрена.

Давыд В. 50 лет, кр. д. Овсейка, Глебовской волости, 7/III—18/IV 1912 г.

5 марта больного понесла лошадь, он вывалился из саней и долго волочил по земле, держась за вожжи, ободрав при этом кожу на боковой стороне правого колена. В центре обширной ссадины кожа омертвела на протяжении 5×5 см. Температура, сперва нормальная, доходила до 39°. Перевязки с liquor aluminii acetici. 13 марта замечено довольно обширное омертвление подкожной клетчатки, начинающееся от краёв раны, и немедленно под бром-этиловым наркозом сделаны обширные разрезы на бедре и голени, широко вскрыт коленный сустав перерезкой сухожилия четырёхглавой мышцы и боковым разрезом, удалена отовсюду омертвевшая клетчатка и все раны выполнены тампонами, смоченными перекисью водорода. При ежедневных перевязках и промываниях перекисью водорода омертвление стало быстро ограничиваться, раны очищались, температура понизилась, но в дальнейшем началось омертвление наружного мыщелка бедра и прикреплявшихся к нему связок, замечена была задержка гноя в суставе и 24 марта сделана резекция сустава при регионарной анестезии (п. cruralis и п. ischiadicus по моему способу). Поверхности распилов костей скоро стали омертвевать, но на бедре это омертвление далеко не пошло, и скоро поверхность распила очистилась, на распиле же большеберцовой кости омертвевшие части долго не отделялись. После резекции гектическая лихорадка не только не прекратилась, но даже усилилась и доходила до 40° по вечерам. 4 апреля замечены и вскрыты затёки гноя на наружной и внутренней поверхностях голени, но и после этого, несмотря на прекращение гангренного процесса, гектическая лихорадка продолжалась, чистые и покрытые прежде здоровыми грануляциями поверхности ран стали сухими и безжизненными, образовались большие гангренные пролежни на пятке и крестце, больной сильно исхудал и потерял аппетит. 17 апреля под хлороформным наркозом произведена ампутация бедра, операция продолжалась всего 5 минут, наркоз 10 минут, но, тем не менее, очень ослабленный больной не перенёс операции и к утру следующего дня умер.

195. Гнойное воспаление коленного сустава.

Михаил А. 12 лет, кр. с. Филимонова, Погостовской волости, 31/I—27/V 1912 г.

2 недели тому назад мальчик поранил топором правое колено, и рана оставалась без лечения. Через неделю появились боли и припухлость сустава, и приглашённый фельдшер назначил припарки. Доставлен больной в очень тяжёлом состоянии; он истощён, часто бредит, температура 39°, пульс 130. В правом колене довольно большой выпот, сгибательная контрактура, сильная болезненность. Немедленно сделана операция под эфирным наркозом. Сустав вскрыт дугообразным разрезом Техтог'а, в нём найден жидкий зеленоватый гной и тяжёлое воспаление синовиальной оболочки; сделан дополнительный разрез в подколенной ямке и чрез него проведена дренажная трубка в задний отдел сустава; передний отдел выполнен марлей. Лечение велось тампонадой раны при иммобилизации гипсовой повязкой, температура понижалась очень постепенно, и лишь с 23 марта стала вполне нормальной. К концу мая осталась лишь небольшая полоска грануляции на передней стороне сустава, нога осталась почти прямой, больной хорошо ходил и 27 мая выписан.

Вновь поступил по поводу обширного изъязвления рубца. Сведение значительно усилилось. Операция 11 августа при регионарной анестезии. Иссечён весь рубец, и дефект закрыт двумя полукруглыми кожными лоскутами, вырезанными из бедра и голени.

После снятия швов раны широко разошлись, и заживление рубцеванием затянулось на очень долгое время, и закончилось лишь к 11 ноября. Контрактура к этому времени значительно усилилась.

196. Межмышечная флегмона предплечья и кисти.

Семён У. 32 лет, кр. д. Измайлова, Вишняковской волости, 28/VII—12/IX 1913 г.

6 июля порезал косой правое предплечье. Небольшая рана на локтевой стороне предплечья, над лучезапястным суставом, нагноилась. Больной лечился у фельдшера, у которого был 4 раза, в последний раз 23 июля. Поступил больной в очень тяжёлом состоянии, с крайне запущенной флегмоной кисти и предплечья. Температура 39,3°, пульс частый и слабый. Боли в ногах, особенно в тазобедренных суставах, настолько сильные, что больному ходить не может. В день поступления сделаны под бром-этиловым наркозом разрезы на кисти и предплечье, причём оказалось, что на обеих сторонах предплечья, ладонной и тыльной, нагноение распространилось до самой межкостной перепонки. На следующий день состояние больного несколько не улучшилось, и потому 30/VII сделана экзартикуляция плеча под хлороформно-эфирным наркозом. Операция была сделана без жгута и была начата с высокой ампутации, причём оказалось, что костный мозг плечевой кости подвергся уже гнойному расплавлению. Рана зашита со стекляннным дренажом и марлевым выпускником. Температура после операции постепенно понижалась и скоро стала субфебрильной. Появился чрезвычайно упорный кашель, и 10/VII обнаружена правосторонняя пневмония. При лечении отхаркивающими средствами кашель к 15/VII почти прекратился и пневмония разрешилась. Относительно болей в ногах больной рассказал, что такие же боли у него были на военной службе, 6 лет тому назад, и были определены врачами как острый суставный ревматизм; тогда они исчезли после двухмесячного лечения, но всё-таки и после больной всегда чувствовал ломоту в ногах. 12/VIII был сделан пробный прокол левого тазобедренного сустава и получена прозрачная желтоватая серозная жидкость. 19/VIII замечена довольно большая флюктуирующая припухлость на правой ягодице, 21/VIII сделан здесь разрез при местной анестезии и выпущено много гноя из межмышечной гнойной полости; в последнюю введены резиновые дренажи и марлевые выпускники. В дальнейшем выздоровление шло без осложнений, но больному долго жаловался на боли в отрезанной руке. Ко времени выписки остался лишь маленький грануляционный участок на плече.

197. Флегмона лопаточной области, паранефрит.

Пётр И. 6 лет, кр. Подгорной слободы, Переславской волости, 24/III—16/IV 1912 г.

Заболел дней 10 тому назад без видимой причины. Большое скопление гноя над правой лопаткой и частью в подмышечной ямке. Температура 39°. 25 марта сделан разрез под эфирным наркозом и выпущено много гноя. Ни лопатка, ни плечевая кость не обнажены от надкостницы. Полость выполнена марлей. 29 марта найден абсцесс на темени и на другой день вскрыт. 31 марта стала повышаться температура, на другой день найдена чуть заметная припухлость и болезненность в правой поясничной области, распознан паранефрит и 2 апреля

косым поясничным разрезом вскрыто большое скопление гноя у почки, в котором найден стафилококк; полость выполнена марлей и зажила быстро. 16 апреля выписан здоровым.

198. Гнойное воспаление коленного сустава.

Семён П. 39 лет, кр. д. Забелино, Елизаровской волости, 20/VII—6/IX 1912 г.

15 июля ранил топором левое колено; лечился амбулаторно в участковой больнице и прислан для операции. Проникающая в сустав рана длиной в 2 см на 2 см выше надколенника и немного кнаружи от него; из неё вытекает жидкий гной, наполняющий в большом количестве сустав. Температура $38,5^{\circ}$, общее состояние вполне удовлетворительное. Операция 22 июля при регионарной анестезии (седалищный нерв по моему способу и бедренный по способу Lâwen'a). Вполне безболезненно вскрыт сустав двумя длинными боковыми разрезами и выполнен марлей; нога уложена в проволочную шину. После операции больной продолжал сильно лихорадить (39° и выше), в гною появился bacillus pyocyaneus. 7 августа при регионарной анестезии седалищного и бедренного нервов обследован сустав из прежних разрезов, но ни периартикулярных абсцессов, ни отслойки хряща не найдено; сделан разрез в подколенной ямке и вскрыта суставная сумка сзади, но и здесь задержки гноя не найдено; в рану введён марлевый дренаж. Лихорадка продолжалась по-прежнему и вечером 10 августа поднялась до $40,5^{\circ}$, и на другой день замечен лимфангоит на бедре. 11/VIII влило в вену 8 см 2% калларгола и на бедро наложен Bier'овский бинт. Эффект вливания колларгола был поразительным: уже через день, 13 августа температура критически упала до нормы, раны чрезвычайно быстро стали очищаться, зелёная окраска гноя исчезла и с этих пор выздоровление шло совершенно гладко. 6 сентября больной выписан с полосками грануляции на месте разрезов.

199. Ушиб и воспаление срединного, лучевого и локтевого нервов.

Сергей К. 39 лет, кр. с. Нила, Переславской волости, 13/VII—5/VIII 1912 г.

5 дней тому назад ушиб правую руку при падении с лестницы и немедленно после этого почувствовал онемение всей кисти и почти полную невозможность движений пальцев и кисти. При поступлении в верхней половине предплечья, на сгибательной поверхности его, найдена значительная припухлость и покраснение кожи над нею, небольшая чувствительность при давлении, полная нечувствительность к уколам всей кисти и нижней трети предплечья, полная невозможность активных движений пальцев. При пробном прокале ничего не получено. Операция 14 июля. Впрыснуто 10 см 2% адреналин-новокаина к плечевому сплетению по Kulenkampff'у, но парестезии при этом больной не чувствовал, и через 1/2 часа получилась лишь частичная анестезия. Под хлороформным наркозом сделан разрез, распрепарованы мышцы, лучевой и срединный нервы, и всё оказалось совершенно нормальным, нигде гематомы не найдено. Зашита наглухо фасция и кожа. После операции продолжались боли и паралич; производилась ежедневно электризация фарадическим током всех трёх нервов и массаж. Постепенно стали восстанавливаться движения пальцев и кисти, а значительно позже и чувствительность. Не окончив лечения больной выписался 5 августа. К этому времени он мог сжимать руку в кулак, но мышечная сила оставалась ослабленной, и осталась заметная атрофия мышц кисти.

200. Остеомиелит бедра.

Анна Б. 8 лет, кр. д. Слепцово, Нагорской волости, 15/IX—13/X 1912 г.

Смотри историю болезни № 170.

Вскоре по выписке образовался маленький свищ в рубце, не заживающий до сих пор. Зондом прощупывается неглубоко расположенный маленький секвестр. Операция 19 сентября под эфирным наркозом. В надежде легко извлечь секвестр свищ лишь немного расширен, и секвестр разыскивался элеватором, но при этом были повреждены концом его бедренная артерия и вена; для остановки кровотечения пришлось перевязать оба сосуда; секвестр не найден. Никаких решительно расстройств кровообращения перевязка сосудов не вызвала, рана зажила без свищей, и 13 октября больная выписана.

201. Тромбофлебит подкожных вен голени и бедра.

Татьяна У. 71 г., дворянка, Переславль, 16/XI—24/XII 1912 г.

С молодых лет существует резко выраженное расширение вен левой голени и бедра. 11 ноября появилось болезненное затвердение и краснота по ходу расширенных вен. При

поступлении большие, резко воспалённые узлы тромбированных вен занимали нижние 2/3 бедра, область колена и верхнюю треть голени; температура нормальная. Вечером в день поступления сделана при местной анестезии перевязка *v. saphenae magna*; иссечён небольшой кусок вены между двумя лигатурами, в рану введён марлевый выпускник и она оставлена открытой. На месте перевязки просвет вены был свободен. Нога уложена в возвышенное положение и на воспалённые узлы положен пузырь со льдом. Рана зажила гладко, но воспалительный процесс в венах постепенно усиливался и распространился вверх вплоть до зажившей уже к тому времени раны. Узел в нижней части бедра совершенно размягчился, и 5/XII был вскрыт разрезом, причём вышла лишь жидкая кровь (распавшийся тромб). После разреза боли и воспаление стали стихать и к 17 декабря прекратились совершенно, но 20 декабря появился большой фурункул на правой ягодице; он был подлечен Вieg'овской банкой, и 24 декабря больная выписана с гранулирующей ранкой на месте разреза.

202. Бугорчатка локтевого сустава.

Марфа К. 10 лет, кр. с. Половецкое, Половецкой волости, 19/V—14/XI 1912 г.

Фунгозная бугорчатка левого локтевого сустава с язвами кожи на внутренней и наружной сторонах его и над двуглавой мышцей плеча. Питание и общее состояние здоровья хорошие. Операция 23 мая под эфирным наркозом. Вырезаны язвы, выскоблены периапартулярные грануляционные очаги, расщеплены и выскоблены свищи; кости не поражены. Дефект на месте вырезанных язв, в котором оставался открытым локтевой нерв, покрыт лоскутом кожи, взятым с предплечья. Швы, которыми был пришит этот лоскут, прорезались и лоскут сократился, но, тем не менее, он прирос на своём месте. Заживление язв на месте выскабливания шло, конечно, весьма медленно, но, тем не менее, болезненный процесс протекал очень благоприятно, и в течение 6 месяцев опухоль в суставе почти исчезла, движения восстановились в значительном объёме, на месте прежних язв остались маленькие грануляционные поверхности. 14 ноября девочка выписана для амбулаторного лечения.

В 1913 году девочка была вполне здорова, на локте были прочные рубцы, и движения в нём не отличались от нормальных. В мае 1914 года появилось маленькое туберкулёзное изъязвление над наружным мыщелком плечевой кости.

203. Бугорчатка грудино-ключичного сустава.

Николай Ш. 5 лет, кр. Рыбной слободы, Переславской волости, 5/XI—18/XI 1913 г.

Подвижный холодный абсцесс величиною 3×3 см над грудинным концом правой ключицы, замеченный матерью 2 месяца тому назад. Помимо этого ребёнок вполне здоров, происходит из здоровой семьи; никаких следов туберкулёза лёгких. Операции 10/XI под эфирным наркозом; вырезан заключённый в довольно толстую соединительно-тканную капсулу холодный абсцесс и найдена связь его с полостью грудино-ключичного сустава, который оказался довольно значительно поражённым: хрящевой покров конца ключицы сильно изъеден, в суставе обильно разрослись туберкулёзные грануляции. После тщательного выскабливания острой ложкой полость сустава и вся рана были присыпаны йодоформом и рана зашита наглухо; она зажила первичным натяжением и 18/XI больной выписан.

204. Бугорчатка сухожильных влагалищ кисти.

Елизавета Б. 59 лет, мещанка г. Переславля, 10/V—12/V 1913 г.

В 1907 году была сделана операция вырезывания сухожильных влагалищ сгибателей правой кисти. Уже месяца через 2 появился рецидив в виде припухлости на ладони. Теперь очень обширные тестоватые припухлости по ходу сухожильных влагалищ на ладони и предплечье, особенно на локтевой стороне. Движения кисти и пальцев болезненны, и рука совершенно негодна для работы. Операция в день поступления при регионарной анестезии плечевого сплетения по Kulenkampff'у. Очень трудная операция длилась 3 часа и всё это время держалась полная нечувствительность. Поражёнными оказались все без исключения сухожильные влагалища кисти, в них была масса рисовых тел, а местами жидкий творожистый распад. Одно из сухожилий глубокого сгибателя пальцев проросло творожистыми узлами и было удалено, на другом удалось ограничиться частичным иссечением поражённых мест. Распрепарована была вся глубина ладони и удалены все сухожильные влагалища. Рана зашита с выпускником и через 2 дня больная выписана для амбулаторного лечения.

Рана зажила без осложнений. Однако уже месяца через 3 после операции появился обширный рецидив и осенью больной предлагали ампутацию предплечья в одной из московских больниц.

205. Множественная бугорчатка кожи, суставов, костей и сухожильных влагалищ.

Любовь А. 19 лет, кр. с. Нагорье, Нагорской волости, 11/II—10/III 1912 г.

В ноябре 1911 года была оперирована по поводу бугорчатки сухожильных влагалищ и кожи. Результат операции прекрасный, подвижность пальцев и голеностопных суставов несколько не нарушена, но появился новый очаг бугорчатки в виде болезненного периостита на внутренней поверхности правой большеберцовой кости на границе верхней и средней трети её. Несколько позже этого периостита появился выпот в обоих коленных суставах и в левом колене припухлость синовиальной оболочки и резкая болезненность при надавливании на внутренний мыщелок большеберцовой кости.

Операция 14 февраля при регионарной анестезии. Впрыснуто 10 см 1% адреналин-новокаина по моему способу к седалищному нерву и столько же к бедренному нерву уколом через кожу у наружного края прощупанной бедренной артерии.

Через час начата операция при полной нечувствительности к уколам во всей области кожной иннервации бедренного и седалищного нервов (только на подошве и краях стопы чувствительность отчасти сохранилась).

Без всякой боли вырезан исходивший из надкостницы бугорчатый узел и снесён долотом поверхностный слой кости. Рана промыта физиологическим раствором, припудрена йодоформом и защита наглухо. Гладкое заживление. 25 февраля впрыснуто 10 см йодоформной эмульсии в правый коленный сустав, а 7 марта столько же в левый; при проколах была получена из суставов прозрачная желтоватая жидкость. После инъекции эмульсии суставы иммобилизовались картонно-крахмальной повязкой. 10 марта больная выписана с тем, чтобы продолжать амбулаторно лечение йодоформной эмульсией.

Непосредственно после выписки из больницы появилась припухлость позади наружной лодыжки, а затем и на тыле правой стопы. Теперь припухлость над сухожилиями малоберцовых мышц размягчилась и вскрылась, кожа над нею истончённая изъязвлённая. Операция 3 мая при регионарной анестезии. Впрыснуто 10 см 2% адреналин-новокаина к седалищному нерву по моему способу, а проводимость ветвей п. *sarpheni* прервана впрыскиванием 1% адреналин-новокаина в подкожную клетчатку внутренней стороны голени над лодыжкой. Через 1/2 часа вся область седалищного нерва, за исключением наружной стороны пятки и наружного края стопы, где чувствительность только понизилась, стала нечувствительной к уколам; при операции на сухожилиях малоберцовых мышц пришлось применить местную анестезию. Вырезаны творожисто изменённые влагалища общего длинного разгибателя пальцев малоберцовых мышц; для закрытия дефекта после удаления изъязвлённой кожи над последними сделан большой послабляющий разрез на тыле стопы, но всё-таки дефект закрыт с натяжением и после снятия швов рана разошлась. К 30 мая остался небольшой чистый грануляционный дефект и больная выписана для амбулаторного лечения.

На внутренней стороне пятки на месте последней операции остаются до сих пор туберкулёзные язвы кожи; под пупартовой связкой большой пакет туберкулёзных желёз; над плюснофаланговым суставом большого пальца правой ноги очень болезненный холодный абсцесс. Операция 28 июня под хлороформно-эфирным наркозом. Удалены все бедренные и паховые железы, вырезан холодный абсцесс сухожильного влагалища большого пальца, вырезана кожа внутренней стороны пятки и дефект закрыт кожным лоскутом на ножке, взятым из левого бедра; ноги фиксированы в скрещённом положении гипсовой повязкой. Через 8 дней перевязан кожный мостик и лоскут оказался отлично прижившим. Через несколько дней образовались многочисленные кожные язвы на коже стопы вдоль верхнего края пересаженного лоскута и на рубцах вдоль вырезанных сухожильных влагалищ. Язвы эти упорно не заживали, и потому 3 августа при регионарной анестезии седалищного нерва вырезана довольно широкая полоса кожи с язвами, и дефект оставлен открытым. Дефект хорошо зарубцевался, но на других местах появились новые язвы, имевшие весьма злокачественный характер и неудержимо распространявшиеся, несмотря на применение 5% и 10% пирогалловой мази; почти весь пересаженный лоскут, кожи тыла и наружного края стопы, пятки были разрушены язвенным процессом; появились язвы и в рубцах паховой области и колена и подкожные творожистые узлы на голени и бедре. 23 сентября при регионарной анестезии седалищного нерва вырезана на большом протяжении изъязвлённая

кожа стопы и захваченные туберкулёзным процессом сухожилия малоберцовых мышц, клетчатка, местами надкостница; большой дефект оставлен открытым; он скоро выполнен здоровыми грануляциями и 9 октября покрыт пересадкой кожи по Thiersch'у с левого бедра при регионарной анестезии (n. cruralis n. cutaneus femoris lat.); пересадка удалась превосходно. Ещё до этой операции появились туберкулёзные узлы в подкожной клетчатке голени и бедра по ходу лимфатических сосудов, именно позади срединной лодыжки на задне-внутренней стороне голени вблизи подколенной ямки, на наружной стороне нижнего конца бедра; изъязвился, кроме того, рубец на колене. 26 октября операция при регионарной анестезии (седалищный и бедренный нервы, наружный кожный нерв бедра); вырезаны все подкожные узлы и язвы; на верхнем конце голени они оказались проникающими сквозь фасции, и пришлось вырезать последнюю; остался большой дефект кожи, для закрытия которого понадобилась пластика кожным лоскутом, взятым по соседству. Все раны зажили гладко, но оказался забытым один туберкулёзный узел на голени; кроме того, приняли неблагоприятное течение изъязвления рубца на месте бывшего вырезывания бедренных желёз; эти язвы и узел вырезаны 14 ноября при местной анестезии.

Все раны хорошо зажили и 17 декабря больная выписана.

Снова поступила с обширной и глубокой язвой на внутренней стороне верхней трети правой голени, небольшой язвой кзади от первой и язвой в 3×3 см на левой ягодице. В первом межплюсневом промежутке широкий свищ, ведущий к кариозной 1-й плюсневой кости; пересаженная на стопу кожа стала плотной и нормально окрашенной. Операция 8 февраля при регионарной анестезии. Вырезаны обе язвы голени, и дефекты оставлены открытыми за невозможностью закрыть их пластически; выскоблен свищ на стопе.

В начале апреля появилась небольшая припухлость в левой стороне лба, постепенно увеличивавшаяся и к 20-му апреля достигшая величины грецкого ореха. 24 апреля этот туберкулёзный очаг был удалён при местной анестезии и оказался проникающим до кости. Кость не затронута. Бугорчатка стопы постепенно ухудшалась и наконец приняла настолько злокачественный характер, что необходима была ампутация стопы по Пирогову, но больная на эту операцию не согласилась и 5/V выписалась.

206. Бугорчатка тазобедренного сустава.

Анна М. 30 лет, кр. с. Нилы, Переславской волости, 28/VIII 1911 г.—24/VI 1912 г.

Больна около 13 месяцев. Очень тяжёлая бугорчатка правого тазобедренного сустава с большим холодным абсцессом под ягодичной мышцей, тремя зажившими свищами в ниже-задней части ягодицы, сгибательной контрактурой и резко выраженной атрофией мышц бедра. На обеих ногах, руках и лице довольно большие отёки; сильное малокровие. Моча прозрачна, белка не содержит, осадка при центрифугировании не даёт. Сердце здорово, в лёгких рассеянные сухие и влажные хрипы. Температура обнаруживает большие колебания и по вечерам доходит до 39°. Операция 2 сентября под хлороформно-эфирным наркозом. Разрезом Langenbeck'a вскрыто большое скопление гноя сзади вертлужной впадины, и на дне гнойной полости найден обширный участок обнажённой и изъеденной кости. Резецирована головка бедра, на которой хрящ разрушен почти на всём протяжении и замещён туберкулёзными грануляциями, а местами поражено уже и зубчатое вещество кости. Такие же изменения найдены и в вертлужной впадине, и потому последняя целиком резецирована с помощью долота; кроме того, резецирован участок кости позади впадины, такой же величины, как и последняя; после удаления этой части подвздошной кости по ту сторону её найдена настолько обширная гнойная полость, что общая глубина раны составляла 20 см; дно этой полости составляла брюшина малого таза. До дна полости введена дренажная трубка и марлевый выпускник, и рана зашита. Операция продолжалась 1,5 часа и больная её хорошо перенесла. После операции остались свищи, выделявшие много слегка гнойной жидкости, так что требовались ежедневные перевязки. В начале 1912 года больная начала ходить с костылями. Много раз впрыскивалась в свищи висмутовая Веск'овская паста, но после этого нередко повышалась температура, а улучшения никакого не было. 22 мая 1912 года сделана вторая операция под эфирно-хлороформным наркозом; после разреза по старому рубцу найден на дне раны небольшой костный секвестр, выскоблены свищи и большая полость над вертелом, по-видимому, поражённая бугорчаткой надвертельная слизистая сумка. Конец бедра оказался хорошо фиксированным крепкими соединительно-тканными тяжами, напоминающими связки. По заживлении раны, протёкшем без осложнений, остались такие же свищи, как до последней операции, и 24 июня 1912 года больная выписана.

207. Бугорчатка коленного сустава.

Пелагея З. 23 лет, кр. с. Насакино, Елизаровской волости, 29/XII 1913 г.—22/III 1914 г.

С 6—7-летнего возраста страдает бугорчаткой левого коленного сустава. Ходит с костылём. Сустав веретенообразно утолщён и неподвижно фиксирован в довольно резко выраженном положении genu valgum; надколенник сращён с мышелками бедра. Попытка пассивных движений вызывает сильную боль. Мышцы левого бедра сильно атрофированы: окружность его 35 см, а правого 43,4 см. Общее состояние больной вполне удовлетворительно, лёгкие и сердце здоровы, моча белка и сахара не содержит. Операция 31/XII под хлороформно-эфирным наркозом. Сустав вскрыт разрезом Textor'a и в нём найдены сплошные сращения, а между ними и в bursa suprapatellaris скопления жидкого гноя и творожистые очаги. Суставные хрящи мышелков бедра и особенно большеберцовой кости разрушены на большом пространстве. Сустав резецирован дугообразными распилами, удалён надколенник и сумка сустава, концы костей соединены проволочными швами, в углы раны вставлены марлевые выпускники. Нога фиксирована гипсовой повязкой, которая через день промокла кровью и переменена; при этом удалены выпускники. 15/II гипсовая повязка переменена. 7/III больная начала ходить. 22/III выписана с гипсовой повязкой. Ходит хорошо, болей нет.

208. Бугорчатка голени.

Александр Ш. 4 лет, кр. д. Афанасово, Смоленской волости, 24/V—29/V 1912 г.

Заболел около года тому назад без видимой причины. Появилась припухлость и боли в нижней части левой голени, затем вскрылся абсцесс и до сего времени остаются 2 свища. При зондировании кость не ощущается. Операция 25 мая под эфирным наркозом. Расщеплены и выскоблены свищи, причём оказалось, что один из них идёт далеко вверх, до границы средней и верхней трети голени, но там слепо кончается и до кости нигде не доходит. Стенки свищей на всём протяжении образованы плотной фиброзной тканью. Рана частично сшита и введены марлевые выпускники. 29 мая выписан для амбулаторного лечения. При микроскопическом исследовании выскобленных грануляций найдено в них много бугорков с гигантскими клетками.

209. Эндотелиома стопы.

Евдокия Н. 63 лет, кр. с. Голопёрово, Глебовской волости, 19/X—4/XI 1913 г.

В июне 1908 года была оперирована доктором Буткевичем по поводу фибромы правой стопы (смотри отчёт за 1908 год, №294). Вырезанная опухоль имела плотную консистенцию фибромы, но местами в ней имелись полости с распадом и кровью. При микроскопическом исследовании опухоль оказалась фибромой с очагами размягчения и небольшой примесью миксоматозных элементов. Теперь снова больная поступила с опухолью на том же месте. Опухоль величиною в сливу помещается на подошве у основания 1-го и 2-го пальцев, имеет довольно плотную консистенцию, овальную форму, гладкую поверхность, покрытую нормальной кожей. Железы в паху не увеличены. Операция 20/X при регионарной анестезии седалищного нерва. Опухоль очерчена разрезом, но оказалось, что от неё идёт отросток к межпальцевому промежутку; поэтому удалён большой палец с его плюсневой костью. Операция была совершенно безболезненна. Опухоль имела со всех сторон капсулу, была величиною 5×3 см, на разрезе имела вид саркомы. При микроскопическом исследовании она оказалась эндотелиомой: повсюду видно происхождение клеточных тяжей и скоплений из эндотелия лимфатических щелей и можно проследить все стадии превращения эндотелия в клеточные скопления, напоминающие на первый взгляд саркому.

Заживление прошло совершенно гладко, и 4/XI больная выписана.

210. Саркома бедра.

Артемий Б. 34 лет, кр. с. Славитино, Елизаровской волости, 9/VI—30/VI 1913 г.

Заболел 8 лет тому назад. Изредка, с промежутками в 2—3 месяца, появлялись сильные боли в правом коленном суставе, переходившие потом на бедро и продолжавшиеся по 2—3 дня. Через 4 года боли стали появляться чаще, больной заметил исхудание правого бедра, быстро прогрессирующее, наконец боли усилились настолько, что больной совершенно не мог ходить; лечился растираниями; так продолжалось 3 месяца, затем боли прошли, бедро снова приняло прежний объём, и в течение 2-х лет больной считал себя совершенно здоровым. Осенью 1912 года снова появились боли в бедре и оно стало припухать; интенсивность болей с тех пор довольно сильно колебалась, но опухоль, хотя медленно, увеличивалась. Ходит больной с трудом, опираясь на палку. Общее состояние его и питание удовлетворительны,

внутренние органы здоровы. Всё бедро заметно утолщено, кожа на нём плотна и напряжена, паховые железы довольно сильно увеличены; приблизительно на середине бедренной кости неясно прощупывается твёрдая опухоль величиною с куриное яйцо. Диагноз колебался между саркомой и костным абсцессом. Операция 10 июня под хлороформным наркозом. Пробный разрез обнаружил периостальную опухоль величиною с куриное яйцо, видимо саркому, очень неясно отграниченную от мышц; вырезан кусочек опухоли для исследования и рана зашита с марлевым выпускником вследствие паренхиматозного кровотечения. При микроскопическом исследовании опухоль оказалась круглоклеточной саркомой, среди клеток которой в большом количестве разбросаны поперечно-полосатые мышечные волокна. На экзартикуляцию бедра больной не согласился.

211. Старческая гангрена стопы и голени.

Иван Н. 80 лет, кр. Феодоровской слободы, Переславской волости, 15/V—19/V 1913 г.

Около месяца тому назад обратился в амбулаторию по поводу омертвения большого пальца правой ноги. Уже тогда почти не прощупывалась пульсация бедренной артерии. На ампутацию бедра больной тогда не согласился. Теперь уже омертвела вся стопа и нижняя половина голени (сухая гангрена); пульсация бедренной артерии совершенно не прощупывается, тогда как на левой ноге эта артерия пульсирует очень сильно. Старик очень дряхлый, страдающий, кроме того, гипертрофией предстательной железы с значительным затруднением мочеиспускания. Операция 17 мая при регионарной анестезии. Впрыснуто по 10 см 2% адреналина-новокаина к седалищному, бедренному и запирательному нервам и 2 см к боковому кожному нерву бедра. Через час после инъекций абсолютно безболезненно произведена высокая ампутация бедра (без жгута). На перерезанной бедренной артерии просвет совершенно отсутствовал. После операции больной себя чувствовал не хуже, чем до неё, но совершенно ничего не ел, и вечером 19 мая умер. Рана заживала без осложнений.

212. Невралгия седалищного нерва.

Никита Г. 37 лет, кр. с. Перцево, Переславской волости, 5/VII—28/VII 1913 г.

Тяжёлая невралгия левого седалищного нерва с значительным левосторонним сколиозом поясничной части позвоночника. Боль при надавливании на все типичные точки. При исследовании полости таза *per rectum* ничего ненормального не обнаружено. Болезнь повторяется второй раз. Впервые она была несколько лет тому назад и также сопровождалась сколиозом, продолжалась около 2 месяцев. Для лечения испробованы инъекции 2% адреналина-новокаина (10 см) по моему способу к седалищному нерву. Инъекции делались 7, 9, 12 и 18 июля, каждый раз игла попадала в самый нерв (на эстезии), анестезия наступала уже через 5 минут и длилась с 12 часов дня до 4—7 часов вечера. После первой же инъекции наступило значительное облегчение болей и с каждой новой инъекцией возвраты болей были всё незначительнее, а после четвёртой боли прекратились совсем, сколиоз также значительно уменьшился, но не исчез совсем. В таком состоянии больной и выписан.

213. Сирингомиелия.

Мария С. 37 лет, кр. д. Голяtkово, Вишняковской волости, 20/V—10/VII 1912 г.

Больна лет 10. Около месяца тому назад началась флегмона на правой кисти. Поступила с обширным нагноением всей кисти, части предплечья, лучезапястного сустава, омертвением ногтевой фаланги мизинца. Концы всех пальцев правой руки и среднего пальца левой мутированы вследствие часто повторявшихся нагноений и омертвений. На локтях рубцы от ожогов. Нагноение протекает весьма вяло. Болевая и температурная чувствительность резко понижена, частью потеряна на руках и менее резко на груди и спине, на ногах нормальна. Рефлексы нормальны. Операция 21 мая при регионарной анестезии плечевого сплетения по *Kulenka mpff'u*. Вскрыты все гнойные затёки и резецирован лучезапястный сустав, в котором оказались омертвевшими все кости запястья и нижний конец локтевой кости. В дальнейшем при перевязках удалено ещё несколько секвестров и в том числе омертвевший конец локтевой кости. Омертвение костей всё прогрессировало и больной предложена ампутация предплечья, но она от неё отказалась и 10 июля выписалась.

214. Сирингомиелия.

Пётр Н. 28 лет, кр. д. Милитино, Переславской волости, 6/IV—11/IV 1912 г.

В сентябре 1911 года (история болезни № 326) был сделан разрез по поводу флегмоны большого пальца левой руки. Теперь омертвела ногтевая фаланга среднего пальца той же руки и 8 апреля палец ампутирован на середине второй фаланги. Заживление шло гладко и 11 апреля больной выписан для амбулаторного лечения.

Географический указатель

Акулово деревня	14	Забелино деревня	101
Аламово деревня	32	Загорье село	53
Александровский уезд	69	Иванисово село	83
Алфёрово село	83	Ивашково деревня	76
Ананкино деревня	88	Измайлово деревня	17, 100
Афанасово деревня	93, 105	Исаково деревня	92
Афанасьёво деревня	26–28	Кабанское село	17
Афонино деревня	18	Кавказ	51
Бад-Вильдунген город	73	Кадниковский уезд	38
Безмино деревня	23	Киев город	73, 74
Бектышево село	28	Кичибухино деревня	98
Бибирево село	13	Климово деревня	43, 46
Болшево деревня	39, 51, 56	Конюцкое деревня	72, 78
Борисово деревня	13, 70	Копнино село	51
Борисоглебская слобода	43	Костенка деревня	78
Ботогово деревня	85	Крестьянка деревня	91
Василёво деревня	38	Криушкино деревня	16
Вашутино деревня	38	Кружково деревня	13
Ведомша село	75	Кудрино деревня	14, 92
Вечеслово деревня	28	Купань село	34
Вёска Большая деревня	30	Куряниново деревня	17, 23
Вонятино деревня	80	Лисавы деревня	57, 78
Воскресенское деревня	29	Лунево деревня	55
Глебовское село	22	Лыченцы село	32
Голопёрово село	32, 105	Любимцево деревня	49
Голяtkово деревня	106	Милитино деревня	48, 106
Горки деревня (Погост)	42	Мишутино деревня	32
Горки деревня (Смоленское)	59	Москва город	26, 37, 51, 59, 92
Городище деревня	46	Мухарево деревня	81
Городище село	61	Нагорная слобода	58
Горюшка деревня	45	Нагорье село	95, 103
Даниловская слобода	44	Насакино село	95, 105
Демидово деревня	97	Никитская слобода	33, 62
Деревенька деревня	38	Никольское деревня	36
Добрилово село	34, 65	Нила село	34, 82, 101, 104
Долгово деревня	36	Новинцы деревня	75
Дядькино деревня	86	Новое село	12, 44, 72
Евстигнеево деревня	87	Новосёлка деревня (Копнино)	29
Елизарка деревня	71	Новосёлка деревня (Смоленское)	29
Елизарово село	53, 91	Овсейка деревня	99
Ефимьево село	12, 31, 87, 98	Овчинники деревня	83
Жолнино деревня	80	Одерихино деревня	21, 47, 54

Осинки деревня	24	Святово село	64
Осурово деревня	86	Семёновка деревня	40, 48
Перевоз деревня	69	Славитино село	105
Переславль город . 16, 21, 23, 25, 26, 30, 34–37, 40, 45, 60, 63, 66–69, 74, 76, 79, 82–84, 86, 88, 90, 93, 94, 96, 101, 102		Слепцово деревня	101
Перцево село	59, 106	Слободка деревня	88
Пески деревня	33	Смолино деревня	77
Петрецово деревня	30	Сокольская слобода	42, 47, 61, 97, 99
Петровское село	56	Соловьяновское деревня	38
Погост деревня	24, 92	Соломидино село	89
Подберёзье деревня	96	Старое Волино деревня	26
Подгорная слобода	100	Старые Тетерки деревня	41
Покровский уезд	97	Строилово деревня	82
Половецкое село	39, 80, 102	Троицкое деревня	57
Пономарёвка деревня	15, 23	Троицкое село	50
Поповское деревня	77	Усолъе село	74, 85
Пушкино деревня	98	Фалисово деревня	90
Романка деревня	49, 89	Фёдоровская слобода	106
Ростов город	41	Филимоново село	30, 100
Рыбная слобода	70, 102	Филипповское село	15
Рыково деревня	12, 39	Фонинское деревня	51
Сабинское деревня	55	Ченцы село	50
Савельево деревня	23	Черницкое село	25
Свечиное деревня	21, 35	Черницыно деревня	86
		Ям село	71

Медицинский указатель

- acidum arsenicosum 54
- contrexeville минеральная вода 50
- ferrum lacticum 54
- hormonal 71
- аденокарцинома 56, 60, 91
- аденома 91
- ампутация
- бедр 99, 106
 - голень 98
 - кишки 91
 - матки 90
 - пальца 106
 - плеча 100
 - полового члена 84
 - шейки матки 95
 - язычка 24
- анастомоз 42, 43, 58, 60, 76, 79
- ангина 47, 84
- ангиома 22
- антипирин 85
- аппендикс .. 42, 44, 45, 48, 53, 59, 67, 68, 71, 75, 81
- артериосклероз . 25, 55, 56, 75, 87, 90, 91
- артерия
- бедренная 101, 103, 106
 - брыжеечная 79
 - желудочная 77
 - желчного пузыря 65
 - наружная челюстная 25
 - средняя ободочная 55
 - щитовидная 30
- аскарида 43, 66
- асфиксия 41, 60
- асцит 76
- атаксия 18
- атропин 71
- ахилия 74
- бедро 22, 28, 54, 78–80, 104, 105
- белладонна 54
- беременность 47, 52, 76, 94, 95
- бронхит 55, 57, 72, 78
- брюшина 38, 39, 44, 45, 48, 49, 53, 59, 62, 66, 69–71, 78, 89–94, 104
- бугорчатка *см.* туберкулёз
- веронал 56
- влагалище 80, 85, 86, 91–94
- водянка 51, 83, 84
- вывих 98
- выкидыш 47, 80
- гангрена 16, 84, 99, 106
- гастральгия 74
- гастронтоз 67
- гастростомия 37–44
- гемиплегия 22
- геморрой 81, 82
- герпес 47
- глазные болезни 3, 16, 23
- глухота 13
- голень 97–99, 103–106
- горло 29, 47, 72
- грыжа бедренная 79
- грыжа надчревная 56
- грыжа паховая . 51, 53, 54, 58, 77, 78, 83
- губа 16, 25
- дигален 34, 53, 60, 75, 94
- дугласово пространство 81, 82, 89, 92
- железа
- грудная 36, 37
 - лимфатическая 16, 26, 53
 - молочная *см.* грудная
 - околоушная 17, 26
 - паховая 103
 - подбородочная 24
 - поджелудочная 60
 - подчелюстная 18, 24–26
 - предстательная .. 55, 77, 87, 88, 106
 - слюнная 15, 24
 - шейная 24–26, 66
 - щитовидная 30, 69
- желтуха 65, 66
- желудок 40–44, 55–58, 67, 70, 73, 74
- запор 44, 55, 57–59, 61, 66–70, 72, 76, 81, 90
- запястье 106
- зоб 30

индикан	60	морфий 14, 30, 40, 43, 45, 61, 64, 65, 67, 68, 73–75, 96, 99	
калий йодистый	18, 29, 84, 98	мошонка	83, 84
канкроид	26	надплечье	97
катаракта	27, 28	натрий бромистый	56
кесарево сечение	93, 94	невралгия	28, 106
киста черепная	27	нерв	
киста яичника	89, 90	зрительный	18
кисть	102, 106	левый лицевой	19
кифо-сколиоз	35	лицевой	12, 20
кишка		локтевой	102
S-образная	42, 72	лучевой	101
двенадцатиперстная 41–43, 66, 68, 74		подъязычный	25
ободочная . 42, 44, 49, 55, 58–60, 67, 70, 72		седалищный	106
подвздошная	42, 70–72	срединный	101
прямая	72, 76, 80–82, 91, 92	тройничный	28
слепая 39, 42, 60, 66–68, 70–72, 75, 77		язычный	29
толстая	53, 72	нефрит	35
тонкая 39, 40, 45, 47, 52, 70–72, 78, 79, 94		нистагм	20
ключица	36, 37, 98, 102	ожог	22
колено	99–101, 103, 104	оксиура	45
колларгол .. 14, 31, 64, 77, 81, 82, 87, 88, 101		остеомиелит	15, 32, 101
кольпоррафия	70	пайкилоцитоз	76
корь	16	папиллома	24
кость		паралич	
бедренная	106	голосовой связки	30
большеберцовая ... 97, 99, 103, 105		лицевого нерва	20
затылочная	15, 19	ноги	21, 22, 31
лобная	12, 13	руки	12, 19, 20, 22, 101
локтевая	106	паранефрит	49, 100
плюсневая	17	пароварий	90
подвздошная	32, 35, 97	паротит	43
пястная	17	паста висмутовая	44, 68, 80, 104
решётчатая	14	перелом	
скалистая	16, 17	лобной кости	12, 13
скуловая	97	позвочника	31
теменная	12, 27	теменной кости	27
кофеин	34, 53, 60	челюсти	13
лёгкое	78, 79, 84	черепа	12
лимфангоит	12, 101	перигастрит	73
липома	36, 86	периорхит	83
лихорадка .. 33, 39, 44, 49–52, 63, 67, 77, 81, 84, 93, 98, 99, 101		периостит	15, 103
лопатка	82, 100	перитонит	45–48, 51, 52, 71, 72
мазь пирогалловая	103	печень	41, 44, 58, 60, 63–66, 78
мазь ртутная	18	пищевод	37, 38, 57, 93
матка	47, 70, 89, 90, 92–95	пиэлит	50, 51
меланосаркома	26	пиэмия	81
менингит	20	плеврит	18, 31–35, 44, 52, 81
миокардит	12, 55, 90	плечо	14, 16, 19, 57, 82, 97, 98, 100
мозжечок	19, 20	пневмония	45, 47, 48, 58, 70, 100
		полип кишки	91
		полип носа	23
		понос 42, 43, 53, 56–61, 66, 76, 77, 80, 91	
		порок сердца	22, 90
		почка 44, 50, 51, 54, 55, 59, 62, 67–69, 73	

- предплечье 100, 101, 103
 приапизм 96
 привратник желудка 40–44
 пролежень 56
 простатэктомия 87, 88
 психическая болезнь 29, 56
 пузырь желчный 49, 63–66, 68
 пузырь мочевого 50, 51, 54, 55, 62, 63, 68,
 70, 77, 80, 82, 85–88, 90, 92, 93,
 95, 96
 радий 26
 рак
 базальных клеток 26
 ворсинчатый 92
 груди 36, 37
 железистый 24
 желудка 55–59, 61
 кишки 59, 60, 91
 матки 92, 93
 мочевого пузыря 92
 нижней губы 25, 57
 печени 61
 пищевода 37, 38, 93
 поджелудочной железы 60
 слизистой оболочки рта 24
 цилиндроклеточковый 59
 челюсти 25
 черепа 22
 рана колотая 39
 ревматизм суставный 68
 резекция ребра 32–35, 48, 54, 64, 82
 рентген 4, 5, 37, 73
 сальник 38–41, 47, 51, 52, 64, 90, 94
 саркома 26, 36, 106
 свищ
 каловый 76
 кишечный 76
 мочевого 92
 надлобковый 87
 пузырно-влагалищный 85, 86
 секакорнин 94
 селезёнка 76, 77
 симуляция 72
 сифилис 4, 24, 29, 38, 84
 скарлатина 3, 14
 скирр 37, 58
 склероз 25, 59
 сколиоз 25, 106
 скополамин 30, 40, 43, 64, 75
 солитер 88
 стафилококк 17, 32, 48–50, 101
 стоматит 13
 стопа 18, 21, 97, 98, 103–106
 сустав
 голеностопный 98
 грудино-ключичный 102
 коленный 99–101, 103, 105
 локтевой 18, 102
 лучезапястный 97, 100, 106
 плечевой 18
 тазобедренный 84, 100, 104
 челюстной 25
 таннисмут 76
 твёрдая мозговая оболочка 12, 14, 18, 21,
 22, 27
 теоцит 94
 тиф брюшной 3, 45
 торакопластика 33
 трабекула 62
 трахеотомия 29, 72
 трепанация черепа 12, 18, 21, 22
 тромб 14, 22, 81, 102
 тромбоз 14, 101
 туберкулёз 5, 17, 18, 21, 35, 44, 52–55, 66,
 71, 84, 85, 102–105,
 см. бугорчатка
 удушье 29
 уретра 80, 85, 87, 88, 92, 96
 уротропин 14, 50, 86
 ушиб 37, 101
 фаллопиева труба 95
 ферратин 50
 фиброма 23, 89, 105
 физостигмин 71
 флегмона 45, 48, 49, 51, 84, 100, 106
 фурункул 102
 холангит 64
 холецистостомия 63
 цистит 31, 54, 62, 86, 88, 93
 цистостомия 88
 челюсть нижняя 13, 15, 25
 член половой 84, 96
 чревосечение 37, 40, 46, 52, 58, 68, 70, 72,
 75, 79, 81, 84, 90
 эзерин 46
 экзартикуляция плеча 100
 эклампсия 94
 эндотелиома 105
 эпилепсия 27
 эрготин 94
 эрозия губы 16
 ягодица 32, 35, 100, 102, 104
 язва желудка 40–42, 56
 язва каллёзная 42
 язык 23
 яичко 83–85

Предметный указатель

Алексеевская пустынь	31	Павлова и Назарова завод	52
амбулатория	5	палата имени Выходцева	5
аптека	5	прачечная	5
барак заразный	5	сани	96
бензин	39	Товарищество Переславской	
бревно	99	мануфактуры	79
воз тяжёлый	78	топор	97, 100, 101
выстрел дробью	31, 97	фамилия	
камера дезинфекционная	5	Буткевич Ф. Г.	6, 27, 105
корова	80	Выходцев Л. В.	5
коса	100	Иванов В. С.	6
лошадь	12, 13, 99	Михневич С. Д.	6
навоз	12	Образцов В. П.	73
нож	39	Ширяева А.	47

Оглавление

Общая часть	3
Специальная часть. Отчёт по хирургическому отделению	6
Болезни головы	12
Болезни шеи	29
Болезни груди и позвоночника	30
Болезни живота	39
Болезни таза	80
Болезни конечностей	97
Географический указатель	107
Медицинский указатель	109
Предметный указатель	112