193584

О военно-полевыхъ раненіяхъ черепа.

Наблюденія изъ опыта Русско-японской войны.

О. М. Хольбекъ.

Bibliotheca Universitatis Jurievensis.

Юрьевъ.
Типографія К. Маттисена.
1911

Изъ Хирургической Факультетской Клиники
профессора В. Г. Цёге фонъ Мантейфель.

О военно-полевыхъ раненіяхъ черепа.

Наблюденія изъ опыта Русско-японской войны.

О. М. Хольбекъ.

Юрьевъ.
Типографія К. Маттисена.
1911.

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго Факультета ИМПЕРАТОРСКАГО Юрьевскаго Университета.

Юрьевъ, 30-го ноября 1910 года.

Деканъ **Д. Лавровъ.**

D210796

Моимъ учителямъ

Адольфу Адольфовичу фонъ Бергманъ

Герману Федоровичу Цейдлеръ

Вернеру Германовичу Цёге фонъ Мантейфель

посвящаю этотъ трудъ.

Оглавленіе.

	Стр.
Введеніе	1 — 6
I. Общая часть	7— 16
II. Огнестрѣльныя раненія мягкихъ покрововъ черепа	17— 31
Огнестрѣльные переломы и поврежденія содержимаго черепа	32—384
III. Къ вопросу о механикѣ огнестрѣльныхъ раненій черепа	32— 54
IV. Состояніе ранъ при огнестрѣльныхъ переломахъ черепа	54— 85
Номенклатура	54
Раненія оболочечной пулей	58
Тангенціальныя раненія	58
Истеченіе liquoris cerebro-spinalis	63
Поврежденія sinus'овъ	64
Сегментальныя раненія	65
Діаметральныя раненія	67
Раненія съ застрявшими пулями	69
Раненія основанія черепа	71
Орбитальныя раненія	72
Косвенные переломы крышки глазницы	74
Раненія частями артиллерійскихъ снарядовъ	78
Раненія шрапнельной пулей	78
Раненія съ застрявшими частями снарядовъ	81
Орбитальныя раненія (шрапнель)	84
Раненія осколками гранатъ	84
V. Симптомы огнестрѣльныхъ поврежденій черепа	85—188
Разстройства со стороны сознанія	86
Рвота	96
Головокруженіе	98
Головная боль	100
Шумъ въ ушахъ	102
Измѣненія со стороны пульса	102
Измѣненія со стороны температуры	113

	Стр.
Измѣненія со стороны дыханія	113
Разстройства со стороны двигательной сферы	114
Моторные параличи	114
Коллатеральный параличъ	125
Перекрестный параличъ	135
Явленія моторнаго раздраженія	144
Разстройства со стороны чувствительности	148
Явленія паралича чувствительности	148
Явленія раздраженія со стороны чувствительности	151
Гипералгетическія зоны при огнестрѣльныхъ раненіяхъ головы	152
(Гипералгетическія зоны при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ другихъ областей тѣла)	152
Разстройства со стороны рефлексовъ	157
Разстройства функцій мочевого пузыря	161
Атактическія разстройства	161
Разстройства рѣчи	164
Разстройства зрѣнія (центральнаго происхожденія)	173
Разстройства со стороны психики	179
VI. Поврежденія черепныхъ нервовъ	188–196
Nervus opticus	189
„ oculomotorius	190
„ trigeminus	190
„ abducens	191
„ facialis	191
„ vagus и hypoglossus	191
VII. Поврежденія глаза	196–198
VIII. Поврежденія слухового аппарата	198–201
IX. Къ вопросу объ инфекціи огнестрѣльныхъ поврежденій черепа	201–223
X. Выпаденіе и истеченіе мозга	223–237
Выпаденіе мозга (пролапсъ мозга)	223
Истеченіе мозга	233
XI. Къ діагнозу огнестрѣльныхъ раненій черепа	237–243
XII. Къ вопросу о терапіи огнестрѣльныхъ раненій черепа	243–337
Мнѣнія о леченіи огнестрѣльныхъ переломовъ черепа:	
въ мирное время	245
на войнѣ	271
Показанія къ оперативному вмѣшательству	287
Наши наблюденія (относительно терапіи)	300
Тангенціальныя раненія	312
Сегментальныя раненія	319
Діаметральныя раненія	321
Раненія съ застрявшими пулями	322
Раненія основанія черепа	333
Орбитальныя раненія	335

Стр.

XIII. **Къ прогнозу огнестрѣльныхъ ранений черепа** . . 338—352
XIV. **Объ исходахъ огнестрѣльныхъ ранений черепа** . 353—384
XV. **Исторіи болѣзни** . . . . . 385—605
Раненія костей и содержимаго черепа оболочечн. пулями
№ 1—254 . . . . . 385—535

Случаи тангенціальнаго раненія оболочечными пулями.

Тангенц. ран. об. п., неоперир., эвакуированные
№ 1—15 385
Тангенц. ран. об. п., неоперир., умершіе № 16—20 392
Тангенц. ран. об. п., оперир., эвакуиров., первично-
опер. № 21—54 394
Тангенц. ран. об. п., оперир., эвакуиров., вторично-
опер. № 55—82 410
Тангенц. ран. об. п., оперир. до поступл. въ ла-
зарет. № 83—88 432
Тангенц. ран. об. п., умершіе, первично-оперир.
№ 89—91 435
Тангенц. ран. об. п., умершіе, вторично-оперир.
№ 92—114 436
Тангенц. ран. об. п., оперир. до поступл. въ лаз.
№ 115—116 451

Случаи сегментальнаго раненія оболочечными пулями.

Сегмен. ран. об. п., неоперирован., эвакуированные
№ 117—124 452
Сегментальн. ран. об. п., неоперирован., умершіе
№ 125—127 458
Сегмен. ран. об. п., оперир., эвакуиров., первично-
опер. № 128—135 460
Сегмен. ран. об. п., оперир., эвакуиров., вторично-
опер. № 136—141 464
Сегмен. ран. об. п., оперир. до поступл. въ ла-
зарет. № 142—143 467
Сегмен. ран. об. п., умершіе, первично-оперир.
№ 144 468
Сегмен. ран. об. п., умершіе, вторично-оперир.
№ 145—153 468

Случаи діаметральнаго раненія оболочечными пулями.

Діаметр. ран. об. п., неоперир., эвакуированные
№ 154—165 476
Діаметральн. ран. об. п., неоперирован., умершіе
№ 166—167 483
Діаметр. ран. об. п., оперир., эвакуиров., первично-
опер. № 168—177 484

Стр.

Діаметр. ран. об. п., опериров., эвакуиров., вторично-опер. № 178 - 180 488
Діаметр. ран. об. п., оперир. до пост. въ лазарет. № 181 492
Діаметр. ран. об. п., умершіе, вторично-опериров. № 182 -184 492
Діаметр. ран. об. п., оперир. до поступл. въ лазар. № 185 494

Случаи съ застрявшими оболочечными пулями.

Ран. съ застр. об. п., неопериров., эвакуированные № 186—198 494
Ранен. съ застрявш. об. п., неопериров., умершіе № 199 202 502
Ран. съ застр. об. п., опериров., эвакуиров., первично-опер. № 203—205 504
Ран. съ застр. об. п., опериров., эвакуиров., вторично-опер. № 206 207 505
Ран. съ застр. об. п., опер. до поступл. въ лазарет. № 208—209 509
Ран. съ застр .об. п., умершіе, первично-опериров. № 210 511
Ран. съ застр. об. п., умершіе, вторично-опериров. № 211- 215 511

Случаи ранения основания черепа оболочечными пулями.

Ран. основ. об. п., неоперирован., эвакуированные № 216—228 515
Ранен. основан. обол. п., неоперирован., умершій № 229 523
Ран. основ. об. п., оперир., эвакуиров., первично-опер. № 230 523
Ран. основ. об. п., опериров., умершіе, вторично-опер. № 231—232 524

Случаи орбитальнаго (orbito-temporal.) ранения оболочечными пулями.

Орбит. ран. об. п., неопериров., эвакуированные № 233—244 525
Орбитальн. ранен. об. п., неоперирован., умершіе № 245—246 531
Орбит. ран. об. п., опериров., эвакуиров., первично-опер. № 247—251 532
Орбит. ран. об. п., опериров, эвакуиров., вторично-опер. № 252 534
Орбит. ран. об. п., опериров. до поступл. въ лазар. № 253 534

Стр

Орбит. ран. об. п., умершіе, вторично-оперирован. № 254 535

Раненія костей и содержимаго черепа артиллерійскими снарядами № 255—340 . . . . . 536—580

Случаи тангенціальнаго раненія артиллерійскими снарядами.

Тангенц. ран. арт. сн., неоперир., эвакуированные № 255- 261 536

Тангенц. ранен. артил. сн., неоперировн., умершіе № 262 263 539

Тангенц. ран. арт. сн., оперировн., эвакуиров., первично-опер. № 264—284 540

Тангенц. ран. арт. сн., оперировн., эвакуиров., вторично-опер. № 285—295 550

Тангенц. ран. арт. сн., опер. до поступл. въ лазар. № 296—297 556

Тангенц. ран. арт. сн., оперировн., умершіе, первично-опер. № 298 557

Тангенц. ран. арт. сн., оперировн., умершіе, вторично-опер. № 299—302 558

Тангенц. ран. арт. сн., опер. до поступл. въ лазар. № 303 560

Случаи сегментальнаго раненія артиллер. снарядами.

Сегмен. ран. арт. сн., неоперировн., эвакуированный № 304 561

Сегмен. ран. арт. сн., оперировн., умершіе, вторично-опер. № 305 561

Случаи съ застрявшими частями артиллер. снарядовъ.

Ран. съ застр. ч. арт. сн., неоперировн., эвакуированные № 306—308 563

Ран. съ застр. ч. арт. сн., неоперировн., умершій № 309 565

Ран. съ застр. ч. арт. сн., оперир., эвакуир., первично-опер. № 310—322 565

Ран. съ застр. ч. арт. сн., оперир., эвакуир., вторично-опер. № 323—330 571

Ран. съ застр. ч. арт. сн., опер. до пост. въ лазар. № 331—333 574

Ран. съ застр. ч. арт. сн., оперир., умершіе, вторично-опер. № 334—336 575

Случаи орбитальнаго раненія артиллерійскими снарядами.

Орбит. ран. арт. сн., неоперирован., эвакуированные № 337—339 578

Стр.

Орбитальн. ран. арт. сн. неоперирован., умершій № 340 580
Случаи неопредѣленные. неопер., эвакуир. № 341–356 580
„ „ „ умершіе № 357–364 583
„ „ оперов., эвакуир. № 365–372 585
„ „ „ умершіе № 373–380 586
Раненія мягкихъ частей обол. пул. № 381–408 588
„ „ „ арт. снаряд. № 409–434 . . . 596
„ неопредѣлен. огнестр. оружіемъ № 435 . . 602
Раненія черепа холоднымъ оружіемъ 603
XVI. Литература 607–665
I. Статьи *историческія* 607
II. Механика огнестрѣльныхъ раненій: Экспериментальныя работы, Теорія дѣйствія огнестрѣльныхъ снарядовъ, Механика переломовъ черепа 607
III. Руководства по военно-полевой хирургіи . . 614
IV. *Статьи по военно-полевой* хирургіи 615
V. Войны
a. Японско-китайская война 1894–1895 г. . 617
b. Греко-турецкая война 1897 г. 617
c. Испано-американская война 1898–1901 г. походы американцевъ на Филиппинахъ . 617
d. Англо-бурская война 1899–1902 г. 618
e. Китайская кампанія 1900 г. 620
f. Разные мелкіе походы и военныя дѣйствія 621
g. Русско-японская война 1904–1905 г. . . . 622
h. Германскій походъ въ *юго-западныхъ африканскихъ колоніяхъ* 1904–1905 г. . . 629
VI. Казуистика огнестрѣльныхъ раненій черепа въ мирное время 629
VII. Симптоматологія 643
VIII. Діагностика раненій черепа 647
IX. Леченіе огнестрѣльныхъ раненій черепа. Черепно-мозговая хирургія 648
X. Пластическая операція дефектовъ черепныхъ костей 653
XI. Леченіе огнестрѣльныхъ ранъ вообще. Инфекція огнестрѣльныхъ ранъ 654
XII. Прогнозъ и исходы огнестрѣльныхъ раненій черепа 656
XIII. О застрявшихъ пуляхъ 659
XIV. Примѣненіе рентгеноскопіи при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа 660
XV. Изъ литературы объ осложненныхъ переломахъ черепа 663
Приложеніе

Введеніе.

Обширная литература по вопросу объ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа доказываетъ, что эта тема, какъ въ теоретическомъ, такъ и въ практическомъ отношеніи можетъ быть отнесена къ одной изъ самыхъ важныхъ въ хирургіи, а въ частности въ военно-полевой хирургіи.

Послѣдняя наша война на Дальнемъ Востокѣ повела уже къ появленію большого ряда сообщеній изъ области огнестрѣльныхъ поврежденій, и возбужденные ими вопросы были предметомъ горячихъ преній на различныхъ съѣздахъ. Напомню здѣсь только работу покойнаго профессора И. И. Дьяконова: „Военно-полевыя раненія черепа“, въ которой онъ разбираетъ 210 исторій болѣзни и замѣтокъ, частью уже раньше опубликованныхъ; затѣмъ пренія во время VII-го съѣзда россійскихъ хирурговъ и X-го сѣзда общества Русскихъ Врачей памяти Н. И. Пирогова; работу А. А. Щепинскаго: „Къ вопросу о распознаваніи поврежденій отдѣльныхъ долей мозга“.

Въ этихъ и другихъ работахъ неоднократно выражалось пожеланіе, чтобы отдѣльные лазареты, работавшіе на театрѣ военныхъ дѣйствій, а также и въ тылу арміи, опубликовывали сполна свои наблюденія. Только при сопоставленіи всего, чрезвычайно обширнаго, матеріала мы имѣли бы возможность въ концѣ концовъ пролить нѣкоторый свѣтъ на многіе важные вопросы, которые ставитъ хирургамъ современная война.

Это соображеніе совпало съ предложеніемъ глубокоуважаемаго профессора В. Г. Цёге фонъ Мантейфель — обработать случаи черепныхъ раненій изъ матеріала завѣды-

васмаго имъ, во время войны 1904—1905 г., Собственнаго Лазарета Ея Императорскаго Величества Государыни Императрицы Маріи Ѳеодоровны. За предоставленіе мнѣ этого матеріала приношу профессору Цёге фонъ Мантейфель мою душевную благодарность.

Чтобы получить большее число наблюденій, я постарался привлечь матеріалы и другихъ лазаретовъ. Такимъ образомъ, мнѣ удалось получить свѣдѣнія о 435*) огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа, поступившихъ на излеченіе. Эта цифра, конечно невелика по сравненію съ громадными числами огнестрѣльныхъ поврежденій черепа, которыя, по всей вѣроятности, наблюдались въ теченіе русско-японской войны. Но, сравнивъ ихъ съ цифровыми данными другихъ войнъ, мы убѣдимся, что наши цифры все-таки достойны нѣкотораго вниманія. Такъ санитарный отчетъ за франко-прусскую войну насчитываетъ только 947 поврежденій костей черепа[1]).

Въ моихъ стараніяхъ собрать наивозможно обширный матеріалъ раненій черепа меня самымъ предупредительнѣйшимъ и дружескимъ образомъ поддержали старшіе врачи четырехъ лазаретовъ Краснаго Креста. — Выражаю свою искреннюю благодарность Р. В. Бутцъ, бывшему старшему врачу отряда Крестовоздвиженской общины, любезно предоставившему въ мое распоряженіе свой чрезвычайно богатый и интересный матеріалъ. Моихъ друзей и товарищей по войнѣ Л. В. Боригаунтъ, бывшаго старшаго врача лазарета Иверской общины, и О. Г. фонъ Шиманнъ, бывшаго старшаго врача Евангелическаго полевого лазарета — прошу принять сердечную благодарность за предоставленіе мнѣ своихъ наблюденій. Искренно благодарю и бывшаго старшаго врача 3-го Кауфманскаго отряда въ Иркутскѣ Р. Х. Ванахъ, обогатившаго мою статистику своими исторіями болѣзни. — Въ частности, при обработкѣ исходовъ огнестрѣльныхъ повре-

*) Я не анализировалъ приведенныя въ концѣ исторіи болѣзни раненія холоднымъ оружіемъ, такъ какъ послѣднія сами по себѣ представляютъ тему для отдѣльной работы.

1) III томъ. — Согласно тому V, pag. 562—565, трепанированы были только 29.

жденій черепа, моя работа получила еще сильную поддержку, благодаря любезному содѣйствію сенатора князя И. Д. Голицына, который помогъ мнѣ словомъ и дѣломъ при организаціи опроса, за что прошу его принять выраженіе моей глубокой признательности.

Считаю нужнымъ указать, что всѣ наблюденія, хотя бы и происходящія изъ различныхъ лазаретовъ, сдѣланы хирургами, которые принадлежатъ къ одной и той-же школѣ, хотя и къ различнымъ выпускамъ. Благодаря этому обстоятельству, совмѣстная разработка матеріала съ этой стороны не имѣетъ въ себѣ ничего натянутаго.

Для тѣхъ, кто знакомъ съ расположеніемъ лазаретовъ во время манчжурской войны, изъ вышеприведеннаго будетъ ясно, что наблюденія сдѣланы въ лазаретахъ, находящихся на весьма разнообразныхъ разстояніяхъ отъ линіи военныхъ дѣйствій въ различныя фазы войны. Обсужденіемъ этихъ условій мы займемся теперь, чтобы и непосвященнымъ предетавить правильную картину.

Что касается разстоянія лазаретовъ отъ главныхъ желѣзнодорожныхъ пунктовъ Ляоянъ и Мукденъ, то слѣдующая таблица[1]) дастъ намъ достаточныя поясненія.

Таблица A.

Названіе лазарета.	Періодъ работы.	Мѣсто расположенія.	Разст. отъ Ляояна (въ верст.).	Время въ пути (часы) въ мирное время. Чч.	Сч.	Разст. отъ Мукдена (въ верст.).	Время въ пути (часы) въ мирное время. Чч.	Сч.
Крестовоздвиженск.	III. 1904 — III. 05	Мукденъ	63	3	$2^1/_2$	—	—	
Евангелическій:	V. 04 — VIII. 04	Ляоянъ	—	—	—	—	—	—
	VIII. 04 — VI. 05	Гунчжулинъ	288	$14^1/_2$	13	225	$11^1/_2$	$10^1/_2$
Императрицы Маріи Ѳеодоровны:	VI. 04 — VIII. 04	Ляоянъ	—	—	—	—	—	—
	VIII. 04 — X. 05	Гунчжулинъ	288	$14^1/_2$	13	225	$11^1/_2$	$10^1/_2$
Иверской Общины:	III. 04 — X. 05	Харбинъ	569	$29^3/_4$	$27^1/_2$	506	$26^3/_4$	$24^1/_2$
3-ій Кауфманскій:		Иркутскъ	2889	6 сут.		2806	6 сут.	

1) Частью по „Путеводителю по Вел. сибир. ж. д.“ 1903—1904.

Отсюда мы видимъ, что Крестовоздвиженскій лазаретъ находился все время въ наиболѣе близкомъ разстояніи отъ линіи военныхъ дѣйствій. Здѣсь главнымъ образомъ мы подразумѣваемъ большія сраженія: Ляоянъ — VIII. 1904; Шахе — IX. X. 1904; Сандепу — I. 1905; Мукденъ — II. 1905. Положимъ, во время лѣтняго похода 1904 г. Евангелическій лазаретъ и лазаретъ Императрицы Маріи Ѳеодоровны были расположены болѣе впереди, но во время этого періода число раненыхъ въ голову было въ лазаретахъ очень незначительно. Въ общемъ мы можемъ сказать, что Крестовоздвиженскій лазаретъ игралъ роль полевого лазарета, Евангелическій и Императрицы Маріи Ѳеодоровны служили этапными лазаретами. Лазаретъ Иверской Общины функціонировалъ, какъ запасной, и наконецъ, далеко отстоящій отъ дѣйствующей арміи 3-ій Кауфманскій отрядъ соотвѣтствовалъ болѣе постоянному госпиталю.

Срокъ, въ который раненые въ санитарныхъ поѣздахъ добирались до Гунчжулина и Харбина, являлся, само собой, гораздо болѣе продолжительнымъ, чѣмъ это указано въ таблицѣ А. По отдѣльнымъ исторіямъ болѣзни можно судить, когда раненые были сданы. Въ среднемъ они прибывали въ Гунчжулинъ на 2—5-ый день въ Харбинъ на 4—7 день послѣ ранения.

Насколько можно было ожидать, судя по положенію лазаретовъ вдоль единственной желѣзнодорожной линіи, среди наблюдаемыхъ случаевъ имѣется цѣлый рядъ раненыхъ, побывавшихъ въ нѣсколькихъ изъ названныхъ лазаретахъ. Въ общемъ отмѣчено десять раненыхъ[1]), лежавшихъ въ двухъ лазаретахъ.

Въ исторіяхъ болѣзни я противъ обыкновенія отмѣчалъ полностью имя и фамилію раненаго, чтобы впослѣдствіи легче было навести справки о судьбѣ раненаго. Среди собранныхъ и опубликованныхъ профессоромъ Дьяконовымъ исторій болѣзни раненыхъ имѣлись пятнадцать изъ нашихъ случаевъ. Въ примѣчаніи[2]) помѣчены всѣ номера исторій

---

1) №№ 49, 60, 65, 74, 86, 133, 164, 191, 227, 395.

2) №№ 6, 10, 48, 54, 124, 142, 179, 189, 190, 191, 204, 221, 239, 241, 279.

болѣзни нашихъ случаевъ, найденныхъ мною въ работѣ пр. Дьяконова.

Полагаю, что къ нашимъ исторіямъ болѣзни нельзя прилагать маштабъ мирнаго времени. Слѣдуетъ принять во вниманіе, что онѣ писались въ большинствѣ случаевъ во время самаго сильнаго переполненія лазаретовъ. Однако считаю нужнымъ упомянуть, что приведенныя здѣсь исторіи болѣзни (частью только выписки изъ нихъ) писались непосредственно на мѣстѣ наблюденія и отнюдь не составлялись и дополнялись впослѣдствіи по какимъ-либо замѣткамъ. Подобнымъ же образомъ помѣщенныя въ работѣ кривыя температуры и пульса сдѣланы еще во время наблюденій на театрѣ военныхъ дѣйствій. Если я прошу снисходительно отнестись къ исторіямъ болѣзни, то въ то же время охотно признаю большіе пробѣлы въ собранномъ мною матеріалѣ. Такъ у насъ отсутствуютъ подробные протоколы вскрытій. Многіе изъ умершихъ у насъ вскрывались, но результаты вскрытія очень часто даже вкратцѣ не отмѣчались, благодаря чему получалась напрасная трата времени и труда. (Слѣдуетъ замѣтить, что изъ-за вскрытій намъ приходилось бороться съ самыми удивительными предразсудками и трудностями). Въ будущемъ этотъ вопросъ требуетъ несомнѣнно особыхъ узаконеній. Кромѣ этого было бы весьма желательно, чтобы при всѣхъ большихъ лазаретахъ или комплексахъ таковыхъ существовали особые врачи, занимающіеся исключительно разработкой матеріала въ научномъ отношеніи (анатомическими работами, собираніемъ препаратовъ и т. п.). Только при такомъ условіи мы можемъ разсчитывать на полученіе положительныхъ выводовъ въ военно-полевой хирургіи. Насколько мнѣ извѣстно, именно, этотъ вопросъ былъ очень плохо поставленъ въ послѣдней войнѣ, и результаты этого очень печальны.

Если я, не взирая на все вышеприведенное, посвятилъ все-таки цѣлый отдѣлъ механикѣ, то въ этомъ случаѣ мною руководило намѣреніе использовать и то немногое, что далъ намъ нашъ матеріалъ, такъ между прочимъ, попробовать выяснить вопросъ, при какомъ разстояніи проникающее огнестрѣльное поврежденіе черепа дастъ надежду на выживаніе раненаго и т. д.

За главой о механикѣ слѣдуютъ главы о симптомато-

логіи, инфекціи, терапіи, прогнозѣ и исходахъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа. — Слѣдуетъ указать относительно главы о симптомахъ, что распредѣленіе ихъ сдѣлано не сообразно съ поврежденной областью, но группами, такъ напр.: моторные параличи, нарушеніе чувствительности и т. д. Послѣднее обстоятельство частью объясняется преобладаніемъ при раненіяхъ оболочечной пулей повреждения нѣсколькихъ долей мозга, частью же недостаточно описанной локализаціей раненія въ исторіяхъ болѣзни.

Ввиду противорѣчивыхъ мнѣній, касающихся терапіи *огнестрѣльныхъ раненій черепа*, мнѣ казалось цѣлесообразнымъ сопоставить всѣ эти мнѣнія изъ литературы послѣдняго десятилѣтія до войны 1904—1905 года и при этомъ отдѣлить опытъ мирнаго времени отъ опыта, пріобрѣтеннаго на войнѣ. Несомнѣнно, что примѣненіе консервативной терапіи на войнѣ не давало особенно хорошихъ результатовъ. Основываясь же на сообщеніяхъ за послѣднія войны, полагаю, что въ будущемъ мы можемъ разсчитывать на болѣе благопріятные результаты, примѣняя активную терапію. Конечно, если введеніе остроконечной пули (Spitz-Geschoss) не сведетъ на нѣтъ всѣ наши надежды, какъ это явствуетъ изъ опытовъ Fessler [1]) съ пулями новѣйшаго образца.

Въ заключеніе своей работы привожу обзоръ литературы огнестрѣльныхъ поврежденій черепа и нѣкоторыхъ работъ, косвенно касающихся этихъ поврежденій. Перечень литературы я началъ съ 1893—1894 года, ибо въ эти годы появились основныя работы о раненіяхъ, причиненныхъ оболочечными пулями малаго калибра (Павловъ, Ильинъ, „Medicinal-Abteilung“ прусскаго военнаго министерства и т. д.). Что касается клиническихъ и казуистическихъ работъ, то именно, наша русская литература, насколько я по крайней мѣрѣ могъ прослѣдить, является особенно бѣдной матеріалами для интересующей насъ темы. — За исключеніемъ литературныхъ данныхъ о войнахъ, я расположилъ работы, для большей наглядности, въ хронологическомъ порядкѣ.

1) Verhandl. der Deutsch. Gesellschaft für Chirurgie. 1908. I. pag. 128.

I. Общая часть.

Какъ видно изъ введенія, обработанный мною матеріалъ собранъ въ пяти лазаретахъ. Изъ нихъ только два (Евангелическій и лазаретъ Императрицы Маріи Ѳеодоровны) работали на томъ же самомъ мѣстѣ, т. е. на одинаковомъ разстояніи отъ позицій. Изъ трехъ остальныхъ одинъ находился ближе къ полю сраженія (Крестовоздвиженскій); два другихъ лежали въ тылу арміи (Иверскій, 3-ій Кауфманскій).

Прежде всего интересно узнать, какъ распредѣлялись „поврежденія черепа“ по отдѣльнымъ лазаретамъ, и какъ относилось число „раненыхъ въ голову“ къ общему числу раненыхъ, поступавшихъ въ каждый лазаретъ. Прилагаемая таблица № 1 даетъ намъ желаемыя свѣдѣнія. — Необходимо указать, что принимались во вниманіе исключительно поврежденія черепа, въ точномъ смыслѣ этого слова, поврежденія же лицевой части черепа приводятся тогда только, если они сопровождались непосредственно или косвенно поврежденіемъ содержимаго черепа. Относительно небольшой процентъ черепныхъ раненій объясняется именно этимъ. Во многихъ статистикахъ и огнестрѣльныя поврежденія шеи часто образуютъ одну группу съ поврежденіями „головы“, въ нашей же — само собой — эти поврежденія не считались.

Таблица № 1 показываетъ прежде всего, что число поврежденій черепа, поступившихъ на извлеченіе, въ этапныхъ лазаретахъ (Ляоянъ, Гунчжулинъ) значительно превосходитъ число таковыхъ въ лазаретахъ, находящихся дальше въ тылу. Также и въ близкихъ къ позиціямъ лазаретахъ (Мукденъ) количество было меньше. Изъ этого

Таблица № 1.

Названіе лазарета:	Общее число пользованныхъ раненыхъ.	Число поврежденій черепа.	Процентъ поврежденій черепа.
Крестовоздвиженскій (Мукденъ) .	6825	119	2,9%
Императрицы Маріи (Кайчжоу, Ляоянъ, Гунчжулинъ)	1162	112	9,6%
Евангелическій (Ляоянъ, Гунчжулинъ)	985	63	6,3%
Иверскій (Харбинъ)	2265	88	3,8%
3-ій Кауфманскій (Иркутскъ) . .	606	23	3,7%
Сумма	11.843	485	4,9%

можно заключить, что эвакуированные раненые въ черепъ сдавались въ этапные лазареты въ силу того, что тяжесть ранения препятствовала дальнѣйшей перевозкѣ. — Позднѣе мы подробнѣе разберемъ вопросъ спеціально объ эвакуаціи раненыхъ съ огнестрѣльными поврежденіями черепа.

Далѣе изъ таблицы № 1 можно видѣть, что въ наши лазареты доставлялись въ среднемъ 4,9% раненыхъ съ поврежденіями черепа. Этотъ процентъ покажется намъ нѣсколько малымъ въ сравненіи съ ниже-приведенными цифрами. Но и отчеты другихъ лазаретовъ за послѣднюю войну даютъ приблизительно такія же числовыя отношенія. Такъ, напримѣръ, Розановъ[1]) сообщаетъ, что въ госпиталѣ 1-го санитарнаго отряда гор. Москвы въ селеніи Спасскомъ на 1773 раненыхъ приходилось 96 поврежденій головы, — т. е. 5,4%. — Для сравненія я привожу здѣсь нѣсколько цифровыхъ отношеній изъ прежнихъ войнъ, а также съ японской стороны за время манчжурскаго похода. — Согласно нижеприведеннымъ цифрамъ на сто раненыхъ поступившихъ на излеченіе было ранено въ голову:

1) „Огнестрѣльныя раненія черепа по касательной". Медицинское обозрѣніе 1908. № 14.

(1870—1871) нѣмцевъ . . . . . 10,4% [1])
раненыхъ въ голову французовъ 11,7%
(1898—1902) американцевъ (раненыхъ въ голову). 8,7% [2])
(1894) I-ая японская армія до Шахэ (ранения головы и шеи) . . . . . 15,13% [3])

Приведенныя цифры однако касаются всѣхъ раненыхъ „въ голову“ за время войны или опредѣленнаго періода ея и на этомъ основаніи не могутъ быть сравнены съ числами раненыхъ, поступившихъ на излеченіе въ наши лазареты. — Кромѣ того, какъ мы уже сказали, для сравненія слѣдовало бы отбросить поврежденія лица и исключить (изъ нѣкоторыхъ чиселъ) огнестрѣльныя раненія шеи.

Изъ 485 приведенныхъ на таблицѣ № 1 случаевъ ранения черепа, только 443 могли быть использованы для дальнѣйшихъ изслѣдованій, такъ какъ десять случаевъ были на излеченіи послѣдовательно въ двухъ лазаретахъ (смотр. Введеніе), о 32 же случаяхъ, наблюдавшихся въ лазаретѣ Императрицы Маріи Ѳеодоровны въ Кайчжоу, имѣются слишкомъ недостаточныя свѣдѣнія для какихъ-либо выводовъ.

Изъ слѣдующей таблицы видно, какъ располагаются эти 443 поврежденія черепа по отдѣльнымъ родамъ оружія, причинившаго раненіе.

Таблица № 2.

Родъ оружія.	Общее число случаевъ.	Изъ нихъ офицеровъ.	Проц. общаго числа раненій черепа.
Оболочечная пуля	282	20	63,6%
Револьверъ	1	—	0,2%
Шрапнель	81 | 111	6	18,2%
Гранаты	30 |	2	6,7%
Камни, комья земли	2	2	0,4%
Холодное оружіе (штыкъ, сабля) .	6	—	1,3%
Родъ огнестрѣльнаго оружія неопредѣленъ	41	—	9,2%

1 и 2) Hildebrandt. „Die Verwundungen durch die modernen Kriegsfeuerwaffen“. II Bd., pag. 2.
3) Matignon. „Einseignements médicaux“, pag. 229.

Приведенная таблица ясно показываетъ, что и между нашими ранеными преобладаютъ повреждения оболочечной пулей. — Это преобладание дѣлается еще болѣе очевиднымъ, если мы исключимъ изъ общаго числа повреждения, въ которыхъ родъ огнестрѣльнаго оружія не былъ опредѣленъ. Тогда мы получимъ для раненій оболочечной пулей 70,1%, артиллерійскими снарядами — 27,6% и холоднымъ оружіемъ — 1,4%.

Сравнивъ наши цифры съ цифрами нѣкоторыхъ общихъ статистикъ той-же войны, мы убѣдимся, что онѣ въ нѣкоторой степени совпадаютъ. Согласно Matignon'y [1]) у японцевъ на пѣхотное оружіе приходилось 80—85% раненій, на артиллерійское оружіе — 11—13,67% и на холодное оружіе 0,97%. Schaefer [2]) съ нашей стороны приводитъ слѣдующія цифры: на сто раненыхъ приходится 83,5% поврежденій ружейнымъ огнемъ, 14,5% артиллерійскимъ и 2,0% поврежденій, причиненныхъ прочимъ оружіемъ. При этомъ онъ склоняется къ тому мнѣнію, что цифра 14,5% для поврежденій артиллерійскими снарядами въ дѣйствительности должна быть больше. — Сравнительно большое количество поврежденій артиллерійскими снарядами между раненіями черепа частью можетъ быть объяснено направленіемъ выстрѣла шрапнелью сверху, вслѣдствіе чего голова является болѣе всего въ опасности.

Фонъ-деръ Остенъ-Сакенъ [3]) констатируетъ, что болѣе четверти всѣхъ поврежденій артиллерійскими снарядами приходится на голову. То же самое можно сказать и о холодномъ оружіи, въ частности о раненіяхъ саблей, для послѣдней голова представляетъ излюбленное мѣсто для раненій. Между нашими 6 случаями поврежденій холоднымъ оружіемъ пять было сабельныхъ, и только одинъ разъ имѣлось раненіе штыкомъ.

Болѣе половины павшихъ на полѣ сраженія имѣли повреждения головы. Matignon [4]) на-

1) l. c. pag. 225—226.

2) „Über die Wirkung der japanischen Kriegswaffen u. s. w." Archiv für klinische Chirurgie. 1906. Bd. 79, H. 4. Übersicht G.

3) „Über die Wirkung u. s. w." Archiv für klinische Chirurgie. 1907. Bd. 84, H. 4, pag. 958.

4) l. c. pag. 225, 229.

шелъ, что со стороны японцевъ изъ павшихъ на полѣ битвы отъ ружейныхъ ранъ (статистическія данныя 5-ой дивизіи о 1995 убитыхъ пѣхотнымъ оружіемъ) — 54,02% случаевъ составляли поврежденія черепа и шеи. На общее же количество убитыхъ артиллерійскимъ огнемъ приходилось 50,09% случаевъ такихъ поврежденій. —

Значительный процентъ поступившихъ на излеченіе умираетъ отъ послѣдствій ранения. Согласно Matignon'у отъ ранений головы и шеи оболочечной пулей погибло 32,34%, отъ ранений артиллерійскими снарядами 55% общаго числа умершихъ впослѣдствіи, т. е. не оставшихся на полѣ сраженія. — Изъ 435 огнестрѣльныхъ ранений черепа мы отмѣтили 98 смертельныхъ случаевъ т. е. 22,5%. Этотъ процентъ немногимъ разнится отъ данныхъ прошлыхъ войнъ. — Смертность поступившихъ въ лазареты ранений черепа равнялась:

въ крымской кампаніи: —	у французовъ .	28,0%
	у англичанъ . .	20,0%
въ франко-прусскую войну: —	у нѣмцевъ. . .	21,7%
на войнѣ 1898/1901 года:	у американцевъ .	18,0%
въ англо-бурскую войну: —	. . . . .	29,1%
въ пяти лазаретахъ Краснаго Креста въ 1904—1905 году: —	. . . . .	22,5%

— Такимъ образомъ почти пятая часть нашихъ раненыхъ погибла впослѣдствіи въ лазаретахъ.

По отдѣльнымъ родамъ огнестрѣльнаго оружія случаи смерти распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Таблица № 3.

Родъ оружія:	Оболочечная пуля.	Шраннель.	Граната.	Родъ огнестрѣльнаго оружія неопредѣл.
Общее число случаевъ	282	81	30	41
Смертные случаи . . .	68	10	4	16
Процентъ смертности	24,1%	12,6%		40%

Здѣсь я долженъ заранѣе указать, что всѣ 98 случаевъ смерти касаются огнестрѣльныхъ пере-

ломовъ черепа. Среди 55 раненій мягкихъ частей мы не наблюдали смертельныхъ случаевъ (см. главу о раненіяхъ мягкихъ частей черепа). — Далѣе необходимо замѣтить, что за исключеніемъ трехъ, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ поврежденіе черепа и его содержимаго совмѣстно съ первично или вторично присоединяющимися осложненіями обусловливали смертельный исходъ. Это обстоятельство слѣдуетъ особенно подчеркнуть, такъ какъ случаи одновременнаго раненія и другихъ частей тѣла не были рѣдки. — Среди поврежденій оболочечными пулями мы 21 разъ наблюдали такіе случаи. Въ одномъ изъ нихъ, № 19, кромѣ тангенціальнаго раненія лѣвой затылочной области, не вызвавшаго никакихъ симптомовъ со стороны мозга, имѣлось еще прободающее поврежденіе живота и раненіе черезъ мягкія части голени. Раненый погибъ на 18-ый день отъ перитонита. Наружныя раны на черепѣ къ этому времени уже зажили*). — Среди поврежденій артиллерійскими снарядами мы наблюдали множественныя поврежденія въ 14 случаяхъ**), но ни въ одномъ

*) Примѣчаніе: въ остальныхъ (20) случаяхъ кромѣ поврежденія черепа имѣлись: раненія шеи и спины — случай № 383, поврежденія мягкихъ частей спины — № 216, контузія спины, причиненная гранатой — № 252. Далѣе имѣлись: прободающее раненіе груди и раненія мягкихъ частей л. голени и шеи — № 238, раненіе мягкихъ частей праваго плеча — № 76, такое же раненіе лѣваго плеча съ поврежденіемъ nervi rad. и uln. — № 394; раненіе мягкихъ частей лѣваго предплечья и надъ правымъ голеностопнымъ суставомъ — 82; раненіе лѣваго предплечья — № 247; раненіе праваго локтевого сустава — № 385; огнестрѣльный переломъ humerus — № 397; раненіе мягкихъ частей лѣваго бедра — № 403; раненіе лѣвой голени — №№ 359, 49, 73. Всѣ эти случаи протекли благополучно. Въ случаяхъ №№ 383, 385, 394, 397, 403 поврежденіе черепа состояло только въ раненіи мягкихъ частей. Въ случаѣ № 229 имѣлось троекратное поврежденіе: прободающее раненіе черепа, раненіе правой верхней челюсти, шеи и мягкихъ покрововъ правой верхней челюсти. Раненый умеръ на слѣдующій день послѣ поврежденія. — Въ пяти случаяхъ черепъ былъ поврежденъ нѣсколькими пулями (2): четыре раза исключительно оболочечными пулями (№№ 396, 401, 220 и 226). Въ случаѣ же № 193 мы имѣли дѣло съ застрявшей оболочечной пулей и кромѣ того раненіе мягкихъ частей regio fronto-parietalis, причиненное осколкомъ гранаты.

**) Примѣчаніе: кромѣ раненія черепа имѣлись: переломъ лѣваго humerus'a причиненный осколкомъ гранаты — № 425; переломъ лѣваго

изъ нихъ сопутствующее поврежденіе не угрожало жизни раненаго. Зато въ одномъ случаѣ (№ 334) при поврежденіи шрапнелью появленіе интеркуррентнаго заболѣванія — тифомъ — стоило раненому жизни. Другой случай такого же ранепія погибъ отъ столбняка (№ 358) — Исключивъ изъ общаго числа смертныхъ случаевъ эти три, все-таки получимъ вмѣсто 22,5%—21,8% смертности — такимъ образомъ почти то же неутѣшительное число.

Мы увидимъ изъ таблицы № 4, *какъ распредѣляются ранепія въ нашихъ случаяхъ по отдѣльнымъ областямъ черепа*. Хотя для подобнаго изслѣдованія наши числа и недостаточно велики, но все-таки они даютъ нѣкоторое понятіе о томъ, насколько часто повреждается та или другая область.

Сначала мы разсмотримъ *поврежденія оболочечными пулями*. Прежде всего бросается въ глаза большое число раненій, приходящихся на долю теменной области. Считая сюда и бипаріэтальныя поврежденія, количество это равняется 93, т. е. 32,9% — и составляетъ какъ разъ треть всѣхъ поврежденій черепа, причиненныхъ оболочечными пулями. Принимая во вниманіе, что 16 поврежденій касались лобно-теменной области и 20 — теменно-затылочной, мы ясно видимъ, что *наиболѣе часто встрѣчаются поврежденія теменной области*. Послѣднее весьма естественно въ силу ея экспонированнаго положенія и занимаемой ею большой площади. — Въ скалѣ

предплечья также осколкомъ гранаты — № 288; переломъ лѣваго же предплечья шрапнельной пулей — № 296, въ послѣднемъ случаѣ наблюдалось еще раненіе лѣваго плечевого сустава; инфракція ulnae dextr., причиненная осколкомъ гранаты — № 430; переломъ пальцевъ правой руки, и раненіе мягкихъ частей лѣваго бедра шрапнельными пулями — № 422. Раненіе шрапнельной пулей мягкихъ частей предплечья имѣло мѣсто въ случаѣ № 338; плеча и бедра — № 289; голени — № 319; голени и предплечья — № 320; бедра — № 419; спины и кистевого сустава — № 415; спины и плеча — № 304; бедра (оболочечной пулей) — № 274. Въ случаѣ № 258 имѣлось прободающее раненіе груди и черезъ правую голень, которую пришлось ампутировать вслѣдствіе тяжелой септической флегмоны. — Среди случаевъ огнестрѣльныхъ раненій, въ которыхъ родъ оружія остался неопредѣленнымъ, имѣлось два множественныхъ поврежденія: въ случаѣ № 347 кромѣ черепа была ранена грудь, въ № 349 повреждено лѣвое предплечье.

Таблица № 4.

Родъ огнестрѣльнаго оружія.	Regio:	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.
Оболочечная пуля.	Facies:								
	Огнестрѣльн. переломы черепа	14 (+ 11)	12 (+ 11)	27 (+ 19)	37 (+ 19)	4 (+ 4)	10 (+ 4)		
	Раненіе мягкихъ покр. черепа	3	1	4	7	1	—		
	Общее число .	17	13	31	44	5	10		
	Frontalis.	3 (+ 1)	6 (+ 1)	17 (+ 7)	11 (+ 7)	8 (+ 2)	8		
	Parietalis.	2 (+ 1)	2 (+ 1)	4	7	1	—		
	Temporalis.	2	2	1	2	—	1		
	Occipitalis.	—	—	—	—	—	—		
	Biparietalis.	—	—	—	—	—	—		
	Bitemporalis.	—	—	—	—	—	—		
	Fronto-occipitalis.	—	—	—	—	—	—		
	Fronto-temporalis.	—	—	—	—	—	—		
	Fronto-parietalis.	—	—	—	—	—	—		
	Parieto-occipitalis.	—	—	—	—	—	—		
	Parieto-temporalis.	—	—	—	—	—	—		
	Tempоro-occipitalis	—	—	—	—	—	—		
	Orbito-occipitalis.	—	—	—	—	—	—		
	Fronto-orbitalis.	—	—	—	—	—	—		
	Orbito-parietalis.	—	—	—	—	—	—		
	Orbito-temporalis.	—	—	—	—	—	—		
	Orbitalis.	—	—	—	—	—	—		
	Basilaris.	—	—	—	—	—	—		
	Неопредѣленъ.	—	—	—	—	—	—		
	Общее число.	5 (+ 1)	8 (+ 1)	21 (+ 7)	18 (+ 7)	9 (+ 2)	8		
Шрапнель.	Огнестр. переломы черепа .	2	2 (+ 1)	1	2	—	1	1	—
	Ранен. мягкихъ покров. черепа	—	2	4	2	—	3	—	—
	Общее число .	3	4	5	4	—	4	1	—
	Frontalis.	2	2 (+ 1)	1	2	—	1	1	—
	Parietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Biparietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Bitemporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-parietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Parieto-occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Parieto-temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Tempоro-occipitalis	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbito-occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-orbitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbito-parietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbito-temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Basilaris.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Неопредѣленъ.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Общее число.	2	2 (+ 1)	1	2	—	1	1	—
Гранат.	Огнестр. переломы черепа .	1	—	2	1	—	—	—	—
	Ранен. мягкихъ покров. черепа	2	—	—	—	—	—	—	—
	Общее число .	4	2	4	3	3	2	—	—
	Frontalis.	1 (+ 1)	— (+ 1)	2	1	—	—	—	—
	Parietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Biparietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Bitemporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-parietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Parieto-occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Parieto-temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Tempоro-occipitalis	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbito-occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-orbitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbito-parietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbito-temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Basilaris.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Неопредѣленъ.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Общее число.	1	—	2	1	—	—	—	—
Неопредѣлен.	Огнестр. переломы черепа .	1 (+ 1)	— (+ 1)	—	—	—	—	—	—
	Ранен. мягкихъ покров. черепа	—	—	—	1	—	—	—	—
	Общее число .	1	—	—	1	—	—	—	—
	Frontalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Parietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Biparietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Bitemporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-parietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Parieto-occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Parieto-temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Tempоro-occipitalis	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbito-occipitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Fronto-orbitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbito-parietalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbito-temporalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Orbitalis.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Basilaris.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Неопредѣленъ.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Общее число.	1	—	—	1	—	—	—	—
Общее число.		29 (+ 13)	16 (+ 13)	75 (+ 33)	82 (+ 33)	17 (+ 8)	29 (+ 8)	2 (+ 1)	—

Таблица № 4.

1) На этой таблицѣ не упомянуто одно пронизывающее раненіе левобокаго reg. temporo-occipitalis dextr. Въ общей сложности мы наблюдали 435 огнестр. ранений черепа, изъ которыхъ умерло 9% за время нашего наблюденія (= 22,5%).

численности затѣмъ слѣдуютъ поврежденія лба въ количествѣ 30 и затылка — 27 случаевъ. Относительно рѣже встрѣчаются поврежденія височной области — 19. Но слѣдуетъ замѣтить, что 17 случаевъ приходится на орбито-темпоральныя раненія, благодаря чему поврежденія височной области слѣдуетъ считать настолько же частыми, какъ и лобной. На основаніе черепа*) приходится 17 раненій = 6,0%.

При раненіяхъ оболочечной пулей замѣчается также большое количество (97) раненій, поражающихъ нѣсколько областей, т. е. когда входное и выходное пулевыя отверстія лежатъ въ различныхъ областяхъ. Такъ, слѣдуетъ отмѣтить, что число лобно-затылочныхъ поврежденій, напримѣръ, равнялось 9, что составляетъ 3,1% общаго числа раненій.

Вопросъ о томъ, подвергается большей опасности раненія правая или лѣвая половина головы, разрѣшенъ, въ общемъ, въ томъ смыслѣ, что поврежденія лѣвой стороны встрѣчаются чаще. Это подтверждаютъ также и наши цифры. Въ сущности этотъ вопросъ не представляетъ практическаго интереса. Однако пр. Дьяконовъ[1]) предпринялъ анализъ своего матеріала въ этомъ отношеніи. Онъ нашелъ, что поврежденія лѣвой стороны (210) преобладаютъ надъ поврежденіями правой (117). Для дополненія картины мы приводимъ еще таблицу № 5, въ которой 266 поврежденій обо-

Таблица № 5.

Область раненія.	Справа:		Слѣва:		По сред. лин.:	
	Входъ	Выходъ	Входъ	Выходъ	Входъ	Выходъ
Лобная	16	8	23	7	11	4
Теменная	43	46	63	60	5	5
Височная	18	16	28	12	—	—
Затылочная	17	27	14	23	1	5
Глазница	11	4	7	1	—	—
Лицо, шея, основаніе .	7	7	2	6	—	3
Общее число .	112	108	137	109	17	17

*) Не считая сюда орбитальныхъ раненій.

1) „Военно-полев. раненія черепа". Хирургія. 1908. 23 Т. pag. 113, 114.

лочечными пулями (234 пронизывающихъ и 32 съ застрявшими пулями) разгруппированы по мѣстоположенію входного и выходного отверстій.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію раненій артиллерійскими снарядами (срв. таб. № 4). При шрапнельныхъ раненіяхъ опять таки преобладающими являются ранения теменной области — 34 изъ 82. Височная область повреждена въ 20*) случаяхъ, лобная — въ одиннадцати. Зато болѣе защищенная затылочная область (при главномъ направленіи полета шрапнельныхъ пуль болѣе или менѣе сверху внизъ) повреждена только 6 разъ. Поврежденія основанія черепа и лобно-затылочныя совершенно отсутствуютъ, по крайней мѣрѣ въ нашихъ случаяхъ. — Поврежденія лобно-теменныя, теменно-затылочныя и т. д. здѣсь значительно рѣже, чѣмъ при оболочечныхъ пуляхъ.

Случаи поврежденія гранатой довольно равномѣрно распредѣляются на лобную — 6, теменную*) — 8 и височную**) — 6 области, какъ этого и слѣдовало ожидать при неправильномъ полетѣ осколковъ гранатъ.

Въ заключеніе этой главы привожу, что изъ 282 раненій черепа ружейными (оболочечными) пулями послѣднія застряли въ 32 случаяхъ (изъ нихъ въ случаяхъ №№ 64 и 94 только части пули) = 11,3%, изъ 81 шрапнельныхъ поврежденій — въ 34 = 41,9%, изъ 30 поврежденій гранатными осколками, послѣдніе застряли въ 4 случаяхъ = 13,3%. Незначительное число застрявшихъ гранатныхъ осколковъ можно объяснить съ одной стороны небольшой пробойностью осколковъ артиллерійскихъ снарядовъ, съ другой стороны незначительной толщиной мягкихъ покрововъ черепа. Осколокъ разорвавшейся гранаты, поразивъ черепъ, причиняетъ рану мягкихъ частей или даже переломъ кости, самъ же не проникаетъ внутрь ткани, но отскакиваетъ назадъ на подобіе брошеннаго въ голову камня.

*) Считая одно бипаріэтальное поврежденіе.
**) Считая одно орбито-темпоральное поврежденіе.

II. Огнестрѣльныя раненія мягкихъ покрововъ черепа.

Раненія мягкихъ покрововъ черепа могутъ казаться очень простыми и не требующими подробнаго изслѣдованія, когда дѣло идетъ объ обыкновенныхъ контузіяхъ (раненія пулями на излетѣ), или о раненіяхъ, гдѣ снарядъ только поверхностно задѣлъ черепные покровы (Streifschüsse). Иначе обстоитъ дѣло, если мы начнемъ разсматривать раненія съ полнымъ пулевымъ каналомъ. Какъ діагнозъ, такъ и прогнозъ такихъ раненій можетъ быть сомнительнымъ, какъ мы это увидимъ ниже, особенно при раненіяхъ оболочечными пулями. Поэтому мнѣ кажется необходимымъ подробнѣе разобрать раненія мягкихъ покрововъ, а не удовольствоваться разработкою случаевъ раненія костей и мозга съ ихъ разнообразными симптомами.

Военно-полевыя раненія мягкихъ покрововъ черепа считаются частыми. Въ прежнія войны отношеніе раненій мягкихъ покрововъ къ раненіямъ костей черепа выражалось, приблизительно, какъ 2 : 1. Если же прибавить всѣхъ оставшихся на полѣ сраженія, то отношеніе получится нѣсколько иное. Hildebrandt[1]) высчитываетъ, что за испано-американскую войну (съ 1898 по 1901 г.) на 100 костныхъ раненій приходится 44,4 раненій мягкихъ покрововъ черепа, т. е. отношеніе, какъ 1 : 0,44.

Очень вѣроятно, что въ послѣднюю войну отношеніе поступающихъ на излеченіе въ лазареты костныхъ раненій къ раненіямъ мягкихъ покрововъ измѣнилось. Это предположеніе находитъ свое объясненіе въ томъ, что число раненыхъ съ проникающими въ черепъ раненіями, попадающихъ въ лазареты, т. е. не оставшихся на полѣ сраженія, съ введеніемъ мелкокалиберныхъ пуль увеличилось, а число раненыхъ въ мягкіе покровы черепа, безъ какого-либо поврежденія костей, видимо, не увеличилось. Какъ доказательство этого можетъ служить число раненій черепа мелкокалиберными пулями,

1) l. c. pag. 6.

приведенное ф. д. Остенъ-Сакеномъ[1]). Изъ общаго количества 449 сдѣланныхъ имъ наблюденій надъ выздоровѣвшими и вернувшимися въ строй ранеными въ голову, было 247 раненій мягкихъ покрововъ черепа (кожа 153, мягкіе покровы 94) и 202 — костныхъ раненій (168 тангенціальныхъ, 34 проникающихъ). Это даетъ отношеніе раненій костей къ раненіямъ мягкихъ покрововъ, приблизительно, какъ 1 : 1,2. (Отношеніе раненій костей къ мягкимъ покровамъ остальныхъ частей тѣла выражается, какъ 1 : 4). — Изъ нашихъ 435 случаевъ только 55 падаетъ на раненія мягкихъ покрововъ черепа, причемъ нѣсколько изъ нихъ остаются подъ сомнѣніемъ, такъ какъ въ этихъ случаяхъ нельзя съ увѣренностью исключить поврежденіе кости. Такимъ образомъ у насъ получается изъ общаго количества раненій 12,6% раненій мягкихъ покрововъ черепа, или на 100 костныхъ раненій черепа 14,4 раненій мягкихъ покрововъ (380 : 55). При этомъ нужно принять въ расчетъ, что въ наши лазареты преимущественно принимали тяжелые случаи, а легкимъ случаямъ удѣлялось меньше вниманія. Однако и англійскій отчетъ за Бурскую войну (Stevenson)[1]) даетъ подобныя же цыфры, такъ какъ на 133 костныхъ раненій черепа приводится 18 раненій мягкихъ покрововъ.

Таблица № 6.

Названіе лазарета и автора.	Общее число раненій черепа.	Огнестрѣльныя поврежденія костей черепа.	Огнестрѣльныя поврежденія мягкихъ частей черепа.
Подвижный перед. дворянскій отрядъ Гедройцъ	109	61	48
Русскій лазар. въ Мукден. Потѣенко . .	29	10	19
14 сводный госп. въ Харбин. Глаголевъ . .	122	32	90
Наши лазареты	435	380	55
Всего	695	483	212

1) „Ueber die Wirkung etc.“ Arch. f. klin. Chir. 1907. Bd. 84. H. 4. pag. 963. Tab. H.

Чтобы дать болѣе ясную картину того, какъ часты были костныя раненія и раненія мягкихъ покрововъ и ихъ отношеніе между собой, я привожу таблицу черепныхъ раненій изъ нѣкоторыхъ опубликованныхъ отчетовъ за время японской войны.

Изъ таблицы № 6 видно, что на 100 костныхъ раненій приходится 45,5 раненій мягкихъ покрововъ черепа. Послѣднія составляютъ, такимъ образомъ, 30,6% головныхъ раненій, т. е. приблизительно треть всего числа поступающихъ на излеченіе въ лазареты. Какъ разъ противоположное числовое отношеніе находимъ мы въ таблицахъ отчета Schaefer'a и Остенъ-Сакена[2]). Здѣсь число раненій кожи и мягкихъ покрововъ черепа составляетъ 72,1% изъ всего количества вернувшихся въ строй, раненыхъ въ голову, включая, правда, раненія лица и шеи. Сравненіе этихъ данныхъ даетъ намъ приблизительно картину того, какъ часты были раненія одного и другого рода.

Таблица № 7.

Область раненія.	r. frontalis.	r. parietalis.	r. temporalis.	r. occipitalis.	r. biparietalis.	r. fronto-parietal.	r. parieto-occipit.	r. parieto-tempor.	r. temporo-occipit.	Неизвѣстно.	Общее количество.
Оболочеч. пулями . .	4	11	1	5	2	—	—	1	—	4	28
Шрапнелью	2	6	3	2	—	—	2	—	1	—	16
Гранатой	2	3	2	1	—	1	—	—	—	1	10
Неизвѣстно	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Общее колич. . .	8	20	6	9	2	1	2	1	1	5	55

1) Report on the surgical cases noted in the South-African war 1899—1902. 1905.

2) l. c. 959.

Незначительная толщина мягкихъ покрововъ черепа, за исключеніемъ височной и затылочной областей, представляетъ неблагопріятныя условія для раненій безъ поврежденія кости, особенно для раненій съ полнымъ пулевымъ каналомъ, т. е. имѣющимъ входное и выходное отверстіе. Несмотря на это, число раненій теменной области, бѣдной мускулатурой, на много превышаетъ раненія другихъ областей. Сообразно съ этимъ видимъ мы въ нашихъ случаяхъ (55), что 20 изъ нихъ приходится на теменную область, тогда какъ на височную и затылочную приходится только 6 и 9 случаевъ. На лобъ падаетъ 8 случаевъ. Эти числа (см. таблицу № 7) соотвѣтствуютъ даннымъ, приведеннымъ раньше на таблицѣ № 4.

Слѣдующая таблица № 8 показываетъ, какъ распредѣляются наши случаи по роду оружія.

Таблица № 8.

Раненіе.	Оболочеч. пулями.	Шрапнелью.	Гранатой.	Не опредѣлено.
Общее число случаевъ.	282	81	30	41
Изъ нихъ раненія мягкихъ покрововъ черепа	28	16	10	1
Процентъ	9,8	19,9	33,3	—

Относительно самое большое число падаетъ, такимъ образомъ, на раненія осколками гранатъ, за ними слѣдуютъ раненія шрапнелью и меньше всего по таблицѣ № 8 приходится на долю раненій оболочечными пулями. Мы видимъ, такимъ образомъ, что об. пули, обладающія самой большой силой пробиванія, причиняютъ самое меньшее количество раненій мягкихъ частей (9,8%), тогда какъ число это удваивается при раненіяхъ шрапнелью, а при раненіяхъ гранатой вдвое больше сравнительно съ шрапнельными раненіями.

Раненія мягкихъ покрововъ черепа об. пулями и шрапнелью мы можемъ раздѣлить на три вида: 1. Контузіи. 2. Раненія, гдѣ снарядъ задѣлъ черепъ

вскользь (Streifschüsse). 3. Раненія съ полнымъ пулевымъ каналомъ, т. е. имѣющія между входнымъ и выходнымъ отверстіемъ нетронутую часть мягкихъ покрововъ, раздѣляющую оба отверстія. Какъ подраздѣленіе къ послѣднему виду мы можемъ отнести и раненія съ застрявшими пулями.

Таблица № 9.

Родъ раненія.	Оболочеч. пуля.	Шрапнель.	Общее число.
Контузіи	2	1	3
Раненія вскользь (Streifschüsse)	12	8	20
Раненія, гдѣ имѣются входъ и выходъ . . .	14	5	19
Только существуетъ входное отверстіе . . .	—	2	2
Общее число . . .	28	16	44

Такимъ образомъ, мы видимъ, что въ половинѣ случаевъ дѣло идетъ о контузіяхъ и раненіяхъ вскользь. Контузіи происходятъ большею частью отъ снарядовъ, потерявшихъ уже первоначальную силу или отъ рикошетовъ. Онѣ не представляютъ собою никакихъ особенностей. При раненіяхъ вскользь, а именно, при раненіяхъ об. пулями, дѣло идетъ большею частью о желобообразныхъ формахъ раненія мягкихъ покрововъ черепа. Длина раны въ нашихъ случаяхъ колебалась между 10 и 2 сантм. Края раны неправильной формы болѣе или менѣе сильно раздавлены; сообразно съ этимъ раны часто покрыты гнойнымъ налетомъ. На это имѣются указанія — 5 разъ при раненіяхъ вскользь об. пулей и 4 раза при раненіи шрапнелью. Въ случаѣ № 390, гдѣ дѣло идетъ о раненіи вскользь об. пулей правой стороны лба, длиною въ 6 сантм., инфекція и повышеніе температуры заставляютъ прибѣгнуть къ расширенію и углубленію раны. Кость оказалась совершенно незатронутой. Рану можно было закрыть, и раненый черезъ 24 дня вернулся въ полкъ. Повышенная температура объяснялась общимъ заболѣваніемъ. — И при раненіяхъ вскользь, такъ же

какъ и при контузіяхъ, какъ мы видимъ, страдаетъ больше всего теменная область, за ней слѣдуетъ лобная.

Изъ раненій мягкихъ покрововъ черепа заслуживаютъ особаго вниманія раненія съ полнымъ пулевымъ каналомъ, на что я уже указалъ въ началѣ этой главы. Этотъ родъ раненія наносится какъ обол. пулей, такъ и шрапнелью. Число ихъ возросло съ введеніемъ мелкокалиберныхъ пуль, какъ видно изъ приведенныхъ мною чиселъ. Изъ 28-ми раненій мягкихъ покрововъ черепа об. пулею, 14 падаетъ на раненія съ полнымъ пулевымъ каналомъ, тогда какъ изъ 16-ти шрапнельныхъ мы находимъ всего 5 таковыхъ (см. таблицу № 9).

Разсмотримъ сперва случаи раненія мягкихъ покрововъ черепа об. пулею съ полнымъ пулевымъ каналомъ. Разстояніе, повидимому, не играетъ *большой* роли. Изъ числа нашихъ случаевъ мы находимъ цѣлый рядъ, въ которыхъ разстояніе опредѣлялось довольно близкое, отъ 100—270 шаговъ (№№ 395, 399, 405, 408), въ другихъ же случаяхъ разстояніе было значительно большее. Такъ въ случаѣ № 396 оно опредѣлено въ 2,000 шаговъ. 5 разъ наблюдалось раненіе теменной области и столько же разъ затылочной, одинъ выстрѣлъ попалъ въ область виска, а въ 3-хъ случаяхъ указаніе области отсутствуетъ. Заслуживаютъ особаго вниманія случаи №№ 396 и 401, гдѣ имѣется двойное раненіе мягкихъ покрововъ черепа. Въ случаѣ № 396 въ затылочную область попало два снаряда, причинившіе каждый въ отдѣльности раненіе мягкихъ покрововъ черепа съ полнымъ пулевымъ каналомъ, но, повидимому, не затронувшіе кость. Раненый былъ полчаса безъ сознанія, жаловался потомъ на головную боль, но черезъ 26 дней могъ вернуться въ строй (см. также въ отдѣлѣ объ исходахъ). Въ другомъ случаѣ № 401 отмѣчено два раненія об. пулей съ полнымъ пулевымъ каналомъ, одно въ правой теменной области, а другое въ лобной. Раненый не терялъ сознанія (см. исторію болѣзни), и цѣлую ночь шелъ пѣшкомъ.

Всѣ случаи сходны между собою, какъ внѣшнимъ видомъ входнаго и выходнаго отверстія, такъ — главное — разстояніемъ между ними, т. е. длиною пулевого канала. Какъ входное, такъ и выходное отверстія не превышаютъ калибра *пули*. Разстояніе между ними, приблизительно,

4 ст. или 2—3 пальца. Въ области пулевого канала обыкновенно имѣется болѣе или менѣе обширная гематома, которая часто не только мѣшаетъ изслѣдованію, чтобы установить повреждена или нѣтъ кость, но даже дѣлаетъ такое изслѣдованіе невозможнымъ. Обыкновенно покровы надъ пулевымъ каналомъ болѣзненно — чувствительны при надавливаніи. Картина эта встрѣчается также въ случаяхъ, гдѣ снарядомъ повреждена и кость. Это обстоятельство надо принимать особенно во вниманіе при постановкѣ діагноза: повреждены-ли только мягкіе покровы черепа или повреждена также и кость (см. главу о діагнозѣ).

Болѣе длинные пулевые каналы, чѣмъ приведенные выше, въ 4 ст. = 2—3 пальцамъ, при подобнаго рода раненіяхъ об. пулей, мы не наблюдали. По меньшей мѣрѣ сомнительно, могутъ-ли при раненіяхъ об. пулей вообще существовать опоясывающія ранения. Въ прежнія войны при свинцовой пулѣ такія раненія наблюдались. v. Bergmann [1]) объясняетъ ихъ происхожденіе подвижностью кожи въ слоѣ между galea и періостомъ.

Полные пулевые каналы, какъ я выше упомянулъ, наблюдались рѣже при раненіяхъ шрапнелью, чѣмъ при раненіяхъ обол. пулей, приблизительно въ одной трети случаевъ, въ 5-ти изъ 16-ти. Теменная область ранена одинъ разъ, 2 раза затылокъ и 2 раза високъ, богатые мягкими покровами. Соотвѣтственно большей величины снаряда, входное и выходное отверстіе больше, чѣмъ у раненій об. пулями и часто съ неправильными краями. Въ случаѣ № 421 пулевой каналъ пришлось вскрыть, вслѣдствіе сильнаго нагноенія обоихъ отверстій. Въ каналѣ были найдены куски чернаго сукна отъ фуражки.

При раненіяхъ мягкихъ покрововъ черепа об. пулями, мы не находимъ застрявшихъ пуль, тогда какъ Schaefer изъ 498 раненій мягкихъ покрововъ черепа нашелъ это 32 раза, т. е. въ 6,4 % всѣхъ случаевъ. Здѣсь однако надо отмѣтить случай № 389, гдѣ снарядъ застрялъ въ фуражкѣ раненаго. Онъ былъ раненъ при взлѣзаніи на сопку, на разстояніи 400 шаговъ. Раненіе было поверхно-

1) „Die Lehre von den Kopfverletzungen.“ 1880. pag. 59.

стное въ теменной области, 2,5 ст. длиною. Когда солдатъ, не потерявшій послѣ ранепія памяти, снялъ шапку, то нашелъ въ ней пулю. Изъ 16-ти шрапнельныхъ раненій мягкихъ покрововъ черепа было 2 случая застрявшихъ пуль, обѣ въ затылочной области (№№ 423 и 424).

Поступающія на излеченіе раненія мягкихъ покрововъ черепа осколками гранаты представляютъ собою разнообразныя формы ранъ въ зависимости отъ формы осколка, величины его и силы удара. Въ половинѣ нашихъ случаевъ дѣло идетъ о поверхностныхъ раненіяхъ мягкихъ покрововъ въ видѣ царапинъ или линейныхъ ранъ длиною до 5-ти стм. Въ остальныхъ случаяхъ раны были неправильной формы съ рваными краями. Одному раненому на перевязочномъ пунктѣ былъ удаленъ осколокъ, застрявшій въ мягкихъ покровахъ.

Изъ 26 случаевъ раненія шрапнелью или осколками гранаты въ пяти случаяхъ, кромѣ раненія мягкихъ покрововъ черепа, были ранены еще и другія части тѣла. Множественныя раненія мы находимъ и среди 28 раненій мягкихъ покрововъ черепа об. пулями, а именно, 7 случаевъ (подробности объ этихъ раненіяхъ находятся въ главѣ первой).

Какія-же субъективныя явленія и общія объективныя измѣненія вызываютъ раненія мягкихъ покрововъ черепа?

Что касается субъективныхъ впечатлѣній при раненіи, то они описываются различно. Первое ощущеніе послѣ раненія — въ одномъ случаѣ какъ-бы укусъ, въ другихъ, — какъ сильный ударъ, который у раненаго № 390 сопровождался впечатлѣніемъ звона. И въ другихъ случаяхъ прежде всего было ощущеніе боли; оно иногда предшествуетъ потери сознанія (№ 387).

Потеря сознанія бываетъ, какъ у раненыхъ крупными снарядами, такъ и у раненыхъ об. пулями, независимо отъ того, поверхностное-ли это раненіе или раненіе съ полнымъ пулевымъ каналомъ. Не только снарядъ, попадающій болѣе или менѣе отвѣсно въ голову, вызываетъ сотрясеніе мозга съ послѣдующей потерею сознанія, но и тангенціальныя раненія влекутъ за собою тѣ же явленія. По Kocher'y[1]) изученіе огнестрѣльныхъ черепныхъ ране-

1) „Hirnerschütterung, Hirndruck u. s. w." 1901. pag 3.

ній показало, что совершенно ограниченный ударъ, какъ только онъ обладаетъ большой живой силой, можетъ вызвать въ высшей степени сильное сотрясеніе мозга. Изъ находящихся у меня исторій болѣзней въ 26 случаяхъ имѣются болѣе точныя указанія на состояніе сознанія послѣ раненія. Въ 12-ти случаяхъ наблюдалась потеря сознанія и въ 14-ти случаяхъ она не наступала. Надо однако замѣтить, что изъ этихъ 14-ти случаевъ, въ 4-хъ раненые чувствовали родъ одурѣнія или сильнаго головокруженія №№ 412, 424, 404, 405. Потеря сознанія была большею частью непродолжительна. Раненый падаетъ на нѣсколько минутъ, вскорѣ однако подымается и можетъ самостоятельно дойти до перевязочнаго пункта, часто отстоящаго на нѣсколько верстъ. Въ другихъ случаяхъ потеря сознанія продолжалась дольше, Но и эти раненые могутъ настолько оправиться, что въ состояніи идти. Самую продолжительную потерю сознанія наблюдали мы послѣ раненія гранатой (№ 427), гдѣ больной былъ три дня безъ сознанія. Какъ глубока можетъ быть потеря сознанія, при раненіяхъ вскользь, показываетъ намъ случай Beil'я[1]), въ которомъ пациента сочли умершимъ и онъ чуть не подвергся вскрытію. — Часто послѣ раненія остается на нѣкоторое время родъ одурѣнія.

Въ цѣломъ рядѣ другихъ случаевъ поврежденія мягкихъ покрововъ черепа потеря сознанія не наступала. Отсутствіе этого симптома надо особенно отмѣтить при раненіяхъ об. пулями. При полномъ пулевомъ каналѣ въ №№ 395, 401, 402, 404, 405 потери сознанія не было, также и при поверхностныхъ раненіяхъ (раненіяхъ вскользь) №№ 389, 392, 394. И при шраннельныхъ раненіяхъ потеря сознанія часто отсутствуетъ, такъ напр., раненый № 424 не потерялъ сознанія, хотя у него и было двойное раненіе. Пуля попала въ затылочную область, гдѣ и застряла. Раненый жаловался на боль и шумъ въ головѣ.

Эти два послѣднія явленія составляютъ самыя частыя субъективныя жалобы при раненіяхъ мягкихъ покрововъ черепа, особенно головныя боли, которыя продолжаются днями, иногда недѣлями, послѣ раненія (№№ 395, 396 и

1) „Ungewöhnliche Wirkung einer Schussverletzung des Kopfes". Liecnicki wiestnik приведено изъ Zentralbl. f. Chir. 1903. № 28.

423). Жалобы на головокруженіе и на шумъ въ ушахъ относятся также къ частымъ явленіямъ. Удивительно мало было жалобъ на тошноту и рвоту. Если послѣдній симптомъ и наблюдался, то только непосредственно послѣ раненія (№№ 393 и 404).

Изъ объективныхъ симптомовъ только разъ наблюдалось измѣненіе со стороны пульса. Дѣло идетъ (№ 434) о молодомъ пѣхотинцѣ 25 лѣтъ, у котораго, на 2-ой день послѣ раненія лѣвой лобно-темянной области осколками гранаты, наблюдался аритмичный пульсъ, скорости 64 ударовъ въ минуту. Непосредственно послѣ раненія сдѣлалось головокруженіе, несмотря на которое, раненый самостоятельно прошелъ 4 версты до перевязочнаго пункта. Черезъ 21 день онъ вернулся обратно въ строй. Во всѣхъ другихъ случаяхъ раненія мягкихъ покрововъ черепа измѣненій со стороны пульса не отмѣчалось.

Разстройство со стороны нервной системы наблюдались въ слѣдующихъ 4 случаяхъ: №№ 395, 399, 427, 433. Изъ этихъ случаевъ, въ № 427, послѣ раненія мягкихъ покрововъ затылка осколками гранаты, сопровождавшагося приблизительно 3-хъ дневной потерей сознанія, отсутствовали рефлексы обѣихъ нижнихъ конечностей (пателарные рефлексы). Отсутствіе рефлексовъ въ данномъ случаѣ надо, по всей вѣроятности, поставить въ связь съ полученнымъ раненіемъ. Ударъ снаряда вызвалъ значительное сотрясеніе мозга. На это указываетъ 3-хъ дневная потеря сознанія. Возможно, что были и болѣе крупныя поврежденія, какъ кровоизліяніе въ мозговыхъ оболочкахъ, а, можетъ, и въ самомъ мозгу, хотя на это не указывали какіе-л. другіе объективные симптомы. Можно все-таки предполагать, что нарушеніе со стороны рефлексовъ обусловливалось измѣненіями со стороны мозга. При отсутствіи органическихъ измѣненій слѣдуетъ, можетъ быть, считать шокъ мозга причиной, объясняющей отсутствіе рефлексовъ. Подобные случаи проходящаго вліянія поврежденія черепа на колѣнный рефлексъ наблюдались и опубликованы Pick'омъ [1]). Однако изъ приведенныхъ имъ слу-

1) Ueber transitorische Beeinflussung des Kniephaenomens durch cerebrale Affektionen Wien. Klin. Wochenschrift 1901. № 7 pag. 158.

чаевъ, какъ онъ самъ говоритъ, только въ первомъ явленіе можно объяснить шокомъ, гдѣ дѣло идетъ объ ударѣ подковой въ лицо съ переломомъ переносицы. Можно-ли въ нашемъ случаѣ предположить воздѣйствіе на шейную часть спинного мозга, вызванное сильнымъ сгибаніемъ (ударъ въ затылокъ) головы, — рѣшить не берусь. Мы еще встрѣтимся съ этимъ случаемъ въ описаніи исходовъ раненій мягкихъ покрововъ черепа. — Въ слѣдующемъ случаѣ № 433 мы имѣли дѣло болѣе съ субъективными жалобами, а именно, на дрожаніе въ правой рукѣ. Больной былъ раненъ осколкомъ гранаты въ правую височную область, но упомянутый симптомъ былъ проходящаго свойства. Черезъ 21 день раненый могъ вернуться въ строй. Упомяну еще здѣсь раненіе № 395 мягкихъ покрововъ правой височной области об. пулей съ полнымъ пулевымъ каналомъ. Раненый жалуется на общую слабость, головную боль и пониженіе зрѣнія. Къ сожалѣнію, въ исторіи болѣзни нѣтъ болѣе подробныхъ сообщеній. Этотъ случай мы встрѣтимъ также въ главѣ объ исходахъ раненій мягкихъ покрововъ черепа. Въ заключеніе скажу еще о случаѣ № 399. Об. пуля вошла немного сзади праваго уха въ мягкіе покровы и вышла надъ затылочной впадиной, немного правѣе средней линіи. Сдѣлался парезъ праваго лицевого нерва для объясненія котораго вполнѣ возможно предполагать поврежденіе периферическаго характера.

Теченіе раненій мягкихъ покрововъ черепа считается въ общемъ благопріятнымъ. Мы также въ нашихъ 55 случаяхъ, съ наблюденіемъ въ среднемъ не меньше двухъ недѣль, не замѣчали какихъ-либо осложненій. Само собою разумѣется, что на зарубцеваніе раненій вскользь уходило больше времени, чѣмъ на зарубцеваніе полныхъ пулевыхъ каналовъ, всѣхъ родовъ оружія, особенно об. пуль, которые обыкновенно заживали подъ сухимъ струпомъ. Послѣдствія сотрясенія мозга, какъ уже сказано выше, были различной продолжительности.

Цѣлый рядъ раненыхъ, а именно, изъ 55 — двѣнадцать = 21,8 %, возвратились послѣ трехъ-четырехъ недѣль леченія обратно въ строй. Изъ этихъ 12-ти было 8 раненій об. пулей, 1 раненіе — шрапнелью и 3 — осколками гранаты. Изъ 8 раненій об. пулей 4 было вскользь и столько

же съ полнымъ пулевымъ каналомъ. Время, потерянное для службы, считая поѣздку обратно въ строй, совпадаетъ съ данными, приведенными Остенъ-Сакеномъ[1]), а именно 5,4 до 5,6 недѣль. Остальные 43 случая были эвакуированы дальше на сѣверъ. Мы не наблюдали смертныхъ случаевъ при раненіяхъ мягкихъ покрововъ черепа. Смертность, по опыту прежнихъ войнъ, представляетъ 0,5 до 0,6 %.

Если мы видимъ, что раненія мягкихъ покрововъ черепа представляютъ quo ad vitam благопріятный прогнозъ, то насъ, конечно, интересуетъ какіе виды quo ad sanationem completam имѣютъ раненые, бывшіе на излѣченіи въ госпиталяхъ. Сопоставленіе данныхъ приведенныхъ ниже исторій болѣзни съ результатами опросныхъ листковъ помогутъ намъ отчасти освѣтить этотъ вопросъ.

Родъ раненія, симптомы и теченіе до эвакуаціи:	Результаты позднѣйшаго опроса:
Случай № 395.	Случай № 395.
Раненъ 19-го VII. 04 на 270 шаговъ об. пулей. Памяти не терялъ. Раненіе мягкихъ покрововъ черепа правой regio parieto-temporalis съ полнымъ пулевымъ каналомъ. Раны зажили подъ струпомъ. Жалуется на общую слабость, головную боль и ослабленіе зрѣнія. Пульсъ и температура нормальны. Эвакуированъ 13. VIII. 04.	Опрошенъ 26. XI. 06. На мѣстѣ ранъ замѣтны только рубцы. Параличей не наблюдается. Въ іюлѣ 1905 г. эпилептическій припадокъ, предшествуемый возбужденнымъ состояніемъ. Паціентъ страдаетъ припадками головокруженія. Работоспособность понижена до 50 %*).

1) l. c. стр. 982.

*) Въ отвѣтъ на опросъ о здоровьи Крысалова докторъ И. Чикаревскій пишетъ 26. XI. 06 г.: Однажды въ іюлѣ 1905 г. я былъ приглашенъ для подачи помощи крестьянину Крысалову, который съ ранняго утра того дня чувствовалъ головную боль и легкую тошноту. Явившись къ нему въ часъ дня, я засталъ слѣдующую картину: Крысаловъ лежалъ на полу, изорвавши на себѣ рубаху и панталоны, съ явленіями рѣзко выраженнаго маніакальнаго бреда и, когда я вошелъ въ хату, онъ бросился на меня, принявъ меня за японца, и мнѣ съ большимъ трудомъ съ помощью нѣкоторыхъ крестьянъ, удалось уложить его и впрыснуть ему морфій. Черезъ $^1/_4$ часа послѣ впрыскиванія онъ успокоился и спалъ до

Случай № 396.

Раненъ 4. VII. на 2000 шаговъ об. пулей. Въ теченіе получаса былъ безъ сознанія. Раненіе мягкихъ покрововъ черепа затылочной области, съ полнымъ пулевымъ каналомъ. Двойное раненіе. Раны зажили подъ струпомъ. Жалуется на головную боль. Температура подымается, по временамъ, до 37,8; 30. VII. 04 вернулся въ полкъ.

Случай № 396.

Опрошенъ 24. X. 06. Раны зарубцевались, справа рубцы втянуты. Никакихъ явленій выпаденія. Бываютъ головокруженія и головныя боли. Работоспособенъ.

Случай № 383.

Раненъ 18. VII. 04 на разстояніи 300 шаговъ двумя об. пулями. Потерялъ сознаніе. Поверхностное раненіе лѣвой теменной области. Раненіе шеи и спины. Никакихъ симптомовъ. 23. VII. 04 эвакуированъ на сѣверъ.

Случай № 383.

Опрошенъ въ октябрѣ 1906 года. Раны зарубцевались. Бываютъ легкія головокруженія. Способенъ къ легкой работѣ.

Случай № 385.

Раненъ 29. IX. 04 двумя об. пулями. Поверхностное раненіе правой стороны лба. Сквозное раненіе праваго локтевого сустава. Температура

Случай № 385.

Опрошенъ въ январѣ 1907 года. Надъ правой бровью въ 3 сатм. длиною, втянутый рубецъ. Жалуется на головокруженіе и постоянную го-

семи часовъ вечера. Въ 7 часовъ съ нимъ сдѣлались общія судороги на подобіе тѣхъ, которыя бываютъ во время эпилептическаго припадка. Судороги эти длились около четырехъ минутъ. На другой день Крысаловъ чувствовалъ общую слабость и недомоганіе. Температура была утромъ на другой день 37,3, а вечеромъ послѣ припадка 37,8. Въ слѣдующіе дни температура была нормальна. До сего времени никакихъ припадковъ у него не наблюдалось. Въ настоящее время Крысаловъ страдаетъ рѣзко выраженнымъ малокровіемъ, головокруженіями, нистагмомъ (небольшимъ, въ горизонтальной плоскости) лѣваго глаза. Отецъ и мать Крысалова страдали сифилисомъ. Младшій братъ Крысалова имѣетъ на обѣихъ ногахъ большія распадающіяся гуммы. По разспросамъ, родители страдали lues'омъ еще въ молодости до рожденія Егора.

и пульсъ нормальны. 26. X. 04 эвакуированъ.

Случай № 427.

Раненъ 16. VIII. 04 осколками гранаты. Три дня былъ безъ сознанія. Раненіе мягкихъ покрововъ затылка. Отсутствіе рефлексовъ нижнихъ конечностей. Темп. нормальная. 10. IX. 04 эвакуированъ.

Случай № 426.

Раненъ 28. IX. 04 осколками гранаты. Былъ короткое время безъ сознанія. Раненіе мягкихъ покрововъ въ правой теменной области. Частыя головныя боли. 12. X. 04 эвакуированъ.

ловную боль. Не способенъ къ работѣ.

Случай № 427.

Опрошенъ 10. XII. 06. Въ области рубца болѣзненное на ощупь затвердѣніе. Страдаетъ головокруженіемъ, когда нагибается, и приступами головной боли, приблизительно разъ въ недѣлю. На работу плохъ. Со времени ранения осталась общая слабость.

Случай № 426.

Опрошенъ въ октябрѣ 1906 года. Въ области рубца небольшое утолщеніе. Очень рѣдко бываютъ приступы головокруженія и головной боли. Работаетъ съ трудомъ.

Изъ этихъ случаевъ мы видимъ, что слѣды болѣзненныхъ явленій могутъ еще долго послѣ раненія давать о себѣ знать. Сюда относятся, главнымъ образомъ, головокруженія и головныя боли, которыя не отсутствуютъ даже въ самыхъ благопріятныхъ случаяхъ (№ 396). Особеннаго интереса заслуживаетъ случай № 395. По всей вѣроятности возбужденное состояніе и приступъ судорогъ находятся въ связи съ полученнымъ поврежденіемъ. Значитъ, мы имѣемъ здѣсь преэпилептическое сумеречное состояніе съ послѣдующимъ эпилептическимъ припадкомъ.

У нѣкоторыхъ раненыхъ впослѣдствіе понижена работоспособность. Полная неработоспособность осталась только въ одномъ случаѣ (№ 385), однако мы тутъ имѣемъ дѣло съ множественнымъ раненіемъ. У больного кромѣ раненія головы было еще сквозное раненіе праваго локтевого сустава. Главная же жалоба была на головокруженіе и по-

стоянную головную боль. Поврежденный суставъ, видимо, меньше безпокоилъ его.

Итакъ, въ отношеніи предсказанія, при раненіяхъ мягкихъ покрововъ черепа, слѣдуетъ быть осторожнымъ.

На основаніи наблюденій въ военное время многіе авторы, между прочимъ, Розановъ[1]) и Franz[2]) настаиваютъ на томъ, чтобы точно наблюдать и не подвергать преждевременной эвакуаціи даже тѣ случаи, въ которыхъ не имѣется данныхъ, указывающихъ на раненіе кости.

Часть раненыхъ въ мягкіе покровы головы совсѣмъ не поступаетъ въ лазареты, а остается и выздоравливаетъ въ строю. Schaefer, Остенъ-Сакенъ и Свенсонъ нашли, что изъ 216 раненій об. пулями мягкихъ частей головы, включая и лицо, осталось въ строю 43, изъ 53 шрапнельныхъ 14. — Леченіе, попадающихъ въ лазареты раненій мягкихъ покрововъ, конечно, должно быть консервативное. Для полноты, однако, надо упомянуть, что изъ двухъ нашихъ случаевъ съ полнымъ пулевымъ каналомъ при раненіяхъ об. пулями №№ 400 и 408, послѣдній былъ вскрытъ. При этомъ обнаружилось, что кость (tabula externa) была, повидимому, цѣла. Въ обоихъ случахъ, ни въ анамнезѣ, ни со стороны симптомовъ не было указаній, говорившихъ за поврежденіе кости.

1) „Огн. ран. черепа по касательной.“ Мед. обозр. 1908. № 14.
2) Arch. f. klin. chir. 1906. v. Bergmann Festschrift II.

Огнестрѣльные переломы черепа и поврежденія его содержимаго.

III. Къ вопросу о механикѣ огнестрѣльныхъ раненій черепа.

Въ серединѣ восьмидесятыхъ годовъ прошлаго столѣтія въ большинствѣ арміи европейскихъ государствъ были введены малокалиберныя оболочечныя пули. Съ тѣхъ поръ появились многочисленныя сообщенія объ опытахъ и наблюденіяхъ надъ дѣйствіемъ оболочечной пули на живыя и мертвыя цѣли. Назову здѣсь только нѣсколько именъ изъ чрезвычайно богатой литературы. У насъ въ Россіи экспериментальнымъ изслѣдованіемъ дѣйствія малокалиберной оболоч. пули занимались между прочимъ: Морозовъ (1889); Тауберъ (1890); Павловъ (1891) и его школа; Штейнбергъ (1892). Въ Германіи: Reger (1887), v. Bruns (1889. 1899); Kikuzi (1890); королевское прусское Медицинское Отдѣленіе военнаго министерства (1894); Tilmann (1898), Kranzfelder и Schwinning (1903); Hildebrandt (1904); Fessler (1908). Въ Австріи: Habart (1889—1892). Въ Швейцаріи: Kocher (1894); Bircher (1896). Въ Румыніи: Demosthène (1894). Во Франціи: Delorme (1888), Delorme и Chavasse (1891), Chauvel (1888—1893), Chauvel и Nimier (1890). Въ Италіи: Imbriaco (1903).

Въ обсужденіи вопроса о дѣйствіи пуль на отдѣльныя части человѣческаго тѣла, огнестрѣльныя раненія черепа и ихъ механика занимали всегда выдающееся мѣсто. Какъ

съ теоретической, такъ и съ практической стороны этотъ вопросъ представляетъ особый интересъ. Съ одной стороны, черепъ и его содержимое, благодаря своимъ анатомическимъ и физическимъ особенностямъ, представляютъ наиболѣе выгодныя условія для проявленія сильнѣйшаго дѣйствія выстрѣла, такъ называемаго „разрывного дѣйствія“ его. Съ другой стороны, поводомъ къ тщательному изученію этой категоріи огнестрѣльныхъ поврежденій должно было послужить увеличеніе числа раненій черепа въ современныхъ войнахъ, которое вначалѣ только предполагалось, но потомъ было подтверждено послѣдними большими войнами.

До, — а въ особенности — послѣ введенія малокалибернаго оболочечнаго снаряда выработанъ цѣлый рядъ теорій, долженствующихъ объяснить своеобразное „разрывное дѣйствіе“ нѣкоторыхъ выстрѣловъ въ черепъ и мозгъ. Многія изъ этихъ теорій уже оставлены, какъ устарѣлыя, такъ напр. теорія „воздушнаго давленія“, теорія „накаливанія и расплавленія снаряда“. Другія изъ старыхъ теорій отчасти примѣняются для объясненія нѣкоторыхъ особенныхъ видовъ раненій (близкіе выстрѣлы при самоубійствахъ), какъ, напримѣръ, теорія „проникающихъ въ пулевой каналъ пороховыхъ газовъ“. Третью группу образуютъ теоріи „безпрепятственной и задержанной ротаціи“ и теорія „деформаціи пули“. Этими послѣдними теоріями и стараются объяснить разрушительное дѣйствіе выстрѣловъ совмѣстно съ главенствующими въ наше время теоріями: „гидродинамической“, „толчковой“ и теоріей „клиновиднаго дѣйствія“.

Самая распространенная изъ всѣхъ прежнихъ теорія „гидростатическаго или гидравлическаго давленія“ (Busch, Reger) уступила теперь мѣсто предложенной медицинскимъ отдѣломъ прусскаго военнаго министерства въ 1894 году теоріи „гидродинамической“. Первая нашла себѣ у насъ въ Россіи живѣйшихъ противниковъ въ лицѣ профессора Е. В. Павлова, Ильина, Эбермана, Тиле и другихъ. По мнѣнію профессора Павлова обширныя разрушенія при нѣкоторыхъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа никоимъ образомъ не могутъ быть объяснены дѣйствіемъ гидравлическаго давленія, въ силу того, что дѣло идетъ не о равномѣрномъ распространеніи силы во всѣ стороны (радіусы). Мы имѣемъ здѣсь дѣло, по мнѣнію проф. Павлова, съ „дина-

мическими“ или, пожалуй, отчасти и гидродинамическими законами, „потому что всѣ разрушенія имѣютъ ясно нарастающій впередъ характеръ, болѣе всего по направленію полета пули и косо въ стороны.“ Ученикъ профессора Павлова, Ильинъ, произвелъ многочисленные опыты съ цѣлью изученія механизма поврежденій черепа русской 3-хъ линейной винтовкой. Результатомъ этихъ опытовъ было отрицаніе теоріи гидравлическаго давленія по только что приведеннымъ причинамъ.

Согласно мнѣнію Ильина[1]) (Павлова) сложный актъ поврежденія черепа обусловливается совмѣстнымъ воздѣйствіемъ различныхъ причинъ. Физическія особенности пораженной ткани, степень сотрясенія послѣдней, ударная сила, деформація и кувырканіе пули — вотъ главные моменты, обусловливающіе степень разрушенія. Послѣдняя весьма существенно зависитъ и отъ ломкости, толщины и эластичности черепныхъ костей. „Мозгъ же имѣетъ несомнѣнное значеніе въ дѣлѣ разрушенія, но не тѣмъ, что въ немъ развивается гидравлическое давленіе, а тѣмъ, что отъ удара пули сотрясается во всей своей массѣ и, передавъ полученный толчекъ въ видѣ волнообразнаго движенія по направленію полета пули къ стѣнкамъ черепа, увеличиваетъ лишь начавшееся въ нихъ разрушеніе. Главную же причину распространенности поврежденія составляютъ громадная ударная сила снаряда и связанная съ этимъ большая степень отдачи живой силы повреждаемымъ тканямъ.“

Признавая вліяніе мозга на степень разрушенія, Ильинъ все-таки полагаетъ, что „сами стѣнки черепа въ общемъ разрушеніи имѣютъ громадное значеніе, гораздо больше, чѣмъ мозгъ“.[2])

Къ аналогичнымъ выводамъ приходитъ Тиле[3]) въ 1894 году на основаніи своихъ опытовъ. Онъ также приписываетъ главную роль въ дѣлѣ разрушенія силѣ удара, деформаціи, неправильному вращенію и кувырканію снаряда, а съ

1) „Къ вопросу о механизмѣ поврежденій череповъ пулями изъ трехлинейной русской винтовки.“ (Опыты на трупахъ). — Диссертація. Петербургъ. 1894.

2) l. c. pag. 103.

3) „Критическій обзоръ ученія о механическомъ дѣйствіи современныхъ пуль на ткани животнаго тѣла.“ — Диссерт. Петербургъ. 1894. pag. 156—157.

другой стороны, особенности анатомическаго и физическаго характера пораженной ткани. Мозгъ играетъ важную роль, увеличивая разрушеніе кости давленіемъ изнутри. Но при этомъ, по мнѣнію Тиле, дѣло идетъ не о гидравлическомъ, а о „толчковомъ или полостномъ давленіи.“ Самымъ главнымъ моментомъ для степени разрушенія окружающей мозгъ черепной коробки, является не процентное содержаніе воды, но способность массы передавать толчекъ во всѣхъ направленіяхъ и ея удѣльный вѣсъ. Чѣмъ больше удѣльный вѣсъ, тѣмъ сильнѣе и разрушеніе [1]). — Отсюда мы видимъ, что выше названные экспериментаторы высказываются за толчковую теорію или теорію контузіи.

Приведу теперь стоящую въ нѣкоторой связи съ только что упомянутой теорію Köhler'a — „клиновиднаго дѣйствія“ (Keilwirkung).

Köhler [2]) придерживается того взгляда, что пуля повсюду дѣйствуетъ, какъ клинъ. — Этимъ должно быть объясняемо и ея разрывное дѣйствіе. Законы природы нигдѣ не допускаютъ исключеній. Дѣйствіемъ клина обусловливаются разрушенія и при поврежденіяхъ черепа. При выстрѣлахъ на близкомъ разстояніи (большой скорости полета пули) наступаетъ „уменьшеніе естественной неустойчивости водяныхъ частицъ“ содержимаго черепа. Вслѣдствіе болѣе или менѣе однороднаго, не способнаго сжиматься, строенія послѣдняго, толчковая волна распространяется, какъ черезъ твердое тѣло и приводитъ къ разрушенію черепа. По мѣрѣ увеличенія дистанціи выстрѣла и уменьшенія скорости полета пули уменьшается и степень разрушенія. Послѣднее обстоятельство объясняется тѣмъ, что „подвижность водяныхъ частицъ и возможность выхода ихъ изъ естественныхъ отверстій черепа увеличиваются пропорціонально уменьшенію быстроты полета пули.“

Итакъ, согласно теоріи Köhler'a, высокій процентъ содержанія воды въ черепѣ имѣетъ существенное вліяніе на механику такъ называемыхъ „разрывныхъ раненій“ черепа. Послѣднее мнѣніе находится въ полной противоположности мнѣнію, высказанному проф. Тиле.

Обѣимъ приведеннымъ теоріямъ можно противопоставить третью, предложенную „Medicinal Abteilung“ прус-

1) „Итоги свѣдѣній и т. д.“ — Русск. хир. арх. 1902. pag. 352.
2) Die modernen Kriegswaffen.“ — Pag. 567, 638 и 639.

скаго Военнаго Министерства въ 1894 году [1]). Это — теорія „гидродинамическаго давленія."

Теоретическій разборъ различныхъ опытовъ, предпринятыхъ „медицинскимъ отдѣленіемъ," *насколько дѣло* касается выстрѣловъ въ мозгъ, сводится къ слѣдующему [2]): „причиной разрушительнаго дѣйствія является свойство жидкостей, состоящее въ томъ, что пуля можетъ передавать имъ въ большой мѣрѣ свою скорость. И благодаря живой силѣ, развивающейся въ этихъ массахъ, которыя съ большой скоростью устремляются противъ окружающихъ ихъ частей, получаются поразительныя, подобныя взрыву, дѣйствія." — Но передача живой силы не во всѣхъ направленіяхъ равномѣрна — она сильнѣе въ направленіи полета пули и менѣе ясно выражена въ противоположномъ направленіи (срв. съ мнѣніемъ Е. В. Павлова). Въ жидкихъ, не способныхъ сжиматься веществахъ, къ которымъ „нѣкоторымъ образомъ принадлежитъ и мозгъ",[3]) работа, выполняемая пулей, сводится, главнымъ образомъ, къ передачѣ скорости, — такъ какъ не приходится разрушать твердаго тѣла, вслѣдствіе чего почти не происходитъ затраты энергіи на треніе и сжатіе. Толчекъ, сообщенный снарядомъ отдѣльнымъ частямъ мозга, стремится уничтожить связь послѣднихъ между собой. Это удается при малыхъ дистанціяхъ выстрѣла. Твердая мозговая оболочка и костная черепная капсула не выдерживаютъ бурнаго натиска мозговыхъ частей и разрываются. Освобожденный отъ своей оболочки мозгъ разлетается. При уменьшающейся скорости пули (увеличеніи дистанціи) дуральная оболочка въ состояніи выдержать давленіе. Въ такомъ случаѣ дѣйствіе внутренняго давленія характеризуется удлиненіемъ радіарныхъ трещинъ въ кости около входного и выходного пулевыхъ отверстій (эти трещины образуются и при обстрѣливаніи пустого черепа, когда мозгъ вынутъ), пока, наконецъ, на разстояніи 1600 метровъ разрывное дѣйствіе болѣе не обнаруживается. — Съ помощью кинематографическихъ снимковъ съ череповъ во

1) „Ueber die Wirkung und die Kriegschirurgische Bedeutung der neuen Handfeuerwaffen." — Berlin.

2) l. c. pag. 439.

3) ibidem. pag. 475 и 471.

время обстрѣливанія Tilmann[1]) и вслѣдъ за нимъ Nimier[2]) приводятъ новыя доказательства правильности только что указанной теоріи. Профессоръ Tilmann, основываясь на своихъ кинематографическихъ снимкахъ (1898) приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.— При обстрѣливаніи черепъ „раздувается“ отъ дѣйствующей изнутри силы. При этомъ можетъ произойти полный разрывъ его или же черепъ опять спадается. Разрывное дѣйствіе не распространяется равномѣрно во всѣ стороны. Дѣйствіе силы проявляется, главнымъ образомъ, конусообразно по направленію къ выходному пулевому отверстію и частью по сторонамъ; разрушеніе стѣнки, соотвѣтствующей входу пули, происходитъ позднѣе всего.

По мнѣнію Tilmanna'a[3]) дѣйствіе снаряда на мозгъ является первичнымъ, на кости — вторичнымъ. Если снарядъ прободаетъ кость острымъ концомъ впередъ, въ своемъ наименьшемъ поперечникѣ, то всѣ разрушительныя дѣйствія сверхъ дырчатаго дефекта должны быть разсматриваемы, какъ послѣдствія дѣйствія снаряда на мозгъ.

Tilmann подраздѣляетъ дѣйствіе выстрѣла на мозгъ на три степени. Изъ нихъ первая представляетъ размозженіе въ области самаго огнестрѣльнаго канала; вторая — размятіе (Quetschung) ближнихъ окружающихъ тканей и третья — родъ сотрясенія отдаленно-лежащихъ частей: увеличеніе „кровяныхъ точекъ“ и мельчайшіе разрывы мозговой ткани. Слѣдствіемъ сообщеннаго пулей частицамъ мозга движенія является извѣстнаго рода сотрясеніе (Zerrung), охватывающее весь мозгъ. Движеніе обнаруживается, главнымъ образомъ, въ направленіи къ выходному пулевому отверстію и по радіусамъ въ направленіи отъ пулевого канала. Въ общемъ пулевой каналъ въ мозгу можно себѣ представить какъ-бы окруженнымъ цѣлымъ рядомъ концентрическихъ цилиндрическихъ оболочекъ, въ которыхъ имѣются на-лицо одни и тѣ же явленія, вызванныя толчкомъ. Чѣмъ интенсивнѣе живая сила снаряда, тѣмъ больше и общій радіусъ пораженной области. Какъ только умень-

1) „Ueber Schussverletzungen des Gehirns.“ Arch. für klin. Chirurgie. 1898. Bd. 57. pag. 623—629.

2) „Blessures du crâne“. 1904. pag. 35.

3) „Zur Frage der Schädelschüsse“. — v. Leuthold Gedenkschrift, 1906. II. Bd. pag. 257.

шается живая сила, напримѣръ, при отдаленныхъ выстрѣлахъ, — соотвѣтственно укорачивается радіусъ; въ то-же время дѣлается менѣе значительнымъ количество приведенныхъ въ движеніе частицъ ткани.

Независимо отъ того, какую именно теорію мы считаемъ болѣе пригодной для объясненія, такъ называемаго, разрывного дѣйствія выстрѣловъ въ черепъ, можно установить, что характеръ огнестрѣльнаго поврежденія черепа зависитъ, при правильномъ полетѣ пули, отъ слѣдующихъ обстоятельствъ:

1) отъ дистанціи выстрѣла (живая сила пули),
2) отъ угла, подъ которымъ пуля поражаетъ черепъ (тангенціальное, діаметральное раненіе),
3) отъ строенія костной черепной стѣнки въ пораженномъ мѣстѣ,
4) отъ длины пулевого хода въ мозгу,
5) отъ направленія выстрѣла (срв. и пунктъ 2).

Различные опыты, такъ же какъ и наблюденія надъ живыми въ мирное и военное время, иллюстрируютъ вліяніе дистанціи выстрѣла на характеръ огнестрѣльнаго поврежденія. Если при близкомъ выстрѣлѣ существуютъ еще особыя условія, какъ опредѣленное направленіе выстрѣла, то мы можемъ получить картины раненія, представляемыя такъ называемыми Krönlein'овскими раненіями черепа.

Названныя поврежденія попадаются большей частью при самоубійствахъ и характеризуются тѣмъ, что болѣе или менѣе неповрежденный большой мозгъ оказывается какъ-бы выброшеннымъ изъ широко разорванной черепной капсулы. Для этого рода поврежденій весьма характерно направленіе пулевого канала вдоль основанія черепа. — Первый, демонстрированный Krönlein'омъ на Конгрессѣ „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ въ 1899 году, случай возбудилъ живѣйшій интересъ. — Затѣмъ были сообщены еще два относящіеся сюда случая Henne[1]) и Krönlein[2]) 1900), четвертый случай принадлежитъ Tilmann'y[3]) (1901).

1) „Die Schussverletzungen durch die schweizerischen Militärgewehre“. Inaug. Dissert. Aarau. 1900.

2) „Ueber die Wirkung der Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe.“ — Beitr. zur. klin. Chirurg. Bd. 29. H. 1. 1900.

3) „Zur Theorie d. Schädelschüsse“ — Deutsch.-milit. ärztl. Zeitschrift. H. 2. 1900.

Объясненіе этихъ удивительныхъ случаевъ натолкнулось на большія затрудненія. Они были названы: „противорѣчащіе теоріи.“ Köhler[1]) не нашелъ для этого замѣчательнаго явленія другого объясненія, кромѣ того, что „мозгъ удаленъ изъ своихъ оболочекъ третьимъ лицомъ“.

На 37-омъ конгрессѣ „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ Franz сообщилъ еще пять относящихся сюда случаевъ*). Только въ одномъ изъ нихъ дѣло шло о самоубійствѣ при помощи современнаго пѣхотнаго ружья; въ остальныхъ четырехъ — раненія были нанесены во время сраженія на близкой дистанціи, въ 20—30 шаговъ. Послѣднее обстоятельство важно въ томъ отношеніи, что при подобныхъ поврежденіяхъ мы не можемъ объяснить своеобразность разрушенія прониканіемъ пороховыхъ газовъ въ пулевой каналъ (Tilmann). Какъ Henne[2]), такъ и Reger[3]) обращаютъ вниманіе на то, что пулевой каналъ проходитъ въ названныхъ случаяхъ всегда вдоль основанія черепа. При этомъ поражается область, богатая жидкостью, такъ какъ здѣсь находятся большіе сосуды, синусы и цистернообразныя скопленія liquoris cerebro-spinalis. Эти то своеобразныя анатомическія условія способствуютъ развитію особенно сильнаго дѣйствія гидро-динамическаго давленія. Послѣднее, по мнѣнію Reger, при данныхъ благопріятныхъ условіяхъ можетъ быстро распространяться, что ведетъ къ образованію разрывовъ въ черепѣ и его мягкихъ покровахъ, затѣмъ силой снизу дѣйствующаго давленія мозгъ in toto поднимается и выбрасывается изъ раздробленной черепной капсулы.

Это объясненіе получило сильную поддержку въ экспериментахъ Henne[4]) и впослѣдствіи Kocher'a[5]). Henne наполнялъ пузырь (свиньи) крахмальнымъ клейстеромъ и

1) „Die modernen Kriegswaffen.“ — 1900. II. pag. 640.

*) На 39-омъ конгрессѣ Franz реферируетъ еще о трехъ случаяхъ, найденныхъ имъ въ санитарныхъ отчетахъ прусской арміи. Verhandlungen etc. 1910. pag. 701—710.

2) l. c.

3) „Die Krönlein'schen Schädelschüsse.“ Arch. für klinische Chirurgie. 1901. 64 Bd. pag. 689.

4) l. c. pag. 10—22.

5) Verhandlungen der Deutschen Ges. für Chirurgie. 1908. I. pag. 195, 196. — (См. и Zentralbl. f. Chir. № 26. 1910. pag. 881—884.)

помѣщалъ его въ жестяной сосудъ такъ, чтобы вокругъ него можно было налить тонкій слой воды. Сосудъ закрывался крышкой и производился выстрѣлъ на близкомъ разстояніи въ нижнюю часть его. При этомъ крышка жестянки, пузырь съ клейстеромъ и вода выбрасывались отвѣсно вверхъ. Пузырь ни въ одномъ случаѣ не разрывался на части. Подобные же опыты съ тѣми же результатами производилъ Henne и съ черепами. Kocher клалъ мѣшокъ размятаго картофеля въ открытый сверху жестяной сосудъ, на днѣ котораго находился тонкій слой воды, такимъ образомъ, чтобы боковыя стороны сосуда и мѣшка вездѣ соприкасались. Затѣмъ производился выстрѣлъ черезъ наполненную водой часть сосуда. При этомъ мѣшокъ съ картофелемъ былъ подброшенъ кверху. По мнѣнію Kocher'a тѣ же самыя условія, какъ и въ приведенномъ опытѣ, существуютъ и при выстрѣлахъ вдоль основанія черепа, благодаря большому скопленію въ этихъ мѣстахъ цереброспинальной жидкости. — Tilmann полагаетъ, что названныя ранепія не нуждаются въ особыхъ теоретическихъ объясненіяхъ. При указанныхъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ основанія черепа имѣются всѣ условія для проявленія высшаго дѣйствія выстрѣла. Къ нимъ принадлежатъ: очень длинный пулевой каналъ, большая живая сила пули (выстрѣлъ на близкомъ разстояніи). Кромѣ того пуля при ударѣ о кость легко деформируется и, вслѣдствіе получившагося увеличенія поперечнаго діаметра, дѣйствіе ея можетъ сдѣлаться болѣе значительнымъ. И по мнѣнію Tilmann'a такія поврежденія могутъ существовать исключительно при раненіяхъ вдоль основанія черепа.

Если при выстрѣлѣ на близкой дистанціи пуля пронизываетъ черепную полость и мозгъ въ одномъ изъ большихъ діаметровъ, то мы можемъ наблюдать, много разъ описанныя, обширныя поврежденія черепной капсулы и распространенныя разрушенія мозга до полнаго распаденія послѣдняго при разрывѣ мягкихъ черепныхъ покрововъ. Такъ Морковитинъ[1]), присутствовавшій при разстрѣливаніи боксеровъ въ 1900 году, пишетъ слѣдующее о черепныхъ раненіяхъ, причиненныхъ трехлинейной русской винтовкой

1) Русскій хирургическій архивъ. — 1902 г. Книга I., pag. 77—78.

на разстояніи 50 шаговъ. „Раны свода черепа представлялись по истинѣ ужасными: входное отверстіе было небольшое, но выходное превышало во много разъ входное и было съ разорванными, размятыми ушибленными краями; а еще чаще пуля прямо сносила часть черепного свода, образуя одну огромную сплошную рану... При раненіяхъ въ верхней части головы кости черепного свода разбиваются на мелкіе осколки, а мозгъ разбрызгивается на далекое разстояніе."

Но нужно особенно принять во вниманіе то, что не всякій близкій выстрѣлъ долженъ обнаруживать такое разрывное дѣйствіе. Разрушеніе бываетъ соотвѣтственно незначительнѣе, когда пуля пронизываетъ меньшій сегментъ черепа и проходитъ ближе къ поверхности мозга. Это обстоятельство подчеркивали Тауберъ[1]) и Tilmann[2]). Послѣдній указываетъ, что выше описанный фактъ еще не проникъ въ плоть и кровь большинства военно-полевыхъ хирурговъ, такъ какъ подобные случаи при выстрѣлахъ на близкомъ разстояніи разсматриваются, какъ нѣчто удивительное. Извѣстно, что при одинаковой живой силѣ пули, дѣйствіе ея зависитъ прежде всего отъ „количества, приведенныхъ въ движеніе, частицъ (мозга)". На этомъ основаніи даже при близкихъ выстрѣлахъ (наибольшей быстротѣ и живой силѣ) дѣйствіе снаряда можетъ быть умѣреннымъ, если путь послѣдняго въ мозгу коротокъ, а самъ снарядъ не деформированъ и не уклоненъ отъ направленія своего полета. Этимъ мы можемъ объяснить въ нѣкоторыхъ случаяхъ незначительность явленій при близкихъ выстрѣлахъ изъ малокалиберныхъ пѣхотныхъ ружей.

Изъ нашихъ случаевъ прежде всего нужно здѣсь назвать № 241. Пуля проникла черезъ правую височную область, 3 ctm. отступя отъ края орбиты, и вышла изъ черепа черезъ лѣвый високъ непосредственно около наружнаго края глазницы. Дистанція выстрѣла равнялась только 50-ти шагамъ. Этотъ случай весьма сходенъ съ описаннымъ

1) „Огнестрѣльныя поврежденія при современномъ вооруженіи армій." 1903. pag. 81.

2) „v. Leuthold Gedenkschrift." 1906. II. Bd. pag. 253.

Krönlein'омъ [1]), гдѣ дѣло идетъ о conamen suicidii, причиненномъ швейцарскимъ пѣхотнымъ ружьемъ. Входное пулевое отверстіе находилось непосредственно надъ разрушеннымъ лѣвымъ глазомъ, немного болѣе снаружи, выходное пулевое отверстіе лежало въ области праваго виска. Не было никакихъ симптомовъ за исключеніемъ незначительнаго истеченія мозга изъ выходного отверстія. Раненый выздоровѣлъ приблизительно черезъ мѣсяцъ. — Оба выше описанные случая могутъ разсматриваться, какъ аналогичныя поврежденія, не сходны только противоположныя направленія выстрѣловъ. Хотя у нашего раненаго не обнаруживалось истеченія мозга, но все-таки мы можемъ допустить, что пуля прошла черезъ правую переднюю ямку черепа.

Два слѣдующихъ случая изъ ряда нашихъ наблюденій, несмотря на неблагополучное теченіе, также доказываютъ, что не всѣ раненія на близкомъ разстояніи немедленно ведутъ къ смертельному исходу. Въ случаѣ № 20 на десятый день послѣ поврежденія раненый былъ въ полномъ сознаніи. Входное пулевое отверстіе находилось вблизи отъ средней линіи, въ области правой теменной кости, выходное — на три пальца выше prot. occip. externa. Дистанція выстрѣла равнялась 40—50 шагамъ. На такой же близкой дистанціи (50 шаговъ) было раненіе въ случаѣ № 100. Въ этомъ случаѣ входное и выходное пулевыя отверстія лежали на разстояніи двухъ пальцевъ другъ отъ друга въ лобной области. Существовало истеченіе мозга. При операціи было обнаружено желобовидное поврежденіе лобной кости; въ лобной долѣ мозга найдена полость размягченія съ лежащими въ ней осколками кости. — Мы можемъ сказать съ нѣкоторой увѣренностью, что въ обоихъ, только что названныхъ случаяхъ, распространенность первичнаго разрушенія мозга не была причиной смерти. Раненые погибли отъ наступившихъ осложненій: № 100 — несомнѣнно отъ инфекціи, № 20, вѣроятно, отъ прорыва очага размягченія въ боковой желудочекъ.

Сопоставивъ всѣ данныя изъ приведенныхъ наблюденій, мы убѣдимся, что выстрѣлы на одинаковой ди-

1) Archiv für klin. Chirurgie. 1899 Bd. 59. Heft. I. pag. 71.

станціи, около 50 шаговъ, могутъ, смотря по направленію ихъ, вызывать различные эффекты.

Какъ неоспоримый фактъ, должно, далѣе, принимать то положеніе, что при одинаковомъ направленіи выстрѣла, напримѣръ: при лобно-затылочныхъ, поперечныхъ и вдоль основанія черепа, но при увеличивающемся разстояніи, — степень разрушенія уменьшается. — Иллюстраціей къ сказанному могутъ служить наши наблюденія №№ 164, 165, 220 и 224. Въ этихъ случаяхъ имѣлись всѣ условія для высшаго развитія разрывного дѣйствія, но оно не проявилось, благодаря большой дистанціи выстрѣловъ и нормальному полету пули.

Теперь является вопросъ, при какой дистанціи, прекращается при раненіяхъ изъ современныхъ пѣхотныхъ ружей разрывное дѣйствіе, если, между прочимъ, имѣются всѣ другія условія для его развитія. Другими словами, намъ придется сказать нѣсколько словъ о такъ называемыхъ, „зонахъ дѣйствія выстрѣловъ“.

Подраздѣленіе на зоны имѣетъ болѣе теоретическое, чѣмъ практическое значеніе. Въ настоящее время дѣленіе на зоны (Bruns, Reger, Павловъ, Тауберъ) для современнаго, — S-снаряда — вообще не признается. Такъ Fessler[1]) на основаніи своихъ опытовъ приходитъ къ убѣжденію, что у S-снаряда не существуетъ никакого „поясного дѣйствія“ помимо различія между пулей, поражающей плашмя и ранящей острымъ концомъ. Сказанное касается и германскаго пѣхотнаго ружья — модель 1888-го года. Этотъ взглядъ вполнѣ совпадетъ съ заключеніемъ медицинскаго отдѣла прусскаго военнаго министерства[2]). Заключеніе это гласитъ, что при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа нѣтъ возможности установить сообразно разстоянію, на которомъ сдѣланъ выстрѣлъ, строго опредѣленныя зоны, которымъ соотвѣтствовали бы опредѣленныя картины разрушенія. Правда, обширность разрушенія уменьшается съ увеличеніемъ разстоянія, но переходъ совершается вполнѣ постепенно. Слѣдуетъ также принять

1) Verdhlg. d. deut. Ges. für Chirurgie. 37 c. 1908. I. pag. 189.
2) l. c. pag. 361.

во вниманіе, что сопротивленія, которыя преодолѣваетъ снарядъ, очень различны, и измѣняющаяся твердость и крѣпость костей (черепа) имѣютъ несомнѣнно вліяніе на дѣйствіе выстрѣла (срв. Давыдовъ)[1]).

Введенное же Kocher'омъ подраздѣленіе огнестрѣльныхъ поврежденій на близкія и далекія (Nah und Fernschüsse) представляетъ довольно важное значеніе для практики. Къ „близкимъ выстрѣламъ“ причисляютъ поврежденія первой зоны (зона необыкновенно интенсивной живой силы — Reger; поясъ разрывного дѣйствія — Тауберъ, Habart), — къ дальнимъ всѣ поврежденія II—IV зоны.

Чему же равняется протяженіе дистанціи, такъ называемыхъ, близкихъ выстрѣловъ, т. е. такихъ, при которыхъ можно ожидать „разрывного“ дѣйствія. — Границей „разрывного дѣйствія“ при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа указаны:

Bruns'омъ	400	метровъ
Chauvel et Nimier.	400	„
Imbriaco	400	„
Habart Павловъ Тауберъ	500	„
v. Coler und Schjerning Медиц. отд. при Военн. министр.	1,600	„

Demosthène полагаетъ, что при поврежденіяхъ черепа на всѣхъ дистанціяхъ можно констатировать разрывное дѣйствіе. —

Какъ совмѣщаются эти наблюденія, основанныя, главнымъ образомъ, на экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ, съ данными добытыми за манчжурскую войну?

Въ общемъ мы находимъ немного указаній по поводу этой темы. — V. Oettingen[2]) пишетъ, что дѣленіе на зоны подтвердилось, но, повидимому, каждая зона (поясъ) прости-

1) „Нѣсколько случаевъ раненій пулями изъ 3-хъ линейной винтовки на близкомъ разстояніи“. — Военно-мед. жур. Май. 1907 г. Случай 1-ый и 7-ой.

2) „Kriegs-chirurgische Erfahrungen im russ.-jap. Kriege.“ — Münch. med. W. 1906. № 7, отд. оттискъ pag. 3.

рается при теперешнемъ оружіи на гораздо болѣе значительное разстояніе, чѣмъ прежде. Напротивъ того профессоръ Цёге фонъ Мантейфель[1]) вынесъ впечатлѣніе, что зона разрывного дѣйствія, по крайней мѣрѣ, для японскихъ снарядовъ (оболочечныхъ), короче, чѣмъ считалась до сихъ поръ. Однако, относительно огнестрѣльныхъ поврежденій черепа онъ высказывается съ нѣкоторой осторожностью вслѣдствіе того, что его наблюденія надъ этимъ родомъ поповрежденій касались въ то время еще только выстрѣловъ на разстояніи 800—1000 метровъ. — Schaefer[2]) также не даетъ никакихъ точныхъ указаній по этому вопросу. По его мнѣнію не можетъ быть и рѣчи объ отсутствіи разрывного дѣйствія при выстрѣлѣ изъ японскаго ружья системы Arusaka. Тѣ случаи, въ которыхъ повидимому отсутствовалъ „разрывное дѣйствіе“ пули, объясняются по Schaefer'у тѣмъ, что раненіе произошло, вѣроятно, на болѣе далекомъ разстояніи. — Болѣе точныя указанія мы находимъ у Р. Р. Вредена.[3]) Послѣдній констатируетъ, что при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа дѣйствіе гидродинамическаго давленія очень сильно выражено на разстояніи до 200 шаговъ. Отсюда согласно его взгляду: „всѣ раненія черепной полости на разстояніи до 200 шаговъ безусловно смертельны.“ На разстояніи до 100 шаговъ сносится бо́льшая часть черепной крышки вмѣстѣ съ мягкими покровами и мозгомъ. Проникающія огнестрѣльныя поврежденія черепной полости даже на разстояніи до 1000 шаговъ ведутъ къ смерти. Только начиная съ 1200 шаговъ встрѣчаются проникающія дырчатыя поврежденія черепа, допускающія выздоровленіе. Тангенціальныя раненія на разстояніи, начиная съ 200 шаговъ и далѣе, даютъ все болѣе благопріятный прогнозъ. — Въ болѣе раннихъ сообщеніяхъ съ театра военныхъ дѣйствій (31 мая 1904) Р. Р. Вреденъ[4]) говоритъ, что, со-

1) „Kriegs-chirurgische Beobachtungen.“ — St. Petersb. M. W. 1904. № 38, отд. оттискъ, pag. 3.

2) „Mitteilungen über Kriegs-chirurgische Erfahrungen im russ.-jap. Kriege.“ — Deut. M. W. 1905. № 34, отд. оттискъ, pag. 4 и 6.

3) „Очеркъ огнестрѣльныхъ раненій, причиняемыхъ японской малокалиберной оболочечной пулей.“ Русскій врачъ. 1905. № 24, pag. 771.

4) „Два письма главнаго хирурга манчжурской арміи.“ В. М. Ж. 1904. Ноябрь.

гласно его наблюденіямъ, на разстояніи съ 400—800 метровъ разрывное дѣйствіе японскихъ снарядовъ совершенно прекращается. — У ф. д. Остенъ-Сакенъ[1]) мы находимъ указаніе, что, согласно наблюденіямъ, произведеннымъ имъ, Schaefer'омъ и Свенсономъ, при раненіяхъ 8,0 милл. и особенно 6,5 mm. оболочечной пулей часто отсутствовали признаки разрывного дѣйствія въ тѣхъ случаяхъ, когда по теоріи они должны были-бы непремѣнно проявиться. При маломъ калибрѣ „разстояніе выстрѣла“ не имѣетъ рѣшающаго значенія для результата раненія, за исключеніемъ, можетъ быть, выстрѣловъ „à bout touchant.“ По этому по состоянію раны ни при какомъ поврежденіи „нельзя дѣлать никакихъ заключеній о разстояніи выстрѣла, подчасъ даже невозможно достаточно точно различить, произошло-ли раненіе на близкомъ или далекомъ разстояніи.“ — Основываясь на своихъ наблюденіяхъ въ японскихъ военныхъ лазаретахъ, Treutlein[2]) приходитъ къ заключенію, что при раненіяхъ пулями русской трехлинейной винтовкой даже на разстояніи 700 метровъ часто не обнаруживается-я ни малѣйшаго разрывного дѣйствія.

Какъ мы видимъ, въ общемъ всѣ эти данныя слишкомъ кратки и имѣютъ много пробѣловъ. Прежде всего необходимо упомянуть, что съ нашей стороны невозможны были какія-либо изслѣдованія павшихъ на полѣ сраженія во время послѣдней войны. Даже на Путиловской сопкѣ профессоръ В. Г. Цёге фонъ Мантейфель и Р. Р. Вреденъ могли произвести только совсѣмъ поверхностное изслѣдованіе павшихъ. Такимъ образомъ мы не имѣемъ, собственно, возможности отвѣтить на поставленный выше (стр. 43) вопросъ за отсутствіемъ пригоднаго матеріала.

При обсужденіи даннаго вопроса, на основаніи наблюденій надъ поступавшими въ лазареты, мы должны быть весьма осторожны въ одномъ, чрезвычайно важномъ, отношеніи, именно, въ опредѣленіи разстоянія, на которомъ произошло раненіе. Характеръ поврежденія не даетъ возможности заключить о разстояніи, какъ мы это уже доказали на выше приведенныхъ случаяхъ раненія на

---

1) Arch. für klin. Chirurgie. 1907. Bd. 84. Heft 4, pag. 948 и 964.
2) Münch. med. W. 1906. № 25.

близкомъ разстояніи. Мы должны руководствоваться указаніями раненыхъ, но получить ихъ подчасъ бываетъ чрезвычайно трудно. Большинство совершенно не помнитъ деталей обстоятельствъ, при которыхъ произошло раненіе (амнестическія явленія), не говоря уже о тѣхъ, отъ которыхъ вслѣдствіе безсознательнаго состоянія, афазіи и т. д. невозможно получить указаній. Отъ многихъ мы рѣдко узнаемъ точныя даты. Если это обстоятельство имѣло мѣсто уже въ прежнихъ войнахъ[1]), то теперь при дальнобойныхъ ружьяхъ, бездымномъ порохѣ и боевой тактикѣ, гдѣ сражающіеся часто находятся въ нѣсколькихъ цѣпяхъ другъ за другомъ, оно не должно удивлять насъ. Тѣ же самыя наблюденія были сдѣланы Hildebrandt[2]) за время бурской войны и Haga[3]) во время китайской кампаніи 1900 года. Haga пробовалъ контролировать данныя, разспрашивая солдатъ и начальниковъ о томъ, какой былъ имъ поставленъ прицѣлъ. Но Schaefer[4]) пишетъ съ театра русско-японской войны, что не только солдаты, но даже офицеры и опытные унтеръ-офицеры часто не въ состояніи дать удовлетворительныхъ свѣдѣній относительно разстоянія. То же самое удостовѣряютъ Глаголевъ[5]) и Делятицкій[6]). Послѣдній приводитъ тяжелое состояніе раненыхъ, какъ извиненіе, что въ его исторіяхъ болѣзни отсутствуютъ данныя о разстояніи.

Точно также и наши исторіи болѣзни являются доказательствомъ того, насколько недостаточны свѣдѣнія о разстояніи, на которомъ получено раненіе. Изъ 254 огнестрѣльныхъ переломовъ черепа оболочечной пулей мы имѣемъ только въ 27 случаяхъ желаемыя данныя.

Разсмотримъ подробнѣе эти поврежденія, чтобы прежде всего отвѣтить на поставленный на страницѣ 43 вопросъ объ опредѣленіи приблизительной границы для разрывного

1) срв. Reger: „Die Gewehrschusswunden“. 1884. pag. 113. 114.
2) „Die Verwundungen etc. I. Bd. pag. 53.
3) Archiv für klin. Chirurgie. — Bd. 74. 1904. pag. 561.
4) D. M. W. 1905. № 34. отд. оттискъ.
5) „Раны мягкихъ частей тѣла въ русск. япон. войну“ — Хирургія. 1907. VIII. pag. 116.
6) „Къ вопросу объ огнестр. ран. черепа въ русско-японскую войну“. ibid. 1906. X.

дѣйствія японскаго малокалибернаго оболочечнаго снаряда. Для этого особенно пригодны, такъ называемыя, діаметральныя раненія, на томъ основаніи, что въ данномъ случаѣ, благодаря длинному пути, проложенному снарядомъ въ мозгу, представляются наилучшія условія для передачи живой силы окружающей средѣ. Для этой цѣли въ нашемъ распоряженіи имѣются пять случаевъ (см. таблицу № I), изъ коихъ №№ 178 и 179 не пригодны за неимѣніемъ болѣе точныхъ данныхъ о разстояніи. Въ исторіи болѣзни этихъ двухъ случаевъ только отмѣчено, что дѣло идетъ о раненіи на близкомъ resp. далекомъ разстояніи. — Зато другіе три случая, насколько мнѣ кажется, вполнѣ пригодны.

Таблица № I.

Обзоръ случаевъ, съ указаніемъ дистанціи, съ которой произошло раненіе.

Разстояніе въ шагахъ.	10—100.	100—500.	500—1000.	1000—1500.	1500 и больше.
Тангенціальныя раненія.	№ 20 (40—50). 100 (50). 109 [1]).	№ 3. (200). 5. (400). 8. (150). 14. (250). 59. (400). 95. (400).			№ 1. (2000).
Сегментальныя.		№ 140. (250—300).		№151. (1200). №122. (1 верста).	№ 141. (2700).
Діаметральныя.	№ 179 [1])	154. (300).	164. (800).	165. (1,000)	№ 178 [2])
Основанія черепа:			220. (700).	224. (1.200).	
Застрявшія пули.		187. (100). 208. (300).	194. (700).		
Орбито-темпоральныя.	241. (50). 240. [1])	235. (300).			
Число случаевъ:	6.	11.	3.	4.	3.

1) На близкомъ разстояніи; 2) на далекомъ разстояніи.

Въ случаѣ № 154 на разстояніи 300 шаговъ нанесено раненіе передней части черепа. Входное пулевое отверстіе находилось на два пальца выше праваго уха и нѣсколько впереди его. Выходное пулевое отверстіе — въ лѣвомъ вискѣ на высотѣ брови. Послѣ раненія 2 часа былъ безъ сознанія. На третій день раненый былъ уже въ состояніи ходить. Раны зажили безъ осложненій. — Этотъ случай походитъ на выше приведенныя раненія на близкомъ разстояніи (Nahschüsse) — № 241. Можно было-бы возразить, что пуля пронизала въ этомъ случаѣ (№ 154) самый короткій изъ большихъ діаметровъ черепа. Но этого никакъ нельзя сказать о двухъ другихъ наблюденіяхъ. У одного изъ этихъ раненыхъ имѣлось лобно-затылочное (№ 164), у другого — темянное сквозное раненіе (№ 165). Въ первомъ случаѣ (№ 164) раненіе нанесено приблизительно на разстояніи 800 шаговъ. Входное пулевое отверстіе: 1 ctm. надъ лѣвымъ margo supraorbitalis. Выходное пулевое отверстіе: въ области ламбдоиднаго шва на 2 ctm. вправо отъ средней линіи. Наружное входное и выходное отверстія равняются величинѣ калибра пули. Общія явленія въ этомъ случаѣ были весьма тяжелыя. Но нельзя допустить, что снарядъ обнаружилъ значительное разрывное дѣйствіе, такъ какъ иначе при длинномъ пулевомъ каналѣ раненый навряд-ли могъ-бы остаться въ живыхъ (раненый находился въ нашемъ наблюденіи девять недѣль). Вѣроятно, мы имѣли дѣло съ болѣе или менѣе дырчатымъ переломомъ (Lochschuss), на что указываетъ и небольшой, не превышающій калибра пули, размѣръ выходного пулевого отверстія въ мягкихъ частяхъ. — Во второмъ случаѣ (№ 165) раненіе произошло на дистанціи 1000 шаговъ. Входное пулевое отверстіе — на высотѣ верхняго края правой ушной раковины и на два пальца сзади. Выходное отверстіе — 1 ctm. надъ верхнимъ краемъ лѣвой ушной раковины. — Въ этомъ случаѣ было трудно рѣшить, которая изъ ранъ соотвѣтствовала входному и которая выходному пулевому отверстію (!). Послѣ тридцатидневнаго періода наблюденія раненый могъ быть эвакуированъ при удовлетворительномъ общемъ состояніи (сравн. исторію болѣзни).

Итакъ, мы видимъ, что въ одномъ случаѣ снарядъ на разстояніи 800 шаговъ пробилъ черепъ въ сагиттальномъ

діаметрѣ, въ другомъ — на разстояніи 1000 шаговъ въ трансверсальномъ, причемъ не обнаружилось особенныхъ признаковъ „разрывного дѣйствія“. Въ пользу этого говорятъ объективныя данныя изслѣдованія черепа, а именно, незначительная величина раненій мягкихъ частей (выходное пулевое отверстіе) и въ общемъ теченіе раненія.

Отсюда мы можемъ заключить, что при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа японскими пулями (оболочечными) разрывное дѣйствіе отсутствовало при дистанціи выстрѣла въ 800—1000 шаговъ или 600—750 метровъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣлись на-лицо прочія условія, необходимыя для проявленія послѣдняго. — Эти цифровыя данныя приблизительно совпадаютъ съ указанными Вреденомъ — 1200 шаговъ и Treutlein'омъ [1]) — 700 метровъ. Но они стоятъ въ извѣстномъ противорѣчіи къ полученнымъ экспериментальнымъ путемъ цифрамъ, занимая среднее положеніе между крайними данными Chauvel и Nimier — въ 400 метровъ и прусскаго „Medicinal-Abteilung“ въ 1600 метровъ.

„Medicinal-Abteilung“ [2]) усматриваетъ вѣроятную причину большого различія между своими цифрами и цифрами другихъ экспериментаторовъ въ примѣненіи послѣдними неполныхъ зарядовъ. Съ другой стороны объясненіемъ этой разницы въ цифрахъ „Medicinal-Abteilung“ и полученныхъ на практикѣ можетъ служить слѣдующее обстоятельство. Возможно, что болѣе сильное разрывное дѣйствіе снарядовъ при опытахъ на трупахъ обусловливалось трупными измѣненіями (разжиженіе мозга).

Теперь займемся разсмотрѣніемъ другихъ родовъ раненій, при которыхъ въ нашихъ случаяхъ обозначена дистанція выстрѣла (см. таблица № I). Въ трехъ случаяхъ сегментальнаго раненія (№№ 151, 122 и 141) мы имѣемъ дѣло съ поврежденіями на большихъ разстояніяхъ, свыше 1000 шаговъ. Въ случаѣ же № 140 имѣлось раненіе затылка на разстояніи 250—300 шаговъ съ не ясно выраженнымъ дѣйствіемъ гидродинамическаго давленія. Раз-

1) „Kriegschirurg. aus Japan.“ München. med. W. 1906. № 25.
2) l. c. pag. 361.

рушеніе кости частью объясняется тѣмъ, что пуля ударилась въ черепъ подъ болѣе или менѣе острымъ угломъ. Небольшая интенсивность разрывного дѣйствія при относительно близкой дистанціи находитъ себѣ объясненіе, согласно Tilmann'y, въ короткомъ пулевомъ каналѣ, какъ это уже было указано выше. Очень сходенъ съ только что приведеннымъ случаемъ случай № 151, въ которомъ раненіе было нанесено на разстояніи 1200 шаговъ. — Въ случаѣ № 141 мы не имѣемъ никакихъ осязательныхъ признаковъ дѣйствія гидродинамическаго давленія. Поврежденіе причинено выстрѣломъ въ переднюю часть черепа на разстояніи 2700 шаговъ, то же мы видимъ и въ случаѣ раненія затылка, № 122, при дистанціи 1-ой версты.

Чѣмъ менѣе глубоко проникаетъ въ мозгъ пуля, т. е. чѣмъ ясніе тангенціальный характеръ раненія, тѣмъ незначительнѣе бываетъ степень проявленія „разрывного дѣйствія“. Послѣднее ограничивается, главнымъ образомъ, частями кости, лежащими близко къ пулевому каналу. — При поверхностныхъ желобовидныхъ раненіяхъ по касательной „разрывное дѣйствіе“ почти отсутствуетъ, даже на близкомъ разстояніи. Примѣромъ этого могли бы служить наши наблюденія: № 3 — 200 шаговъ и № 14 — 250 шаговъ, гдѣ обнаружилась только инфракція пораженной области черепа. Но даже при поврежденіяхъ, пронизывающихъ и бороздящихъ кость, пуля дѣйствуетъ скорѣе какъ „клинъ“, не проявляя въ высокой степени „разрывного дѣйствія“. Это мы наблюдаемъ даже при близкихъ выстрѣлахъ, какъ напримѣръ, № 100 — 50 шаговъ, или при аналогичномъ случаѣ № 95 — 400 шаговъ. Въ послѣднемъ случаѣ на препаратѣ черепа ясно выражена, идущая по направленію выстрѣла (слѣва направо), трещина (Keilfissur) (см. снимокъ № I.). Въ обоихъ названныхъ случаяхъ имѣлись относительно короткіе огнестрѣльные каналы въ кости. Разрушенія становятся обширнѣе сообразно съ удлиненіемъ (и углубленіемъ) пулевого хода, какъ это видно, напримѣръ, въ случаѣ № 109 — Климовъ, — гдѣ къ тому же дѣло шло о „близкомъ выстрѣлѣ“. Въ этомъ случаѣ видна еще ясніе трещина, идущая отъ выходного отверстія въ направленіи полета пули (см. снимокъ № II.).

Интересенъ случай № 8 — тангенціальное раненіе пе-

редней части черепа на разстояніи 150 шаговъ, въ которомъ нельзя было обнаружить какихъ-либо признаковъ разрывного дѣйствія. — Это наблюденіе представляетъ собою переходъ къ двумъ слѣдующимъ группамъ — къ височно-глазничнымъ и поврежденіямъ основанія черепа.

Въ двухъ случаяхъ раненія основанія черепа одно (№ 220) нанесено на разстояніи 700 шаговъ; другое (№ 224) на 1200 шаговъ. Оба обнаруживаютъ одинъ и тотъ же эффектъ выстрѣла. Признаковъ разрывного дѣйствія не установлено, хотя въ случаѣ № 224 имѣлся очень длинный огнестрѣльный каналъ (небольшое входное пулевое отверстіе слѣва въ os zygomaticum; выходное отверстіе едва видно (!) на затылкѣ по средней линіи приблизительно на два пальца ниже затылочнаго бугра). Вѣроятно ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ пуля не проникла въ черепную полость. То же самое мы можемъ допустить и при височно-глазничныхъ раненіяхъ №№ 235 и 240. Здѣсь точно также мы не замѣчаемъ ни малѣйшихъ признаковъ разрывного дѣйствія, несмотря на близкую дистанцію. — О случаѣ № 241 я уже говорилъ при обсужденіи близкихъ выстрѣловъ (стр. 41).

Намъ остается разсмотрѣть три случая, касающіеся застрявшихъ пуль, приведенные въ таблицѣ № I (стр. 48). Въ случаѣ № 187 пуля застряла при дистанціи въ 100 шаговъ (!), въ случаѣ № 208 — въ 300 шаговъ, въ № 194 — 700 шаговъ. Первый изъ этихъ случаевъ (№ 187) труднѣе всего объяснить. Здѣсь имѣлось круглое входное пулевое отверстіе, діаметръ котораго равенъ калибру пули. Было сомнительно, что пуля застряла въ полости черепа, ввиду незначительности симптомовъ со стороны мозга. Рёнтгеновское изслѣдованіе дало отрицательный результатъ. Но нельзя совершенно отрицать возможности, что пуля, пройдя черезъ черепъ, застряла гдѣ-нибудь ниже, какъ мы это наблюдали въ одномъ случаѣ раненія шрапнелью (см. главу IV). Съ другой стороны вполнѣ возможно, что мы здѣсь имѣемъ дѣло съ рикошетнымъ раненіемъ. Если же мы всё-таки предположимъ, что дѣло идетъ о проникающемъ раненіи, то является необходимость разрѣшить два вопроса, во-первыхъ: могутъ-ли при раненіи на данномъ разстояніи быть столь незначительныя явленія со стороны мозга; а во-вторыхъ, возможно-ли вообще застреваніе со-

временной пули на такой близкой дистанціи? — Что касается перваго вопроса, то для разрѣшенія его можно сослаться на все сказанное относительно близкихъ и діаметральныхъ раненій въ этой главѣ. — Второй вопросъ о разстояніи, на которомъ пули могутъ застревать, касается и двухъ другихъ наблюденій (№ № 194 и 208).

Согласно экспериментамъ между прочимъ прусскаго „Medicinal-Abteilung“ застреваніе пули можетъ произойти только на разстояніи, начиная съ 2500 метровъ. Въ нашихъ же случаяхъ самая дальняя дистанція равняется 700 шагамъ.

Во время англо-бурской войны мнѣ самому [1]) пришлось три раза наблюдать застреваніе оболочечныхъ пуль на разстояніи въ 700—800 метровъ. Въ одномъ случаѣ застряла въ черепѣ пуля Lee-Metford на разстояніи 800 метровъ; два другіе раза — въ костяхъ лица при разстояніи въ 700 метровъ. На томъ основаніи, что пули не были деформированы, и входныя раны равнялись почти калибру пули, я высказалъ предположеніе, что въ подобныхъ случаяхъ причиной застреванія является, быть можетъ, недостаточное снабженіе патроновъ порохомъ. Само собой разумѣется, что пули, застрявшія на такой короткой дистанціи, могли утратить бо́льшую часть своей живой силы, пробивая какія-либо другія препятствія, но обыкновенно такія пули теряютъ правильность полета, чего въ нашихъ случаяхъ не было. — Изъ нашихъ трехъ наблюденій несомнѣнно наибольшій интересъ представляетъ № 208, въ которомъ поврежденіе несомнѣнно касалось и мозга, а оболочечная пуля (по разсказамъ раненаго) застряла на разстояніи 300 шаговъ. (Дальнѣйшее объ этомъ случаѣ см. въ главѣ о леченіи).

Возвращаясь еще разъ къ таблицѣ № I, насъ поражаетъ то обстоятельство, что болѣе половины случаевъ — семнадцать изъ двадцати семи — относится къ поврежденіямъ на разстояніи менѣе 500 шаговъ. Это наблюденіе совпадаетъ съ таковыми же Schaefer'a, Свенсона, Остенъ-Сакена [2]). Однако наши цифры слишкомъ малы, чтобы изъ нихъ дѣлать на этотъ счетъ какіе-либо дальнѣйшіе выводы. — Далѣе

1) „Изъ наблюденій по полевой хирургіи.“ — Русск. хирург. арх. 1903. кн. 1.

2) l. c. pag. 949. 960. 964.

слѣдуетъ отмѣтить, что въ шести случаяхъ поврежденіе причинено на разстояніи до 200 шаговъ. Значитъ на этомъ разстояніи не всѣ случаи должны быть непремѣнно смертельны, другими словами, обнаруживаютъ въ сильной степени „разрывное дѣйствіе,“ какъ это указано, напримѣръ, Вреденомъ (l. c.). Явленіе это можно объяснить тѣмъ, что кромѣ дистанціи на эффектъ ранения имѣетъ существенное вліяніе и направленіе выстрѣла.

IV. Состояніе ранъ при огнестрѣльныхъ переломахъ черепа.

Мы уже видѣли, что большинство нашихъ наблюденій принадлежитъ къ тѣмъ, у которыхъ отсутствуютъ данныя на счетъ разстоянія, съ котораго произошло раненіе. Для того, чтобы получить болѣе ясную картину объ отдѣльныхъ случаяхъ, мы должны раздѣлить всѣ наши наблюденія на извѣстныя группы.

Подраздѣленіе огнестрѣльныхъ поврежденій выпуклости черепа производится всегда сообразно направленію выстрѣла — углу попаданія пули въ черепъ. Такъ различаются, напримѣръ, двѣ большихъ группы тангенціальныхъ и нетангенціальныхъ поврежденій. Такое подраздѣленіе представляетъ интересъ, не только для клиники, но и для механики огнестрѣльныхъ поврежденій, какъ мы это видѣли въ предыдущей главѣ. Для клиники оно имѣетъ особенную важность въ смыслѣ терапіи, что мы увидимъ въ соотвѣтствующей главѣ.

Здѣсь слѣдуетъ сказать нѣсколько словъ о номенклатурѣ огнестрѣльныхъ раненій черепа, чтобы объяснить употребленныя мной раньше и повторяющіяся въ дальнѣйшемъ изложеніи обозначенія. — Различные авторы употребляютъ обыкновенно различныя названія для отдѣльныхъ родовъ огнестрѣльныхъ раненій черепа. Stevenson, напримѣръ, въ своемъ рапортѣ о южно-африканской войнѣ отмѣчаетъ: 1) gutter fractures, 2) penetrating fractures и 3) complete perforating fractures. — Makins различаетъ четыре типа поврежденій черепа: 1) желобовидныя или болѣе

или менѣе глубокія тангенціальныя раненія; 2) вертикальныя или коронарныя раненія лобной области; 3) глубокія сагиттальныя и вертикальныя поврежденія задней части головы; 4) поврежденія основанія черепа. — Hildebrndt говоритъ о: 1) раненіяхъ по касательной; 2) поверхностно прободающихъ и 3) о глубже прободающихъ. — Наконецъ, v. Oettingen подраздѣляетъ огнестрѣльныя поврежденія черепа на тангенціальныя и пронизывающія (Durchschüsse). Тангенціальныя же онъ дѣлитъ на Aufschlagschüsse, Furchenschüsse и tangentiale-Durchschüsse. Послѣднія отличаются отъ простыхъ пронизывающихъ раненій (Durchschüsse) болѣе обширнымъ разрушеніемъ кости. Если длина дефектовъ въ кости у входного и выходного пулевыхъ отверстій вмѣстѣ взятыхъ превышаетъ половину длины уцѣлѣвшей костной перемычки между ними, то такой случай можно разсматривать на практикѣ, согласно v. Oettingen'у, какъ тангенціальное раненіе. Слѣдуетъ однако указать, что зачастую бываетъ очень трудно установить сквозь мягкія части протяженіе раздробленія вокругъ пулевыхъ отверстій. Между тѣмъ раны мягкихъ частей не даютъ сами по себѣ достаточныхъ точекъ опоры для діагноза, а раздробленіе обѣихъ пластинокъ костей черепного свода является не рѣдко весьма неравномѣрнымъ. На этомъ основаніи я полагаю, что при опредѣленіи тангенціальнаго или нетангенціальнаго характера поврежденія необходимо главнымъ образомъ, руководиться положеніемъ пулевыхъ отверстій, т. е. лежатъ ли они на плоской или болѣе выпуклой части черепа. Важно также и разстояніе между отверстіями, которое на плоскихъ участкахъ (темя) можетъ быть очень большимъ. — V. Oettingen[1]) между прочимъ находитъ болѣе цѣлесообразнымъ, совершенно выбросить изъ номенклатуры огнестрѣльныхъ раненій черепа обозначеніе „тангенціальное раненіе“ и различать только дырчатыя и оскольчатыя раненія. Я, лично, не нахожу для этого достаточнаго основанія, такъ какъ указанное обозначеніе хорошо характеризуетъ непосредственное разрушеніе кости и поверхностное поврежденіе мозга. Поэтому при классификаціи нашихъ случаевъ

1) „Studien etc.“ pag. 153.

я удержалъ названіе „тангенціальное раненіе“ и къ этой рубрикѣ причислилъ:

1) Огнестрѣльныя раненія по касательной (Streifschüsse): трещины и вдавленные переломы (Depressionsfractur).

2) Желобовидныя раненія (Rinnenschüsse) мягкихъ покрововъ и кости.

3) Желобовидныя раненія кости, съ имѣющимися въ мягкихъ частяхъ входнымъ и выходнымъ пулевыми отверстіями.

4) Болѣе глубокія тангенціальныя раненія (преимущественно теменной и височной областей).

Этимъ тангенціальнымъ раненіямъ можно противопоставить другую группу — діаметральныхъ раненій (В. Г. Цёге фонъ Мантейфель). Къ послѣднимъ относятся пронизывающія раненія, нанесенныя пулями правильнаго полета, попадающими болѣе или менѣе отвѣсно въ въ черепъ (Volltreffer) (Hildebrandt). Раненія эти составляютъ хорошо охарактеризованный родъ раненій малокалиберными оболочечными пулями. Таковыя не поступали въ эрѣ большого калибра на излеченіе въ лазареты. — Въ этой группѣ мы имѣемъ дѣло, какъ уже сказано, съ поврежденіями, нанесенными пулями, поражающими черепной сводъ болѣе или менѣе подъ прямымъ угломъ. При этомъ снарядъ пронизываетъ черепъ приблизительно въ одномъ изъ его большихъ діаметровъ, вслѣдствіе чего мы можемъ различать раненія: продольныя, наискось поперечныя и вертикальныя.

Между этими обѣими крайностями — тангенціальными и діаметральными раненіями — встрѣчаются поврежденія, которыя не могутъ быть причислены ни къ той, ни къ другой группѣ. Въ этихъ случаяхъ пуля пронизываетъ черепъ соотвѣтственно двумъ точкамъ болѣе короткой дуги (сегментъ). Такимъ образомъ пуля проникаетъ въ cavum cranii не такъ глубоко, какъ при діаметральныхъ раненіяхъ и въ то же время — глубже, чѣмъ при тангенціальныхъ, вслѣдствіе бо́льшаго угла паденія или болѣе сильной выпуклости пораженной области черепа. Такія поврежденія обозначены мною сегментальными, чтобы удержать номенклатуру, заимствованную изъ стереометріи. Но здѣсь слѣдуетъ особенно подчеркнуть, что, между этими группами встрѣчаются самые разнообразные переходы, и нѣтъ воз-

можности установить постоянныя границы для той или иной формы. Соотвѣтственно этому наше подраздѣленіе, какъ и каждая схематизація измѣняющихся явленій природы, покажется во многихъ случаяхъ натянутымъ. Задачею его должно служить исключительно болѣе или менѣе понятная система.

Примѣрами для трехъ названныхъ группъ могутъ служить слѣдующіе случаи:

Тангенціальное поврежденіе:

№ 93. Входное и выходное пулевыя отверстія, равныя величинѣ калибра пули, лежатъ въ лѣвой теменной области. Направленіе выстрѣла идетъ наискось отъ средней линіи влѣво. При операціи обнаружено желобовидное раненіе лѣвой теменной кости и поврежденіе мозга.

Сегментальное поврежденіе:

№ 150. Входное пулевое отверстіе въ мягкихъ покровахъ на средней линіи на палецъ ниже границы волосъ (лобъ). Выходное отверстіе въ мягкихъ покровахъ лѣвой теменной области на разстояніи трехъ пальцевъ надъ ухомъ. При операціи констатировано сильное раздробленіе кости около обоихъ пулевыхъ отверстій, при чемъ около выходного оно выражено сильнѣе. Между обоими отверстіями кость цѣла.

Діаметральныя поврежденія:

№ 165. Входное и выходное пулевыя отверстія отличить невозможно. Одна рана лежитъ на высотѣ и на палецъ сзади праваго уха; другая на 1 ctm. подъ лѣвой ушной раковиной.

№ 170. Входное пулевое отверстіе — на высотѣ правой ушной раковины на три пальца вправо отъ затылочнаго бугра. Выходное отверстіе — надъ внутреннимъ концомъ лѣвой брови.

Къ тремъ указаннымъ группамъ присоединяются еще три:

1) раненія съ застрявшими пулями,
2) раненія основанія черепа,
3) раненія орбито-темпоральныя.

Эти всюду употребляемыя обозначенія достаточно характеризуютъ поврежденія, къ которымъ они относятся.

Изъ нашихъ 254 случаевъ поврежденій оболочечной пулей я отношу:

къ тангенціальнымъ раненіямъ	. . . . .	116
„ сегментальнымъ „	. . . . .	37
„ діаметральнымъ „	. . . . .	32
„ раненіямъ съ застрявшими пулями	. .	30*)
„ раненіямъ основанія черепа	. . . . .	17
„ орбито-темпоральнымъ	. . . . .	22.

Раненія оболочечной пулей.

Тангенціальныя раненія.

(№ 1—116.)

Самую незначительную степень разрушенія кости мы встрѣчаемъ при нѣкоторыхъ поврежденіяхъ по касательной. Такъ въ случаяхъ № 3 и № 14 произошла только инфракція кости, въ № 70, кромѣ этого, еще вдавленіе переломленной костной области. Раненіе мягкихъ покрововъ имѣло видъ желоба длиною въ 3—5 ctm. — Наблюдалось, что оболочечная пуля, поверхностно задѣвающая кость, можетъ причинить изолированные переломы наружной или внутренней пластинки**). Хотя нельзя отрицать возможность такого изолированнаго поврежденія tabulae externae, что приводитъ и Hildebrandt[1]), однако не берусь рѣшить, часто ли встрѣчаются такіе случаи. Гусевъ[2]) полагаетъ, что этотъ видъ поврежденій при современныхъ снарядахъ бываетъ весьма рѣдко. Значительно чаще, по его мнѣнію, происходятъ изолированныя поврежденія tabulae internae, или же обѣихъ пластинокъ. Согласно сообщеніямъ Treves'a (южно-африканская война) и Розанова (во время манчжурской войны), ими преимущественно наблюдались

*) Два случая (№ 64 и № 94) съ застрявшими частями пули причислены къ тангенціальнымъ поврежденіямъ (сравн. Общая часть).

**) Срв. объ этомъ и въ главѣ о діагнозѣ.

1) l. c. pag. 11.

2) „Восьмнадцать случаевъ трепанацій при огнестр. ран. черепа." — Хирургія. 1906. XX. № 115. pag. 12.

случаи изолированнаго поврежденія tabulae internae. Точно также и Прокунинъ[1]) придерживается того мнѣнія, что малокалиберная пуля при тангенціальномъ раненіи можетъ причинить изолированный переломъ tabulae internae. Онъ пытается объяснить происхожденіе такихъ видовъ поврежденій бо́льшей хрупкостью внутренней пластинки (lamina vitrea?). Съ другой стороны, Hildebrandt[2]) стоитъ на той точкѣ зрѣнія, что при переломѣ внутренней пластинки всегда имѣются, хотя незначительныя, повреждения и наружной. — Среди нашихъ случаевъ изолированное поврежденіе tabulae internae допустимо въ № 13, но недостаточно подтверждается объективными данными при изслѣдованіи. Равнымъ образомъ сомнительно, имѣлись-ли изолированныя повреждения tabulae externae въ случаяхъ № 3 и № 14. — Кромѣ того здѣсь слѣдуетъ назвать еще два случая, № 4 и № 8, въ которыхъ, по всей вѣроятности, была повреждена передняя стѣнка sinus frontalis. Въ случаѣ же № 70 обнаруженъ вдавленный переломъ обѣихъ пластинокъ.

Если тангенціально поражающая пуля глубже проникаетъ въ костное вещество, то получается новая группа раненій. Въ этомъ случаѣ мягкія части и кость желобообразно разрываются пулей. Мы имѣемъ здѣсь раненія, весьма сходныя съ тѣми, которыя во время прежнихъ войнъ почти исключительно составляли контингентъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа, поступающихъ на лазаретное излеченіе (v. Bergmann). — Изъ нашей статистики къ нимъ могутъ быть причислены въ общемъ 22 случая*). Чаще всего мы видѣли такія поврежденія въ теменной области — 14; значительно рѣже при поперечныхъ раненіяхъ лба и затылка (по три раза) и два раза въ височной области. — Длина раненій мягкихъ частей въ нашихъ случаяхъ колебалась между 4 ctm. (№№ 47 и 51) и 8—10 ctm. (№№ 59, 80 и 69), послѣднія поврежденія касались длинныхъ плоскихъ областей черепа — темени и

1) „Отдаленныя послѣдствія огнестр. ран. черепа по касат.“ — Мед. Обозр. 1908. № 14.

2) l. c. pag. 14.

*) №№ 9, 16, 25, 27, 30, 38, 47, 49, 51, 54, 59, 62, 64, 66, 69, 75, 80, 83, 88, 89, 92, 97. (Случаи 17, 85, 87, 116, которые вѣроятно принадлежатъ сюда же, я не считаю, такъ какъ исторіи болѣзни не достаточно точны.)

виска. Ширина наружной раны тоже разнообразна. Мы встрѣчали узкіе желоба въ мягкихъ частяхъ (№ 66) и раны, доходящія до ширины трехъ сантиметровъ (№ 92). Края раны часто неправильны, рваны (№№ 14, 64). Кость раздроблена соотвѣтственно ранѣ мягкихъ частей. Обычно костное поврежденіе въ своей длинѣ и ширинѣ нѣсколько превосходитъ раненіе мягкихъ частей. Наиболѣе тяжелыя поврежденія имѣлись въ случаѣ № 92. Здѣсь кромѣ трещины, идущей по направленію выстрѣла впередъ и назадъ, мы могли констатировать и идущія въ стороны трещины (отъ перегиба — Biegungsbrüche). Осколки кости лежатъ частью въ желобѣ, образованномъ въ кости, частью (осколки laminae internae) задвинуты подъ края костной раны (№ 80). Въ другихъ случаяхъ осколки торчатъ отвѣсно въ ранѣ (№ 97). — Какъ показываютъ случаи №№ 38, 51, 69 и 83 dura mater не всегда повреждена; большею частью она бываетъ проколота осколками (№№ 27, 64, 70, 80). Чаще же случается, что твердая мозговая оболочка оказывается широко разорванной осколками laminae internae. Въ этихъ случаяхъ костные осколки вогнаны*) въ мозгъ, который затронутъ въ болѣе или менѣе сильной степени (напр. №№ 47, 49, 66, 97).

Состоянія ранъ, сходныя съ только что описанными, имѣются въ слѣдующей группѣ поврежденій, а именно, желобовидныхъ раненіяхъ кости черепного свода. Различіе состоитъ только въ томъ, что здѣсь сохранена перемычка мягкихъ покрововъ между входными и выходными пулевыми отверстіями. Цѣлый рядъ относящихся сюда наблюденій обнаруживаетъ столь типичныя состоянія ранъ и настолько характеренъ для тангенціальныхъ раненій оболочечной пулей, что заслуживаетъ отдѣльнаго разсмотрѣнія. Далѣе эти поврежденія требуютъ особаго вниманія въ отношеніи діагноза — существуетъ ли поврежденіе кости или нѣтъ. Я насчитываю двадцать шесть такихъ наблюденій**).

*) Такое явленіе со стороны осколковъ tabulae internae, по мнѣнію Oertel'я [1]), доказываетъ дѣйствіе толчка высокой интенсивности.

1) „Ueber d. Verhalten d. Knochen bei Streifschüssen aus modernen Kriegswaffen.“ — Deut. Zeitschr. für Chirurgie. 1902. Bd. 67.

**) №№ 5, 6, 11, 12, 22, 23, 24, 31, 35, 40, 46, 52, 55, 56, 57, 58, 63, 67, 68, 72, 82, 93, 94, 98, 100, 101.

Въ названныхъ случаяхъ имѣются короткіе пулевые каналы приблизительно въ четыре ctm. (= два пальца), иногда еще короче (№№ 12, 67, 72). Въ большинствѣ случаевъ входное и выходное отверстія въ мягкихъ частяхъ не превышаютъ размѣра калибра пули (№№ 55, 56, 82, 101). Обычно въ кости обнаруживается узкій желобовидный оскольчатый переломъ, простирающійся на обѣ пластинки (№№ 36, 72, 82, 101). Раздробленіе ограничивается обыкновенно этимъ желобовиднымъ дефектомъ кости. Это обстоятельство имѣетъ для терапіи, какъ мы потомъ увидимъ, громадное значеніе (v. Bergmann). — Только въ одномъ (№ 46) изъ 22 случаевъ, въ которыхъ выше приведенная картина подтверждена операціей, твердая оболочка мозга не была повреждена. Въ остальныхъ же, какъ и въ случаяхъ поврежденій предшествующей группы, dura mater всегда болѣе или менѣе значительно поражена. Мозгъ размозженъ проникшими или только вдавленными осколками (№ 56). — Очагъ размозженія въ мозгу не особенно великъ, величиной приблизительно съ грецкій орѣхъ; онъ наполненъ размозженными частицами мозга, сгустками крови и осколками кости (срв. №№ 22, 67, 82, 98).

Только обширностью поврежденія отличаются отъ выше приведенныхъ раненія съ длинными желобовидными пулевыми каналами въ кости и съ входнымъ и выходнымъ пулевыми отверстіями въ мягкихъ частяхъ*). — Здѣсь мы видимъ пулевые каналы до 10 ст. длиной (№ 99). — Изъ двадцати трехъ случаевъ 13 приходилось на теменную область. — Нѣсколько разъ выходное пулевое отверстіе въ мягкихъ частяхъ значительно превосходило величиной входное, напр. въ №№ 74, 99, 108. Всё-таки здѣсь, какъ и при короткихъ каналахъ, мы видимъ, что раненія мягкихъ частей могутъ и не превышать величиной размѣра калибра пули (№ 65). Возможно, что въ такихъ случаяхъ большое выходное пулевое отверстіе заставляетъ предполагать болѣе близкую дистанцію выстрѣла. Значительное количество небольшихъ осколковъ, которые выбрасываются изъ выходного отверстія способствуютъ увеличенію послѣдняго. — Черепная кость

*) №№ 7, 10, 19, 28, 29, 34, 44, 48, 50, 60, 61, 65, 73, 74, 77, 84, 86, 91, 95, 99, 108, 111, 112.

обнаруживаетъ въ области поврежденія мелко оскольчатый переломъ. Осколки обычно невелики, лежатъ поверхностно или же вогнаны (№№ 95, 99) вглубь, или задвинуты подъ края костной раны (№ 61). — Твердая оболочка и мозгъ обычно повреждены осколками кости. Хотя одинъ разъ (№ 73) первая оказалась цѣлой. Соотвѣтственно съ болѣе длинными ранами въ кости обширнѣе и поврежденіе мозга. Вглубь размозженіе простирается на различную глубину. Такъ, въ случаяхъ (№№ 61, 74.) поврежденная область распространяется на 4—5 ctm., въ другомъ случаѣ глубина не такъ значительна (№ 65). —

Въ описанныхъ уже нами случаяхъ тангенціальнаго раненія повреждены непосредственно пулей, главнымъ образомъ, кости черепа на всемъ протяженіи огнестрѣльнаго канала, содержимое же черепа въ большинствѣ случаевъ только косвенно, т. е. осколками кости. Въ отнесенныхъ же къ послѣдней группѣ случаяхъ тангенціальныхъ поврежденій мы находимъ, что пуля проникаетъ глубже, чѣмъ при только что описанныхъ, и пронизываетъ мозгъ, хотя и поверхностно. Костная же перемычка между входнымъ и выходнымъ пулевыми отверстіями въ кости разрушается отъ такъ называемаго „разрывного дѣйствія“ пули. Подобныхъ случаевъ я насчитываю двадцать-девять *). — Раненія опять таки, главнымъ образомъ, касались теменной области, въ количествѣ 17 случаевъ. Семь разъ была ранена височная область, четыре раза — затылокъ и одинъ разъ лобъ. — Величина ранъ мелкихъ частей при этихъ раненіяхъ довольно различна, такъ что мы не можемъ дѣлать заключеній о характерѣ поврежденія кости по виду наружной раны. (Сравн. наблюденіе № 81 съ №№ 109 и 107). — Въ этой группѣ мы наблюдали очень длинные пулевые каналы, какъ показываютъ случаи №№ 32, 42, 45, 76, 81. Соотвѣтственно этому болѣе великъ и дефектъ черепной крышки (№№ 81, 105, 106 и 110). Между входнымъ и выходнымъ пулевыми отверстіями кость черепа разломана на нѣсколько большихъ

*) №№ 21, 26, 32, 33, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 45, 53, 71, 76, 78, 79, 81, 90, 96, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 113, 114, (Кромѣ того сюда же можно было бы причислить не оперированныя №№ 1. 2, 15, 18, 20 и № 115, сданный оперированнымъ. Всѣ они не считались въ послѣдующихъ цифрахъ).

и меньшихъ осколковъ, происхожденіе которыхъ объясняется тѣмъ, что между обоими отверстіями образуется цѣлый рядъ продольныхъ и соединяющихъ ихъ поперечныхъ трещинъ (№ 102). Въ другихъ случаяхъ мы видимъ большія пулевыя отверстія въ кости, соединенныя между собой одной продольной трещиной (№ 76). Я уже раньше упоминалъ объ идущихъ отъ выходного отверстія въ направленіи выстрѣла трещинахъ, которыя между прочимъ констатированы въ № 109 (см. снимокъ № II.). Въ случаѣ № 81 мы нашли шесть большихъ осколковъ, наибольшій изъ которыхъ имѣлъ шесть ctm. въ длину и четыре въ ширину. Эти осколки мѣстами еще находились въ связи съ надкостницей и были отчасти пододвинуты одинъ подъ другой. — Въ твердой мозговой оболочкѣ имѣется при этихъ раненіяхъ иногда входное и выходное пулевыя отверстія (№ 78), или же она разорвана на протяженіи всей костной раны (№№ 81, 96). — Поврежденіе мозга обычно значительно. Въ размозженномъ участкѣ находятся иногда увлеченные вглубь костные осколки; въ другихъ случаяхъ (№№ 103, 109) этого не наблюдается.

Истеченіе liquoris cerebro-spinalis.

Здѣсь еще необходимо упомянуть объ истеченіи liquoris-cerebrospinalis, съ которымъ чаще всего приходится сталкиваться при тангенціальныхъ поврежденіяхъ.

Количество нашихъ наблюденій невелико, — насчитываю только одиннадцать случаевъ*). Этимъ вполнѣ подтверждается мнѣніе Hildebrandt'a [1]), что истеченіе liquoris совсѣмъ не обычный симптомъ при военно-полевыхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа.

Мы наблюдали истеченіе liquoris восемь разъ при тангенціальныхъ раненіяхъ (пять раненій оболочечной пулей, два — артиллерійскими снарядами и одно — револьверомъ), два раза при сегментальныхъ и одинъ разъ при раненіи основанія черепа (раненія оболочечной пулей).

*) №№ 57, 99, 100, 101, 113, 145, 151, 232, 277, 301, 303.
1) l. c. pag. 72.

Раненія касались:

теменной	области	по 2 раза.
лобной	„	
лобно-теменной . .	„	
височно-затылочной	„	
затылочной	„	по 1 разу.
затылочно-теменной	„	
основанія черепа . .	„	

Истеченіе наблюдалось, т. обр., чаще при раненіяхъ областей, лежащихъ ближе къ основанію. Зачастую оно появлялось только впослѣдствіи, во время дальнѣйшаго теченія (№№ 99, 100, 113, 151). Въ пяти случаяхъ имѣлось въ то же время выпаденіе мозга; въ трехъ изъ нихъ наблюдалось сначала истеченіе мозга.

Мы должны считать истеченіе liquoris очень неутѣшительнымъ явленіемъ въ смыслѣ прогноза. Изъ одиннадцати нашихъ случаевъ только два раненыхъ остались въ живыхъ (№№ 57, 277), изъ которыхъ къ тому же одинъ, наблюдался только короткое время.

Поврежденіе синусовъ.

Поврежденіе синусовъ твердой мозговой оболочки мы наблюдали въ семи *) случаяхъ тангенціальныхъ огнестрѣльныхъ раненій. Въ восьмомъ изъ такихъ случаевъ (№ 57) sinus long. былъ поврежденъ при операціи. При другихъ видахъ поврежденій мы только два раза встрѣчали поврежденія синуса, а именно, при двухъ сегментальныхъ раненіяхъ (№№ 133 и 152). Въ случаѣ № 152 sinus long. опять таки поврежденъ во время дебридированія. Такимъ образомъ, мы наблюдали въ сущности всего 8 поврежденій синуса при раненіяхъ черепа. Изъ нихъ, какъ уже сказано, приходятся семь на тангенціальныя и одинъ на сегментальное раненія. Слѣдуетъ замѣтить, что всѣ поврежденія синуса причинены оболочечными пулями. Въ шести случаяхъ поврежденъ sinus longitudinalis и два раза sinus transversus. Поврежденія sinus longitudinalis наблюдались исключительно при тангенціальныхъ раненіяхъ теменной

*) №№ 37, 39, 42, 67, 71, 98 и 99.

области. Sinus transversus поврежденъ одинъ разъ при тангенціальномъ раненіи regio temporalis (№ 71); другой разъ при сегментальномъ раненіи parieto-occipital'ной области (№ 133). — Въ отдѣльныхъ случаяхъ представляется невозможнымъ рѣшить, имѣемъ-ли мы дѣло съ непосредственнымъ поврежденіемъ синуса пулей или съ поврежденіемъ, причиненнымъ осколками кости. Два раза повреждение несомнѣнно причинено костными осколками, проколовшими синусъ (№№ 67 и 99). (Сравн. главу о леченіи).

Въ доступной мнѣ литературѣ я не могъ найти достаточно подробныхъ свѣдѣній о численности огнестрѣльныхъ поврежденій синуса. Brun[1]) считаетъ, что количество поврежденій синусовъ вообще при всякаго рода поврежденіяхъ черепа равняется 2,4% (11 поврежденій синуса на 470 случаевъ)*).

Сегментальныя раненія.

(№ 117—153.)

Въ этой категоріи раненій мы имѣемъ дѣло съ болѣе глубокимъ прониканіемъ пули внутрь черепа (и мозга), чѣмъ при тангенціальныхъ. Въ костяхъ существуетъ входное и выходное пулевыя отверстія, черепной же сводъ между ними обыкновенно не поврежденъ, въ мозгу имѣется полный пулевой каналъ. На очень близкой дистанціи (менѣе 100 шаговъ) мы можемъ ожидать развитія сильнаго разрывного дѣйствія, ведущаго къ раздробленію всего костнаго и мозгового сегмента, который находится надъ пулевымъ каналомъ. Но обычно раненые съ такихъ близкихъ дистанцій живыми не попадаютъ въ лазареты. Поэтому, все ниже сказанное касается тѣхъ поступающихъ на лазаретное излеченіе, у которыхъ обычно не обнаруживаются явленія такой высокой степени дѣйствія гидродинамическаго давленія.

Въ противоположность тангенціальнымъ раненіямъ, гдѣ поражены преимущественно болѣе плоскія области черепа, мы встрѣчаемъ сегментальныя раненія на болѣе покатыхъ

1) „Der Schädelverletzte u. seine Schicksale". — Beitr. z. klin. Chir. 1903, Bd. 38, pag. 277.

*) Дальнѣйшее о раненіи синусовъ, такъ же какъ и объ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ art. meningea media, см. главу о терапіи поврежденій черепа.

частяхъ: лобъ, затылокъ, или же при поперечныхъ ранеиіяхъ теменной области.

Изъ тридцати семи, относящихся сюда, случаевъ приходится на:

Regio	frontalis	3	
„	fronto-parietalis	11	15
„	fronto-temporalis . . .	1	
„	Occipitalis	6	
„	occipito-parietalis . . .	5	13
„	occipito-temporalis . . .	2	
„	temporo-parietalis . . .	2	
„	biparietalis	4	
„	parietalis	2	
„	temporalis	1	

Величина входного пулевого отверстія различна: иногда она соотвѣтствуетъ калибру пули (№№ 124, 134, 147), иногда имѣетъ видъ желоба (№№ 123 и 145), что зависитъ отъ удара пули подъ болѣе острымъ угломъ. Выходное отверстіе часто имѣетъ щелеобразную форму (№ 124), иногда, подобно входному, соотвѣтствуетъ калибру пули (№№ 117, 118, 119, 120), или же бываетъ неправильной формы (№ 123) и размѣромъ превосходитъ входное (№№ 134, 138, 147). — Поврежденіе кости вокругъ входного пулевого отверстія, большею частью, меньше, чѣмъ около выходного (№№ 150, 152). У входного отверстія обыкновенно встрѣчается цѣлый рядъ увлеченныхъ вглубь осколковъ (напр. №№ 132, 133, 135, 137, 140, 153). У выходного отверстія осколки могутъ иногда остаться in situ, какъ это показываетъ случай № 153. Иногда послѣдніе выпячены наружу и нагромождены другъ на друга „какъ черепица на крышѣ“ (№ 152). Вообще данныя при такихъ поврежденіяхъ настолько разнообразны, что не укладываются ни въ какую схему. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ отъ пулевыхъ отверстій въ кости расходятся діарныя трещины (№№ 140, 147, 153). Въ такихъ случаяхъ поврежденіе нанесено по всей вѣроятности на не особенно большомъ разстояніи. Въ случаѣ № 140 послѣднее равняется только 250—300 шагамъ. Въ наблюденіи № 147 и № 153 трещины исходили отъ выходного, въ случаѣ 140 отъ входного отверстій въ кости. Сравнивая нѣкоторые аналогичные,

относящіеся сюда, случаи, мы видимъ въ случаѣ № 145 признаки довольно ясно выраженнаго разрывного дѣйствія, которые, повидимому, отсутствуютъ въ №№ 118 и 119.

Обширность поврежденія мозга находится въ зависимости отъ протяженія раздробленія кости, отъ числа увлеченныхъ въ мозгъ осколковъ, длины пулевого канала и, конечно, отъ живой силы снаряда (дистанція). Само собой разумѣется, что кувырканье и проникновеніе пули плашмя могутъ значительно увеличить поврежденіе. Какъ при этой, такъ и при прочихъ группахъ раненій, кровоизліяніе изъ раненыхъ менингеальныхъ и глубокихъ мозговыхъ сосудовъ могутъ усилить разрушительное дѣйствіе пули. — Въ случаѣ № 152 не обнаружилось никакихъ признаковъ разрывного дѣйствія: входное отверстіе въ кости равнялось калибру пули, выходное имѣло звѣздообразную форму; пулевой каналъ въ мозгу пропускалъ одинъ палецъ (онъ былъ наполненъ „детритусомъ и гноемъ“). Раненый погибъ отъ инфекціи. Hildebrandt[1]) полагаетъ, что при глубокихъ пронизывающихъ поврежденіяхъ мозга, область разрушенія распространяется лишь незначительно за предѣлы пулевого хода „даже если раненіе послѣдовало на болѣе близкомъ разстояніи“. Эти наблюденія объясняютъ намъ выживаніе многихъ случаевъ сегментальнаго раненія, а также и болѣе или менѣе благопріятное теченіе нѣкоторыхъ случаевъ самой своеобразной группы среди поврежденій оболочечной пулей, къ разбору которой мы переходимъ, именно, діаметральныхъ раненій.

Діаметральныя раненія.

Къ названнымъ поврежденіямъ причислены глубокія пронизывающія раненія черепа, нанесенныя пулями правильнаго полета, попадающими болѣе или менѣе отвѣсно въ черепъ. Они представляютъ типъ поврежденій, который не наблюдался въ лазаретахъ въ прежнія войны при большомъ калибрѣ пуль.

Какъ было уже выше упомянуто, мы наблюдали по-

1) l. c. II. pag. 65.

вреждения, соотвѣтствующія приблизительно всѣмъ различнымъ діаметрамъ черепа. Среди нашихъ случаевъ имѣлись:

Восемь продольныхъ раненій — №№ 162, 164, 166, 169, 170, 171, 183, 184.

Одиннадцать поперечныхъ раненій — №№ 154, 155, 156, 157, 158, 165, 167, 168, 175, 180, 181.

Девять раненій наискось — №№ 159, 160, 161, 163, 172, 173, 176, 177, 178.

Четыре вертикальныхъ раненія — №№ 174, 179, 182, 185.

Раненія въ продольномъ и поперечномъ направленіи являются самыми типичными представителями указанной группы. Между тѣмъ, какъ часть раненій въ косомъ діаметрѣ имѣетъ большое сходство съ сегментальными раненіями, благодаря тому, что пуля проникаетъ менѣе глубоко внутрь черепа и сообразно съ этимъ, прокладываетъ себѣ въ послѣднемъ болѣе короткій путь, чѣмъ въ обоихъ предыдущихъ группахъ. Вертикальныя раненія опять таки представляютъ особыя условія, такъ какъ они осложняются раненіемъ основанія черепа.

При діаметральныхъ раненіяхъ входное и выходное пулевыя отверстія въ мягкихъ покровахъ, большею частью, имѣютъ незначительные размѣры вслѣдствіе того, что пуля входитъ и выходитъ приблизительно подъ прямымъ угломъ. Здѣсь я приведу, уже упомянутый раньше, случай № 165, въ которомъ на пятый день послѣ раненія нельзя было опредѣлить, какое отверстіе служило входнымъ и какое выходнымъ. Еще болѣе характернымъ является, можетъ быть, наблюденіе № 157 (Букрѣевъ). Раненый былъ доставленъ на нашъ перевязочный пунктъ во время сраженія подъ Ляояномъ. Я самъ его перевязывалъ и наблюдалъ въ теченіе нѣкотораго времени. Дѣло шло о поперечномъ раненіи черепа ниже tubera parietalia. Это былъ одинъ изъ первыхъ, видѣнныхъ нами, случаевъ діаметральнаго ранения, и я прекрасно помню наше общее удивленіе по поводу такого поразительнаго повреженія. Пять дней спустя этотъ раненый обнаруживалъ такія незначительныя явленія, что въ лазаретѣ въ Харбинѣ никто не подумалъ о поперечномъ раненіи, а было діагностицировано „раненіе мягкихъ частей правой теменной области.“ — Точно такія же малыя наружныя пулевыя от-

верстія мы встрѣчаемъ при продольныхъ раненіяхъ (напр. №№ 162, 164) и при поврежденіяхъ въ косомъ направленіи (№№ 160, 161, 163). — Поврежденіе кости часто бываетъ весьма незначительно, иногда едва различимо черезъ мягкія части (№ 158). Входное отверстіе можетъ быть круглой формы и соотвѣтствовать приблизительно величинѣ калибра пули (№ 173). Вокругъ выходного пулевого отверстія наблюдается нѣсколько болѣе обширное раздробленіе (№№ 162, 173); иногда мы встрѣчаемъ и обратное отношеніе (№ 177). Послѣднее можно объяснить косымъ направленіемъ выстрѣла, при которомъ пуля попала въ теменную область не подъ прямымъ угломъ. При дебридированіи входного пулевого отверстія всегда обнаруживалось нѣсколько увлеченныхъ въ мозгъ осколковъ кости. Только въ одномъ случаѣ (№ 178) отмѣчены исходящія отъ пулевыхъ отверстій въ кости трещины.

Особенность всей этой группы раненій состоитъ въ болѣе незначительныхъ поврежденіяхъ мягкихъ частей и кости по сравненію съ другими видами огнестрѣльныхъ раненій. Изъ нашихъ замѣтокъ о раненыхъ мы узнаемъ, что полость черепа можетъ быть пронизана пулей въ сагиттальномъ, трансверсальномъ, діагональномъ и вертикальномъ діаметрахъ, раненый же остается въ живыхъ. Не можетъ быть и рѣчи о томъ, что мы въ подобныхъ случаяхъ имѣемъ дѣло съ пулями, живая сила которыхъ изсякаетъ, такъ какъ много разъ пуля преодолѣвала даже наиболѣе длинный путь черезъ черепъ въ лобно-затылочномъ діаметрѣ. Хотя мозгъ на большомъ протяженіи повреждается пулей, но, какъ уже сказано выше, это разрушеніе не можетъ простираться далеко за предѣлы пулевого хода; иначе было бы невозможно объяснить относительно благопріятное теченіе такихъ раненій.

Раненія съ застрявшими пулями.

(№№ 186—215.)

Въ большинствѣ случаевъ съ застрявшими оболочечными пулями мы можемъ допустить, что снарядъ достигъ конца своего нормальнаго полета. Выше мы уже говорили, что пули могутъ застревать и на болѣе близкихъ дистан-

ціяхъ и пытались привести объясненіе этому факту. Пули, поражающія плашмя (Querschläger) или утратившія свою живую силу, благодаря преодолѣванію другихъ препятствій (№ 186), прежде чѣмъ удариться о черепъ, могутъ, конечно, застревать на среднихъ разстояніяхъ.

Изъ нашихъ тридцати случаевъ*) (№ 186—215) только въ трехъ мы имѣли дѣло съ пулями, ударившимися плашмя (№№ 203, 210, 212). Эти послѣднія поврежденія относятся къ наиболѣе тяжелымъ и разрушенія при нихъ огромны, что хорошо иллюстрируетъ случай № 212. Здѣсь плашмя ударившаяся, недеформированная пуля, проникнувъ черезъ лобъ, пронзила всю лѣвую гемисферу и застряла въ затылочной области.

Напротивъ того, при раняющихъ отвѣсно и застревающихъ пуляхъ имѣется, большею частью, только маленькая, равная калибру пули, рана мягкихъ частей. Но послѣдней не всегда соотвѣтствуетъ незначительное поврежденіе кости въ формѣ дырчатаго перелома (№ 200). Иногда мы встрѣчаемъ раздробленіе въ звѣздообразной формѣ, какъ напримѣръ, въ № 211, или еще болѣе обширное раздробленіе, напр. въ №№ 207, 214 и 215. Въ случаѣ № 199 (см. снимокъ № III a и b) пуля вошла подъ болѣе острымъ угломъ; по всей вѣроятности раненіе произошло при наклоненномъ положеніи головы. Въ наружной пластинкѣ мы находимъ продолговатый дефектъ, длиною въ 17 mm. и шириною въ 6 mm. На внутренней пластинкѣ верхній край раздробленъ сильнѣе, чѣмъ нижній. Осколки еще стоятъ въ связи другъ съ другомъ и немного вогнуты въ полость черепа. Недеформированная пуля застряла своимъ острымъ концомъ слѣва въ lamina cribrosa рѣшетчатой кости.

Какъ мы увидимъ впослѣдствіи, особенно достойно вниманія и важно для терапіи то обстоятельство, что проникшая въ полость черепа и застрявшая пуля можетъ пронизать весь мозгъ, по какому-либо изъ его различныхъ діаметровъ, прежде чѣмъ сила ея окончательно изсякнетъ (№№ 191, 199, 202, 204, 205, 207, 208, 211, 213). Такъ въ пяти случаяхъ пуля имѣла еще достаточно силы, чтобы

*) Собственно изъ 32, но въ двухъ изъ нихъ (№ 64 и 94) застряли только части оболочечной пули при тангенціальномъ раненіи.

пробить противоположную входу костную стѣнку, но была уже не въ состояніи преодолѣть сопротивленіе мягкихъ покрововъ (№№ 204, 205, 208 (?), 211, 213). — Въ случаѣ № 191 (Асташинъ) пуля пробила дуральную оболочку и остановилась передъ костью. Въ случаѣ № 207 (Киселевъ) пуля находилась близко отъ костной стѣнки, но еще подъ тонкимъ слоемъ неповрежденнаго (макроскопически) коркового вещества. — Только въ одномъ случаѣ (№ 209) можно допустить, что пуля застряла во входномъ пулевомъ отверстіи.

Во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ имѣлось непосредственное поврежденіе мозга пулей, которое около входнаго пулевого отверстія было обширнѣе, вслѣдствіе вогнанныхъ осколковъ кости. Насколько тяжелы могутъ быть поврежденія, доказываютъ наблюденія №№ 212, 214, 215, въ которыхъ имѣлись на лицо обширныя поврежденія кости.

Изъ тридцати случаевъ, причисляемыхъ къ этой группѣ, въ четырехъ случахъ (№№ 187, 194, 195, 197) можно, пожалуй, исключить поврежденіе мозга самой пулей. Въ первомъ изъ перечисленныхъ случаевъ возможно допустить, что дѣло идетъ о рикошетномъ выстрѣлѣ, въ остальныхъ — о застрявшихъ на основаніи черепа пуляхъ (срави. главу о механикѣ и главу о терапіи, см. ниже).

Раненія основанія черепа.

(№№ 216—232.)

Непосредственныя раненія основанія черепа оболочечной пулей — не рѣдкость среди поступающихъ на лазаретное извлеченіе раненыхъ. Между 254 случаями поврежденій костей черепа я насчитываю семнадцать случаевъ, принадлежащихъ къ послѣдней группѣ. Но при этомъ нужно упомянуть еще четыре случая вертикальныхъ раненій, причисленныхъ къ діаметральнымъ поврежденіямъ (ср. стр. 68), при которыхъ пуля должна была непосредственно ранить основаніе черепа. Кромѣ этого многіе случаи, причисленные къ группѣ орбитальныхъ раненій могутъ быть также причислены къ поврежденіямъ основанія черепа. При височно-глазничныхъ раненіяхъ, напримѣръ, часто повреждается основаніе передней черепной ямки. Несмотря на это, я всетаки причислилъ такія поврежденія къ группѣ

височно-глазничныхъ въ виду того, что разрушеніе тонкихъ орбитальныхъ стѣнокъ и содержимаго орбиты представляетъ слишкомъ характерныя повреждения.

Почти во всѣхъ нашихъ семнадцати случаяхъ „раненій основанія черепа“ входное пулевое отверстіе, рѣже выходное, лежитъ въ области лицевыхъ костей: въ скуловой кости (№№ 216, 218, 221 (выходъ), 222, 223, 224, 228, 232); въ носовыхъ костяхъ (№ 217); въ нижней челюсти (№№ 219, 225, 227 [выходъ]); въ верхней челюсти (№№ 220 (выходъ), 223, 230 [выходъ]). Выходное, рѣже входное, пулевое отверстіе находилось позади уха или въ ушной раковинѣ (№№ 217, 219, 220 (входъ), 225, 226, 232), на краю sterno-cleido (№№ 216, 218, 223), или въ области затылка (№№ 221 (входъ), 224, 228), рѣже въ височной области (№№ 222, 227 (входъ), 230 [входъ]). Иногда встрѣчаются ранения, гдѣ пулевой каналъ идетъ вдоль всего основанія черепа, какъ напримѣръ, въ случаѣ № 223 (Заровнятыхъ). Въ другихъ же случаяхъ пуля только задѣваетъ часть основанія черепа въ затылочной области (№№ 221 и 224). Къ сожалѣнію, наши наблюденія не даютъ возможности получить ясное представленіе о состояніи костной раны. Но мы знаемъ, что при непосредственныхъ поврежденіяхъ основанія черепа, встрѣчаются ранения по касательной, особенно соотвѣтственно задней ямки (Hildebrandt).

На основаніи теченія части нашихъ случаевъ, мы можемъ предположить, что въ послѣднихъ не произошло значительнаго поврежденія кости, а вмѣстѣ съ тѣмъ и мозга (сравн. №№ 216, 217, 218, 220, 221, 223, 224, 225, 228). Но зато мы между ними встрѣчаемъ три раза поврежденія уха (№№ 218, 220, 225) и два раза — глаза (№№ 218, 228). Очевидно, что при скрытомъ положеніи большей части пулевого канала часто бываетъ трудно различить: имѣемъ-ли мы передъ собою проникающее или непроникающее въ черепную полость поврежденіе (ср. главу о діагнозѣ, см. ниже).

Орбитальныя раненія.

(№№ 233—254.)

При этихъ поврежденіяхъ мы находимъ обыкновенно одно изъ отверстій раны въ области глазничной впадины.

Bulbus раненъ или непосредственно или черезъ вѣки. Иногда одно изъ пулевыхъ отверстій лежитъ близъ орбитальнаго края. Другое отверстіе пулевого канала находится въ височной области, рѣже дальше назадъ (изъ нашихъ случаевъ въ пяти: №№ 236, 246, 247, 248, 252).

Какъ уже указано на страницѣ 71, нѣкоторыя орбитальныя поврежденія слѣдуетъ разсматривать, какъ раненія основанія черепа. Необходимо обратить особое вниманіе на поперечныя поврежденія черезъ оба виска, орбиты и рѣшетчатую кость. При этомъ дѣло можетъ идти о разрушеніи верхней орбитальной стѣнки, вскрытіи cavi cranii и о поврежденіи мозга. Среди нашихъ случаевъ мы находимъ два относящихся сюда наблюденія: № 241 и № 242. Одинъ изъ нихъ (241) уже описанъ при обсужденіи близкихъ выстрѣловъ (сравн. Механика). Во второмъ случаѣ вполнѣ допустимо, что пуля не вскрыла черепную полость. — Поперечныя раненія обычно сопровождаются непосредственнымъ поврежденіемъ частей зрительнаго аппарата съ обѣихъ сторонъ (Bulbi, nerv. optici) или косвеннымъ, причиненнымъ осколками кости. — При раненіяхъ орбиты въ косомъ направленіи могутъ также наблюдатся поврежденія основанія черепа. Такъ, напримѣръ, въ случаѣ № 246 пуля, проникшая черезъ лѣвый proc. mastoid. и вышедшая черезъ лѣвый глазъ, раздробила os temporale, нижнюю часть лѣвой височной доли и рѣшетчатую кость. Въ другихъ случаяхъ (№№ 247, 248, 252), при аналогичномъ или похожемъ направленіи выстрѣла, поврежденія basis cranii были, вѣроятно, менѣе значительны, о чемъ можно заключить на основаніи теченія этихъ случаевъ.

При типичныхъ глазнично-височныхъ раненіяхъ пуля не должна непремѣнно вскрывать черепную полость. Хотя данныя, добытыя при операціи, учатъ насъ, что и при такихъ раненіяхъ встрѣчаются поврежденія основанія черепа; напр. въ случаѣ № 249: входное пулевое отверстіе въ лѣвомъ углу глаза, выходное въ лѣвой скуло-височной области. Въ другихъ наблюденіяхъ теченіе указываетъ на поврежденіе basis'a, такъ, напримѣръ, въ обоихъ раненіяхъ орбиты наискось №№ 245 и 254. Въ цѣломъ же рядѣ другихъ случаевъ, согласно нашей статистикѣ, въ одиннадцати*) случаевъ

*) №№ 233, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 243, 244, 250, 251.

изъ четырнадцати — едва допустимо непосредственное вскрытіе черепной полости; во многихъ — сомнительно даже косвенное. Не лишено интереса то обстоятельство, что изъ 14 въ восьми*) случаяхъ пули пропли наискось, т. е. отъ орбиты одной стороны къ виску другой.

Косвенные переломы орбитальныхъ крышекъ.

Въ связи съ непосредственными поврежденіями орбиты слѣдуетъ упомянуть еще одну, относительно рѣдкую форму переломовъ орбитальныхъ крышекъ, именно, *косвенные переломы орбитальной крышки, рѣшетчатой кости* и т. д. Къ сожалѣнію, среди нашего матеріала мы не имѣемъ относящихся сюда случаевъ съ точнымъ протоколомъ вскрытія. Но мы можемъ, пожалуй, предположить такой видъ поврежденія, на основаніи симптомовъ, въ случаѣ № 81 (Богатовъ).

По Tilmann'у[1] (1902) косвенные переломы, въ частности, орбитальныхъ крышекъ упоминаются въ литературѣ 29 разъ. Во всѣхъ случаяхъ дѣло шло объ изолированныхъ переломахъ наиболѣе слабыхъ частей основанія черепа (орбитальныхъ крышекъ и laminae cribrosae) при огнестрѣльныхъ раненіяхъ выпуклости черепа независимо отъ того, поражала ли пуля тангенціально, проникала-ли глубже или же застревала въ полости черепа. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пулевой каналъ проходилъ вблизи орбитальныхъ крышекъ, обычно встрѣчалось смѣщеніе осколковъ орбитальной крышки въ глазницу. Съ другой же стороны обнаруживались только трещины въ орбитальной крышкѣ, если пулевой каналъ находился дальше отъ послѣдней. Такимъ образомъ эти косвенные переломы встрѣчаются въ формѣ *простыхъ трещинъ или же оскольчатаго перелома*. Вторая форма особенно хорошо выражена въ случаѣ, опубликованномъ Stierlin'омъ[2]) въ 1900 году. Здѣсь дѣло шло о раненіи по касательной нижняго задняго угла правой теменной области, нанесен-

*) №№ 233, 234, 238, 240, 243, 245, 251, 254.

1) „Ueber Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels.“ — Archiv für klinische Chirurgie. 1902. Bd. 66. pag. 784.

2) „Schädel-Streif-Schuss mit isolierten Basis-Fracturen.“ — Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. 1900. Bd. 55. pag. 198.

номъ изъ швейцарскаго армейскаго ружья. Изъ обѣихъ орбитальныхъ крышекъ были выбиты четырехсторонніе куски, но безъ смѣщенія. На нижней поверхности правыхъ лобныхъ долей замѣчались контуженныя мѣста, соотвѣтствующія выломаннымъ кускамъ. — Мнѣнія о происхожденіи такихъ формъ переломовъ сильно расходятся. V. Bergmann считалъ косвенные переломы основанія черепа за переломы отъ распора (въ смыслѣ теоріи фонъ Валя) на самыхъ ломкихъ мѣстахъ основанія его. Къ этому мнѣнію присоединяется также и Ipsen[1]) въ своей диссертаціи. Въ образованіи косвенныхъ трещинъ и переломовъ Ipsen приписываетъ и при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ большую роль измѣненію формы эластической черепной коробки подъ вліяніемъ дѣйствующей силы. Но какъ второй факторъ онъ приводитъ еще „полостное давленіе“ (Höhlenpression). Уже въ 1895 году Chipault и Braquchaye[2]) высказывались за такъ называемую „смѣшанную“ теорію, признавая на ряду съ гидравлическимъ давленіемъ еще вѣеро-образное сжиманіе или распрямленіе всѣхъ промежуточныхъ полей между опорными стропилами Felizet'a. Къ этимъ промежуточнымъ полямъ принадлежатъ самыя ломкія части основанія черепа, какъ орбитальныя крышки. — Напротивъ, Tilmann[3]) полагаетъ, что косвенные переломы орбитальныхъ крышекъ при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ слѣдуетъ считать „обусловленными дѣйствіемъ пули на мозгъ“. Дѣйствіе пули на мозгъ передается радіарно въ окрестность пулевого канала. Такимъ образомъ, если частицы мозга получатъ сильный толчекъ по направленію къ наиболѣе слабымъ мѣстамъ основанія черепа, напр. орбитальнымъ крышкамъ, то можетъ послѣдовать переломъ послѣднихъ. Если пулевой каналъ лежитъ случайно по близости отъ орбитальныхъ крышекъ, то часто наблюдается смѣщеніе обломковъ въ сторону глазницы, какъ признакъ болѣе сильнаго дѣйствія выстрѣла. — Stierlin[4]) придерживается той точки зрѣнія, что возникновеніе изоли-

1) „Die indirekten Orbitaldach-Fracturen“. — Inaug. Dissert.: Greifswald. 1898.

2) „Etudes graphiques sur les fractures indirectes de la base du crâne. — Arch. gen. de méd. 1895. Sept. Oct. Decembre.

3) l. c. pag. 787.

4) l. c.

рованныхъ переломовъ основанія слѣдуетъ прежде всего отнести къ дѣйствію гидродинамическаго давленія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ допускаетъ возможность взаимнаго дѣйствія полостнаго давленія и измѣненія формы черепа. Далѣе Stierlin полагаетъ, что въ другихъ случаяхъ измѣненіе формы черепа не играетъ роли. Названные же переломы обусловливаются, кромѣ дѣйствія гидродинамическаго давленія еще давленіемъ, которое наступаетъ послѣ уплощенія черепа (на мѣстѣ поврежденія) до того, какъ черепъ in toto можетъ проявить свою эластичность (Zeitbeengungsdruck Köhler'a). Точно также и Hildebrandt[1]) приписываетъ существенную роль при возникновеніи косвенныхъ переломовъ „сокращенію вмѣстимости“ (Raumbeengung) черепной полости, наступающему при уплощеніи пораженной костной области въ моментъ попаданія пули, въ то время какъ другіе діаметры еще не удлинились. „Не способный къ сжатію мозгъ съ большой силой ударяется о свою внѣшнюю оболочку и разрываетъ ее по самымъ слабымъ мѣстамъ“. — Это полостное давленіе „Höhlenpressung“ должно строго отличать отъ дѣйствія „гидродинамическаго давленія“. Hildebrandt указываетъ, что при отвѣсно попадающихъ „быстро-летящихъ“ пуляхъ, когда гидродинамическое давленіе имѣетъ возможность развиться сильнѣйшимъ образомъ, ни разу не встрѣчались косвенные переломы. При только что указанныхъ раненіяхъ, по Н., всѣ трещины на выпуклости и основаніи черепа берутъ свое начало отъ пулевыхъ отверстій (дѣйствіе ударной силы пули и гидродинамическаго давленія). — На это, однако, необходимо замѣтить, что всё-таки и при отвѣсно-попадающихъ пуляхъ (Volltreffer) могутъ произойти косвенные переломы основанія черепа. Это доказывается приведенными въ работѣ Tilmann'a[2]) препаратами изъ коллекціи Armymédical-Museum въ Вашингтонѣ.

Всѣ двадцать девять цитированныхъ выше случаевъ косвенныхъ переломовъ основанія, при огнестрѣльныхъ переломахъ черепа, подтверждаются протоколами вскрытій (или препаратами). Мое же, относящееся сюда, наблюденіе

1) l. c. pag. 52 и 53.
2) l. c. pag. 781, 782.

основывается только на предположеніи, что мы имѣли дѣло съ описаннымъ выше косвеннымъ переломомъ крышки глазницы. Случай этотъ слѣдующій.

Подпоручикъ Б. раненъ 2-го X. 04 оболоч. пулей въ правую теменную область. При полномъ сознаніи онъ былъ на второй день послѣ полученія раны, т. е. 4. X, доставленъ въ лазаретъ и 6. X оперированъ на основаніи признаковъ усиливающагося мозгового давленія. При операціи найдено раздробленіе правой теменной кости, при чемъ лежащая между входнымъ и выходнымъ пулевыми отверстіями часть кости была разломана на нѣсколько осколковъ. Кромѣ трещинъ, ограничивающихъ осколки между обѣими ранами, другихъ трещинъ, исходящихъ отъ пулевыхъ отверстій, не констатировано. На десятый день послѣ поврежденія (12. X) на правомъ глазномъ яблокѣ замѣчены кровоподтеки. Со стороны глаза никакихъ другихъ измѣненій не было замѣчено.

На основаніи этихъ симптомовъ я предположилъ въ этомъ случаѣ косвенную трещину или косвенный переломъ правой орбитальной крышки. По моему мнѣнію, положеніе и направленіе пулевого хода, отсутствіе трещинъ, идущихъ отъ входного пулевого отверстія по направленію къ глазницѣ и т. д., наконецъ, позднее появленіе кровоподтековъ говорятъ за такое поврежденіе. Мнѣ, конечно, хорошо извѣстно, какую осторожность слѣдуетъ соблюдать въ отношеніи опредѣленія происхожденія кровоподтековъ въ области глазницы. Прямое поврежденіе глаза въ этомъ случаѣ недопустимо уже въ силу слишкомъ поздняго появленія кровоподтековъ, помимо того, что отсутствовали какія-либо другія указанія на это. Трещина, идущая непосредственно отъ входного пулевого отверстія до орбиты, — невѣроятна. При операціи нельзя было замѣтить ничего подобнаго: входное пулевое отверстіе лежало по средней линіи у границы волосъ. Предположивъ, что кровоподтеки стоятъ въ связи съ кровоизліяніемъ въ мягкихъ покровахъ теменной раны, мы всё-таки не объяснили-бы появленіе кровоподтековъ соединительной оболочки глазного яблока. Послѣдніе, при отсутствіи трещинъ, стоящихъ въ связи съ областью поврежденія, могутъ быть объяснены исключительно поврежденіемъ костныхъ орбитальныхъ стѣнокъ.

Кровоподтеки въ соединительной оболочкѣ глазныхъ яблокъ и вѣкъ отмѣчены еще и въ другихъ изъ нашихъ

случаевъ. Достойны особеннаго вниманія аналогичныя повреждения № 160 и 161, въ которыхъ входное пулевое отверстіе находилось по серединѣ лба, выходное надъ правымъ ухомъ. Раненія мягкихъ частей равны калибру пули; раздробленіе кости незначительное. Въ обоихъ случаяхъ на пятый день послѣ раненія обнаружены кровоподтеки конъюктивъ обоихъ глазныхъ яблокъ и вѣкъ. Въ этихъ наблюденіяхъ поразительно, что образовались кровоподтеки на обоихъ глазныхъ яблокахъ. Едва-ли можно себѣ представить, что трещины отъ входного отверстія, т. е. отъ середины лба, распространились въ обѣ стороны до орбитъ.

Слѣдуетъ упомянуть еще нѣсколько случаевъ, въ которыхъ также появились кровоподтеки въ области глаза (№№ 92, 148, 162, 214). Но въ этихъ случаяхъ положеніе костныхъ ранъ или данныя, полученныя при операціи, давали возможность установить, что дѣло шло о трещинахъ верхней орбитальной стѣнки, стоящихъ въ связи съ поврежденной областью свода. Такъ въ № 162 входное пулевое отверстіе находилось подъ внутреннимъ концомъ правой брови, выходное въ лѣвой теменной кости, — имѣлись кровоподтеки вѣкъ съ обѣихъ сторонъ. Въ случаѣ № 92 — *желобовидное огнестрѣльное поврежденіе* мягкихъ частей и кости лѣвой теменной области — обнаружены трещины, идущія по направленію къ орбитѣ, что и послужило достаточнымъ объясненіемъ кровоподтековъ лѣваго глаза. — За неимѣніемъ болѣе точныхъ данныхъ не могу сказать, какимъ образомъ мы должны себѣ объяснить появленіе кровоподтековъ въ случаѣ № 28 — тангенціальное раненіе задней части лѣвой теменной области. — Случаи №№ 106 и 133 показываютъ, что при тяжелыхъ поврежденіяхъ черепа наблюдаются обширные кровоподтеки лица.

Раненія частями артиллерійскихъ снарядовъ.

Раненія шрапнельными пулями.

Изъ 65 случаевъ раненій шрапнелью, сопровождавшихся поврежденіемъ костей черепа, я отношу:

къ тангенціальнымъ раненіямъ . . . . 32 *)
„ сегментальнымъ „ . . . . 2 **)
„ раненіямъ съ застрявшими пулями . 29 ***)
„ орбитальнымъ раненіямъ . . . . . 2 ****)

Изъ этого перечня мы видимъ, что шрапнель, т. е. круглыя пули, которыми начинены шрапнельный снарядъ, причиняютъ, главнымъ образомъ, два рода раненій: тангенціальныя и съ застрявшими пулями. Къ тангенціальнымъ раненіямъ причислены всѣ раненія, причиненныя поражающими болѣе или менѣе тангенціально пулями. Къ нимъ же отнесены и такія раненія, гдѣ пуля, поражая отвѣсно черепъ, повредила мягкія части и кости, но сама не застряла, какъ это иллюстрируетъ случай № 268. Здѣсь ранѣ мягкихъ частей, въ 2 сант. въ поперечникѣ въ теменной области, соотвѣтствовалъ звѣздчатый переломъ кости (см. ниже).

Сравнивая обзоръ отдѣльныхъ родовъ раненій шрапнелью съ раненіями оболочечной пулей, мы замѣтимъ, что между первыми совершенно отсутствуютъ діаметральныя раненія и наблюдается крайне немного сегментальныхъ. — Такія поврежденія, причиненныя шрапнельной пулей, не поступаютъ на лазаретное излеченіе. Они остаются на полѣ сраженія такъ же, какъ поврежденія, нанесенныя изъ крупно-калиберныхъ пѣхотныхъ ружей въ противоположность раненіямъ мелко калиберными пулями.

При просмотрѣ тангенціальныхъ раненій насъ поражаетъ незначительное количество поврежденій, имѣющихъ полные пулевые каналы, т. е. входное и выходное пулевыя отверстія въ мягкихъ частяхъ. Изъ нашихъ 32 наблюденій насчитываю только шесть такихъ случаевъ (№№ 262, 264, 267, 287, 289, 294). Разстояніе наружныхъ отверстій, въ № 267 напр. (поперечное поврежденіе затылочной области),

*) №№ 257, 258, 259, 260, 262, 264, 265, 266, 267, 268, 273, 274, 275, 278, 279, 280 282, 283, 284, 286, 287, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 296, 298, 299, 302, 303.

**) №№ 304, 305.

***) №№ 306—326, 329—336 (въ сущности всего 33 случая, такъ какъ № 257 причисленъ къ тангенціальнымъ, №№ 337—339 къ орбитальнымъ раненіямъ).

****) №№ 337, 339.

равнялось шести сантиметрамъ. При поврежденіяхъ съ полнымъ пулевымъ каналомъ раненія мягкихъ частей, соотвѣтственно бо́льшему калибру, значительно больше, чѣмъ при раненіяхъ оболочечными пулями (№ 262). — Обыкновенно мы имѣемъ дѣло съ одной довольно большой, часто болѣе круглой, иногда продолговатой или неправильной формы (№ 265, 266), раной съ размятыми „бахромчатыми“ краями. Продольный діаметръ раны въ нашихъ случаяхъ колебался между тремя и восемью сантиметрами (№ 298).

Принято считать, что при не особенно большой живой силѣ круглыхъ пуль, часто должны происходить изолированныя повреждения наружной или внутренней пластинки черепныхъ частей. Нашъ матеріалъ не даетъ на это удовлетворительнаго отвѣта. Возможно, что изолированныя поврежденія laminae externae существовали въ трехъ случаяхъ: №№ 258, 289, 291. — Въ остальныхъ двадцати девяти случаяхъ мы имѣемъ передъ собой, вѣроятно, переломъ обѣихъ пластинокъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (№№ 268, 280, 283) мы находили на мѣстѣ поврежденія наружную пластинку вогнутой на подобіе воронки, съ радіарными трещинами, такъ называемый, звѣздчатый переломъ (Sternbruch). При этомъ большею частью обнаруживаются оторванные осколки внутренней пластинки, которые разрываютъ твердую мозговую оболочку и вкалываются въ мозгъ. — Обычно же происходило раздробленіе и вдавленіе обѣихъ пластинокъ, при чемъ внутренняя была сильнѣе раздроблена и отдѣльные осколки были вогнаны на глубину нѣсколькихъ сантиметровъ внутрь мозга. У одного раненаго (№ 284) на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ удару пули, былъ выбитъ и вдавленъ кусокъ laminae externae, величиною въ 20-коп. монету, въ то время, какъ l. interna, по обыкновенію, была раздроблена на нѣсколько осколковъ. — Случай № 298 показываетъ намъ, что протяженіе поврежденія мягкихъ частей не всегда соотвѣтствуетъ величинѣ поврежденія кости. Въ названномъ случаѣ при ранѣ мягкихъ частей, въ восемь сантиметровъ длиною, имѣлся дефектъ кости, величиной въ 50-коп. монету. Всѣмъ этимъ поврежденіямъ обще то обстоятельство, что поврежденіе кости ограниченное.

Далѣе мы встрѣчаемъ между ранепіями шрапнелью

желобовидныя поврежденія мягкихъ частей и кости (№ 273) или только кости (№ 287). Они отличаются отъ такихъ-же поврежденій оболочечной пулей обычно болѣе значительными раненіями мягкихъ частей съ неправильными, раздавленными краями. — Какъ уже выше упомянуто, въ случаяхъ поврежденія обѣихъ пластинокъ дуральная оболочка обыкновенно бываетъ разорвана осколками tabulae internae. Лишь въ двухъ (изъ двадцати трехъ случаевъ) дуральная оболочка, по всей вѣроятности, осталась неповрежденной (№№ 264 и 290). — Мозгъ, большею частью, косвенно бываетъ поврежденъ болѣе или менѣе многочисленнымъ количествомъ осколковъ. Наблюденіе № 265 показываетъ, насколько обширно можетъ быть поврежденіе мозга при относительно небольшой наружной ранѣ. Въ этомъ случаѣ небольшой наружной ранѣ, длиною въ 3 ctm. соотвѣтствовала въ мозгу область разрушенія, величиною съ куриное яйцо, изъ нея при операціи извлечены 5 осколковъ. Слѣдуетъ принять во вниманіе, что раненый поступилъ въ лазаретъ въ самый день раненія, вслѣдствіе чего не могло еще играть какой-либо значительной роли слѣдующее за поврежденіемъ размягченіе мозга. — Выше уже отмѣчено, что сегментальныя раненія шрапнелью встрѣчались между поступающими на излеченіе, по крайней мѣрѣ, весьма рѣдко. Оба наблюдавшихся нами случая представляли раненія мягкихъ частей большаго размѣра по сравненію съ поврежденіями оболочечной пулей; величина ихъ доходила до 5 коп. монеты (№ 304). Точно также и поврежденія кости отличались бо́льшими размѣрами. Это иллюстрируетъ случай № 305, въ которомъ входное пулевое отверстіе равнялось трехкоп. монетѣ; выходное — длиною въ пять, шириною въ два сантиметра. Пулевой каналъ въ мозгу соотвѣтственно болѣе крупному калибру пули бо́льше, чѣмъ при поврежденіяхъ оболочечной пулей.

Раненія съ застрявшими шрапнельными пулями.

Застреваніе шрапнельныхъ пуль при поврежденіяхъ черепа весьма частое явленіе. — Пуля можетъ застрять въ мягкихъ частяхъ, не повредивъ кости (въ двухъ изъ нашихъ случаевъ, см. огнестрѣльныя раненія мягкихъ частей). —

Иногда пуля имѣетъ еще достаточно силы, *чтобы* вдавить кость, но тутъ же сама застреваетъ въ ранѣ мягкихъ частей или кости. Описанное явленіе наблюдалось нами въ пяти случаяхъ: въ четырехъ изъ нихъ пуля, причинивъ вдавленный переломъ обѣихъ пластинокъ, застряла въ мягкихъ частяхъ (№№ 315, 316, 320, 323) и одинъ разъ была ущемлена въ поврежденной кости (№ 310). — Заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что иногда застрявшія пранительныя пули распадаются на двѣ половины. По всей вѣроятности, онѣ разрѣзываются острымъ краемъ кости на мѣстѣ перелома, какъ это доказываетъ, сдѣлавшійся классическимъ, препаратъ Stromeyer'a[1]). Здѣсь застрявшая свинцовая остроконечная пуля сидѣла своимъ раздвоеннымъ концомъ на краю проломленнаго ею костнаго отверстія. Мы наблюдали пять случаевъ подобнаго расщепленія пули (№№ 307, 314, 334, 335, 336). Обыкновенно одна половина проникаетъ вглубь, другая же остается въ мягкихъ частяхъ. Но мы видѣли два случая, гдѣ обѣ половины проникли въ мозгъ (№№ 335, 336). — Если же цѣлая пуля проникаетъ въ мозгъ, то въ большинствѣ случаевъ, она быстро теряетъ свою живую силу и застреваетъ на глубинѣ 2—3 ctm.*). Какъ мы *увидимъ впослѣдствіи*, это обстоятельство имѣетъ выдающееся значеніе для терапіи этого рода раненій. Много рѣже пуля проникаетъ глубже, какъ это мы видѣли въ четырехъ случаяхъ поврежденія *лба*. Въ *одномъ* случаѣ (№ 309) пуля засѣла въ лобной долѣ на разстояніи шести сантиметровъ отъ входного пулевого отверстія. Другой разъ (№ 318) она, предварительно пронизавъ правую лобную долю мозга, пробивъ правую верхнюю орбитальную стѣнку, застряла въ правомъ глазномъ яблокѣ. Въ третьемъ случаѣ (№ 329) пуля пробила sinus frontalis и черезъ носовую полость и твердое небо проникла въ область подбородка. Удивительную картину представлялъ одинъ изъ упомянутыхъ уже при обсужденіи тангенціальныхъ поврежденій случаевъ. Здѣсь пуля, войдя въ правой сторонѣ лба, прощу-

1) v. Bergmann: „Kopfverletzungen". (Pitha und Billroth). III. Bd. pag. 781.

*) №№ 311, 312, 313, 317, 319, 321, 322, 324, 325, 326, 330, 331, 332, 333.

нывалась въ мягкихъ частяхъ праваго плеча (№ 257). Точно также приведенный среди орбитальныхъ раненій случай (№ 339) имѣлъ довольно длинный каналъ: пуля войдя черезъ лѣвый високъ застряла позади угла правой нижней челюсти. — Въ двухъ случаяхъ (№№ 306, 308) мѣстоположеніе пули нельзя было точно опредѣлить. Между тѣмъ, какъ въ одномъ случаѣ орбитальнаго раненія (№ 337), пуля застряла въ орбитѣ.

Помимо уже раньше приведенныхъ случаевъ расщепленія, застрявшія пули являютъ болѣе или менѣе ярко выраженную деформацію, состоящую, большею частью, въ углубленіи.

Раненія мягкихъ частей не представляютъ никакихъ особенностей. Обычно наружная рана, величиною въ 3 коп. монету, съ неправильными помятыми краями (№№ 309, 336). — Костная рана въ наружной пластинкѣ можетъ иногда имѣть поразительно правильный видъ, какъ въ случаѣ № 309 (см. снимокъ № IV a, b). Здѣсь мы находимъ въ lamina externa совершенно круглое отверстіе съ незначительно зазубренными краями, въ то время какъ l. interna немного сильнѣе раздроблена. Въ другихъ случаяхъ, именно, — гдѣ пуля не проникла внутрь черепа, мы находимъ вдавленіе обѣихъ пластинокъ въ формѣ звѣздчатаго перелома. Иногда весь выбитый кусокъ бываетъ разбитъ и осколки увлечены вглубь. Случается, что отъ костнаго дефекта радіарно расходятся трещины (№№ 330, 335). — Въ отдѣльныхъ случаяхъ (четыре: №№ 310, 315, 316, 323) твердая оболочка оставалась неповрежденной; дѣло шло тогда о вдавленныхъ переломахъ, при которыхъ пуля застряла въ наружной ранѣ. Большею частью твердая оболочка и мозгъ повреждаются осколками кости и вторгнувшейся пулей. Въ такихъ случаяхъ мы обычно встрѣчаемъ область разрушенія неправильной формы, наполненную размозженными частицами мозга, сгустками крови и проникшими посторонними тѣлами. Правильный пулевой каналъ, какъ у № 309, мы встрѣчаемъ въ томъ случаѣ, если снарядъ проходитъ болѣе длинный путь въ мозгу. Въ только что указанномъ случаѣ пулевой каналъ пропускалъ мизинецъ, въ глухомъ концѣ канала лежала пуля. Въ окружности всего канала имѣлись многочисленныя точкообразныя

кровоизліянія, лежащія повидимому въ неповрежденной мозговой ткани.

Орбитальныя раненія шрапнельными пулями.

Орбитальныя (орбито-темпоральныя) раненія шрапнельными пулями встрѣчаются, какъ кажется, рѣдко въ виду того, что пули большею частью попадаютъ въ черепъ болѣе или менѣе сверху.

Къ этимъ поврежденіямъ мы относимъ два случая (№№ 337, 339). Одинъ разъ пуля проникла черезъ вѣко въ орбиту, повредила глазное яблоко и застряла позади послѣдняго. О другомъ случаѣ (№ 339) мы упоминали уже выше (см. стр. 83).

Раненія осколками гранатъ.

Въ общемъ наблюдалось 20 переломовъ черепа осколками гранатъ. Изъ нихъ причислены:

къ тангенціальнымъ раненіямъ и дырчатымъ переломамъ	16 *)
къ раненіямъ съ застрявшими частями снарядовъ	2 **)
къ орбитальнымъ раненіямъ	2 ***)

Эти поврежденія отчасти сходны съ причиненными шрапнелью, отчасти ничѣмъ не отличаются отъ различныхъ сложныхъ переломовъ, встрѣчающихся въ практикѣ мирнаго времени. У раненыхъ, поступающихъ на излеченіе, обычно поврежденіе причинено не особенно большими осколками снарядовъ, поражающихъ черепъ съ относительно незначительной живой силой.

Раненія мягкихъ частей весьма неправильны и обнаруживаютъ ясные признаки размозженія (№№ 271, 272, 300). — Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы можемъ допустить, что кость только надтреснута, или что дѣло идетъ о поврежденіяхъ одной внѣшней пластинки. Между нашими наблюденіями

*) 255, 256, 261, 263, 269, 270, 271, 272, 276, 281, 285, 288, 295, 297, 300, 301.

**) №№ 327, 328.

***) №№ 338, 340.

имѣются три подобныхъ случая (№№ 255, 256, 261) и частью № 281. — Въ остальныхъ случаяхъ въ черепной крышкѣ замѣчается или вдавленный (№№ 276, 285) или болѣе обширный оскольчатый переломъ (№ 300). — Изъ послѣднихъ случаевъ только въ двухъ (№№ 269, 285) твердая оболочка мозга оказалась неповрежденной. Большею частью она и мозгъ были повреждены смѣщенными осколками кости.

Раздробленіе кости можетъ быть весьма значительно, какъ это показываетъ случай № 328, въ которомъ при дебридированіи было извлечено изъ мозга двѣнадцать осколковъ кости и осколокъ снаряда.

Орбитальныхъ раненій осколками гранатъ между нашими случаями два. Одинъ изъ нихъ (№ 340) представлялъ тяжелое раненіе. — Разрушеніе простиралось, вѣроятно, на переднюю и среднюю черепную ямку и соотвѣтствующую часть мозга. Раненый умеръ. Другой случай (№ 338) протекъ благополучно, несмотря на то, что дѣло шло о довольно большомъ осколкѣ (2 cm.^{2} и 1 cm. толщиною), который проникъ черезъ нижнее вѣко подъ глазное яблоко.

V. Симптомы.

Какъ извѣстно, симптомы огнестрѣльныхъ черепно-мозговыхъ раненій слагаются изъ симптомовъ сотрясенія (commotio, concussio - Kocher) усиленнаго давленія (compressio) и контузіи (contusio). Сообразно съ обширностью и съ мѣстомъ поврежденія мы встрѣчаемся съ чрезвычайно разнообразными картинами симптомовъ.

Обыкновенно принято подраздѣлять симптомы на общіе и очаговые или, по предложенію Kocher'a, на отдаленные, сосѣдніе и мѣстные симптомы (Fern-, Nachbar- und Local-Symptome). — Изъ общихъ симптомовъ мы наблюдали: разстройства сознанія, измѣненія со стороны пульса; изъ субъективныхъ недомоганій — головныя боли, головокруженіе. Изъ очаговыхъ симптомовъ — моно, геми и диплегіи, разстройства чувствительности, рѣчи, центральныя разстройства зрѣнія и т. д. Объясненіе появленія перечисленныхъ симптомовъ въ нашихъ случаяхъ

не рѣдко осложнялось наличностью инфекціи, такъ часто сопровождающей огнестрѣльныя раненія черепа. У раненаго, поступившаго въ лазаретъ, по прошествіи нѣсколькихъ дней послѣ поврежденія зачастую чрезвычайно трудно отличить, вызваны ли явленія поврежденіемъ, какъ таковымъ, или же вторичными измѣненіями (между прочимъ инфекціею).

Разстройства со стороны сознанія.

Изъ 254 раненій оболочечной пулей мы находимъ въ нашихъ исторіяхъ болѣзни данныя о состояніи сознанія въ 190 случаяхъ*); изъ 85 поврежденій артиллерійскими снарядами въ 57 случаяхъ.

Тѣ наши случаи, въ которыхъ имѣются данныя о состояніи сознанія могутъ быть раздѣлены на три группы. Къ первой группѣ принадлежатъ случаи, сданные въ лазаретъ съ нарушеннымъ сознаніемъ; ко второй — поступившіе въ лазаретъ при полномъ сознаніи и, наконецъ, третью маленькую группу составляютъ случаи, у которыхъ нельзя было указать никакихъ разстройствъ сознанія послѣ раненія.

Таблица № 10 дастъ намъ обзоръ случаевъ, принятыхъ въ лазаретъ съ разстройствомъ сознанія.

Изъ 76 указанныхъ въ этой таблицѣ поврежденій оболочечной пулей сданы:

безъ сознанія . . . . . 34 († 20) **)
съ затемненнымъ сознаніемъ 42 († 19)***)

Изъ 17 поврежденій артиллерійскими снарядами были:

безъ сознанія . . . . . 7 († 4) ****)
съ затемненнымъ сознаніемъ 10 († 4)*****)

*) Слѣдуетъ еще замѣтить, что изъ 64 случаевъ поврежденій оболочечной пулей, о состояніи сознанія которыхъ мы не имѣли свѣдѣній, 16 относятся къ глазнично-височнымъ (съ двумя смертельными исходами).

**) №№ 17, 21, 22, 41, 89, 90, 91, 92, 96, 106, 125, 126, 127, 129, 131, 133, 138, 145, 146, 153, 156, 162, 166, 167, 170, 173, 177, 185, 199, 201, 210, 212, 226, 251.

***) №№ 18, 28, 29, 32, 33, 34, 39, 43, 48, 58, 70, 73, 77, 95, 101, 102, 103, 104, 107, 109, 110, 115, 116, 135, 137, 147, 149, 152, 159, 164, 168, 169, 171, 172, 178, 183, 200, 202, 203, 222, 232, 246.

****) №№ 262, 263, 265, 295, 301, 309, 327.

*****) №№ 266, 270, 272, 284, 299, 300, 302, 307, 328, 336.

Таблица № 10.

Случаи, поступившіе въ лазареты съ измѣненіями со стороны сознанія.

На который день послѣ раненія поступили.	Тангенціальныя		Сегментальныя	Діаметральныя	Застрявш. пули		Р. основан. черепа	Орбито-темпоральн.	Об. п.	Арт.
	об. п.	арт.	об. п.	об. п.	об. п.	арт.	об. п.	об. п.		
Въ день раненія	10 († 2)	2	1	3	1	—	—	—	15 († 2)	2
На 1 день послѣ раненія	5 († 2)	2	2	3	1 († 1)	—	—	—	11 († 3)	2
„ 2 день	2 († 1)	3 († 2)	2 († 1)	2	1 († 1)	1	—	1 († 1)	8 († 4)	4 († 2)
„ 3 день	2 († 1)	—	—	1	—	—	1	—	4 († 1)	—
„ 4—5 день	6 († 5)	1 († 1)	3 († 3)	2 († 1)	—	1 († 1)	—	—	11 († 9)	2 († 2)
„ 9 день	—	—	1 († 1)	—	—	—	—	—	1 († 1)	—
Точно опредѣлить нельзя	8 († 7)	4 († 3)	6 († 4)	5 († 3)	4 († 4)	3 († 1)	2 († 1)	1	26 († 19)	7 († 4)
Общее число . .	33 († 18)	12 († 6)	15 † (9)	16 († 4)	7 († 6)	5 († 2)	3 († 1)	2 († 1)	76 († 39)	17 († 8)

У раненыхъ, сданныхъ въ теченіе первыхъ двухъ сутокъ, мы можемъ относить, съ нѣкоторой увѣренностью, разстройства сознанія къ полученнымъ поврежденіямъ, тогда какъ у сданныхъ позднѣе должно считаться и съ послѣдствіями развитія инфекціи (Meningo-encephalitis). Возможно, что раненый уже оправился отъ послѣдовавшей за поврежденіемъ потерей сознанія, но впослѣдствіи подвергся инфекціи, снова лишившей его сознанія. Просматривая исторіи болѣзни помѣченныхъ на таблицѣ № 10 случаевъ, мы найдемъ между послѣдними внушительное количество инфекцій. Изъ 76 поврежденій оболочечной пулей 43 († 29) являлись инфицированными, изъ 17 артиллерійскихъ — 13 († 8). Изъ этого видно, что во многихъ случаяхъ весьма трудно или невозможно получить свѣдѣнія о продолжительности нарушенія сознанія, послѣдовавшаго за раненіемъ.

Въ составъ слѣдующей таблицы № 11 вошли случаи, въ которыхъ отмѣчено, что раненые поступили въ лазаретъ при „полномъ сознаніи".

При сравненіи обѣихъ таблицъ № 10 и № 11, уже здѣсь упомяну, что прогнозъ для раненыхъ, сданныхъ съ разстройствомъ сознанія является гораздо худшимъ, чѣмъ для поступившихъ при полномъ сознаніи (срв. объ этомъ главу XIII.). Въ одной части наблюденій таблицы № 11 имѣются болѣе или менѣе точныя даты о продолжительности разстройства сознанія*). Въ цѣломъ же рядѣ случаевъ существуютъ только указанія, что послѣ полученія раненія наступило разстройство сознанія**)***). Эти случаи, вмѣстѣ съ небольшимъ числомъ наблюденій, вошедшихъ въ составъ таблицы № 10****), у которыхъ указана продол-

*) №№ 1, 4—6, 27, 69, 75, 80, 85, 119, 151, 154, 158, 160, 161, 190—192, 207—209, 224, 243, 252, 261, 278, 290, 297, 310, 318, 322.

**) №№ 7—9, 13, 26, 35, 42, 45, 49, 54, 68, 74, 78, 81, 83, 84, 88, 99, 108, 117, 118, 120, 123, 134, 144, 157, 163, 165, 179, 187, 193—195, 205, 206, 214, 216, 220, 225, 240, 269, 274, 282, 283, 285, 287—289, 291, 293, 314, 315, 317, 330, 338.

***) Въ остальныхъ, послужившихъ для составленія таблицы № 11, случаяхъ только указано, что раненые были въ сознаніи въ день поступленія. №№ 2, 3, 10, 15, 16, 19, 20, 23, 24, 37, 44, 46, 50, 56, 57, 60—64, 71, 76, 82, 98, 114, 124, 130, 132, 141—143, 150, 174, 180—182, 186, 188, 211, 213, 215, 217, 223, 227, 248, 255, 258, 264, 271, 273, 281, 292, 298, 312, 319, 326, 340.

****) №№ 28, 48, 129, 168—170, 173, 203, 266, 270, 272.

Таблица № 11.

Случаи, у которыхъ при поступленіи въ лазаретъ не наблюдались измѣненія со стороны сознанія.

На который день послѣ раненія поступили.	Тангенціальныя		Сегментальныя	Діаметральныя	Застрявш. пули		Р. основанія черепа	Орбито-темпоральныя		Общее число	
	об. п.	арт.	об. п.	об. п.	об. п.	арт.	об. п.	об. п.	арт.	об. п.	арт.
Въ день раненія	5	4 (†1)	1	—	—	5	—	—	—	6	9 (†1)
На 1 день послѣ раненія	7	2	1	2	2	2	—	1	—	13	4
„ 2 день	8	4	3	1	—	1	—	—	—	12	5
„ 3 день	6 (†2)	3	—	1	—	1	—	—	1	7 († 2)	5
„ 4—5 день.	6	1	3 (†1)	3	4 (†1)	—	3	—	1 (†1)	19 († 2)	2 (†1)
„ 6—7 день.	6 (†1)	2	1 (†1)	2	6	—	1	—	—	16 († 2)	2
„ 8—9 день.	2 (†2)	2	1	—	1 (†1)	—	—	—	—	4 († 3)	2
„ 11—12 день.	—	—	1 (†1)	—	1	—	—	2	—	4 († 1)	—
Черезъ двѣ недѣли . .	1	—	2	—	—	—	1	—	—	4	—
Черезъ четыре недѣли и больше	4 (†1)	1	—	1	1	1	1	1	—	8 († 1)	2
Точно опредѣл. нельзя .	8 (†1)	3	2	2 (†1)	3 (†2)	—	1	—	—	16 († 4)	3
Общее число . .	53 (†7)	22 (†1)	15 (†3)	12 (†1)	18 (†4)	10	7	4	2 (†1)	109 (†15)	34 (†2)

Таблица № 12.

Продолжительность измѣненій со стороны сознанія послѣ раненія.

Сколько времени былъ безъ сознанія послѣ раненія.	Тангенціальныя		Сегментальныя	Діаметральныя	Застрявшія пули		Р. основанія череп.	Орбито-темпоральныя		Общее число	
	об. п.	арт.	об. п.	об. п.	об. п.	арт.	об. п.	об. п.	арт.	об. п.	арт.
„Короткое время", „нѣсколько минутъ" . .	3 (№ 1, № 4, № 69)	—	—	1 № 161	—	1 № 310	1 №224	—	—	5	1
Четвертъ часа	1 № 80	—	—	—	2 (№ 207, № 209)	—	—	—	—	3	—
Полчаса	1 № 27	—	2 (†1) (№ 119, № 151)	—	—	—	—	—	—	3(†1)	—
Часъ	1 № 6	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Два часа	1 № 85	1 № 261	—	1 № 154	1 № 190	1 № 318	—	—	—	3	2
6 часовъ	—	—	—	1 № 160	—	—	—	—	—	1	—
Полдня	2 (№ 5, № 75)	1 № 297	—	—	—	—	—	—	—	2	1
Сутки	1 № 28	1 № 270	—	—	2 (№ 192, № 203)	—	—	—	—	3	1
2 дня	—	2 (№ 266, № 272)	1 № 129	3 (№ 158, № 168, № 169)	—	—	—	2 (№ 243, № 252)	—	6	2
3 дня	—	—	—	1 № 170	—	—	—	—	—	1	—
4 дня	1 № 48	1 № 290	—	—	—	—	—	—	—	1	1
7 дней	—	—	—	—	1 № 208	—	—	—	—	1	—
10 дней	—	—	—	1 № 173	1 № 191	—	—	—	—	2	—
14 дней	—	1 № 278	—	—	—	1 № 322	—	—	—	—	2
—?—	19 (†2)	10	6(†1)	4	7 (†1)	4	3	1	1	40(†3)	15
Общее число . .	30 (†2)	17	9(†2)	12	14 (†1)	7	4	3	1	72(†5)	25

жительность разстройства сознанія, послужили матеріаломъ для слѣдующей таблицы № 12, о „продолжительности нарушенія сознанія“.

Мы видимъ, что продолжительность разстройства сознанія весьма различна. На ряду съ короткой потерей сознанія отъ нѣсколькихъ минутъ до четверти часа стоятъ при тѣхъ-же самыхъ родахъ раненій болѣе длительныя, — доходящія до двухъ недѣль. Короткое безсознательное состояніе мы наблюдали при нѣкоторыхъ тангенціальныхъ раненіяхъ (№№ 1, 4, 80). Но небольшую продолжительность потери сознанія, слѣдующей за поврежденіемъ, мы встрѣчали также и между діаметральными (№ 161), сегментальными (№№ 119, 151), при раненіяхъ зъ застрявшей пулей (№№ 207, 209, 310) и при раненіи основанія черепа (№ 224). Изъ четырехъ тангенціальныхъ раненій съ короткой потерей сознанія (№№ 1, 4, 27, 69, 80) въ трехъ случаяхъ мы можемъ допустить, что поврежденіе мозга было незначительное (№№ 27, 69, 80) — два раза твердая оболочка совсѣмъ не была повреждена, третій разъ только немного надорвана осколками кости. Въ случаѣ № 27 раненый былъ даже въ состояніи черезъ полчаса идти.

Значительно труднѣе объяснить непродолжительныя потери сознанія при болѣе глубокихъ проникающихъ поврежденіяхъ. Въ особенности поразительно то обстоятельство, что при аналогичныхъ раненіяхъ продолжительность потери сознанія можетъ быть весьма различна. Такъ, въ двухъ случаяхъ раненія наискось (№№ 160, 161) мы видимъ въ одномъ случаѣ непродолжительную потерю сознанія, въ другомъ же послѣдняя длилась нѣсколько часовъ. Или въ случаяхъ съ застрявшими пулями (№№ 207, 191), гдѣ на ряду съ десятидневной потерей сознанія наблюдалась и длившаяся только четверть часа. По всей вѣроятности, мы можемъ предположить въ случаяхъ съ болѣе продолжительной потерей сознанія болѣе значительное внутри-черепное кровоизліяніе. При діаметральныхъ поперечныхъ раненіяхъ (№№ 154, 158, 168) разстройство сознанія длилось отъ двухъ часовъ до двухъ дней; при продольныхъ (№№ 169, 170) — отъ двухъ до трехъ дней; въ одномъ случаѣ раненія наискось (№ 173) безсознательное состояніе длилось до десяти дней.

Наиболѣе длительную потерю сознанія мы наблюдали у двухъ раненыхъ шрапнелью (№№ 278, 322); въ этихъ случаяхъ она длилась, „по сообщенію раненыхъ“, двѣ недѣли. Подобные случаи, въ которыхъ безсознательное состояніе продолжалось три недѣли, приводитъ и проф. Дьяконовъ[1]). Является-ли въ указанныхъ случаяхъ нарушеніе сознанія исключительно только слѣдствіемъ поврежденія мозга, мы не беремся рѣшить: нельзя съ полной увѣренностью исключить возможность инфекціи. Во всякомъ случаѣ въ наблюденіи проф. Дьяконова (№ 158) послѣдняя весьма вѣроятна. Имѣются указанія на то обстоятельство, что раненый двѣ недѣли бредилъ, лихорадилъ, а затѣмъ была извлечена шрапнельная пуля.

Третью группу образуютъ тѣ случаи огнестрѣльныхъ раненій черепа, въ которыхъ за повреженіемъ не послѣдовало безсознательнаго состоянія. Среди нашего матеріала я насчитываю 11, относящихся сюда, наблюденій: 5*) случаевъ поврежденія оболочечной пулей и шесть**) — шрапнелью. — Считая всѣ случаи таблицъ № 10 и № 11, мы найдемъ, что на 179 раненій, у которыхъ наблюдались разстройства сознанія (въ это число входятъ, однако, и всѣ сданные „безъ сознанія“, см. стр. 86), приходятся только одиннадцать случаевъ, не обнаруживающихъ этого симптома. — Проф. Дьяконовъ[2]) приводитъ 85 случаевъ съ нарушеніемъ сознанія и 17 (!) безъ нарушенія. Но при этомъ слѣдуетъ подчеркнуть, что изъ 17 случаевъ, у которыхъ Д. отмѣчаетъ: „сознаніе оставалось яснымъ“, только въ одномъ случаѣ (№ 41) точно указано на сохраненіе раненымъ сознанія послѣ поврежденія. Во всѣхъ остальныхъ исторіяхъ болѣзни подобныя данныя совершенно отсутствуютъ.

Разсматривая раненія оболочечной пулей, не обнаружившія нарушенія сознанія, мы встрѣчаемъ среди послѣднихъ два случая поврежденія теменной области (№№ 14, 52), оба раза при тангенціальныхъ раненіяхъ съ неособенно об-

1) „Военно-полевыя раненія черепа“. — Хирургія. 1908, стр. 116, 137, 138. — Случаи №№ 158 и 16, стр. 189, resp. 144.

*) №№ 14, 40, 52, 122, 140.

**) №№ 259, 306, 321, 329, 337, 339.

2) l. c. pag. 115, 116.

ширнымъ поврежденіемъ кости и, повидимому, незначительнымъ разрушеніемъ мозга. Одинъ изъ этихъ раненыхъ (№ 52) могъ идти сейчасъ же послѣ ранения, другой (№ 14) черезъ двѣ съ половиной недѣли возвратился даже въ строй. Изъ общихъ явленій имѣлись только субъективныя въ формѣ жалобъ на головокруженіе. — Въ трехъ другихъ случаяхъ дѣло шло о болѣе серьезныхъ поврежденіяхъ: одно тангенціальное поврежденіе лба (№ 40), два сегментальныхъ ранения затылка (№№ 122, 140). — Первый раненый жаловался на сильныя головныя боли, двое другихъ жаловались на то-же самое, при чемъ у № 140 за раненіемъ послѣдовали рвота и головокруженіе, тогда какъ № 122 чувствовалъ только оглушеніе. (Кромѣ этого оба раненыхъ обнаружили очаговыя явленія: разстройство зрѣнія).

Въ случаяхъ раненія шрапнелью этой группы только въ одномъ дѣло касалось тангенціальнаго раненія лобной области (№ 259), во всѣхъ остальныхъ пяти случаяхъ мы имѣли дѣло съ застрявшими пулями, изъ нихъ два относились къ глазнично-височнымъ раненіямъ (№№ 337, 339). Въ двухъ послѣднихъ случаяхъ сомнительно, имѣемъ-ли мы дѣло съ поврежденіемъ мозга. Въ другихъ случаяхъ (два раненія теменной и одно лобной области) поврежденіе мозга внѣ сомнѣнія. Эти случаи, точно такъ же, какъ и относящіяся сюда раненія оболочечной пулей, проявляли различные общіе симптомы. Такъ раненый № 259 страдалъ сильными головными болями, № № 306, 329 — сильнымъ головокруженіемъ, у № 306, кромѣ того, былъ замедленный пульсъ, то же самое и у № 337.

Большинство приведенныхъ въ литературѣ случаевъ, не обнаружившихъ нарушенія сознанія послѣ огнестрѣльнаго раненія черепа, касаются раненій лобныхъ долей мозга. Сюда относятся и цитируемые Hildebrandt'омъ[1]) наблюденія Krönlein'a и Veraguth'a; далѣе случаи Lindsay[2]) и Jounge[3]). Lindsay наблюдалъ одного молодого самоубійцу, который прострѣлилъ себѣ изъ револьвера объ

1) l. c. pag. 73.

2) „A case of perforating wound of both cerebral hemispheres“. Journ. of the Amer. med. assoc. 1904. Jan. 23.

3) „Notes on 1140 cases of gounshot wounds“. — Journ. of the R. army. med. c. 1904. III 138.

лобныя доли, не обнаруживъ послѣ этого никакихъ симптомовъ поврежденія мозга. Jounge описываетъ два случая изъ военно-полевой практики, въ которыхъ входное пулевое отверстіе лежало въ области вѣнечнаго шва, пуля же проникла черезъ полость черепа въ одномъ случаѣ по направленію ко рту, другой разъ къ подъязычной области (сходно съ нашимъ случаемъ № 329).

Въ практикѣ мирнаго времени отсутствіе нарушенія сознанія наблюдается, главнымъ образомъ, при поврежденіяхъ передней части мозга. Послѣднее объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что огнестрѣльныя раненія, наносимыя самоубійцами, о которыхъ почти исключительно идетъ рѣчь, затрагиваютъ преимущественно лобную область и високъ. — Наши наблюденія изъ военно-полевой практики показываютъ, что и раненія затылочной доли мозга, точно такъ же какъ и нѣкоторыя раненія теменной области, могутъ протекать совершенно безъ нарушенія сознанія. Такимъ образомъ, локализація травмы (лобная доля мозга) не является самымъ важнымъ моментомъ для отсутствія нарушенія сознанія при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа.

Колебаніямъ въ интенсивности воздѣйствія силы на черепъ и мозгъ должна быть приписана важная роль въ развитіи различныхъ степеней нарушенія сознанія вплоть до полнѣйшаго отсутствія послѣдняго. Однако и относительно этого обстоятельства мы встрѣчаемся съ поразительными, противорѣчивыми фактами. Такъ, напримѣръ, при аналогичныхъ поврежденіяхъ на весьма различныхъ дистанціяхъ мы видимъ почти тотъ же эффектъ со стороны сознанія, что подтверждаютъ случаи № 122 и № 140. Оба они представляли собою поврежденія затылочной области. Въ одномъ — разстояніе равнялось приблизительно 300 шагамъ (№ 140), другое причинено на разстояніи одной версты (№ 122). Ни въ первомъ, ни во второмъ случаѣ не наступила потеря сознанія. Хотя при раненіи на близкомъ разстояніи (№ 140) имѣлись головокруженіе и рвота, чего при повреждепіи на далекой дистанціи (№ 122) не обнаруживалось. — Выше приведенные случаи Krönlein'a и Veraguth'a доказываютъ, что даже при наиболѣе интенсивномъ воздѣйствіи силы (самая близкая дистанція выстрѣла — при самоубійствахъ), сознаніе можетъ остаться

совершенно незатронутымъ. Случай Krönlein'a былъ нами уже обсужденъ выше. — Мы должны допустить, что и въ этихъ случаяхъ дѣйствіе выстрѣла ограничилось только лежащими близко къ пулевому каналу частями, не воздѣйствовавъ въ какой-либо значительной степени на мозгъ въ общемъ.

Итакъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отсутствуетъ нарушеніе сознанія мы должны согласно Kocher'у[1]) допустить, что воздѣйствіе силы не повело ни къ общему сотрясенію мозга, ни къ значительному кровоизліянію. Съ другой стороны еще особенно важно указаніе Kocher'a, что сознаніе можетъ остаться непарушеннымъ, если даже выключены изъ функціи большія части мозговой коры. Мы можемъ установить, что въ общемъ отсутствіе разстройства сознанія не есть особенно частое явленіе послѣ огнестрѣльныхъ военно-полевыхъ раненій черепа, однако оно, безъ сомнѣнія, наблюдается и при относительно тяжелыхъ поврежденіяхъ. Согласно выше сказанному, намъ трудно согласиться съ мнѣніемъ Hildebrandt'a[2]), который полагаетъ, что безсознательное состояніе всегда, безъ исключенія, сопровождаетъ огнестрѣльныя раненія черепа.

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть еще три случая, въ которыхъ нарушенія сознанія наступили не тотчасъ послѣ поврежденія, но только по истеченіи нѣкотораго времени. Несомнѣнное поврежденіе мозга имѣлось только въ одномъ изъ этихъ случаевъ (№ 206). Дѣло шло о раненіи височной области съ застрявшей пулей. Послѣ полученія поврежденія раненый могъ пройти около 30 шаговъ и только тогда упалъ. Полная потеря сознанія наступила на слѣдующій день (вѣроятно, какъ слѣдствіе наступившей инфекціи?). Въ двухъ другихъ случаяхъ (№№ 8, 291) невозможно было точно опредѣлить, насколько задѣтъ мозгъ. Въ случаѣ № 8 (поврежденіе лба) раненый могъ пройти цѣлую версту, и только тогда потерялъ сознаніе, быть можетъ, вслѣдствіе потери крови. — Въ связи съ этими наблюденіями приведу

1) l. c. pag. 214.
2) l. c. pag. 72.

и тѣ случаи, гдѣ раненые, несмотря на тяжелыя поврежденія мозга, оправившись послѣ потери сознанія, могли снова идти. Такихъ было два между тангенціальными поврежденіями оболочечной пулей (№№ 45, 78) и два раненія шрапнелью (№№ 283, 329). Особенно поразителенъ случай № 78, гдѣ раненый, несмотря на обширное тангенціальное раненіе, могъ еще пройти 5 верстъ.

Рвота.

Почти всѣми единогласно утверждается, что рвота, подразумѣвая первичную рвоту непосредственно послѣ огнестрѣльнаго раненія, на войнѣ — весьма рѣдкое явленіе. На это обстоятельство указываютъ какъ сообщенія Küttner'a[1]) за бурскую войну, Hildebrandt'a[2]) и v. Oettingen'a[3]), такъ и наши, приведенныя ниже, наблюденія.

При поврежденіяхъ черепа рвота вызывается рефлекторно путемъ раздраженія чувствительныхъ отдѣловъ большого мозга и мозговыхъ оболочекъ или же непосредственно воздѣйствіемъ на рвотный центръ medulla oblongata или въ thalamus opticus (Nimier)[4]). — Отсутствіе этого симптома тѣмъ болѣе бросается въ глаза, что, по словамъ Hildebrandt'a, онъ часто наблюдается въ практикѣ мирнаго времени при самоубійствахъ огнестрѣльнымъ оружіемъ. Точно также мы знаемъ, что рвота довольно обычное явленіе при сотрясеніи мозга тупымъ орудіемъ и принадлежитъ къ наиболѣе постояннымъ симптомамъ усиливающагося мозгового давленія. Рвота наблюдается почти всегда, какъ слѣдствіе увеличенія мозгового давленія, напримѣръ, при мозговыхъ абсцессахъ (v. Bergmann[5]), Hashimoto[6]) и Kurviwa[6]). Но въ общемъ рвота разсматривается скорѣе какъ симптомъ болѣе слабой степени сотрясенія мозга или начи-

1) „Kriegschir: Erfahrungen aus dem Süd-afrikanischen Kriege.“ 1899—1900. Beiträge z. klin. Chir. 1900. Bd. 28. pag. 776.

2) l. c. pag. 74.

3) „Ueber die Indication bei Schädelschuss im Kriege.“ — Archiv für klin. Chirurg. 81 Bd. 2 H. pag.

4) „Blessures du crâne“, pag. 474.

5) „Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten“, pag. 505.

6) „Ueber Hirnabscesse nach Schuss-Verletzung. im russ.-jap. Krieg.“ Archiv f. klin. Chirurg. Bd. 88. H. 2, pag. 494.

нающагося мозгового давленія (v. Bergmann[1]). При болѣе сильныхъ степеняхъ мозгового давленія рвота, по мнѣнію Custodis'a[2]), наблюдается рѣже. — Возникаетъ вопросъ: должны-ли мы искать объясненія рѣдкости рвоты въ болѣе интенсивномъ воздѣйствіи силы при военно-полевыхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ въ противоположность раненіямъ огнестр. оружіемъ въ мирное время?

Изъ 340 случаевъ огнестрѣльныхъ раненій костей и содержимаго черепа только въ двѣнадцати я нашелъ отмѣтки о первичной рвотѣ*) (между 55 раненіями мягкихъ частей первичная рвота наблюдалась два раза). Въ трехъ случаяхъ**) имѣлись жалобы на тошноту.

Таблица № 13.

Рвота и тошнота наблюдались:

У случаевъ, распредѣленныхъ по роду раненія:	обол. пул.	шрап.	общ. число.	У случаевъ, распредѣленныхъ по области раненія:	
Тангенціальныя ран. . .	5	4	9	Regio parietalis	4
Сегментальныя „ . .	3	—	3 *)	„ occipitalis	3
Діаметральныя „ . .	1	—	1**)	„ Parieto-occipitalis . . .	1
Р. съ застряв. пулями .	—	1	1**)	„ fronto-occipitalis	1
Р. основанія черепа . .	1	—	1	„ temporo-occipitalis . . .	4
				„ fronto-temporalis	1
				„ Basilaris	1

*) случай тошноты. **) тошнота.

Мы видимъ, что рвота появлялась у всѣхъ родовъ огнестрѣльныхъ раненій, причемъ однако она преобладаетъ при раненіяхъ затылочной области. Послѣднее обстоятельство,

1) „Kopfverletzungen", pag. 312, 346.
2) „Verletzungen der art. meningea", pag. 75.
*) №№ 26, 29, 45, 54, 80, 137, 140, 225, 267, 269, 277, 287.
**) №№ 134, 161, 306.

можетъ быть, найдетъ аналогію въ томъ, что при абсцессахъ мозга рвота чаще констатируется, когда абсцессъ расположенъ въ мозжечкѣ, а не въ большомъ мозгу (v. Bergmann)[1]). Здѣсь давленіе (или сотрясеніе при выстрѣлахъ) легче передается рвотному центру въ продолговатомъ мозгу.

Въ десяти изъ нашихъ случаевъ*) указана рвота вторичнаго происхожденія. Только въ одномъ изъ названныхъ случаевъ (№ 80) наблюдалась и первичная рвота. За исключеніемъ №№ 191 и 207, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ окончившимися летально инфицированными поврежденіями, гдѣ менингитъ, мозговой абсцессъ являлись причиной, вызывавшей рвоту. Послѣднія, т. е. инфекціонныя причины, также нельзя совершенно исключить въ обоихъ, только что приведенныхъ, случаяхъ съ застрявшими оболочечными пулями. Случаи, описанные проф. Дьяконовымъ[2]), достаточно ясно доказываютъ тотъ фактъ, что вторичную рвоту, большею частью, слѣдуетъ считать за признакъ наступившей инфекціи и ни въ какомъ случаѣ не ставить въ связь съ поврежденіемъ, какъ таковымъ. Проф. Дьяконовъ указываетъ, что изъ 164 (собственно 162 случаевъ) въ девяти случаяхъ отмѣчено появленіе рвоты. Во всѣхъ этихъ наблюденіяхъ, можетъ быть, за исключеніемъ № 147, мы имѣли дѣло съ позднѣе появившейся рвотой при инфицированныхъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ (корковые абсцессы).

Головокруженіе и головныя боли.

Субъективные симптомы — головокруженіе и головныя боли — наблюдались въ нашихъ случаяхъ довольно часто.

Головокруженіе.

Среди 340 случаевъ въ 45**) я нахожу жалобы на головокруженіе. — Обыкновенно раненые, оправившись отъ

1) „Chirurgische Behandlung v. Hirnkrankheiten." 1899. pag. 505.

*) №№ 80, 103, 107, 151, 182, 191, 193, 207, 305, 356.

2) l. c. pag. 116 и дальнѣйшія.

**) №№ 1, 12, 13*), 14, 27, 45, 49, 52, 54*), 60, 64, 65, 73, 75, 80, 83, 117, 123, 140, 151, 164, 187, 189, 191, 196, 205, 206, 207, 220*), 221, 225*), 236—261, 275, 279, 283, 293*), 306, 312, 316, 322, 329, 331, 332—337. [*)Поврежденія слухового аппарата].

потери сознанія, начинали чувствовать головокруженіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (№№ 14, 140) мы имѣли возможность установить, что раненые, не теряя сознаніе, сейчасъ же послѣ полученія раны начинали испытывать головокруженіе. — Степень и продолжительность головокруженія весьма различны. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ съ застрявшей пулей (№ 306) раненый жаловался на головокруженіе въ теченіе всѣхъ шести недѣль, пока онъ находился подъ нашимъ наблюденіемъ. Головокруженіе не оставляло его и впослѣдствіи, спустя три года послѣ раненія (см. исходы).

Таблица № 14.

Случаи головокруженій, распредѣленные по роду раненія:

	Оболочеч. пуля.	Артиллер. снарядъ.	Общее число.
Тангенціальныя ран.	16	5	21
Сегментальныя „	4	—	4
Діаметральныя „	1	—	1
Ран. съ застряв. пул.	7	7	14
Ран. основанія черепа	3	—	3
Орбито-темпоральныя ран.	1	1	2

Случаи головокруженій, распредѣленные по области раненія:

	Общее число.	Оболочеч. пуля.	Артиллер. снарядъ.
Regio parietalis	16	10	6
„ frontalis	5	3	2
„ temporalis	6	4	2
„ occipitalis	5	4	1
„ fronto-parietalis	2	2	—
„ „ occipitalis	2	2	—
„ parieto-occipitalis	3	3	—
„ temporo-occipitalis	1	—	1
„ basilaris	3	3	—
„ orbitalis	2	1	1

Изъ таблицы № 14 мы узнаемъ, что головокруженіе наблюдается при всѣхъ родахъ раненія и при поврежденіи различныхъ областей.

Не думаю, что основываясь на нашихъ цифрахъ, мы могли бы выводить какія-либо детальныя заключенія. Пользуясь большимъ матеріаломъ наблюденій, Brun[1]) пытается доказать, будто жалобы на головокруженіе встрѣчаются чаще всего при раненіяхъ основанія черепа, переломахъ задней и средней черепной ямки, сопровождающихся поврежденіемъ слухового органа. — Между нашими случаями имѣлось пять поврежденій внутренняго уха. Очень возможно, что въ этихъ случаяхъ головокруженіе является слѣдствіемъ поврежденія лабиринта. — Во многихъ другихъ же случаяхъ, согласно Nimier[2]), придется объяснить появленіе головокруженія какъ „слѣдствіе нарушенной дѣятельности сосудо-регулирующаго аппарата“.

Головныя боли.

Значительно чаще, чѣмъ на головокруженія, мы встрѣчаемъ жалобы на головныя боли. Среди нашего матеріала послѣднія помѣчены въ 85 случаяхъ*).

Таблица № 15.

Случаи головной боли, распредѣленные по роду раненія:

	Оболочеч. пуля.	Артиллер. снарядъ.	Общее число.
Тангенціальныя ран.	38	10	48
Сегментальныя „	7	—	7
Діаметральныя „	9	—	9
Р. съ застряв. пулями	9	4	13
Р. основанія черепа	5	—	5
Орбито-темпор. ран.	3	—	3

1) l. c. pag. 642.

2) l. c. pag. 540.

*) №№ 7, 8, 10, 12, 13, 26, 30, 32, 33, 36, 37, 40, 42, 48, 49, 52, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 71, 72, 75, 76, 79, 80, 86, 87, 88, 99, 103, 109, 110, 112, 113, 118, 119, 122, 124, 130, 140, 151, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 170,

Случаи головной боли, распредѣленные по области ранения:

	Общее число.	Оболочеч. пуля.	Артиллер. снарядъ.
Regio parietalis	31	25	6
„ frontalis	8	7	1
„ temporalis	13	9	4
„ occipitalis	8	7	1
„ fronto-occipitalis	2	2	—
„ fronto-parietalis	1	1	—
„ fronto-temporalis	4	4	—
„ parieto-occipitalis	6	5	1
„ temporo-occipitalis	2	1	1
„ fronto-orbitalis	1	1	—
„ Basilaris	6	6	—
„ temporo-orbitalis	2	2	—
„ —?—	1	1	—

Головныя боли объясняются, по Kocher'y[1]), съ одной стороны, какъ слѣдствіе смѣщенія durae и только частью прямымъ давленіемъ на послѣднюю (придавливаніе къ внутренней поверхности черепа). Съ другой стороны сдѣлана попытка отнести интенсивныя головныя боли послѣ поврежденій черепа въ счетъ рода аутоинтоксикаціи вслѣдствіе нарушеннаго оттока продуктовъ сгоранія въ мозгу (Brun[2]), Guénu[3]). Быть можетъ, такимъ образомъ мы будемъ въ состояніи объяснить продолжительныя, интенсивныя головныя боли при нѣкоторыхъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа.

Эти боли весьма нерѣдки и въ неинфицированныхъ случаяхъ. Само собой разумѣется, инфекція (менингитъ, абсцессъ мозговой коры) много способствуетъ ухудшенію ихъ.

171, 177, 189, 190, 192, 193, 196, 206, 207, 209, 215—221, 223, 224, 225, 227—240, 246, 253, 259, 269, 274, 277, 282, 283, 292, 293, 295, 300—317, 322, 325, 335 (367).

1) l. c. pag. 202.

2) l. c. pag. 279.

3) „Valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures de la base du crâne". — Bullet: et mém. de la société de Chir. de Paris. 1905. pag. 883.

Только въ пяти случаяхъ я нашелъ свѣдѣнія о локализаціи боли. Въ трехъ случаяхъ боль локализировалась болѣе или менѣе въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ области поврежденія (№№ 76, 322, 325). Въ двухъ слѣдующихъ случаяхъ головныя боли появлялись на болѣе отдаленныхъ пунктахъ. Такъ въ случаѣ № 282 — раненіе области праваго виска — боль обнаружилась въ лѣвой половинѣ головы; у № 196 — раненіе лѣваго виска — боль указывается въ затылкѣ (возможно въ мѣстѣ положенія пули?).

Боли проявляютъ различную степень интенсивности; иногда онѣ бываютъ чрезвычайно сильны, напр. въ №№ 42, 124, 163. — Попадаются и указанія на усиленіе болей при внезапныхъ движеніяхъ (№№ 122, 190, 192).

Шумъ въ ушахъ.

Изъ субъективныхъ симптомовъ осталось еще упомянуть о жалобахъ на „шумъ въ ушахъ“. — Между одиннадцатью относящимися сюда случаями нашихъ наблюденій, въ семи являлось весьма вѣроятнымъ, если не несомнѣннымъ, одновременное поврежденіе и внутренняго уха. Только въ четырехъ случаяхъ (№№ 12, 52, 259, 337) не имѣлось никакихъ основаній къ предположенію такого поврежденія. — Въ четырехъ случаяхъ (№№ 76, 88, 220, 225) раненые жаловались на шумъ только въ поврежденномъ ухѣ, три раза въ обоихъ ушахъ (№№ 13, 144, 236).

Измѣненія со стороны пульса.

Измѣненія со стороны пульса, какъ послѣдствія черепно-мозговыхъ огнестрѣльныхъ раненій, причисляются къ наиболѣе постояннымъ и продолжительнымъ симптомамъ этого рода поврежденій. Такъ Küttner[1]) пишетъ на основаніи своихъ наблюденій въ англо-бурскую войну, что всегда, даже при полномъ сознаніи онъ находилъ ясно выраженное замедленіе пульса. Точно также и Hildebrandt[2]) полагаетъ, что пульсъ, указывающій на мозговое давленіе, обнаруживается всегда, даже въ случаяхъ, протекающихъ безъ другихъ

1) „Beiträge zur klin. Chir.“ XXVIII. Bd. 3 H. Pag. 776.
2) „Die Verwundungen durch moderne Kriegswaffen“. — II Bd. pag. 73, 74.

симптомовъ, напр. при раненіяхъ лобной области, въ особенности же никогда не отсутствуетъ въ тяжелыхъ случаяхъ. Подобное замедленіе пульса является послѣдствіемъ compressionis cerebri, которое вызывается въ свою очередь уменьшеніемъ вмѣстимости черепной полости, кровоизліяніями, вторженіемъ постороннихъ тѣлъ (осколки кости, пуля), вдавливаніемъ большихъ участковъ черепного свода осколками гранатъ. По мнѣнію Hildebrandt'a[1]) замедленіе пульса отмѣчается еще спустя недѣли послѣ поврежденія, даже при наиболѣе благопріятно протекающихъ раненіяхъ на далекомъ разстояніи. Только что приведеннымъ мнѣніямъ противорѣчатъ указанія von Oettingen'a[2]). Послѣдній во время русско-японской войны убѣдился въ томъ, что прежнія сообщенія о непремѣнномъ замедленіи пульса при всякомъ огнестрѣльномъ поврежденіи черепа отнюдь не подтверждаются". — Изъ 29 раненыхъ огнестрѣльнымъ оружіемъ въ черепъ только у 12, по наблюденіямъ v. Oettingen'a, пульсъ былъ рѣже 60 ударовъ въ минуту. Часто пульсъ былъ наоборотъ сильно ускоренъ, свыше 130. — Которыя же изъ этихъ данныхъ стоятъ ближе къ настоящему положенію дѣла? Какъ мы узнаемъ изъ опытовъ Maassland'a и Салтыкова (по Kocher'у[3]) уже раздраженіе durae и мозговой коры можетъ оказывать извѣстное вліяніе на дѣятельность сердца. Оба выше названные экспериментатора нашли, что раздраженіе твердой оболочки и умѣренное давленіе на мозгъ ускоряютъ сердечную дѣятельность. По ихъ мнѣнію при посредствѣ твердой оболочки и мозговой коры оказывается рефлекторно вліяніе на эксцитаторную нервную систему сердца. Но согласно другимъ наблюденіямъ (Contey по Kocher'у[4]) замедленіе пульса можетъ всё-таки исходить и отъ мозговой коры. Также и Nimier[5]), основываясь на изслѣдованіяхъ Бехтерева и Мисловскаго приходитъ къ заключенію, что

1) „Beobacht. über die Wirkung d. klein-kalib. Geschosses aus dem Burenkrieg". 1900. Arch. f. klin. Chir. 1902. 65 Bd. Heft 3. pag. 803.

2) „Ueber die Indication" u. s. w. Arch. für klin Chir. 81 Bd. 2 отд. отт. pag. 6.

3) Kocher: „Hirnerschütterung, Hirndruck." и т. д. 1901. pag. 131.

4) l. c. pag. 228.

5) Bléssures du crâne." 1904. pag. 546—547.

въ мозговой корѣ переднихъ областей обоихъ полушарій (regions antérieures des hémispheres) существуютъ, помимо путей, вліяющихъ на кровяное давленіе, еще и другіе, изъ которыхъ одни дѣйствуютъ ускоряюще, другіе замедляюще на сердечную дѣятельность. Напротивъ того Polis (по Kocher'y[1]) на основаніи своихъ опытовъ надъ огнестрѣльными поврежденіями мозга нашелъ, что даже при обширныхъ механическихъ поврежденіяхъ полушарій нельзя было отмѣтить на одновременно снятой кривой пульса никакихъ измѣненій. Поврежденіе durae, однако, вліяло, между прочимъ, на рефлекторное замедленіе пульса. Такимъ образомъ, по мнѣнію Kocher'a, если названные моменты и имѣютъ вліяніе на пульсъ, то только побочное. Наиболѣе важный моментъ для измѣненій пульса при compressio cerebri должно искать въ непосредственномъ воздѣйствіи на центръ блуждающаго нерва въ продолговатомъ мозгу. Начальному періоду раздраженія соотвѣтствуетъ, какъ извѣстно, замедленный пульсъ, послѣдующій же періодъ паралича характеризуется учащеніемъ. Но при этомъ слѣдуетъ замѣтить, что не всегда мозговое давленіе, возникающее вслѣдствіе вдавливанія участковъ черепной крышки, прониканія постороннихъ тѣлъ, или кровоизліяній, неизбѣжно влечетъ за собою общіе или отдаленные симптомы, напр. измѣненія пульса. Первичные симптомы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бываютъ различны, соотвѣтственно мѣсту воздѣйствія. Но дѣйствіе давленія не должно непремѣнно простираться до продолговатаго мозга и вызывать соотвѣтствующій пульсъ („Druckpuls", Kocher[2]). — Kocher утверждаетъ, что даже при картинѣ симптомовъ, сопровождающей кровотеченія изъ art. meningea media, вполнѣ сходной съ мѣстнымъ мозговымъ давленіемъ, вызваннымъ экспериментально, присущій послѣднему пульсъ можетъ отсутствовать, несмотря на наличность другихъ опредѣленныхъ явленій мозгового давленія (Schulten по Kocher'y[3]). Custodis[4]) въ своей статистикѣ поврежденій art. meningeae

1) l. c. pag. 385.
2) l. c. pag. 194.
3) l. c. pag. 111.
4) „Die Verletzungen der Art. meningea media". 1908. pag. 36.

изъ 153 случаевъ приводитъ 20, не обнаружившихъ пульса, указывающаго на усиленіе мозгового давленія. Такой пульсъ можетъ отсутствовать, именно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ объ открытыхъ переломахъ черепа, какъ, напримѣръ, при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ. Отверстія въ кости и мягкихъ покровахъ могутъ здѣсь играть роль предохранительныхъ клапановъ (Kocher[1]). — Кромѣ этого въ нѣкоторыхъ случаяхъ причиной совершеннаго отсутствія замедленія пульса, несмотря на ясно выраженное мозговое давленіе, можетъ служить то обстоятельство, что продолговатый мозгъ до извѣстной степени смѣщается въ позвоночный каналъ. Благодаря этому послѣднему обстоятельству продолговатый мозгъ оказывается защищеннымъ отъ давленія (Kocher). — Въ концѣ концовъ должно указать еще одно обстоятельство, что при быстро развивающемся мозговомъ давленіи, мы уже можемъ имѣть передъ собой періодъ паралича къ тому времени, когда раненый поступаетъ въ лазаретъ. Возможно, что это слѣдуетъ принять во вниманіе и при разсмотрѣніи указаній von Oettingen'a. Наблюденія сдѣланы имъ на сортировочномъ пунктѣ въ Мукденѣ, т. е. очень близко отъ поля сраженія, въ силу чего сюда, конечно, еще доставлялись живыми и самые тяжелые случаи. — Kocher[1]) рекомендуетъ при оцѣнкѣ явленій со стороны пульса, какъ симптома мозгового давленія, въ случаяхъ, сопровождающихся контузіей мозга, удѣлять вниманіе наблюденію температуры. При повышенной температурѣ пульсъ, незамедленный абсолютно, всё-таки можетъ быть замедленнымъ относительно (не совпадать съ повышеніемъ температуры).

Помимо только что указаннаго обстоятельства мы знаемъ, какъ я постарался показать выше, что существуютъ нѣкоторыя условія, которыя допускаютъ возможность отсутствія замедленнаго пульса при compressio cerebri, какъ послѣдствія огнестрѣльнаго раненія.

Какъ извѣстно и уже приведено раньше, симптомы огнестрѣльнаго поврежденія черепа и мозга обусловливаются, кромѣ контузіи и сдавливанія (compressio) еще и сотрясеніемъ мозга. Во всякомъ случаѣ послѣднее, какъ по-

1) l. c. pag. 228, 229.

слѣдствіе выстрѣла въ черепъ, можетъ играть далеко не малую роль въ появленіи различныхъ симптомовъ. — Kocher[1]) считаетъ дѣйствіе выстрѣла на мозгъ типичнымъ сотрясеніемъ въ смыслѣ вызваннаго имъ „остраго мозгового давленія“ (akuter Hirndruck resp. akute Hirnpressung). — Kocher приводитъ опыты Horsley'a и Kramer'a[2]), прострѣливавшихъ животнымъ черепа при начальной скорости пули отъ 200—300 метровъ. При этомъ констатировано, что часто сердечная дѣятельность не подвергалась никакимъ измѣненіямъ. Напротивъ въ другихъ опытахъ характерный пульсъ говорилъ за раздраженіе центра блуждающаго нерва. Horsley и Kramer стрѣляли въ черепъ животныхъ съ предварительно удаленной частью верхней черепной капсулы (теменныя и затылочныя кости) и подрѣзанной твердой оболочкой. Выстрѣлъ не оказывалъ никакого вліянія на medullam oblongatam, но при этомъ мозгъ выбрасывался наружу. Этими опытами и прямымъ измѣреніемъ Н. и К. доказали, по мнѣнію Kocher'a, что дѣло шло о внезапномъ усиленіи внутри-черепного давленія. — Замедленіе пульса констатировалось и тогда, если поврежденіе влекло за собою болѣе обширное кровоизліяніе, т. е. если къ сотрясенію присоединялось еще сдавливаніе мозга.

Cirle нашелъ (по Kochery[3]) въ своихъ опытахъ надъ огнестрѣльными поврежденіями черепа — то ясно выраженное замедленіе, то ускореніе пульса. — Замедленіе пульса наблюдалъ и Polis[4]). При наивозможно большей начальной скорости Р. видѣлъ ускореніе пульса, которое онъ частью приписываетъ параличу блуждающаго нерва, частью раздраженію акцелераторныхъ нервовъ, въ виду того, что указанное явленіе обнаруживается послѣ перерѣзыванія vagus'a, но отнюдь не послѣ перерѣзыванія шейной части спинного мозга.

Принимая измѣненія пульса послѣ выстрѣла въ черепѣ частью какъ симптомъ сотрясенія мозга, слѣдуетъ еще объяснить почему названныя измѣненія возникаютъ не каждый разъ. Въ случаѣ отсутствія характерныхъ явленій со стороны

1) l. c. pag. 270, 271.
2) ibidem.
3) l. c. pag. 351.
4) По Kocher'y l. c. pag. 385.

Таблица № 16.
Измѣненія со стороны пульса.

Родъ раненія.	I. Раннія наблюденія				II. Поздніе наблюденія				III. Случаи инфицирован. и подозрит. въ отнош. инфекц.					Число использованныхъ случаевъ	Общее число случаевъ.
	a.	b.	c. и d.		a.	b.	c. и d.		a.	b_1.	b_2.	c. и d.			
	Пульсъ замедленъ 42—58.	Пульсъ замедленъ 60—68.	Пульсъ не замедленъ		Пульсъ замедленъ 42—58.	Пульсъ замедленъ 60—68.	Пульсъ не замедленъ		Пульсъ замедленъ 42—58.	Пульсъ замедленъ 60—68.	Пульсъ замедленъ относительно.	Пульсъ не замедленъ			
			до операціи.	послѣ операціи.			до операціи.	послѣ операціи.				до операціи.	послѣ операціи.		
Тангенціальныя . .	4	—	2	8	5	6	—	2	19	4	14	10	10	84	165
Сегментальныя . .	—	—	—	—	3	1	2	1	2	1	4	3	2	19	39
Діаметральныя . .	1	1	—	—	4	2	1	1	2	1	1	2	2	18	32
Застрявшія пули .	2	—	—	2	1	4	1	2	8	3	8	—	3	34	61
Ранен. основ. черепа	—	—	—	—	1	2	2	—	—	1	—	1	1	8	17
Орбито-темпоральн.	—	—	—	—	1	4	—	—	1	—	2	1	—	9	26

№№ I. a. (29), 32, 39, 270—(171)—203, 319. **I. b.** 170. **I. c.** 28, 277.
№№ I. d. 24, 38, 40, 42, 264, 265, 269, 271—204, 317.
№№ II. a. (2), 10, (22), (272), 280—124, (134), 141—155, 163, 164, 169—189—224—237.
№№ II. b. 3, 15, 56, 82, 257, 281—120—160, 161—190, 191, 207, 306—218, **227***, 236, 242, 337, 339.
№№ II. c. 117, 123—165—192—216, 223. **II. d.** 23, **84***—142—173—312, 313.
№№ III. a. 18, 37, (58), 59, 65, 66, 67, 70, 72, (73), 74, 78, 80, 81, **88***, 93, (111), (288), (295)—133, (137)—177, 178—188, 200, 205, 206, (212), 307, (327), (328)—246.
№№ III. b_1. 20, 36, 63, **114***—125—162—187, 199, 213—217.
№№ III. b_2. 60, 61, 69, 76, 94, 95, 97, 99, 100, 102, 107, 115, 259, 261—148, 151, 152, 153—179—201, 202, 211, 214, 215, 309, 330, 336—245, 254.
№№ III. c. 16, 62, 92, 101, 103, 109, 262, 289, 293, 302—140, 146, **305***—**180***, 182—226—238.
№№ III. d. 43, **75***, 77, 79, **87***, 98, 108, 116, 287, 294—132—145—181, 185—325, 326, 335—232.

Объясненіе знаковъ: * позднее наблюденіе (мѣсяцъ и болѣе послѣ раненія), ( ) не имѣется точныхъ данныхъ о числѣ ударовъ пульса.

Примѣчаніе: Неопредѣленные случаи, у которыхъ имѣются данныя относительно пульса, не вошли въ составъ этой таблицы.

пульса мы должны допустить, что толчекъ не распространился до продолговатаго мозга [1]). Послѣднее особенно понятно при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ. Мы знаемъ, что дѣйствіе толчка распространяется не равномѣрно во всѣ стороны, а главнымъ образомъ по направленію выстрѣла, благодаря чему сотрясаемыя области мѣняются соотвѣтственно положенію огнестрѣльнаго канала.

Разсматривая нашъ матеріалъ по отношенію измѣненій пульса, главнымъ образомъ, замедленія послѣдняго, мы должны раздѣлить всѣ случаи на три группы. — Къ первой группѣ (см. таблицу № 16) принадлежатъ наблюденія, сдѣланныя въ день раненія, можетъ быть, черезъ нѣсколько часовъ послѣ него. Ко второй я причисляю всѣ случаи, поступившіе позже въ лазареты, о болѣе или менѣе непосредственномъ состояніи пульса которыхъ послѣ раненія мы не имѣемъ точныхъ свѣдѣній. Наконецъ, третью группу составляютъ случаи, обнаружившіе инфекцію, или тѣ, въ которыхъ можно было предположить, съ большой вѣроятностью, таковую. Инфицированные случаи занимаютъ особое положеніе въ томъ смыслѣ, что воспалительные процессы (менингитъ, энцефалитъ и образованіе абсцесса) могутъ вліять на пульсъ. Кромѣ того въ такихъ случаяхъ первичныя измѣненія пульса трудно отдѣлить отъ вторичныхъ, вызванныхъ только что указанными процессами.

На таблицѣ № 16 приведены тѣ 172 случая поврежденій оболочечной пулей и частями артиллерійскихъ снарядовъ (одно поврежденіе револьверомъ), въ которыхъ имѣлись данныя о пульсѣ. Случаи эти распредѣлены въ приведенныхъ группахъ по роду раненія и по скорости пульса. По скорости пульса случаи каждой группы распадаются еще на три (I и II) resp. на четыре (III) подраздѣленія. Значительно замедленнымъ я считалъ пульсъ отъ 42–58 (подраздѣленіе a), небольшое замедленіе опредѣлялъ при 60—68 (подраздѣленіе b). Третье подраздѣленіе (c. и d.) составляютъ наблюденія съ незамедленнымъ пульсомъ; сюда отнесены и случаи съ ускореніемъ пульса. — Въ третьей группѣ пришлось сдѣлать еще одно подраздѣленіе (b_2) — случаи съ относительно замедленнымъ пульсомъ (см. стр. 105).

1) Kocher: l. c. pag. 328.

Группа I. a. и b. табл. № 16. — Особенно интересенъ здѣсь случай № 170, гдѣ, несмотря на продольное раненіе въ лобно-затылочномъ направленіи, не замѣчалось значительнаго замедленія пульса (60). Въ то же время въ случаяхъ №№ 39, 270, 319, имѣвшихъ относительно болѣе легкія поврежденія (2 тангенціальныхъ раненія, одно — съ застрявшей пулей) замедленіе доходило до 48—52. Въ трехъ названныхъ случаяхъ, кромѣ вторженія въ мозгъ посторонних тѣлъ (вдавленіе кости, пуля) увеличивающимъ давленіе моментомъ явилось значительное кровоизліяніе (№№ 39, 319). По удаленіи послѣдняго и постороннихъ тѣлъ число ударовъ пульса повысилось (сравн. также случай № 169).— l. c. Изъ всѣхъ здѣсь приведенныхъ случаевъ только два касаются интересующаго насъ вопроса (№№ 28, 277). Въ остальныхъ рано поступившихъ случаяхъ, незамедленный пульсъ зарегистрированъ уже послѣ произведенной операціи. Тѣмъ болѣе заслуживаютъ вниманія названные два случая. Пульсъ, характеризующій мозговое давленіе, здѣсь не обнаруживался. Наоборотъ въ № 277 пульсъ былъ даже ускоренъ. Въ обоихъ дѣло шло о довольно обширныхъ тангенціальныхъ раненіяхъ черепного свода съ относительно большими наружными ранами. Весьма возможно, что такое состояніе раны способствовало выравниванію внутри черепного давленія, являвшагося слѣдствіемъ кровоизліянія. — Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ замѣтить, что на восемь случаевъ первичнаго замедленія пульса, въ двухъ — послѣднее отсутствовало, какъ это видно изъ таблицы № 16 I. a. и b.

Группа II. a., b. и c. № 16. Въ случаяхъ, поступившихъ подъ наблюденіе уже съ значительнымъ замедленіемъ пульса нѣсколько дней послѣ раненія, послѣднее обычно не продолжалось дольше двухъ недѣль. Это подтверждаютъ кривыя случаевъ №№ 124, 155, 163, 164, въ которыхъ мы имѣемъ дѣло съ тяжелыми, глубоко-проникающими раненіями: одно сегментальное и три діаметральныхъ. Особенно наглядны кривыя діаметральныхъ раненій №№ 163, 164. Онѣ указываютъ, что черезъ двѣ недѣли пульсъ снова пришелъ въ норму. — Такое относительно быстрое повышеніе пульса до нормальной скорости мы наблюдали также и въ цѣломъ рядѣ другихъ случаевъ*). Это обстоятельство

*) №№ 2, 10, 82, 160, 161, 191, 207, 237.

частью и объясняетъ большое количество случаевъ (18), поступившихъ подъ наблюденіе безъ значительнаго замедленія пульса. На указанные 18 случаевъ приходится только 11 (II. а.) съ значительнымъ замедленіемъ. Изъ кривыхъ №№ 160, 161, 207, 306 слѣдуетъ, насколько непродолжительны и незначительны могутъ быть измѣненія со стороны пульса при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа. Разсмотрѣвъ кривыя двухъ аналогичныхъ діаметральныхъ косыхъ раненій №№ 160 и 161, мы увидимъ, что, начиная съ пятаго дня послѣ раненія минимумъ числа ударовъ равняется 64 и то лишь изрѣдка. Подобную же картину мы имѣемъ въ двухъ случаяхъ съ застрявшими пулями №№ 207, 306. Но намъ неизвѣстно, не имѣлось ли ясно выраженное замедленіе пульса въ самомъ началѣ. Усиливающіе давленіе моменты — кровоизліянія и т. д. — не могли быть особенно значительными. Кромѣ того въ случаѣ № 207 при застрявшей оболочечной пулѣ дефектъ въ кости несомнѣнно содѣйствовалъ выравниванію давленія. — Слѣдуетъ еще упомянуть о поздно сданныхъ случаяхъ (II. с.) №№ 117, 165, въ которыхъ не констатировалось никакого замедленія пульса. Именно послѣдній изъ нихъ (№ 165) — діаметральное поперечное раненіе — на пятый день post traumat уже не проявлялъ болѣе никакого замедленія. Остальные, относящіеся сюда, случаи не представляютъ особаго интереса, такъ какъ прошло слишкомъ много времени послѣ раненія (№№ 123, 192 и 227 и два раненія основанія черепа №№ 216, 223).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа и мозга, считаемыхъ на основаніи клиническихъ явленій нефицированными, для характеристики пульса слѣдуетъ замѣтить, что зачастую обнаруживались колебанія въ частотѣ пульса*). Пульсъ, который послѣ раненія былъ болѣе или менѣе замедленнымъ, въ дальнѣйшемъ теченіи то становился нормальнымъ, то ускореннымъ или же снова замедлялся (сравн. напр. кривую № 163). — Указанныя колебанія пульса существуютъ совершенно независимо отъ колебаній температуры. Возможно, что они зависятъ отъ колебаній внутри-черепного давленія. Послѣднія обусловливаются, вѣроятно, увеличеніемъ и уменьшеніемъ

*) Сравн. кривыя №№ 123, 124, 155, 160, 163, 164, 191, 207.

прилива крови въ окрестности ушибленной области. По v. Bergmann'y [1]) подобныя же колебанія въ частотѣ пульса наблюдаются и при мозговыхъ абсцессахъ въ противоположность къ непрерывному усиленію симптомовъ при опухоляхъ мозга. Вліяніе, которое оказываетъ дебридированіе, въ смыслѣ уменьшенія мозгового давленія, видно въ цѣломъ рядѣ случаевъ *). Во всѣхъ нихъ пульсъ послѣ операціи учащался. Здѣсь мы приведемъ еще и случаи, отмѣченные въ рубрикахъ I. d. и II. d. таблицы № 16, гдѣ послѣ дебридированія не констатировалось замедленія пульса.

На основаніи приведенныхъ наблюденій мы можемъ слѣдующимъ образомъ модифицировать выставленное Hildebrandt'омъ положеніе (см. стр. 103). При благополучно протекающихъ раненіяхъ на далекихъ дистанціяхъ („Fernschüsse“) замедленіе пульса иногда можетъ длиться недѣлями, но его никоимъ образомъ нельзя выставлять въ качествѣ „conditio sine qua non“.

Группа III. Таблица № 16. Мы видимъ, что большое количество случаевъ съ замедленнымъ пульсомъ при инфицированныхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа соотвѣтствуетъ большому количеству инфекцій при этихъ поврежденіяхъ вообще. 71 случай съ замедленнымъ пульсомъ при инфицированныхъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа приходится на 41 случай двухъ другихъ рубрикъ I. и II.

Бросается въ глаза большое число наблюденій съ значительнымъ замедленіемъ пульса. Если мы къ послѣднимъ причислимъ и часть случаевъ съ относительно-замедленнымъ пульсомъ **), то получится и абсолютное преобладаніе этихъ наблюденій. Послѣднее является легко объяснимымъ ввиду того, что къ первичнымъ моментамъ, усиливающимъ внутри-черепное давленіе: какъ кровоизліяніе, вторженіе постороннихъ тѣлъ и т. д., теперь еще присоединяются продукты воспаленія, какъ факторы, уменьшающіе вмѣстимость полости черепа. По мнѣнію Bullard'a [2]) вообще усиленное

1) „Chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten.“ 1899.

*) №№ 22, 32, 39, 134, 141, 169, 203, 207, 270, 319.

**) №№ 99, 100, 107, 148, 151, 152, 153, 179, 201, 214, 215, 254, 259, 261, 330, 336.

2) „Increase of intradural pressure“. . . Boston med. jour. 1898. № 12.

мозговое давленіе значительно рѣже обусловливается кровотеченіями, чѣмъ интра-менингеальными эксудатами и отеками мозга. Точно также и Hildebrandt указываетъ на слѣдующее обстоятельство. По его мнѣнію, при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа кровоизліянія, противъ ожиданія, рѣдко бываютъ настолько велики, чтобы обусловить значительное усиленіе давленія благодаря тому, что пулевыя отверстія дѣлаютъ возможнымъ выравниваніе его. — Среди нашихъ наблюденій, гдѣ имѣются свѣдѣнія объ измѣненіяхъ пульса, я нашелъ только восемь случаевъ*), въ которыхъ даны указанія на присутствіе обильнаго кровоизліянія. Правда, въ половинѣ изъ этихъ случаевъ мы можемъ считать кровоизліяніе главнымъ факторомъ, усиливающимъ давленіе (№№ 39, 42, 169, 319). Присоединяются-ли въ другихъ случаяхъ еще вторичныя причины (инфекція) — этотъ вопросъ придется оставить безъ отвѣта.

Но не каждое инфицированное огнестрѣльное раненіе мозга должно непремѣнно вести за собою замедленіе пульса. Это хорошо иллюстрируютъ кривыя № 109 и № 140, — двухъ раненыхъ, оперированныхъ на основаніи коркового абсцесса, а также и исторія болѣзни № 62.

Въ случаяхъ, окончившихся смертельно число ударовъ пульса къ концу значительно повышается (35)**) — (параличъ центра блуждающаго нерва). — Только въ немногихъ случаяхъ (2) пульсъ остался замедленнымъ до самой смерти (№№ 18, 200). Смерть наступала внезапно, оба раза, вѣроятно, какъ слѣдствіе прорвавшагося въ мозговой желудочекъ энцефалитическаго очага.

Резюмируя въ заключеніе выводы изъ теоретическихъ соображеній и практическихъ наблюденій, мы приходимъ къ слѣдующимъ положеніямъ:

а) не каждое огнестрѣльное черепно-мозговое раненіе влечетъ за собой замедленіе пульса. Но случаи съ замедленіемъ пульса являются преобладающими.

*) №№ 37, 39, 42, 81, 133, 169, 205, 319.

**) №№ 20, 93, 95, 97, 99, 100, 114, 115, 148, 151, 152, 153, 211, 212, 214, 215, 246, 254, 336.

№№ 16, 92, 98, 101, 103, 108, 109, 116, 145, 146, 182, 185, 232, 262, 302, 335.

b) Замедленіе пульса при выживающихъ случаяхъ обычно не бываетъ особенно значительнымъ и продолжительнымъ (около двухъ недѣль). — Часто происходятъ колебанія въ скорости пульса.

c) Воспалительныя явленія, сопровождающія инфекцію мозговой раны, играютъ важную роль въ развитіи замедленія пульса. Они то, главнымъ образомъ, и обусловливаютъ наиболѣе ясно выраженное замедленіе его.

Измѣненія со стороны температуры.

Въ нашихъ случаяхъ мы можемъ съ большой вѣроятностью объяснить измѣненія со стороны температуры, большею частью, инфекціею, принимая во вниманіе большую склонность огнестрѣльныхъ раненій черепа къ зараженію.

Нѣкоторыя наблюденія могутъ всё-таки навести на мысль о такъ называемой „асептической лихорадкѣ“; сравн., напримѣръ, исторіи болѣзни и кривыя №№ 124, 164, но число такихъ наблюденій очень невелико.

Случаевъ гипертермін въ теченіе первыхъ часовъ послѣ раненія, вслѣдствіе поврежденія термо-регулирующихъ центровъ, въ нашемъ матеріалѣ не имѣется.

Предсмертное значительное повышеніе температуры хорошо иллюстрируется кривыми №№ 95, 100, 246, 254.

Упомянемъ еще случаи №№ 142 и 257, въ которыхъ наблюдалась поразительно низкая температура до 35,5. Послѣдняя, вѣроятно, можетъ быть объяснена коллапсомъ и не имѣетъ ничего общаго съ поврежденіемъ мозга, какъ таковымъ.

Измѣненія со стороны дыханія.

Между нашими случаями имѣется очень мало свѣдѣній объ измѣненіяхъ со стороны дыханія. У одного раненаго (№ 164) съ лобно-затылочнымъ діаметральнымъ раненіемъ жалобы на затрудненное дыханіе совпали съ временнымъ усиленіемъ другихъ симптомовъ давленія, между прочимъ, съ замедленіемъ пульса. Ускоренное сначала при начинающемся мозговомъ давленіи дыханіе переходитъ въ

замедленіе по мѣрѣ усиленія давленія. Такое явленіе можеть наступить внезапно. Напримѣръ, въ случаѣ № 20, гдѣ произошло, по всей вѣроятности, прободеніе энцефалита въ мозговой желудочекъ съ внезапной потерей сознанія, стерторознымъ, глубокимъ дыханіемъ и быстро наступившей смертью.

Въ четырехъ другихъ, окончившихся смертельно случаяхъ №№ 103, 116, 211, 214 мы видѣли къ концу дыханіе типа Cheyne-Stokes. Послѣдній симптомъ считается по справедливости весьма неблагопріятнымъ. Во всѣхъ четырехъ случаяхъ у нашихъ раненыхъ имѣлись тяжелыя инфицированныя поврежденія.

Разстройства со стороны двигательной сферы.

Моторные параличи.

Среди 340 раненій оболочечной пулей и частями артиллерійскихъ снарядовъ, съ поврежденіями кости мы наблюдали 131 случай двигательныхъ разстройствъ центральнаго происхожденія. Присоединяя къ нимъ еще 14 случаевъ периферическихъ поврежденій nervi facialis, мы получаемъ крупную цифру въ 145 случаевъ пареза и паралича лица и конечностей, какъ слѣдствіе раненія черепа*).

Сначала обратимся къ двигательнымъ разстройствамъ центральнаго происхожденія.

Какъ и слѣдовало ожидать, бо́льшая часть двигательныхъ разстройствъ приходится на тѣ случаи, гдѣ наружныя раны лежали въ теменной области и, такимъ образомъ, могла быть задѣта моторная зона. Болѣе половины всѣхъ раненій, поражающихъ исключительно теменную область — изъ 109—69 — обнаруживали параличи или парезы (сравн. табл. № 4, стр. 14 общей части). Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ наружныя раны и, по всей вѣроятности, пулевой каналъ находились далеко отъ „моторной области“ мозговой коры, напримѣръ, при лобно-затылочномъ раненіи № 170, при повреждении затылочной области № 179, основанія черепа

*) Среди неопредѣленныхъ случаевъ имѣется только одинъ, гдѣ указана наличность параличей (№ 373) (Рука и n. facialis d.).

Таблица № 17.

Случаи, въ которыхъ наблюдались моторныя разстройства:

Наружныя раны находились въ слѣдующихъ областяхъ:

Regiones:	Параличи.	Полу-параличи.	Общее число.
Regio parietalis	46	23	69
„ temporo-parietalis	6	—	6
„ fronto-parietalis	8	4	12
„ parieto-occipitalis	10	3	13
„ orbito-parietalis	—	1	1
„ temporo-occipitalis	3	1	4
„ fronto-temporalis	1	—	1
„ fronto-occipitalis	4	—	4
„ frontalis	2	1	3
„ temporalis	2	10	12
„ occipitalis	—	2	2
„ basilaris	2	2	4

№№ 219, 223, — мы можемъ объяснить сопутствующіе параличи или парезы разстройствами въ области моторныхъ путей въ мозгу или въ medulla oblongata, вблизи которыхъ проходилъ пулевой каналъ. Въ другихъ же случаяхъ, какъ, напримѣръ, №№ 222 и 325, намъ остается прибѣгнуть къ объясненію, приведенному Hildebrandt'омъ. Hildebrandt[1]) указываетъ, что при огнестрѣльныхъ раненіяхъ пулями малаго калибра, часто наступаютъ, впослѣдствіи проходящіе, параличи, которые невозможно объяснить положеніемъ наружныхъ ранъ. Такіе параличи Н. объясняетъ сотрясеніемъ мозговой ткани, вслѣдствіе внезапнаго толчка отъ выстрѣла. Но, конечно, возможно иногда объяснить описанные параличи и проявляющимся впослѣдствіи отдаленнымъ воздѣйствіемъ со стороны поврежденной области (Diaschisis — v. Monakow'a).

Къ этому вопросу я еще возвращусь при обсужденіи коллатеральныхъ и скрещенныхъ параличей.

1) l. c. pag. 74.

Таблица № 18.

Случаи съ параличами распредѣлялись по роду оружія:

Родъ оружія:	Паралич.	Полупаралич.	Общее число случаевъ соотвѣтств. рода раненій.	
			Общее число	
Раненія оболочечной пулей	въ 66 случ.	въ 32 случ.	98	254
Раненія артилл. снарядомъ	„ 18 „	„ 15 „	33	86
Общее число . .	84	47	131	340

Изъ таблицы № 18 видно, что въ общемъ двигательныя разстройства при раненіяхъ оболочечной пулей и артиллерійскими снарядами встрѣчались, повидимому, одинаково часто. Для первыхъ число параличей равнялось 38,5 % общей суммы, для вторыхъ — 38,3 %. Зато, парезы наблюдались при поврежденіяхъ артиллерійскими снарядами чаще, чѣмъ при раненіяхъ оболочечной пулей. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ еще обратить вниманіе на то обстоятельство, что между случаями, имѣющими параличи, встрѣчаются и такіе, которые, кромѣ паралича одной части тѣла, обнаруживаютъ еще парезы въ другой. Такъ среди 66 параличей одной части тѣла при раненіяхъ оболочечной пулей мы находимъ въ шести случаяхъ еще и парезы другихъ частей. Точно также между 18 параличами при артиллерійскихъ раненіяхъ въ 4-хъ случаяхъ констатированы одновременно и парезы. Считая всѣ указанные случаи вмѣстѣ, предварительно отбросивши поздніе наблюденія, мы все-таки придемъ къ заключенію, что число парезовъ при артиллерійскихъ поврежденіяхъ больше, чѣмъ при раненіяхъ оболочечной пулей. Это обстоятельство могло-бы найти себѣ объясненіе въ болѣе интенсивномъ воздѣйствіи силы при раненіяхъ оболочечной пулей, а потому и въ существованіи болѣе многочисленныхъ и мелкихъ осколковъ кости. Благодаря этому поврежденіе охватываетъ бо́льшую область и нарушаетъ функціи болѣе обширныхъ частей мозга.

Слѣдующая таблица (19) показываетъ численность параличей и парезовъ при различныхъ родахъ раненій.

Таблица № 19.

Родъ ранения:	Параличи		Полу-параличи		Общее число		Общее число случ. соотвѣтств. рода раненій	
	об. п.	арт. с.	об. п.	арт. с.	об. п.	арт. с.	об. п.	арт. с.
Тангенціальныя	33	13	19	9	52	22	116	49
Сегментальныя	15	—	3	—	18	—	37	2
Діаметральныя	9	—	2	—	11	—	32	—
Ран. съ застр. пул.	7	5	6	6	13	11	30	31
Ран. основан. черепа	2	—	2	—	4	—	17	—
Орбито-темпоральныя раненія .	—	—	—	—	—	—	22	4

Выше приведенная таблица интересна для насъ въ томъ отношеніи, что данныя въ ней цифры частью гармонируютъ съ цифровыми же данными въ составленной Stevenson'омъ таблицѣ. Матеріаломъ для послѣдней послужили огнестрѣльныя раненія черепа, наблюдаемыя въ южно-африканскую войну. Употребляя номенклатуру Stevenson'а, мы получимъ:

по Stevenson'у:		по нашему матеріалу:	
на 60 тангенціальныхъ раненій	35 параличей	на 165	— 74
на 12 проникающихъ . .	5 „	„ 61	— 24
„ 61 прободающихъ . .	33 „	„ 88*)	— 33

Обратившись теперь къ нашей таблицѣ № 19, мы увидимъ, что самое большое количество параличей приходится на тангенціальныя раненія, а самое меньшее на поврежденія основанія черепа. Первое обстоятельство для насъ вполнѣ ясно въ виду того, что плоская теменная область является наиболѣе часто излюбленнымъ мѣстомъ для тангенціальныхъ раненій. Зато поразительнымъ является относительно незначительное количество параличей при діаметральныхъ раненіяхъ. Хотя здѣсь обыкновенно наблюдается и менѣе обширное поврежденіе кости чѣмъ при другихъ видахъ раненій,

*) 26 орбито-темпоральныхъ поврежденій, не обнаружившія параличей, здѣсь не считаются.

Табли

ца II. a.

Обзоръ раненій, сопровождавшихся парали чами конечностей и лицевого нерва (facialis).

Родъ паралича.		Diplegia.				Hemiplegia totalis.		Hemiplegia										Monoplegia facialis.		Monoplegia extrem. sup.					Monoplegia extrem. inf.		Paraplegia extrem. inf.	
Родъ раненія.		Тангенціальныя.	Сегментальныя.	Діаметральныя.	Застрявшія пули.	Тангенціальныя	Застр. пули.	Тангенціальныя.	partialis. Сегментальныя.	partialis. Діаметральныя.	partialis. Застр. пули.	Basis.						Тангенц.	Сегмент.	Тангенц.	Сегмент.	Діаметр.	Застр. п.	Basis.	Тангенц.	Діаметр.	Тангенц.	
Мѣсто располож. наружн. раненій.																												
Regio parietalis	об. пули.	59 кромѣ пр. руки. 98 кромѣ пр. руки.	127 кромѣ лѣв. руки.	156 кромѣ пр. руки.	(215)	(28) d. III. 54 s. (61) d. 106 d.	—	(5) d. 37 d. (47) d. (48) d. (62) d. (80) s. I. (81) s. (82) d. (84) s. 93 d. 96 d. 108 d. 115 d. 102 d. II.	128 d. 135 d.	181 d.	(192) d.	--	110 s. **	—	(78) d. III. 105. d. III.	(130) d.	—	(209) d.	—	116 d.	(163) s. **	72 I. **	—
	арт. с.	(260) кромѣ лѣв. руки.	*	—	—	—	328 III. 336 s. b.)	263 d. 278 d. I.* (279) s. 286 d. 298 s. 299 s. 303 d.	—	—	333 d. I. *		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regio temporo-parietalis	о. п.	—	—	—	—	—	—	(35) d. 58 s.	136 s.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	а. с.	—	—	—	—	—	327 III.	265 d. (266) s.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regio fronto-parietalis	об. п.	—	—	—	—	—	—	41 d.	(129) s. 142 s. 143 d. 153 d. **	(173) s.	—	—	—	—	—	149 s. a)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	а. с.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	301 d.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regio parieto-occipitalis	об. п.	—	—	—	—	—	203 s. III.	36 s.	121 d. I.* (133) d. 134 s. I. 139 s.	(159) d.	—	—	—	—	—	(131) d.	—	—	—	(39) d.	—	—	—	—	—	—
	а. с.	—	—	—	—	—	—	272 s. I.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regio temporo-occipitalis	о. п.	—	—	—	—	—	(208) s. I.*	(43) d.	—	(172) s. I.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regio fronto-occipitalis	о. п.	—	—	(164)**	—	—	—	34 d.	—	(176) s.	—	—	—	—	—	—	170 s.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regio fronto-temporalis	а. с.	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	294 s.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regio frontalis	о. п.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	214 s. **	—	113 d.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regio temporalis	о. п.	—	—	—	—	—	(206) d.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	а. с.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	314 s. I.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regio basilaris	о. п.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	223 s.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	(219) d. II.	—	—	—	—	—

Примѣчанія:

I. кромѣ паралича, парезъ.
II. коллатеральный параличъ.
III. скрещенный параличъ (facialis).

* Позднее наблюденіе.
** Поздній параличъ.

a) и параличъ nerv. facialis sin.
b) поздній параличъ nerv. facialis.
( ) = параличъ проходитъ.

s. = sinistra.
d. = dextra.

Табли-

Обзоръ раненій, сопровождавшихся парезами

Родъ пареза.		Hemiparesis totalis.	Hemiparesis partialis.			Monoparesis		
Родъ раненія.		Тангенціальныя	Тангенціальныя.	Діаметральныя.	Застр. пули.	Тангенціальныя	Сегмент.	Діаметральныя.
Мѣсто расположк. наружн. раненій.								
Regio parietalis	об. п.	(2) s.	6 d. 11 d. * (55) s. (75) d. 86 s. 92 s. II. 99 s.	—	—	15 d. *	—	—
	а. сн.	—	(268) s. (281) d. (283) s. (302) s.	—	313 s. (317) d.	—	—	—
Regio frontoparietalis	об. п.	—	(65) s.	—	—	—	150 d.	—
Regio parietooccipitalis	об. п.	—	—	—	—	—	—	(177) d. ** b)
Regio orbitoparietalis	об. п.	—	—	—	—	—	—	—
Regio temporooccipitalis	об. п.	—	(29) s.	—	—	—	—	—
Regio frontalis	а. сн.	—	(259) d.	—	—	—	—	—
Regio temporalis	об. п.	(10) d.	—	—	—	60 d.	—	—
	а. сн.	—	(280) d. 282 s. (295) d. 297 d.	—	(316) s.	—	—	—
Regio occipitalis	об. п.	—	—	179 d. II.	—	—	—	—
	а. сн.	—	—	—	—	—	—	—
Regio basilaris	об. п.	—	—	—	—	—	—	—

Примѣчанія:

II. коллатеральный парезъ.

III. скрещенный парезъ (facialis).

* позднее наблюденіе.

** поздній парезъ.

ца II. b.
конечностей и лицевого нерва (facialis).

facialis.		Monoparesis extrem. sup.			Monoparesis extrem. infer.		Paraparesis extrem. inferior.		
Застр. пули.	Basis.	Тангенціальныя.	Сегментальныя.	Застр. пули.	Тангенціальныя	Застр. пули.	Сегментальныя.	Застр. пули.	Basis.
—	—	13 d. 50 s. III. (64) s. 66 s. a)	—	(207) d.	1 d.	198 s. *	—	—	—
—	—	—	—	331 s. *	—	—	—	—	—
—	—	—	123 d.	—	—	—	148 **	—	—
—	—	12 s. * II.	—	—	—	—	—	(205)	—
—	—	—	—	204 s.	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	191 d. a) 196 s. *	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	(320) d.	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
325 s.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	(227) d.	—	—	—	—	—	—	—	(222)

Примѣчанія:

a) = парезъ nerv. facialis.
b) поздній парезъ nerv. facialis.
( ) = парезъ проходитъ.
s. = sinistra.
d. = dextra.

но путь, проложенный пулей въ мозгу, обычно очень длиненъ, отсюда и весьма вѣроятно поврежденіе моторныхъ путей при ихъ прохожденіи черезъ большой мозгъ. Сравнительную малочисленность такихъ поврежденій мы все-таки должны приписать малому калибру оболочечныхъ пуль.

На таблицѣ № II. a. и b. приведены различные виды параличей, которые наблюдались въ нашихъ случаяхъ. — Чаще всего мы находили частичную гемиплегію (гемиплегія только однѣхъ конечностей) — 51 и гемипарезы — 22. Повидимому, значительно рѣже встрѣчаются полныя гемиплегіи [параличи конечностей и лица (facialis)]. Среди нашего матеріала мы видѣли десять относящихся сюда случаевъ параличей и два пареза. Полныя диплегіи рѣдки — 2. Моноплегіи нижней конечности имѣлись въ трехъ случаяхъ, въ столькихъ-же — монапарезы. Моноплегіи верхней конечности наблюдались восемь, монапарезы — одиннадцать разъ; сюда причислены также и случаи, гдѣ поражены рука и n. facialis. — (См. таблицу II.). — Кромѣ того пришлось наблюдать пять случаевъ моноплегіи лицевого нерва и шесть монопареза того же самаго нерва. — Диплегіи наблюдались, главнымъ образомъ, при раненіяхъ оболочечной пулей, только въ одномъ случаѣ имѣлось поврежденіе шрапнелью. Обычно мы имѣли дѣло съ такими поврежденіями, гдѣ пулевой каналъ проходилъ черезъ оба полушарія. Рѣже имѣлись односторонніе раненія вблизи отъ средней линіи. (№№ 72, 260). Полные параличи всѣхъ четырехъ конечностей (diplegia totalis) встрѣчались весьма рѣдко. Мы видѣли ихъ, какъ уже выше упомянуто, только въ двухъ случаяхъ. Въ одномъ изъ нихъ дѣло шло несомнѣнно о позднемъ параличѣ. Трудно установить, что именно служило причиной такого паралича: кровоизліяніе или отекъ въ области лежащихъ близко отъ пулевого хода моторныхъ центровъ. — Чаще наблюдалась параплегія или парапарезъ обѣихъ ногъ и одной руки. Это обстоятельство легко объяснимо близкимъ сосѣдствомъ центровъ движеній обѣихъ нижнихъ конечностей и болѣе далекимъ разстояніемъ между корковыми центрами для верхнихъ конечностей. Поврежденіе мозговой коры должно быть уже очень обширнымъ для того, чтобы охватить собой моторныя зоны обоихъ полушарій.

Уже раньше указано, насколько чаще въ нашемъ матеріалѣ отмѣчались гемиплегіи, распространяющіяся только на обѣ конечности одной стороны, въ сравненіи съ односторонними параличами, при которыхъ затронутъ и лицевой нервъ. — Центры движенія руки и ноги лежатъ, какъ извѣстно, близко одинъ къ другому въ моторной зонѣ коры. Къ центру руки прилегаетъ двигательный центръ лица (область головы) въ оперкуларной области передней центральной извилины и у основанія второй и третьей фронтальной извилины (v. Monakow, Nimier). — Согласно указаніямъ авторовъ, ближе къ центру руки лежитъ центръ верхней вѣтви лицевого нерва, далѣе книзу — центръ нижней вѣтви этого же нерва. Но дѣйствіе центра для верхняго лицевого нерва двустороннее (лобъ, глазъ), т. е. каждое полушаріе обслуживаетъ обѣ стороны и такимъ образомъ можетъ отчасти замѣщать функцію другой стороны при поврежденіяхъ. Благодаря этому при неточномъ изслѣдованіи можно легко проглядѣть пониженіе функціи данной стороны (Nimier). Напротивъ нижній центръ лицевого нерва (ротъ) болѣе удаленъ отъ центра руки, вслѣдствіе чего при поврежденіяхъ послѣдняго часто не бываетъ задѣтъ первый. Если же центръ нижняго facialis'a претерпѣваетъ прямое или косвенное поврежденіе, то параличъ является ясно выраженнымъ въ силу того, что центръ этотъ завѣдуетъ движеніями только одной стороны. Эти явленія достаточно хорошо извѣстны при обыкновенной гемиплегіи апоплектическаго происхожденія (v. Monakow). — Во всѣхъ нашихъ случаяхъ гемиплегіи конечностей и лицевого нерва мы имѣли дѣло съ тяжелыми поврежденіями выпуклости черепа.

Въ случаяхъ, обнаружившихъ моноплегію нижней конечности, пулевой каналъ проходилъ поперекъ или вкось черезъ темя или лежалъ невдалекѣ отъ средней линіи. Но въ одномъ случаѣ входное пулевое отверстіе лежало въ лѣвомъ вискѣ. Сейчасъ послѣ поврежденія въ названномъ случаѣ наступилъ парезъ правой ноги. Senn[1]) сообщаетъ подобный случай изъ испано-американской войны. Здѣсь дѣло шло о выше упомянутомъ отдаленномъ дѣйствіи

1) По Nimier, pag. 245.

выстрѣла при огнестрѣльныхъ переломахъ черепа. — Изъ 19 моноплегій — парезовъ руки въ одиннадцати случаяхъ мы имѣли болѣе или менѣе типичныя моноплегіи, которыя можно было приписать поврежденію въ области коркового центра верхней конечности. При этомъ, однако, необходимо замѣтить, что въ трехъ случаяхъ (см. таблицу № II.) имѣлись только поздніе наблюденія, сдѣланныя до двухъ мѣсяцевъ послѣ раненія. Такимъ образомъ, какъ типичныя моноплегіи, мы можемъ разсматривать только восемь случаевъ. — Ассоціированные параличи руки и лицевого нерва мы видѣли шесть разъ (собственно семь разъ, если считать № 373 — неопредѣленный случай). Но при этомъ необходимо указать, что три случая обнаружили, такъ называемые, альтернирующіе параличи, о которыхъ мы будемъ еще говорить впослѣдствіи. — Наконецъ привожу два случая (№№ 170, 219), въ которыхъ по положенію пулевыхъ отверстій и по возстановленному направленію огнестрѣльнаго канала нельзя было сдѣлать вывода о непосредственномъ поврежденіи центра. Здѣсь дѣло шло опять объ „отдаленномъ дѣйствіи на центры въ мозговой корѣ“ или же о поврежденіи моторныхъ путей, какъ мы это выше предположили относительно случая № 219. О моноплегіи лицевого нерва v. Monakow[1]) говоритъ слѣдующее. По его мнѣнію „совершенно изолированные и въ то же время полные параличи лицевого нерва „кортикальнаго происхожденія“ очевидно совсѣмъ не существуютъ. По крайней мѣрѣ до сихъ поръ о такихъ случаяхъ не было сообщеній. Слѣдовательно до сей поры наблюдались только ассоціированные facio-brachial'ныя и facio-lingual'ныя моноплегіи, или при лѣво-сторонемъ пораненіи къ параличу лицевого нерва присоединяется моторная афазія. На это явленіе указываетъ Hildebrandt[2]), но одновременно приводитъ наблюденіе, говорящее, по его мнѣнію, въ пользу случаевъ изолированнаго пареза лицевого нерва. Въ случаѣ Н. дѣло шло о поперечномъ желобовидномъ поврежденіи темени, нанесенномъ малокалиберной англійской пулей. Рана мягкихъ частей имѣла въ длину 9 ctm., костная рана

1) „Gehirnpathologie“. 1905, pag. 674.
2) l. c. pag. 81.

равнялась 45 ctm. Изъ костной раны выпячивалась „мозговая грыжа“, покрытая гнойнымъ налетомъ. При этомъ на восьмой день послѣ поврежденія раненый, кромѣ легкаго пареза нижней вѣтви лицевого нерва не обнаруживалъ никакихъ очаговыхъ явленій. На десятый день рана была дебридирована, при чемъ найденъ абсцессъ, величиною съ голубиное яйцо *).

Сходные съ этимъ случаи имѣются и среди нашего матеріала. Случай № 15, къ сожалѣнію, не является особенно доказательнымъ, вслѣдствіе слишкомъ краткихъ замѣтокъ. Зато наблюденія №№ 150, 227, 294, 301, 325 допускаютъ возможность существованія изолированныхъ параличей лицевого нерва *). Въ двухъ дальнѣйшихъ случаяхъ (№№ 110, 177) параличъ развился во время послѣдующаго теченія, когда на мѣстѣ поврежденія, соотвѣтствовавшемъ моторной области, началъ образовываться пролапсъ мозга. — У раненаго Каменченко (№ 60), кромѣ пареза праваго лицевого нерва, мы находимъ и афазію. — Случай же № 113, въ которомъ при правостороннемъ раненіи имѣлся параличъ этой же стороны лицевого нерва, приводитъ насъ къ коллатеральнымъ параличамъ, хотя весьма возможно, что данное наблюденіе относится къ периферическимъ поврежденіямъ nervi facialis (см. отдѣлъ о скрещенныхъ параличахъ лицевого нерва и конечностей).

Коллатеральный параличъ.

1) Довольно большой рядъ наблюденій вполнѣ подтверждаетъ существованіе коллатеральныхъ (одноименныхъ) параличей, т. е. соотвѣтствующихъ пораженной сторонѣ черепа.

Въ 1896 году Ledderhose[2]) собралъ 48 сообщеній, касающихся этого вопроса. Но при этомъ онъ высказалъ мнѣніе, что случаи коллатеральной гемиплегіи встрѣчаются,

*) Примѣчаніе: Слѣдуетъ добавить, что Brun[1]) сообщаетъ восемь случаевъ центральнаго паралича лицевого нерва изъ практики мирнаго времени. За исключеніемъ одного случая дѣло шло о локализированномъ переломѣ съ вдавленіемъ кости.

1) Beiträge z. klin. Chirurgie. 1903. Bd. 38. pag. 362.

2) „Ueber collaterale ungekreuzte Hemiplegie“ Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 51. 1896. pag. 316.

вѣроятно, значительно чаще, чѣмъ можно было-бы заключить по количеству наблюденій, приведенныхъ въ литературѣ. Enderlen[1]) сообщилъ въ 1906 году еще три случая изъ клиники въ Basel'ѣ. Далѣе Custodis[2]) въ своей монографіи „Verletzung der arteria meningea media“ (1908) нашелъ между 143 случаями экстрадуральной гематомы семь неоспоримыхъ случаевъ съ коллатеральнымъ параличемъ.

Весьма разнорѣчивы попытки объяснить эти явленія, противорѣчащія правилу контралатеральнаго возникновенія паралича. — Различныя теоріи мы можемъ раздѣлить на двѣ группы.

1) Къ первой группѣ принадлежитъ, во-первыхъ, слѣдующая теорія. Кромѣ видимаго макроскопически, но безразличнаго для появленія гемиплегіи, очага въ мозгу на сторонѣ соотвѣтствующаго паралича, имѣлся еще другой, находившійся на противу-лежащей сторонѣ. Послѣдній не былъ найденъ при вскрытіи или же его невозможно было констатировать при существующихъ въ данное время методахъ изслѣдованія. — Однако, v. Monakow,[2]) такъ же какъ и Ledderhose считаютъ такое объясненіе пріемлемымъ только въ немногихъ случаяхъ. Самое вѣское возраженіе противъ этого рода объясненія сдѣлано Ledderhose, поставившаго вопросъ: почему же болѣе выраженное поврежденіе не вызвало со своей стороны контралатеральной гемиплегіи и благодаря этому параличъ не сдѣлался двустороннимъ?

2) Вторая попытка объясненія сдѣлана Pineles и Ortner'омъ. По ихъ мнѣнію въ названныхъ случаяхъ совсѣмъ не имѣется настоящаго паралича, а лишь вялость конечностей соотвѣтственной стороны, ошибочно принимаемая за параличъ. Здѣсь дѣло идетъ о сота мозга. Но это явленіе не обнаруживается въ конечностяхъ, контралатеральныхъ очагу заболѣванія, такъ какъ послѣдній является раздражителемъ, и получаются симптомы, симулирующіе въ этихъ конечностяхъ произвольныя и рефлекторныя движенія. На другой же сторонѣ (коллатеральной) имѣется „псевдо-геми-

1) „Ein Beitrag zum traumatischen extraduralen Hämatom.“ — Deutsche Zeitschr. für Chir. 1906. Bd. 85. pag. 165.

2) l. c. pag. 481.

плегія“ (eine der cerebralen Torpidität entsprechende Pseudo-Hemiplegie (Ortner). Итакъ названные авторы признаютъ, что въ случаяхъ, относимыхъ къ коллатеральнымъ параличамъ, на самомъ дѣлѣ болѣзненный очагъ всегда дѣйствуетъ, какъ раздражающій моментъ на контралатеральную сторону. Такое допущеніе мнѣ лично кажется слишкомъ натянутымъ, чтобы служить объясненіемъ для всѣхъ случаевъ.

3) Въ третьей теоріи для объясненія приводится, такъ называемое, „дѣйствіе на разстояніе“ (Fernwirkung) первоначальнаго очага заболѣванія. Кровоизліяніе, опухоль и т. п. явленія, находящіяся на соотвѣтственной параличу сторонѣ, производятъ давленіе, которое передается другому полушарію мозга, благодаря чему уже съ этой стороны обусловливается контралатеральный параличъ. Въ возраженіе этой теоріи Ledderhose опять таки подчеркиваетъ то обстоятельство, что при такихъ условіяхъ, напр. при одностороннемъ кровоизліяніи должна была-бы развиться двусторонняя гемиплегія, съ одной сторны на противу-лежащей, а съ другой и на соотвѣтствующей заболѣванію сторонѣ. — За выше приведенную теорію высказывается v. Monakow.[1]) Онъ полагаетъ, что во многихъ случаяхъ коллатеральный параличъ несомнѣнно слѣдуетъ приписывать „дѣйствію на разстояніе.“ По мнѣнію v. M. въ относительно большомъ количествѣ случаевъ очагъ, повидимому вызывающій гемиплегію, расположенъ вблизи основанія, въ лобной, затылочной областяхъ, другими словами, на мѣстахъ, поврежденіе которыхъ обыкновенно не вызываетъ гемиплегіи. Съ указанныхъ „индифферентныхъ“ пунктовъ компримирующее дѣйствіе очага въ косомъ или какимъ-либо другомъ направленіи можетъ распространяться на противулежащую моторную область, capsula interna и на pedunculus cerebri. Между прочимъ важно также и то обстоятельство, что falx cerebri, tentorium cerebelli и выдающіяся части костей (основанія черепа) могутъ измѣнить направленіе давленія. Такимъ образомъ соотвѣтствующее заболѣванію полушаріе болѣе или менѣе избавляется отъ дѣйствія давленія, зато послѣднее, благодаря указаннымъ моментамъ, передается на другую сторону. — Во всякомъ случаѣ это предположеніе ослабляетъ до нѣко-

1) l. c. pag. 482. Примѣчаніе 2.

торой степени возраженіе, сдѣланное Ledderhose, указывающее на необходимость появленія двусторонняго паралича. — Итакъ мы видимъ, что всѣ теоріи этой первой группы сходятся въ одномъ пунктѣ. Всѣ онѣ признаютъ, что при развитіи коллатеральной гемиплегіи имѣется, строго говоря, всё-таки параличъ противоположной стороны, т. е. контралатеральный, который только производитъ впечатлѣніе коллатеральнаго.

II. Ко второй группѣ теорій принадлежатъ тѣ, которыя объясняютъ появленіе коллатеральнаго паралича отсутствіемъ скрещенія пирамидныхъ путей или недостаточнымъ развитіемъ послѣдняго. — Полное отсутствіе скрещенія пирамидныхъ путей, по мнѣнію v. Monakow'a, до сихъ поръ еще не наблюдалось, но зато описаны случаи съ почти полнымъ отсутствіемъ decussatio pyram. (случай Pitres по v. Monakow'y[1]). Сюда относятся также и случаи Pierret по Ledderhose[2]), Zenner по Enderlen.[3]) Возможность отсутствія скрещенія пирамидныхъ путей допускается даже такимъ авторитетомъ, какъ проф. Бехтеревъ.

Наличность случая, обнаружившаго несомнѣнное отсутствіе скрещенія пирамидныхъ путей, по мнѣнію v. Monakow'a, имѣла-бы громадное значеніе для объясненія интересующаго насъ вопроса. Тогда существовалъ-бы анатомическій субстратъ для появленія паралича, соотвѣтствующаго сторонѣ поврежденія мозга. По мнѣнію Ledderhose, возможно еще иное объясненіе, именно опирающееся на слѣдующее ученіе Goltz'a. — Каждая „половина большого мозга связана нервными путями со всѣми мускулами тѣла, а также существуетъ связь и со всѣми чувствительными точками обѣихъ половинъ тѣла. Но, повидимому, первные пути между каждой половиной большого мозга и противолежащей стороной тѣла удобнѣе, чѣмъ между одноименной половиной мозга и тѣла“. Но если при неблагопріятномъ положеніи скрещенія пирамидныхъ путей (Variabilität der Pyramiden-Kreuzung по Flechsig) или по другимъ причинамъ данныя особы болѣе привыкаютъ пользоваться, обычно

1) l. c. pag. 482.
2) l. c. pag. 342.
3) l. c. pag. 179.

менѣе удобными, неперекрещивающимися путями, то при поврежденіи одного изъ полушарій должна наступить одноименная коллатеральная гемиплегія.

Въ противоположность къ первой группѣ мы видимъ, что эти теоріи допускаютъ возникновеніе коллатеральнаго паралича въ полномъ смыслѣ слова.

Въ литературѣ имѣется немного сообщеній объ этой формѣ паралича при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа. — Среди нашего матеріала я нашелъ три случая, которые можно причислить къ одноименнымъ параличамъ. Это, именно, слѣдующія наблюденія:

№ 12. Положеніе наружныхъ ранъ:	Симптомы паралича:
Входное и выходное отверстія находятся другъ отъ друга на разстояніи 1,5 ctm. слѣва на границѣ теменной и затылочной областей.	Незначительный парезъ лѣвой руки.
№ 92. Въ лѣвой теменной области идущая спереди назадъ тангенціальная рана, длиною прибл. 5 ctm. и шириною 2—3 ctm. Обширный переломъ кости и значительное поврежденіе мозга.	Лѣвая рука и нога почти не двигаются.
№ 102. Входное отверстіе въ правой теменной области позади вѣнечнаго шва соотвѣтственно границѣ средней и нижней трети. — Выходное: справа, немного впереди ламбдоиднаго шва и 2,5 ctm. отступя отъ средней линіи. Между входнымъ и выходнымъ отверстіями въ кости много трещинъ. Поврежденіе мозга относительно невелико.	Параличъ правой руки и парезъ правой ноги.

Ledderhose[1]) цитируетъ случай Liévens и De-moor'a.

Дѣло идетъ о 45-лѣтней женщинѣ, раненой небольшой пулей черезъ всю правую половину мозга. Входное пулевое отверстіе на затылкѣ, на дюймъ отступя отъ средней линіи; выходное: верхняя часть правой половины черепа на $^3/_4$ дюйма отъ средней линіи. Потеряно до 5 унцій крови. Тотчасъ же послѣ раненія

1) l. c. pag. 324. № 4.

наступилъ параличъ правой стороны тѣла, сонливость, пульсъ не прощупывается. Спустя три часа больная говоритъ. Правосторонній параличъ чувствительности. Температура не повышена. На третій день лихорадочное состояніе и боль въ затылкѣ, контрактура пальцевъ на правой сторонѣ. Постепенное возстановленіе сначала чувствительныхъ, затѣмъ моторныхъ функцій правой ноги. Черезъ восемь мѣсяцевъ еще парализована правая рука, сведены пальцы и нѣкоторое затрудненіе въ движеніяхъ правой ноги.

Подобный же случай приводитъ проф. Дьяконовъ [1]). (Наблюденіе д-ра Г. И. Прибыткова).

Лаврентій Д., младшій унтеръ-офицеръ I-го В. С. С. П., раненъ при Мукденѣ 20. II. 05 ружейной пулей, которая вошла въ лѣвый високъ на два пальца выше брови и вышла какъ разъ по серединѣ затылочной кости. Потерялъ сознаніе. Былъ доставленъ на ст. Каюянъ, гдѣ была сдѣлана операція, послѣ чего больной переправленъ въ Харбинъ. 10. V. 05 поступилъ въ Голицынскую больницу въ Москвѣ, гдѣ найденъ неполный параличъ лѣвыхъ конечностей, анестезія лѣвой стороны головы въ особенности области лицевого нерва. Ослабленіе лѣваго глаза и уха. Контрактура сгибателей руки. Выписанъ изъ больницы 15. X. 05 съ улучшеніемъ: сталъ лучше ходить и двигать рукой; лишь мизинецъ остался сведеннымъ.

Поразительно сходство обоихъ только что приведенныхъ случаевъ проф. Дьяконова и Lievens-Demoor'a. Въ обоихъ дѣло шло о продольномъ раненіи одного полушарія, повлекшемъ за собою гемиплегію одноименной стороны. Случай Liévens и Demoor былъ принятъ Brown-Séquard'омъ за коллатеральную гемиплегію, вслѣдствіе поврежденія праваго полушарія мозга. Но Ledderhose считаетъ этотъ случай сомнительнымъ, такъ какъ анатомическаго изслѣдованія не имѣется. Къ сожалѣнію, тоже самое приходится сказать и о случаѣ Дьяконова-Прибыткова. — Въ нашихъ наблюденіяхъ №№ 92 и 102, гдѣ рѣчь шла о непосредственномъ поврежденіи моторной области, по крайней мѣрѣ имѣются данныя, полученныя при операціи. Но и въ этихъ случаяхъ, нѣтъ подходящаго объясненія для появленія коллатеральной гемиплегіи. Можетъ быть въ

1) l. c. pag. 138. № 163.

тѣхъ случаяхъ, гдѣ раненые находятся въ тяжеломъ забытьи, можно было бы думать объ объясненіи Pineles-Ortner'a. Въ случаѣ № 102 къ тому же поврежденіе мозга было незначительно. Зато остается совершенно непонятнымъ, почему въ № 92 не произошло контралатеральнаго паралича. Тѣмъ болѣе, что въ этомъ случаѣ имѣлось тяжелое поврежденіе мозга, отъ котораго еще можно было ожидать явленій паралича, но никакъ не раздраженія. Насколько мнѣ кажется, только что приведенныя наблюденія, несмотря на ихъ неполноту, имѣютъ выдающійся интересъ, какъ въ практическомъ, такъ и въ теоретическомъ отношеніи. Ввиду этого я позволяю себѣ привести еще двѣ слѣдующихъ исторіи болѣзни, найденныхъ мною въ литературѣ послѣдней войны.

Первый случай былъ представленъ В. П. Зерениным ъ[1]) въ московскомъ хирургическомъ Обществѣ 22. II. 05.

У. оф. 34 а. п. раненъ 3. X. 04 въ правую теменную область. Полная потеря сознанія 3—4 дня. Рвота въ продолженіе 10 дней. При произведенной операціи черепъ въ мѣстѣ раненія трепанированъ и удалено нѣсколько осколковъ. Когда сознаніе возстановилось, не могъ дѣйствовать правой рукой и ногой, лѣвой же рукой и ногой немного владѣлъ. Съ теченіемъ времени состояніе больного улучшилось. Status praesens: въ правой теменной области, больше кзади, углубленіе съ рубцомъ въ центрѣ и съ дефектомъ кости (1,5 ctm. ширины и 2,5 ctm. длины). Пульсація мозга. Рубецъ длиною въ 10 сент. Головные нервы нормальны. Hemianaesthesia и парезъ en masse всей правой половины тѣла, при чемъ на рукѣ выраженнѣе, чѣмъ на ногѣ. Рефлексы очень повышены. Феноменъ Babinsky отсутствуетъ. Никакихъ слѣдовъ контрактуръ. Сфинктеры нормальны. Эпилептическихъ припадковъ нѣтъ.

Другой случай описанъ А. А. Щепинскимъ[2]).

Случай № VII. Гр-нъ. Раненъ 30 сентября пулею. Доставленъ въ госпиталь въ полусознательномъ состояніи съ параличемъ и анастезіей лѣвыхъ конечностей. Въ области задне-верхняго квадранта лѣвой теменной кости найдена рана съ оскольчатымъ переломомъ кости и поврежденіемъ мозговой

1) „Три случая огнестр. раненій головы". Мед. обзоръ. 1905. стр. 439.
2) „Къ вопросу о распознаван. поврежд. отд. долей мозга". Диссерт. Петербургъ. 1908. стр. 216.

поверхности. Рана очищена, осколки, внѣдрившіеся въ мозговое вещество, извлечены и приподняты; края „костной раны“ подровнены. Тампонада. — Симптомы, отмѣченные какъ результатъ повторныхъ изслѣдованій раненаго послѣ операціи: — Сознательное состояніе. Отсутствіе психическихъ и рѣчевыхъ разстройствъ. Вялый параличъ лѣвыхъ конечностей. Нога лежитъ на наружной поверхности, носокъ обращенъ кнаружи и книзу. Мышцы стали атрофироваться. Рука пронирована. Изслѣдованіе разныхъ видовъ чувствительности обнаружило пониженіе чувства прикосновенія и давленія и локализаціонной способности въ покровахъ лѣвыхъ конечностей и лѣвой половины туловища (соотвѣтственно боковой сторонѣ его отъ подмышечной впадины и нижней части живота). Мышечное чувство и чувство позъ незначительно понижено въ парализованныхъ конечностяхъ, остальные виды чувствительности не измѣнены. Со стороны органовъ чувствъ нѣтъ измѣненій. — Въ дальнѣйшемъ парезъ сталъ уменьшаться.

Необыкновенная локализація парезовъ и анастезій, интакность мозговыхъ нервовъ, отсутствіе феномена Babinsky, — всѣ эти явленія заставили В. П. Зеренина послѣ консультаціи со спеціалистомъ (Л. С. Миноръ) предположить въ описанномъ случаѣ парезъ и парестезію на функціональной (истерической) почвѣ.

А. А. Щепинскій въ своемъ наблюденіи совершенно исключаетъ возможность поврежденія моторныхъ и чувствительныхъ проводныхъ путей (ниже скрещенія) вслѣдствіе высокаго положенія раны. Въ то же самое время онъ высказывается противъ дѣйствія противо-удара (contre-coup) на томъ основаніи, что дѣло шло о тангенціальномъ раненіи параллельно сагиттальному шву. Поэтому для объясненія одноименнаго паралича Щепинскій останавливается на предположеніи кровотеченія въ области правой capsulae internae, какъ слѣдствія косвеннаго дѣйствія травмы (l. c. pag. 231). Но при этомъ онъ опять таки высказывается и за возможность поврежденія правой моторной области, стоящаго въ связи съ поврежденіемъ задне-верхняго квадранта лѣвой теменной кости (l. c. pag. 252).

Какъ въ обоихъ, только что приведенныхъ, такъ и въ нашемъ случаѣ № 12 имѣлась одинаковая локализація поврежденія въ задней части теменной области. Такимъ образомъ, хотя оно и находилось довольно далеко отъ централь-

ныхъ извилинъ той и другой стороны, но все-таки въ ихъ сосѣдствѣ. Является вопросъ: пріемлемо-ли въ этихъ случаяхъ принятое В. П. Зереныимъ объясненіе, т. е. допущеніе функціональнаго характера паралича. Такое предположеніе могло бы быть разсматриваемо, какъ новая попытка объяснить появленіе коллатеральныхъ параличей.

Въ своей, нами выше цитированной, диссертаціи А. А. Щепинскій задается вопросомъ: не представляетъ-ли собою часть симптомовъ, существовавшихъ въ наблюдавшихся имъ случаяхъ огнестрѣльнаго поврежденія черепа псевдо-очаговыя явленія на почвѣ функціональнаго невроза? Послѣдній могъ развиться у раненаго подъ вліяніемъ травмы (l. c. pag. 243). Но Щ. приходитъ къ отрицательному отвѣту и считаетъ необходимымъ разсматривать всѣ явленія, какъ слѣдствія воздѣйствія травмы на опредѣленные центры (l. c. pag. 261). — Что касается объясненія, приведеннаго В. П. Зереныимъ, то, мнѣ кажется, противъ него говоритъ уже то обстоятельство, что параличи наступали немедленно послѣ травмы. Обычно ясно выраженныя измѣненія при травматическихъ неврозахъ появляются только позднѣе. Отсутствіе феномена Babinsky такъ же, какъ и отсутствіе симптомовъ со стороны мозговыхъ нервовъ не должны непремѣнно, какъ указываетъ Щепинскій, говорить въ пользу функціональнаго паралича. Но чувствуя себя слишкомъ недостаточно освѣдомленнымъ въ этой области, чтобы входить во всѣ тонкости дифференціальной діагностики. Мнѣ кажется только натяжкой привлекать еще мало-извѣстныя области функціональныхъ разстройствъ для объясненія указанныхъ поврежденій, гдѣ имѣются ясно выраженныя органическія поврежденія мозга по сосѣдству съ опредѣленными центрами.

Къ этимъ наблюденіямъ коллатеральной гемиплегіи присоединяется еще рядъ другихъ. Здѣсь уже дѣло идетъ не о поврежденіи моторной области или моторныхъ путей въ большомъ мозгу, но о раненіяхъ затылка (мозжечка) и основанія мозга. Привожу вкратцѣ эти наблюденія въ виду того, что между ними имѣются интересные случаи. Три случая взяты изъ нашего матеріала, — одинъ наблюдался проф. Haga во время возстанія боксеровъ*).

*) Примѣчаніе: Нашъ третій случай (№ 223) не совсѣмъ подходитъ

Положеніе наружныхъ ранъ:	Симптомы:
№ 170. Входное отверстіе справа около угла нижней челюсти. Выходное: въ области ламбдоиднаго шва; кость и мозгъ въ этомъ мѣстѣ сильно повреждены. Абсцессъ мозговой коры.	Парезъ правой верхней конечности, правой голени и ступни. Затрудненная рѣчь. Разстройство зрѣнія. Нарушеніе чувствительности въ области n. trigemini. Шаткая походка. — Параличъ улучшается.
№ 219. Входное отверстіе: 0,5 ctm. ниже лѣваго угла рта. Выходное: 4 ctm. позади правой ушной раковины, 3 ctm. длиною.	Параличъ правой руки. — Параличъ улучшается.
Наблюденіе Haga № IV [1]). Входное отверстіе: въ лицѣ справа, на серединѣ между наружнымъ угломъ глаза и tragus. Выходное: середина затылка, нѣсколько книзу отъ prot. occipitalis.	Умѣренное разстройство движеній и чувствительности въ правой рукѣ и пальцахъ (существовало еще 6 недѣль послѣ ранения). Боли въ пальцахъ. Легкій параличъ лицевого нерва справа. Языкъ отходитъ при высовываніи въ правую сторону. Затрудненная рѣчь. Разстройство зрѣнія справа, впослѣдствіи улучшившееся. Изъ дальнѣйшихъ симптомовъ слѣдуетъ упомянуть: шаткая походка, замѣченная на 20-ый день. Боли въ затылкѣ. — Улучшеніе явленій, кромѣ разстройства зрѣнія.
№ 223. Входное отверстіе: середина переносицы. Выходное: на три пальца подъ правымъ сосцевиднымъ отросткомъ на заднемъ краю sternocleido-mast.	Параличъ лѣвой (!) руки и ноги. Параличъ правой половины vel. palat. Языкъ отходитъ вправо. Затрудненная рѣчь и затрудненное глотаніе. — Параличъ проходитъ.

сюда, такъ какъ дѣло идетъ о контралатеральномъ параличѣ. Привожу его здѣсь, такъ какъ родъ ранения сходенъ съ другими.

1) Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 74. H. 3. pag. 553.

Въ основѣ всѣхъ этихъ наблюденій лежитъ нѣчто общее, именно, во всѣхъ случаяхъ дѣло идетъ, можетъ быть, о поврежденіи пирамидныхъ путей, когда послѣдніе проходятъ черезъ стволъ мозга или о поврежденіи мозжечка (случай Haga IV). По всей вѣроятности мы имѣемъ здѣсь не прямыя, а скорѣе косвенныя поврежденія проводныхъ путей; по крайней мѣрѣ за это говоритъ быстрое улучшеніе параличей въ большинствѣ случаевъ.

Относительно частое появленіе одноименныхъ моторныхъ разстройствъ при поврежденіяхъ мозжечка v. Monakow [1]) объясняетъ тѣмъ, что очагъ заболѣванія (слѣдовательно, въ нашихъ случаяхъ кровоизліяніе) производитъ давленіе на пирамиду противолежащей стороны или же прижимаетъ ее къ краю foramen occipitale magnum. Послѣднее возможно, конечно, и безъ поврежденія мозжечка при раненіяхъ проходящихъ мимо ствола мозга. Mann и Pineles по v. Monakow'y напротивъ того подчеркиваютъ непосредственное отношеніе одноименнаго паралича къ функціямъ мозжечка, предполагая, что каждое изъ полушарій мозжечка имѣетъ вліяніе на движенія конечностей той-же стороны. По ихъ мнѣнію параличъ обыкновенно равномѣрно поражаетъ всю сторону. Въ нашемъ случаѣ № 219 и въ случаѣ Haga № IV поразительно развитіе моноплегіи.

Перекрестные параличи.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ поврежденій, касающихся теменной области одной стороны, мы могли наблюдать перекрестные параличи. Такъ имѣлся въ случаяхъ №№ 28, 203, 327, 328, кромѣ паралича обѣихъ конечностей на сторонѣ противоположной поврежденію параличъ лицевого нерва той же самой стороны. Или, какъ въ наблюденіяхъ №№ 50, 78 и 105 обнаруживался параличъ противоположной руки и, повидимому, параличъ лицевого нерва на одноименной сторонѣ *).

Подобныя поразительныя данныя, повидимому, не такъ ужъ рѣдко встрѣчаются въ практикѣ мирнаго времени, но

1) l. c. pag. 1028.

*) Въ двухъ случаяхъ кромѣ того разстройства рѣчи. №№ 78 и 105.

до сихъ поръ о нихъ имѣется мало сообщеній въ литературѣ (Nimier[1]), Hildebrandt[2]).

Между 210 случаями огнестрѣльныхъ раненій черепа, собранныхъ проф. Дьяконовымъ[3]) имѣются два, относящіяся сюда наблюденія.

№ 16. (Наблюденіе Ф. А. Голубева). Василій К. 9-го Ингерманландскаго п. раненъ 29. IX. 04. при Шахе. — Входное отверстіе: на волосистой части лба, на 1,5 ctm. влѣво отъ средней линіи и на 0,75 ctm. отъ края волосъ. Выходное: на лѣвой сторонѣ затылочно-теменной области на 6 сант. выше ушной раковины (основанія) по линіи на 4,5 ctm. кзади отъ основанія ея. — Безъ сознанія былъ нѣсколько часовъ; очнулся на позиціи, пошелъ на перевязочный пунктъ самъ. Не могъ говорить три недѣли, и правая рука не дѣйствовала. — По прибытіи въ Москву констатируется: раны зажили (черезъ три недѣли послѣ ранения). Рѣчь сильно затруднена. Рука полупарализована. Парезъ лѣвой половины лица.

№ 4. (Наблюденіе Г. И. Прибыткова). Герасимъ С. раненъ 17. III. 05. при Мукденѣ шрапнелью. — Осколокъ прошелъ отъ надбровной дуги влѣво кверху и кзади по лѣвой лобной и теменной костямъ. — Потеря сознанія часа на три. Правая гемиплегія. Изъянъ кости въ 10 сант. длины и въ 4 сант. въ самомъ широкомъ мѣстѣ. — 23. VI. 05 въ Москвѣ найдено: правая гемиплегія; ослаблены движенія въ области лѣвыхъ вѣтвей лицевого нерва; языкъ высовываетъ прямо, но онъ скоро начинаетъ отходить то вправо, то влѣво. Въ послѣдующіе дни параличъ ноги нѣсколько улучшился. При осмотрѣ 28. IV. 06. найдено, что характеръ больного измѣнился: сталъ придирчивъ, дерзокъ.

У v. Bergmann'a[4]) мы находимъ слѣдующую короткую замѣтку объ одномъ сообщенномъ Beck'омъ случаѣ: огнестрѣльный переломъ лѣвой теменной кости. — Афазія. Параличъ лѣваго лицевого нерва и правой руки.

Nimier[5]) цитируетъ два подобныхъ случая, въ одномъ

1) l. c. pag. 501—504.
2) l. c. pag. 134.
3) l. c. pag. 120 и 142.
4) „Kopfverletzungen". pag. 469 (10).
5) l. c. pag. 502 и 503.

изъ которыхъ, однако, дѣло идетъ о поврежденіи основанія черепа, нанесенномъ выстрѣломъ въ ротъ.

Какимъ же образомъ мы должны объяснить себѣ подобнаго рода параличъ? — Скрещенные альтернирующіе параличи, какъ извѣстно, характерны для пораненій ствола мозга, главнымъ образомъ, Вароліева моста. Значитъ, мы должны были бы въ приведенныхъ случаяхъ предположить „дѣйствіе на разстояніе“ на данныя части мозга, подобно тому, какъ это допустилъ von Bergmann[1]) въ одномъ изъ наблюдавшихся имъ случаевъ во время турецкой компаніи 1877—1878 г. г. Здѣсь дѣло шло объ огнестрѣльномъ раненіи по касательной съ переломомъ кости на высотѣ темени (область малаго родничка), вызвавшемъ параплегію обѣихъ ногъ. — Но ввиду того, что въ нашихъ случаяхъ мы имѣемъ прямыя поврежденія областей, соотвѣтствующихъ приблизительно положенію моторныхъ зонъ въ мозговой корѣ, болѣе подходящимъ является то объясненіе, что въ развитіи паралича конечностей, противоположныхъ сторонѣ раненія, виновато поврежденіе центра въ мозговой корѣ. — Но какъ же теперь обстоитъ дѣло съ одноименнымъ параличемъ лицевого нерва? Такой параличъ можетъ быть центральнаго и периферическаго происхожденія.

Допуская центральное происхожденіе паралича лицевого нерва, мы, тѣмъ самымъ, приходимъ къ мысли о наличности поврежденія и на противоположной раненію сторонѣ. Въ данномъ случаѣ не важно, произошло ли явленіе паралича вслѣдствіе контузіи или только вслѣдствіе „усиленнаго кровенаполненія или отека мозга“ (Hildebrandt[2]). Я напоминаю здѣсь о приведенномъ уже мною мнѣніи Hildebrandt'a[3]) а именно, — при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ пулями малаго калибра часто появляются парезы, трудно объяснимые положеніемъ наружныхъ раневыхъ отверстій. Указанные парезы иногда исчезаютъ такъ же быстро, какъ и появляются. По мнѣнію Hildebrandt'a, эти параличи являются слѣдствіемъ сотрясенія мозгового вещества толчкомъ, переданнымъ пулей.

1) „Die Lehre von den Kopfverletzungen“. 1880. pag. 458 и 461.
2) l. c. pag. 81.
3) ibidem. pag. 74.

Уже v. Bergmann[1]) въ своей „Lehre von den Kopfverletzungen“, написанной въ то время, когда еще и рѣчи не было о маломъ калибрѣ, указываетъ на слѣдующее обстоятельство. Поврежденіе мозга, по его мнѣнію, сплошь да рядомъ не только не соотвѣтствуетъ мѣсту поврежденія кости и кожи, но часто лежитъ только на противоположной сторонѣ или же находится какъ подъ мѣстомъ раненія кости, такъ и на противолежащей ей сторонѣ. v. Bergmann полагаетъ, что спеціально при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ часто имѣется множество разсѣянныхъ очаговъ разрушенія, точкообразныхъ апоплексій (apoplektiforme Sprenkelungen). На перевязочныхъ пунктахъ подъ Плевной v. B. надѣялся видѣть параличи отдѣльныхъ группъ мышцъ, какъ непосредственное явленіе послѣ огнестрѣльныхъ раненій черепа. Но онъ былъ обманутъ въ своихъ ожиданіяхъ. „Я ожидалъ“ — пишетъ v. Bergmann, „что полученный мною матеріалъ будетъ несравненно больше.“

Изъ такихъ поврежденій центра лицевого нерва, противолежащихъ первоначальному раненію, привожу слѣдующіе примѣры, въ которыхъ дѣло идетъ о раненіяхъ черепа въ мирное время — v. Bergmann[2]) приводитъ слѣдующій случай Beck'a.

Переломъ правой стороны черепа, причиненный ударомъ тяжелаго топора. Рѣчь тотчасъ же сдѣлалась не ясной. Лѣвая верхняя конечность совершенно парализована, движенія въ соотвѣтствующей нижней производятся съ трудомъ. Постоянное отдѣленіе слюны изъ лѣваго угла рта. Клоническія судороги въ области праваго лицевого нерва. Замедленіе пульса. Симптомы исчезаютъ въ теченіе нѣсколькихъ недѣль.

Здѣсь мы, вѣроятно, имѣемъ дѣло, какъ это полагаетъ и v. Bergmann, съ поврежденіемъ центра рѣчи (слѣва) при поврежденіи правой стороны черепа, и одновременно поврежденіе центра праваго лицевого нерва. — Сходное съ этимъ наблюденіе, но безъ разстройствъ со стороны рѣчи, я нашелъ у Freiberg'a[3]).

---

1) pag. 458—459.

2) „Kopfverletznugen.“ pag. 470/12.

3) „Ueber die Trepanation bei complicierten Fracturen des Schädels.“ Inaug. Dissertation. Göttingen. 1898.

Ребенокъ попалъ подъ колеса экипажа, при чемъ получилъ переломъ съ вдавленіемъ кости (2—3 ctm.) въ правой теменной области. Сознаніе не потерялъ, могъ итти. Рвоты не было. При операціи были приподняты вдавленные куски кости. Во время приготовленій къ операціи у больного появились клоническія подергиванія въ лѣвой рукѣ, меньше въ лѣвой ногѣ и въ области праваго лицевого нерва. Судороги продолжались нѣсколько минутъ и болѣе не повторялись. Гладкое заживленіе.

Въ описаннымъ случаѣ Freiberg допускаетъ поврежденіе лѣваго центра лицевого нерва. По его мнѣнію, благодаря тому, что ребенокъ попалъ подъ колеса, могла быть повреждена и лѣвая, теменная кость и произойти кровотеченіе въ области центра лицевого нерва. При постановкѣ діагноза кромѣ того Freiberg опирается на отсутствіе (въ исторіи болѣзни не отмѣчено) lagophtalmus'a*). При церебральномъ параличѣ лицевого нерва глазная вѣтвь послѣдняго обычно не страдаетъ, но при периферическомъ параличѣ поражается и она. Наблюденіе Веск'а (стр. 201) и случаи огнестрѣльныхъ переломовъ черепа доказываютъ, что возможно появленіе судорогъ въ области одноименнаго съ поврежденіемъ лицевого нерва и безъ прямого поврежденія противолежащей теменной кости.

Принявъ за причину паралича лицевого нерва въ нашихъ случаяхъ возникшій косвеннымъ путемъ очагъ размозженія, мы будемъ имѣть дѣло съ контралатеральнымъ параличемъ, обусловленнымъ, именно, этимъ очагомъ въ области центра лицевого нерва, противолежащаго первоначально поврежденной сторонѣ черепа. Насъ поражаетъ, однако, то обстоятельство, что во всѣхъ этихъ случаяхъ поврежденіе касается всегда лицевого нерва, т. е. одного изъ мозговыхъ нервовъ. Такимъ же образомъ одинъ изъ разсѣянныхъ очаговъ могъ бы локализироваться и въ области центра руки или ноги. Но насколько я знакомъ съ литературой по этому вопросу, такіе случаи не наблюдались. Или, можетъ, центръ лицевого нерва занимаетъ особенно выгодное положеніе для поврежденія, вслѣдствіе противо-удара

*) Примѣчаніе: Симптомъ не отмѣченный, къ сожалѣнію, и въ нашихъ исторіяхъ болѣзни. Онъ, весьма возможно, пролилъ бы нѣкоторый свѣтъ на этотъ вопросъ.

(contre-coup) при огнестрѣльныхъ раненіяхъ противолежащаго полушарія? Это предположеніе привожу только между прочимъ, отнюдь не утверждая, что оно могло бы быть вѣрнымъ.

Интересный случай перекреснаго паралича конечностей и лицевого нерва послѣ односторонняго поврежденія теменной области приводитъ v. Bergmann[1]).

Капитанъ И, М. раненъ 31. VIII подъ Плевной штыкомъ въ лѣвую теменную кость. Въ tabula externa дефектъ кости величиною съ ноготь пальца, въ tabula interna — величиною съ конопляное зерно. Конецъ штыка отломился и застрялъ въ ранѣ, откуда былъ извлеченъ на другой день. До 9. IX раненый чувствовалъ себя хорошо и могъ даже выдержать тяжелый перѣздъ. 9. IX раненый почувствовалъ себя дурно; рѣчь сдѣлалась затрудненной. 11. IX онъ поступалъ въ Балтійскій лазаретъ въ Симницелли. Здѣсь констатированъ лѣвосторонній параличъ лицевого нерва и потеря рѣчи. 12. IX замѣченъ парезъ правой руки. Вопросы, предложенные ему, больной понималъ и исполнялъ указанія врача. 14. IX правая рука была совершенно парализована, правая нога только частично. 15. IX наступилъ полный параличъ ноги. Невозможность глотать. 16. IX раненный въ сопорозномъ состояніи. Правый зрачекъ расширенъ ad maximum, лѣвый — съуженъ. Движенія лѣвой рукой и ногой выполняются совершенно автоматически. Кома усиливается. Смерть утромъ 18. IX. — Вскрытіе: гнойная инфильтрація мозговыхъ оболочекъ, слѣва сильнѣе, чѣмъ справа. Мозгъ здоровъ.

Въ нѣкоторыхъ нашихъ случаяхъ не лишено основанія объясненіе перекреснаго паралича по аналогіи съ приведеннымъ случаемъ v. Bergmann'a*); такъ напримѣръ въ случаѣ № 105. — Также и въ случаѣ № 78 мы имѣемъ несомнѣнно инфицированное раненіе. Но здѣсь говоритъ благополучное теченіе противъ широко распространившагося менингита, который долженъ былъ-бы существовать для объясненія перекреснаго паралича. Случаи №№ 50, 203, 327 и 328 наблюдались слишкомъ короткое время, чтобы можно было сдѣлать выводъ въ этомъ отношеніи.—Во всякомъ случаѣ

1) „Kopfverletzungen“, — pag. 501.

*) Въ случаѣ v. Bergmann'a поражаетъ то обстоятельство, что менингитическій параличъ сначала обнаружился въ лѣвой области лицевого нерва, и только позднѣе въ правой рукѣ и ногѣ.

въ нѣкоторыхъ наблюденіяхъ съ указанными симптомами менингитъ, какъ причина паралича, совершенно исключается,— нашъ случай № 28, случаи проф. Дьяконова.

Совмѣстно съ только что цитированнымъ наблюденіемъ v. Bergmann'a должно упомянуть еще слѣдующій случай Beck'a[1]).

Раненіе ножомъ въ теменную область по направленію къ лѣвому уху. Въ теченіе первыхъ сутокъ сопорозное состояніе съ конвульсіями. Черезъ день раненый пришелъ въ сознаніе, но обнаруживаетъ афазію. Черезъ два дня — параличъ лѣваго лицевого нерва и разстройства движеній и чувствительности въ правомъ предплечьѣ и рукѣ. Пульсъ быдъ замедленъ съ самаго начала. Температура между 36 и 37, 2. Постепенное заживленіе. Сначала возстановляется рѣчь. Слустя два мѣсяца исчезъ параличъ, черезъ 102 дня и пониженіе чувствительности.

Въ этомъ наблюденіи бросается въ глаза относительно позднее появленіе паралича лицевого нерва и руки. Является невозможнымъ точно установить, имѣлись-ли въ данномъ случаѣ, наступившія впослѣдствіи, воспалительныя измѣненія или вторичное кровоизліяніе.

Если мы въ извѣстныхъ случаяхъ считаемъ возможнымъ появленіе перекрестнаго паралича лицевого нерва и конечностей центральнаго происхожденія при одностороннемъ поврежденіи черепа; то съ другой стороны нужно думать и о возможности периферическаго повреждения лицевого нерва, соотвѣтствующаго поврежденной сторонѣ мозга. Въ такихъ случаяхъ могло имѣть мѣсто поврежденіе лицевого нерва въ мѣстѣ прохожденія послѣдняго черезъ скалистую часть височной кости при раненіяхъ основанія черепа или сдавливаніи нерва кровоизліяніемъ у основанія черепа или при входѣ его въ porus acusticus internus и т. д. Итакъ, мы должны здѣсь допустить косвенный переломъ основанія черепа, проходящій даже черезъ пирамиду височной кости. При косвенныхъ переломахъ основанія, встрѣчающихся при огнестрѣльныхъ раненіяхъ свода черепа, повреждаются обыкновенно наиболѣе слабыя мѣста основанія: орбитальныя крышки, lamina cribrosa рѣшетчатой кости.

1) v. Bergmann: „Kopfverletzungen“ pag. 469. (10).

Кромѣ того наблюдались еще трещины поперекъ sella turcica, большихъ крыльевъ ossis sphenoidalis, чешуи височной кости (Nimier[1]) и въ tegmen tympani (Hildebrandt[2]). Вполнѣ возможно, что при указанныхъ поврежденіяхъ въ каналѣ лицевого нерва могутъ произойти кровоизліянія, которыя вслѣдствіе давленія на нервъ влекутъ за собой параличъ его. Можетъ быть достаточно и сотрясенія или растяженія. Но въ такомъ случаѣ должно было бы чаще являться сопровождающимъ явленіемъ пораженіе слухового аппарата. Объ этомъ въ одномъ изъ нашихъ случаевъ имѣется короткая замѣтка: въ № 78 слухъ на поврежденной сторонѣ пониженъ. На основаніи этого мы можемъ съ большей вѣроятностью допустить въ этомъ случаѣ периферическое поврежденіе лицевого нерва. Благопріятное теченіе заставляетъ совершенно исключить центральный параличъ вслѣдствіе менингита (см. выше). — Иллюстраціей къ только что изложенному можетъ служить еще и слѣдующее наблюденіе Голубева изъ военно-полевой практики (по Дьяконову l. c. стр. 149. № 10).

Александръ З. 12 Великол. п. раненъ подъ Янтаемъ, въ какой день не знаетъ. На лѣвой сторонѣ теменно-височной области — изъянъ въ кости (желобовидная рана въ серединѣ пульсирующая), въ который вкладываются 2 фаланги мизинца. — Желобъ спереди назадъ на 9 ctm. отъ средней линіи и на 5,25 ctm. выше верхняго края основанія лѣвой ушной раковины; — длина изъяна въ 5,25 ctm., по концамъ его кпереди и сзади на кожѣ рубцы, сант. на три кпереди и на 2,25 сзади. Передній конецъ изъяна на ушной линіи чуть кпереди, а задній на 4,5 сант. сзади отъ ушной раковины — въ горизонт. направленіи. 20 дней былъ безъ сознанія. Ничего не могъ говорить. Теперь говоритъ съ очень большимъ трудомъ и неясно; есть парезъ лѣвой половины лица. Паралича не было. На лѣвое ухо не слышитъ, шумитъ и кружится голова.

Въ заключеніе еще приведу одно наблюденіе изъ практики мирнаго времени, противорѣчащее до нѣкоторой степени только что сказанному.

1) l. c. pag. 43—49.
2) l. c. pag. 53.

Дѣло идетъ о случаѣ, наблюдавшемся проф. Enderlen[1]): больной упалъ съ высоты 1,5 метра. Получилъ переломъ предплечья и почувствовалъ жестокую головную боль. При поступленіи 4. XI. 04. былъ слегка въ оглушенномъ состояніи. Въ области лѣвой теменной кости поверхностная рваная рана. Зрачки реагируютъ вяло, равномѣрно. Разстройствъ движеній или чувствительности нѣтъ. Жалобы на сильнѣйшія головныя боли въ области лба. Многократная рвота. Ночью безпокойство, и къ утру ($7^1/_2$) увеличивающаяся затемненность сознанія. Зрачки сильно расширены. Пульсъ 52. Больной плохо глотаетъ. Въ 10 часовъ утра наступилъ лѣвосторонній парезъ abducens'a и лицевого нерва. Подергиванія въ правой рукѣ. Лѣвой рукой двигаетъ цѣлесообразно. Ясно выраженный двусторонній застойный сосокъ. — Трепанація впереди лѣваго уха оказалась безрезультатной. И только при вскрытіи черепа впереди праваго уха обнаружена гематома довольно значительной величины. Въ кости трещина, идущая по направленію къ основанію черепа. Удаленіе сгустковъ крови; мозгъ поднялся и началъ пульсировать. Тампонада. Репозиція и фиксація лоскута. Вскорѣ послѣ операціи пульсъ повысился до 95. Полубезсознательное состояніе медленно исчезало; другія выше указанныя разстройства прошли очень быстро. 23. I. 05. больной выписанъ при хорошемъ самочувствіи. — Позднѣйшее изслѣдованіе обнаружило въ декабрѣ 1905 г. жалобы на головныя боли и головокруженіе.

Въ этомъ случаѣ ударъ былъ направленъ на лѣвую сторону, что доказываетъ рваная рана въ области лѣвой теменной кости. — Противо-ударомъ же обусловлено на противолежащей — правой сторонѣ тяжелое поврежденіе, которое привело къ параличу лѣваго лицевого нерва.

Такимъ образомъ мы видимъ, что перекрестный (альтернирующій) параличъ лицевого нерва и конечности можетъ быть какъ центральнаго, такъ и периферическаго происхожденія. Дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ этихъ интересныхъ поврежденій предоставлено отвѣтить на вопросъ, какая изъ указанныхъ формъ является болѣе частой или болѣе обыкновенной.

1) Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. 1906. 85. Bd. pag. 175. случай № 2.

Явленія моторнаго раздраженія.

Явленіямъ моторнаго паралича противополагаются явленія моторнаго раздраженія. Послѣднія мы можемъ подраздѣлить, согласно Nimier, на первичныя, вторичныя и позднія (tardives). — Къ первой группѣ мы относимъ судороги и контрактуры, обнаруживающіяся непосредственно послѣ поврежденія данной моторной области, обусловливаемыя раздраженіемъ мозговой коры, кровоизліяніемъ, осколками кости и иногда (рѣдко при раненіяхъ оболочечной пулей) застрявшей пулей. — Возникновеніе вторичныхъ судорогъ (II группа) слѣдуетъ приписывать исключительно инфекціи мозговой раны (менингитъ, энцефалитъ). — Позднія же конвульсіи (III группа) обязаны своимъ происхожденіемъ образованію рубца въ поврежденной области (костная черепная капсула, мозговыя оболочки, мозгъ) или позднѣйшей вспышкѣ инфекціи (поздній абсцессъ), напримѣръ, около осколка кости (снарядъ). Что касается двухъ первыхъ группъ, то наши наблюденія, касательно относящихся сюда симптомовъ, немногочисленны. Кромѣ того слѣдуетъ отмѣтить, что часто бываетъ чрезвычайно трудно рѣшить, имѣемъ-ли мы дѣло съ первичными или вторичными судорогами. Напримѣръ, у раненаго, поступающаго, скажемъ, на второй или третій день, или еще позднѣе послѣ поврежденія и обнаруживающаго, кромѣ раны въ моторной области, еще явные признаки инфекціи.

Слѣдующая таблица даетъ намъ обзоръ, наблюдавшихся нами первичныхъ и вторичныхъ конвульсій.

Въ таблицѣ № III первичными явленіями моторнаго раздраженія слѣдуетъ считать только тѣ случаи, гдѣ имѣлось поврежденіе теменной области. Здѣсь мы имѣемъ три тангенціальныхъ и одно сегментальное раненіе, въ которыхъ осколки кости и сгустки крови по всей вѣроятности являлись моментами, производящими раздраженіе. — Судороги, наступившія въ трехъ случаяхъ послѣ поврежденія лобной, respective затылочной области, достаточно объясняются развитіемъ менингита или энцефалита и на этомъ основаніи ихъ можно отнести ко вторичной группѣ.

Помимо четырехъ, только что приведенныхъ, случаевъ первичныхъ судорогъ, среди нашего матеріала мы не имѣемъ

Таблица № III.

№ исторіи болѣзни.	Область раненія, родъ раненія.	Симптомы выпаденія.	Явленія раздраженія.	На который день послѣ раненія составленъ status относительно явленій раздраж.	Примѣчанія.
№ 2	Regio parietalis dex. (моторная зона). Тангенціальное раненіе.	Полный лѣвосторонній гемипарезъ.	Судороги въ лѣвой рукѣ и ногѣ.	2-ой день.	Парезъ проходитъ. Судороги не повторяются.
№ 37	Regio parietalis sin. Тангенціальн. раненіе; поврежденіе sinus longitudinal.	—	Контрактура обѣихъ ногъ. Клоническія судороги въ обѣихъ ногахъ.	1-ый день.	Операція на 1-ый день. По удаленіи сгустк. крови и осколковъ, остается правосторонняя гемиплегія.
№ 127	Regio parietalis sin. Сегментальн. раненіе. Входное отверст. налѣво въ области центра руки.	Параплегія обѣихъ ногъ. Параличъ правой руки.	Судороги въ правой рукѣ.	8-ой день.	Инфицированное раненіе мозга. Судороги также могутъ быть вызваны осколками у входного пулевого отверстія. Смерть на 21 день.
№ 302	Regio parietalis dex. Тангенціальн. раненіе.	Лѣвосторонній гемипарезъ.	Судороги лѣвой руки и ноги, выраженныя въ рукѣ сильнѣе, чѣмъ въ ногѣ.	2-ой день.	Операція на 4 день. Инфицированное ран. мозга. Смерть на 4 день.
№ 100	Regio frontalis. Тангенціальн. раненіе.	—	Судороги лѣвой стороны, Nystagmus, facialis sin., лѣвая рука и нога.	6-ой день.	Операція на 5 день. Инфицированное ран. мозга. Смерть на 7 день.
№ 151	Regio occipitalis dex. Сегментальн. раненіе.	—	Судороги въ обѣихъ ногахъ.	9-ый день.	Операція на 8 день. Инфицированное ран. мозга. Смерть на 12 день.
№ 257	Regio frontalis dex. Тангенціальн. раненіе.	—	Эпилептическіе припадки.	Въ теченіе первыхъ двухъ дней.	Въ теченіе послѣдующаго періода наблюденія (2 недѣли!) припадки не повторялись.
№ 214	Regio frontalis. Раненіе съ застрявшей пулей.	—	Общія судороги, начинающіяся въ мускулатурѣ лица.	27-ой день.	Операція на 5 день. Инфицированное ран. мозга. Послѣ припадка судорогъ остался лѣвосторонній параличъ. Смерть на 30 д.

болѣе такихъ, которые въ первые дни проявили бы типичную картину эпилепсіи Jackson'a. — Послѣднюю мы встрѣчали позднѣе (спустя мѣсяцъ послѣ поврежденія) въ шести случаяхъ. Исключеніемъ является, быть можетъ, случай № 257 (поврежденіе лба), въ которомъ въ первые же дни послѣ ранения наступили эпилептическіе припадки (?). Судороги же, появившіяся въ случаѣ № 214 слѣдуетъ разсматривать, какъ симптомы менинго-энцефалита. — Среди 210 случаевъ, собранныхъ проф. Дьяконовымъ, имѣются только два (№ 150, pag. 136 и № 1, pag. 141), гдѣ припадки судорогъ обнаружились въ первые дни послѣ поврежденія.

Къ обсужденію случаевъ третьей группы я еще возвращусь впослѣдствіи въ главѣ объ исходахъ огнестрѣльныхъ раненій черепа.

Слѣдующая таблица № IV показываетъ намъ тѣ случаи, въ которыхъ послѣ поврежденія теменной области наступили контрактуры.

Изъ таблицы № IV мы видимъ, что контрактуры констатированы: въ четырехъ случаяхъ тангенціальнаго поврежденія, одномъ сегментальномъ и въ одномъ случаѣ ранения съ застрявшей пулей. Наблюдались различные типы контрактуръ, какъ-то: моноспазмъ три раза, гемиспазмъ — два раза и одинъ разъ спазмъ въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ.

Причиной контрактуръ при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ во многихъ случаяхъ признается раздраженіе мозговой коры (Nimier) или же пирамидныхъ волоконъ (Hildebrandt). За это говоритъ также и исчезновеніе контрактуръ послѣ извлеченія осколковъ, пули или удаленія сгустковъ крови и т. д. Съ другой стороны иногда мы видимъ, что контрактура не прекращается, несмотря на оперативное вмѣшательство (№№ 209, 142). — Въ такихъ случаяхъ мы могли бы обвинять воспалительныя измѣненія, какъ причину, вызывающую или поддерживающую „тоническую судорогу“ — (v. Monakow).

Просмотрѣвъ еще разъ всѣ случаи, обнаружившіе явленія моторнаго раздраженія и сравнивъ число ихъ съ числомъ случаевъ, сопровождавшихся параличами мы получаемъ слѣдующую картину:

Изъ 340 случаевъ огнестрѣльныхъ переломовъ черепа мы видимъ въ 131 случаѣ появленіе параличей и парезовъ

Таблица № IV.

№ исторіи болѣзни.	Область раненія, родъ раненія.	Прочіе симптомы.	Контрактура.	На который день послѣ раненія наблюдалась.	Примѣчанія.
№ 109	Regio parietalis dex. Тангенціальное раненіе.	—	Контрактура лѣвой верхней конечности.	2-ой день.	Инфицированное раненіе мозга. Операція на 6 день. Послѣ нея контрактура исчезаетъ и остается нарезъ. Смерть на 30 день.
№ 209	Regio parietalis sin. Раненіе съ застрявшей пулей.	Параличъ правой руки. Сухожильн. рефл. предплеч. повыш.	Контрактура правой кисти и пальцевъ.	7-ой день.	Операція. Контрактура послѣ операціи осталась.
№ 80	Regio parietalis dex. Тангенціальное раненіе.	Параличъ лѣвой ноги и парезъ лѣвой руки.	Контрактура сгибателей пальцевъ ноги.	4-ый день.	Параличи проходятъ. Операція на 10 д. Послѣ нея быстрое улучшеніе.
№ 37	Regio parietalis sin. Тангенціальное раненіе.	Клоническія судороги въ обѣихъ ногахъ.	Контрактура обѣихъ ногъ.	1-ый день.	Операція на 1 д. По удаленіи кровян. сгустковъ и осколковъ контрактура исчезаетъ (см. табл. № III).
№ 18	Regio parietalis s./d. Тангенціальное раненіе.	—	Контрактура лѣв. конечност. впослѣдствіи и правыхъ.	5-ый день.	Инфицированное раненіе мозга. Не оперированъ. Смерть на 9 день.
№ 142	Regio fronto-parietalis dex. Сегментальное раненіе.	Лѣвосторонняя гемиплегія.	Контрактура лѣвой руки и ноги въ бедренномъ и колѣнномъ суставахъ.	10-ый день.	Оперированъ. Контрактуры не исчезли.
№11*)	Regio parietalis sin. Тангенціальное раненіе.	Правосторонній гемипарезъ.	Спастическія явленія на правой сторонѣ.	44-ый день.	Не оперированъ.
№54*)	Regio parietalis dex. Тангенціальное раненіе.	Hemiplegia sin. completa. Hemianaesthesia sin.	Контрактура лѣвой руки.	$3^1/_2$ мѣс.	Операція на 2-ой день послѣ пораненія. Въ то время контрактуры не было.
№86*)	Regio parietalis dex. Тангенціальное раненіе.	Hemiparesis sinistra. Припадки судорогъ.	Paraparesis spastica extrem. infer. (sin).	$4^1/_2$ мѣс.	Оперированъ вторично.

*) Въ сущности эти наблюденія сюда не относятся, такъ какъ здѣсь дѣло идетъ о позднихъ контрактурахъ при зарубцевавшихся отчасти ранахъ.

и только въ десяти*) раненіяхъ — явленія моторнаго раздраженія. Эти наблюденія совершенно совпадаютъ съ таковыми же другихъ авторовъ, напр. А. А. Щепинскаго.[1]) Послѣдній настоятельно подчеркиваетъ, что спастическія явленія весьма рѣдко наблюдались въ лазаретахъ на театрѣ военныхъ дѣйствій. Напротивъ того, спастическія явленія значительно чаще обнаруживались въ парализованныхъ членахъ за время позднѣйшаго наблюденія (на родинѣ).

Разстройства со стороны чувствительности.

Разстройства со стороны чувствительности (явленія чувствительныхъ параличей и раздраженій) въ нашихъ случаяхъ отмѣчены поразительно рѣдко. — Между 340 случаями всего на всего я насчитываю восемь геми-resp. монэстезій**) и семь (resp. восемь) случаевъ съ явленіями раздраженія***) чувствительности (гиперэстезій и парэстезій). То же самое отношеніе встрѣчаемъ мы въ матеріалѣ, собранномъ проф. Дьяконовымъ. Здѣсь изъ 210 наблюденій въ девяти случаяхъ имѣются разстройства чувствительности; изъ нихъ при геміанэстезіи (между ними два случая, наблюдавшихся и нами, см. №№ 10, 191), четыре монэстезіи и двѣ парэстезіи.

Такое незначительное число разстройствъ чувствительности по сравненію съ большимъ числомъ моторныхъ параличей должно быть частью приписано недостаточно точному изслѣдованію. Обычно примѣнялось только самое простое изслѣдованіе болевого чувства (уколы иглой, щипаніе); другіе же виды чувствительности, благодаря обстоятельствамъ, или вовсе не изслѣдовались или изслѣдовались поверхностно. — Мы знаемъ, что даже въ мирное время при полномъ досугѣ легко можно проглядѣть при мозговыхъ заболѣваніяхъ разстройства чувствительности. Послѣднія

---

*) Примѣчаніе: Сюда не причислены случаи №№ 100, 151, 214 таблицы № III ввиду того, что дѣло здѣсь идетъ о вторичныхъ судорогахъ; подобнымъ же образомъ не принимались въ разсчетъ случаи №№ 11, 54 и 86 таблицы № IV, гдѣ отмѣчались позднія спастическія явленія.

1) l. c. pag. 262.

**) №№ 10, 54, 62, 133, 191, 206, 209, 297.

***) №№ 151 (?), 160, 161, 164, 198, 222, 331 (и 206 см. выше).

часто приходится прямо разыскивать, какъ говоритъ v. Monakow[1]). Послѣ этого понятно, что на войнѣ указанное изслѣдованіе рѣдко будетъ выполнено.

Мы находимъ съ одной стороны въ нашемъ матеріалѣ, по выше приведеннымъ причинамъ, мало свѣдѣній о разстройствахъ чувствительности. Но съ другой стороны слѣдуетъ указать на то обстоятельство, что разстройства по отношенію къ низшимъ видамъ чувствительности (болевая ч. и т. д.) могутъ отсутствовать даже при обширныхъ поврежденіяхъ мозга, мѣстоположеніе которыхъ соотвѣтствуетъ сензо-моторнымъ центрамъ или путямъ. По v. Monakow'y[2]) ясно-выраженныя разстройства чувствительности при очаговыхъ заболѣваніяхъ мозга съ поврежденіемъ центральныхъ чувствительныхъ путей (большого, средняго и т. д. мозга) бываютъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда эти очаги весьма обширны. Цѣлымъ рядомъ наблюденій установлено, что даже при поврежденіяхъ задней части внутренней капсулы болевая и тактильная чувствительность могутъ частью остаться невредимыми. Въ то же самое время высшіе виды чувствительности (мускульное и стереогностическое чувство) могутъ быть сильно нарушены. Чѣмъ ближе къ мозговой корѣ, тѣмъ обширнѣе долженъ быть очагъ, чтобы вызвать геміанэстезію. Въ случаѣ, если останутся неповрежденными хотя-бы немногіе чувствительные пучки, они могутъ оказаться достаточными для того, чтобы до нѣкоторой степени, поддержать функцію. Въ частности при кортикальныхъ поврежденіяхъ низшіе виды чувствительности бываютъ зачастую поражены только ненадолго и притомъ частично (v. Monakow[3]), Raymond по Nimier[4]) — Изъ всего сказаннаго слѣдуетъ, что при столь часто встрѣчающихся тангенціальныхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ теменной области съ послѣдующими явленіями моторныхъ параличей во многихъ случаяхъ мы не найдемъ грубыхъ нарушеній чувствительности. И благодаря этому можно частью объяснить, приведенное выше, небольшое число данныхъ разстройствъ въ нашемъ матеріалѣ.

1) l. c. pag. 598.
2) l, c. pag. 601—615.
3) l. c. pag. 612.
4) l. c. pag. 205.

Въ семи случаяхъ геміанэстезіи три раза мы несомнѣнно имѣли дѣло съ кортикальными поврежденіями. — Привожу вкратцѣ эти наблюденія.

№ 54. Тангенціальное раненіе въ области правой теменной кости. — Обширное поврежденіе мозга. Полная лѣвосторонняя гемиплегія. Слѣва геміанэстезія, которая исчезаетъ раньше паралича.

№ 62. Тангенціальное раненіе въ области лѣвой теменной кости. Поврежденіе мозга. Острый абсцессъ мозговой коры. Правосторонняя гемиплегія. Афазія. Геміанэстезія правой стороны, постепенно проходящая.

№ 133. Сегментальное раненіе въ лѣвой теменно-затылочной области. Обширное поврежденіе мозга. Правосторонняя гемиплегія. Афазія. Геміанэстезія, которая замѣчается еще четыре мѣсяца спустя послѣ раненія.

Мы видимъ, что въ приведенныхъ случаяхъ имѣлись весьма значительныя поврежденія мозга, въ случаѣ № 62 еще осложненныя абсцессомъ мозговой коры. Каждый разъ констатировались пространные моторные параличи, осложненные разстройствами рѣчи въ тѣхъ наблюденіяхъ, гдѣ дѣло шло о лѣвосторонніхъ поврежденіяхъ. Въ случаѣ № 133 съ особенно тяжелымъ и обширнымъ поврежденіемъ мозга разстройство чувствительности продолжалось очень долго. Въ другихъ случаяхъ послѣднія исчезали относительно быстро.

Въ трехъ другихъ случаяхъ мы можемъ, пожалуй, предполагать геміанэстезію капсулярнаго происхожденія; ибо наружная рана расположена такимъ образомъ, что является невѣроятнымъ обширное поврежденіе коры сензо-моторной области.

№ 10. Тангенціальное раненіе на четыре пальца выше лѣв. meatus auditor. externus. Полный правосторонній гемипарезъ. Афазія. Правостороняя, долго длившаяся геміанэстезія.

№ 206. Входное отверстіе: слѣва 4,5 ctm. надъ meatus audit. ext. Выходного отверстія нѣтъ. Абсцессъ. Полная правосторонняя гемиплегія. Афазія. Правосторонняя геміанэстезія, которая частью проходитъ. Разстройство мышечнаго чувства.

№ 297. Тангенціальное раненіе на четыре пальца надъ meatus aud. extern. Правосторонній гемипарезъ. Афазія. Правосторонняя гипэстезія, которая существуетъ еще спустя полтора мѣсяца послѣ раненія.

Эти три случая представляютъ почти одинаковую картину: послѣ поврежденія въ височной области — односторонній моторный и чувствительный параличъ. Какъ уже выше упомянуто, весьма возможно, что мы имѣемъ здѣсь поврежденіе моторно-чувствительныхъ путей. Иначе мы не будемъ въ состояніи объяснить себѣ обширныя явленія выпаденія при сравнительно незначительномъ протяженіи повреждения.

Къ приведеннымъ только что наблюденіямъ присоединяется еще четвертый случай:

№ 191. Входное отверстіе: на палецъ выше лѣвой ушной раковины. — Рентгеновскимъ снимкомъ обнаружена пуля справа на границѣ затылочной и височной кости. — Первичныя явленія: парезъ правой руки и праваго лицевого нерва (?). Афазія. Вторичныя явленія: лѣвосторонній гемипарезъ и геміанэстезія въ области nerv. V. Оба послѣднія явленія исчезаютъ послѣ удаленія пули (см. исторію болѣзни).

Монэстезія кортикальнаго происхожденія наблюдалась нами въ случаѣ № 209. Здѣсь послѣ поврежденія лѣвой теменной области наступилъ параличъ правой руки и нарушеніе чувствительности кисти и сгибательной поверхности предплечья.

Явленія раздраженія со стороны чувствительности.

Явленія раздраженія чувствительности въ формѣ гиперэстезій въ парализованныхъ или бывшихъ ранѣе парализованными членахъ наблюдались въ случаяхъ № 164 и № 206. Парэстезія ноги вмѣстѣ съ парезомъ одноименной руки у № 331; боли въ парэтичной ногѣ наблюдались у № 198*). — Въ двухъ случаяхъ отмѣчались сильнѣйшія боли въ ногахъ.

№ 151. Раненіе правой затылочной области; входное пулевое отверстіе — нѣсколько выше и справа отъ затылочного бугра; выходное черезъ наружный слуховой проходъ.

№ 222. — раненіе основанія черепа; входное отверстіе — правая скуловая кость; выходное — слѣва въ вискѣ.

*) Въ случаѣ № 13 боли въ парэтичной рукѣ, но этотъ случай неясенъ (см. исторію болѣзни).

Не берусь рѣшить, можно ли считать боли въ выше приведенныхъ случаяхъ за, такъ называемыя, церебральныя, эксцентрическія боли, въ случаѣ № 151, возможно, вызванныя менингитомъ (v. Monakow[1]).

Въ двухъ аналогичныхъ случаяхъ діаметральнаго ранения (лобно-височныя) №№ 160, 161 появившіяся на соотвѣтствующей поврежденію сторонѣ боли въ области нижней челюсти могутъ быть отнесены за счетъ периферическаго поврежденія (раздраженія) тройничнаго нерва (nervus mandibularis*).

Гипералгетическія зоны при огнестрѣльныхъ раненіяхъ головы.

Къ явленіямъ раздраженія чувствительности при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа мы можемъ также причислить, описанные впервые Wilms'омъ[2]) (1903), симметрическіе участки съ повышенной болевой чувствительностью (Hyperalgetische Zonen, зоны Head'a) кожи головы и шеи (грудь, верхняя часть).

Относительно происхожденія этихъ зонъ при огнестрѣльныхъ раненіяхъ головы Wilms сначала высказался слѣдующимъ образомъ. По его мнѣнію здѣсь дѣло идетъ о поврежденіи сплетеній симпатическаго нерва въ области sinus cavernosus. Отсюда раздраженіе передается верхнему шейному узлу симпатическаго нерва, затѣмъ далѣе черезъ rami communicantes въ верхніе шейные сегменты спинного мозга и въ область ихъ периферическаго распространенія. Но уже при первомъ своемъ сообщеніи Wilms указывалъ на то обстоятельство, что слѣдуетъ подвергнуть изслѣдованію два вопроса: всегда-ли должна быть поражена главная

---

1) l. c. pag. 602.

*) Трудно сказать, какимъ образомъ объясняется у раненыхъ, № 179 и № 191 анэстезія въ области trigeminus'a; въ особенности ввиду ея поздняго появленія. Весьма возможно, что въ случаѣ № 179 имѣется внутри-черепное (косвенное?) поврежденіе ствола nerv. trigemini. Но, можетъ быть, что въ данномъ случаѣ дѣло идетъ и о симптомѣ поврежденія Вароліева моста. Подобнымъ же образомъ и въ № 191 мы можемъ предполагать центральную причину (какъ и въ случаѣ № 206).

2) Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen". Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. für Chirurgie. 1903. I. pag. 140—142. Mitteil. aus den Grenzgeb 1903. XI. 5.

область внутри-черепнаго сплетенія симпатическаго нерва; и не могутъ-ли также поврежденія небольшихъ вѣтвей sympaticus'a вызывать только односторонніе не симметричные повышенія болевой чувствительности, на подобіе какъ это бываетъ при поврежденіяхъ въ области главнаго сплетенія симпатическаго нерва у основанія.

Эти вопросы вскорѣ отчасти нашли отвѣтъ въ работѣ Milner'a[1]). Послѣдній, основываясь на трехъ наблюденіяхъ указалъ, что черезъ посредство прямого раздраженія мелкихъ вѣтвей симпатическаго нерва въ pia или въ сѣромъ веществѣ могутъ быть вызваны тѣ же явленія, какъ и въ случаяхъ Wilms'a раздраженіемъ plexi sympathici у sinus cavernosus. — Но при многихъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ мозга, въ частности лобной части послѣдняго, такія зоны съ повышенной болевой чувствительностью совсѣмъ не обнаруживались. Отсюда Wilms[2]) сдѣлалъ заключеніе, что типичные участки съ повышенной болевой чувствительностью появляются исключительно послѣ поврежденій болѣе значительныхъ областей respective сплетеній симпатическаго нерва, сопровождающихъ большіе сосуды или же, можетъ быть, скученныхъ въ бо́льшемъ количествѣ въ опредѣленныхъ областяхъ piae matris.

На второй, поставленный Wilms'омъ, вопросъ: могутъ-ли обнаруживаться послѣ поврежденій головы односторонніе участки съ повышенной болевой чувствительностью, Vorschütz[3]) считаетъ возможнымъ отвѣтить утвердительно. Между двѣнадцатью, описанными имъ, случаями имѣлось только одно огнестрѣльное поврежденіе черепа, одиннадцать же разъ переломы основанія черепа и сотрясенія мозга вслѣдствіе воздѣйствія различныхъ тупыхъ силъ. На основаніи своихъ наблюденій Vorschütz утверждаетъ, что односторонніе повреждения мозга влекутъ за собой появленіе односторонних гипералгетическихъ участковъ. Въ свою очередь двусторонніе (симметрическіе) участки указываютъ на

1) „Ueber hyperalget. Zonen am Halse nach Kopfschüssen". Berlin. Klin. W. 1904. № 17.

2) „Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen". Berlin. Klin. W. 1904. № 36.

3) „Hyperalgetische Zonen bei Schädel u. Gehirnverletzungen" Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1907. Bd. 88. 1—3 H.

повреждение обоихъ полушарій мозга. Это обстоятельство объясняется одностороннимъ развѣтвленіемъ обѣихъ сонныхъ артерій (и окружающаго ихъ сплетенія симпатическаго нерва). При огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа двусторонніе участки съ повышенной болевой чувствительностью должны указывать на то, что пуля перешла за среднюю линію. Послѣднее условіе не должно непремѣнно быть на лицо, такъ какъ при прямомъ поврежденіи одной половины мозга, вполнѣ мыслимо, что и другая половина тоже повреждена, но косвенно. Раздробленіе кости или кровотеченіе могутъ простираться на оба полушарія (какъ, напр., на основаніе черепа въ одномъ случаѣ Luxembourg'a[1]). Такимъ образомъ становится возможнымъ объяснить двустороннее (симметрическое) появленіе участковъ съ повышенной болевой чувствительностью при одностороннемъ поврежденіи мозга. Все выше сказанное можно было бы привести противъ мнѣнія Clairmont[2]), который считаетъ появленіе двусторонних зонъ съ повышенной болевой чувствительностью при одностороннемъ поврежденіи симпатическаго нерва необъяснимымъ.

Среди относительно большого числа нашихъ наблюденій мы находимъ только два случая №№ 102, 122., въ которыхъ констатировано было появленіе названныхъ гипералгетическихъ участковъ *). Въ случаѣ № 122, въ которомъ дѣло шло о поперечномъ сегментальномъ раненіи затылка существовала ясно выраженная гипералгезія затылка, простиравшаяся симметрично на оба уха. Раненый жаловался на чувство „горѣнія“ обѣихъ ушныхъ раковинъ. Я полагаю, что въ данномъ случаѣ мы имѣли передъ собою гипералгезію въ области второго шейнаго сегмента (см. рисунокъ № II). Такимъ образомъ можно было бы объяснить симметрическое появленіе пораженія. Конечно, мы могли бы допустить также и раздраженіе поврежденныхъ вѣтвей nerv. occipitalis minoris и majoris. Но при этомъ было бы необходимо объяснить пораженіе ушной области съ обѣихъ сто-

1) „Zur Kasuistik der penetrierenden Schädelverletzungen“. Deutsche Zeitschrf. für Chir. 1909. Bd. 99. 3—6 H. Случай I.

2) „Zur Kenntniss der hyperalgetischen Zonen nach Schussverletzungen“. Mitteilungen aus d. Grenzgebieten. — 1908. XIX. H. 1.

*) Кромѣ того въ двухъ случаяхъ наблюдались такіе участки на головѣ (№ 134) и на шеѣ (164), но свѣдѣнія о нихъ очень коротки.

ронъ — auricularis magnus — хотя послѣднее вполнѣ возможно, благодаря анастомозамъ съ обоими затылочными нервами.

Болѣе ясенъ слѣдующій случай № 102. Здѣсь дѣло идетъ о тангенціальномъ раненіи правой теменной кости, при которомъ обнаружилась гипералгезія кожи затылка и шеи. Зона повышенной болевой чувствительности сзади доходитъ до перваго шейнаго позвонка (граница волосъ) спереди до нижняго края нижней челюсти. — Внизъ эта область распространяется до II-ыхъ реберъ. Весь этотъ участокъ какъ разъ соотвѣтствуетъ третьему и четвертому шейному сегменту спинного мозга (см. рисунки № I и № II). --

I.

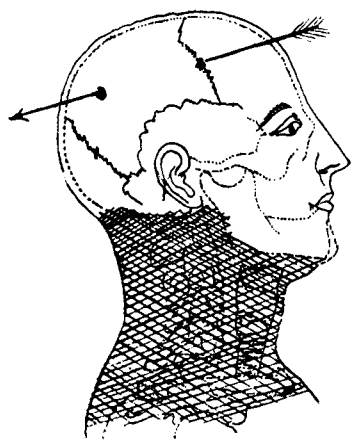


Рис. № I.

Случай № 102. Гипералгетическія участки на шеѣ, соотвѣтствующіе 3 и 4-му шейнымъ сегментамъ.

II

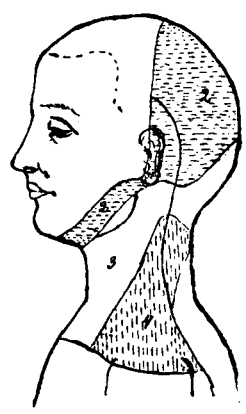


Рис. № II.

Участки чувствительности соотвѣтствующіе 2, 3 и 4 шейнымъ нервамъ (L. Bolck) по (Rauber-Kopsch. 1907. V. pag. 701).

Выше уже было объяснено, почему мы имѣемъ дѣло съ двусторонней гипералгезіей кожи, несмотря на одностороннее поврежденіе мозга.

Въ этомъ случаѣ бросается въ глаза, что II-ой шейный сегментъ не находится въ области гипералгезіи. Возможно, что здѣсь явленія уже исчезли, такъ какъ раненый поступилъ къ намъ только на шестой день послѣ по-

вреждения. Wilms сообщаетъ, что въ его случаяхъ боли совершенно исчезли черезъ 8—10 дней. Напротивъ того Vorschütz заявляетъ, что такія области съ повышенной болевой чувствительностью могутъ существовать въ продолженіе мѣсяцевъ и даже годовъ, хотя и въ уменьшенномъ видѣ.

Но даже и въ этомъ случаѣ № 102 мы должны допустить возможность гипералгезіи. Мы могли имѣть дѣло съ прямымъ раздраженіемъ чувствительности ввиду того, что поврежденіе соотвѣтствуетъ сензо-моторной области: v. Monakow[1]) сообщаетъ, что несомнѣнно наблюдалось появленіе эксцентрическихъ болей церебральнаго происхожденія въ отдѣльныхъ частяхъ тѣла и въ лицѣ, именно, при очагахъ въ мозговой корѣ (Regio centro-parietalis). Такія эксцентрическія боли вызываются сложными вторичными комбинаціями раздраженій и суммированіемъ послѣднихъ въ мозговой корѣ. Но обычно эти явленія раздраженія чувствительности сопровождаютъ моторныя разстройства. Въ нашемъ случаѣ № 102 мы этого, однако, не наблюдаемъ. Явленія раздраженія чувствительности замѣчались въ симметрическихъ и хорошо ограниченныхъ областяхъ на шеѣ и затылкѣ, такъ что невольно напоминаютъ собою зоны, описанныя Wilms'омъ.

Приблизительно изъ 142 раненыхъ въ лазаретахъ Императрицы Маріи Ѳеодоровны и Евангелическомъ мы не имѣли болѣе случаевъ съ зонами повышенной болевой чувствительности; несмотря на то, что слѣдили спеціально за появленіемъ этого симптома*).

1) l. c. pag. 602—603.

*) Milner (Berlin. Klin. W. 1904. № 19. pag. 506) высказалъ предположеніе, что „зоны Head'a“ можно, вѣроятно, наблюдать и на другихъ частяхъ тѣла значительно чаще, чѣмъ до сихъ поръ это предполагалось, особенно при раненіяхъ. — Такъ какъ по этому вопросу имѣется очень немного сообщеній, то привожу здѣсь еще одно наблюденіе, сдѣланное мною на войнѣ, хотя этотъ случай не относится сюда ввиду того, что дѣло идетъ о раненіи грудной клѣтки.

История болѣзни. — Антонъ Грошевъ 24 а. п. рядовой 55 Подольскаго полка раненъ 12-го января 1905 г. об. пулею. — Поступилъ 18. I. 05. въ лазаретъ Императрицы Маріи Ѳеодоровны въ Гуйчжулинѣ. — Переведенъ 6. III. 05 въ 94-ый военный запасной госпиталь. — Vulnus. selop. thoracis et abdominis. Läsio pulmonis et renis dextr. — Входное отверстіе: на передней поверхности праваго плеча на два пальца ниже acromion. Выходное

Разстройства со стороны рефлексовъ.

Что касается разстройствъ со стороны рефлексовъ, мы имѣемъ среди нашего матеріала по этому поводу только не-

отверстіе: съ той же стороны на спинѣ и на два пальца вправо отъ остистыхъ отростковъ на уровнѣ 11-го ребра, круглой формы, зіяетъ. — Легочный звукъ съ правой стороны притупленъ: спереди, начиная съ 3-го ребра книзу, сзади книзу отъ середины лопатки. Въ притупленныхъ частяхъ дыхательнаго шума не слышно. Fremitus pector. отсутствуетъ — Сердечный толчекъ ощущается кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи. Сердечная тупость доходитъ до сосковой линіи слѣва. — Послѣ раненія три дня харкалъ кровью и въ продолженіе трехъ дней была кровь въ мочѣ. Теперь крови въ мочѣ нѣтъ. — Боли въ правомъ плечѣ. Всѣ движенія въ правой рукѣ и пальцахъ сохранены. Шума въ arteria subclavia и axillaris не слышно. T° 38,0, пульсъ 68. — Теченіе: раны заживаютъ подъ струпомъ. Крови въ мочѣ нѣтъ. Притупленіе легочнаго звука справа держится безъ измѣненій до 12. II, съ этого времени оно начинаетъ просвѣтляться. — До 8. II по вечерамъ температура около 38,0 и болѣе, пульсъ около 90, затѣмъ температура приходитъ къ нормѣ. — 6. III переведенъ. Раны зарубцевались. Съ правой стороны дыхательный шумъ немного слабѣе, чѣмъ слѣва. Самочувствіе удовлетворительное. Аппетитъ, стулъ и сонъ нормальны.

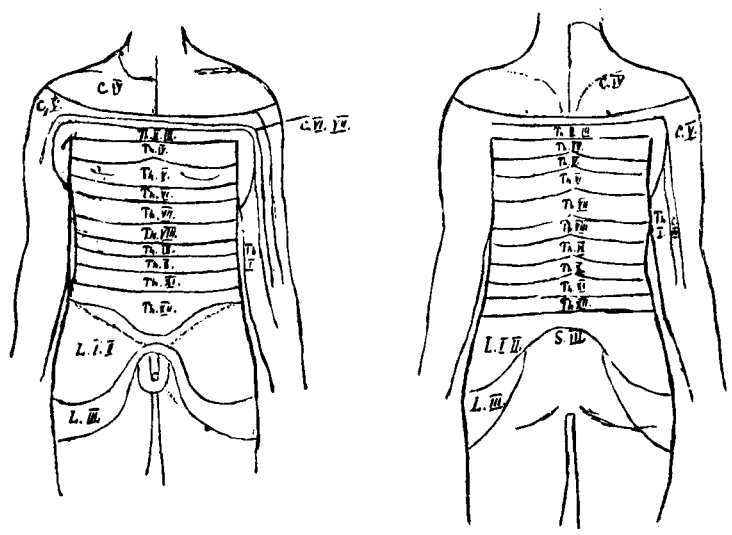


Рис. № III.

Иннервація кожи соотвѣтственно сегментамъ спинного мозга.

(По Rauber-Kopsch. 1908. VI. pag. 838 и 859.)

Интересно, что въ этомъ случаѣ была замѣчена сильная гипералгезія кожи всей правой стороны туловища. Гипералгетическая зона начиналась отъ ключицы и спускалась немного ниже

многія наблюденія*). Кромѣ того изслѣдовались въ большинствѣ случаевъ только сухожильные рефлексы.

Таблица № V даетъ обзоръ случаевъ, изслѣдованныхъ по отношенію разстройствъ со стороны рефлексовъ. У раненыхъ съ параличами, на парализованныхъ конечностяхъ обычно были повышены сухожильные рефлексы. Но встрѣчались случаи, гдѣ рефлексы повышены на непарализованныхъ конечностяхъ, такъ напримѣръ, въ случаѣ діаметральнаго раненія № 162 или раненія съ застрявшей пулей № 193.

Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ (три) констатировано пониженіе рефлексовъ. Отмѣтимъ, что въ этихъ наблюденіяхъ (№№ 133, 206, 297), кромѣ моторныхъ, имѣлись еще явленія раздраженія чувствительности. Въ первомъ случаѣ мы имѣли дѣло съ поврежденіемъ моторной зоны мозговой коры слѣва, но въ двухъ другихъ возможно предположить поврежденіе внутренней капсулы. — Обычно послѣ поврежденій, особенно моторной области мозговой коры, состояніе сухожильныхъ рефлексовъ таково, что они непосредственно послѣ поврежденія ослаблены (въ парализованныхъ конеч-

---

пупартовой связки, сзади отъ spina scapulae почти до ягодичной складки. Въ этой области легкое прикосновеніе къ кожнымъ покровамъ вызывало уже боль. Гипералгетическія явленія держались приблизительно мѣсяцъ, постепенно уменьшаясь. — Думаю, что мы имѣемъ дѣло съ такъ называемыми зонами H e a d'a, т. е. съ болями въ отдаленныхъ частяхъ кожи, которыя получаютъ свои нервы изъ тѣхъ сегментовъ спинного мозга, съ которыми стоятъ въ связи, и висцеральные нервы поврежденнаго органа. Въ данномъ случаѣ имѣлось поврежденіе, затронувшее какъ правосторонніе грудные органы, такъ и изъ органовъ живота, по всей вѣроятности, печень и несомнѣнно правую почку. Соотвѣтственно этому мы видимъ здѣсь обширную гипералгетическую область, начинающуюся съ перваго грудного сегмента до второго поясничнаго. Если бы въ этомъ случаѣ дѣло сводилось только къ поврежденію легкаго и, можетъ быть, печени, мы имѣли-бы зону, оканчивающуюся приблизительно X-ымъ груднымъ сегментомъ. Но здѣсь, гдѣ повреждена и почка, гипералгезія простирается также и на нижніе грудные и на верхніе поясничные сегменты. (Зона почекъ соотвѣтствуетъ X—XII груднымъ и I поясничному сегментамъ[1]), см. рис. № III.)

1) R. F. Müller: „Sensibilitäts-Störungen der Haut bei chirurgischen Erkrankungen innerer Organe.“ — Verh. d. Deutsch. Ges. für Chirurgie 1902. I. pag. 189—193.

*) Объ одномъ случаѣ отсутствія колѣннаго рефлекса при огнестрѣльномъ раненіи мягкихъ частей черепа см. стр. 26 (№ 427).

Таблица № V.

№ исторіи болѣзни.	Область раненія и родъ раненія.	Явленіе выпаденія и раздраженія.	Рефлексы.	На который день послѣ раненія изслѣдовал. рефлексы.
№ 12	Regio parieto-occipitalis sin. Тангенціальное раненіе.	Парезъ лѣвой руки.	Колѣнные рефлексы на обѣихъ сторонахъ повышены.	35 день.
№ 109	Regio parietalis dex. Тангенціальное раненіе.	Спастическая контрактура лѣвой руки.	Сухожильный рефлексъ повышенъ.	2 день.
№ 133	Regio parieto-occipitalis sin. Сегментальное раненіе.	Правосторонняя гемиплегія. Пониженіе чувствительности на правой сторонѣ.	Сухожильные рефлексы на правой сторонѣ понижены.	104 день.
№ 162	Regio fronto-parietalis d./s. Діаметральное раненіе.	Параличей конечностей нѣтъ.	Рефлексы нижнихъ конечностей повышены.	35 день.
№ 163	Regio parietalis d./s. Діаметральное раненіе.	Поздній параличъ лѣвой ноги.	Сухожильные рефлексы обѣихъ ногъ повышены. На лѣвой ногѣ рефл. Babinsky.	32 день.
№ 209	Regio parietalis sin. Раненіе съ застрявшей пулей.	Параличъ правой руки. Контрактура ручной кисти и пальцевъ. Нарушеніе чувствительности.	Сухожильный рефлексъ правой руки повышенъ.	7 день.
№ 192	Regio parietalis dex. Ранен. съ застрявшей пулей.	Параличъ правой ноги и руки. Чувствительность нормальна.	Колѣнный рефлексъ на правой ногѣ повышенъ. Клонусъ стопы.	Черезъ 3 недѣли.
№ 215	R. parietalis dex. Ранен. съ застрявшей пулей.	Диплегія.	Сухожильные рефлексы повышены. Клонусъ стопы.	7 день.
№ 373	Regio temp.-parietalis sin. ?	Параличъ праваго Facialis'a и правой руки; Афазія.	Рефлексы на правой ногѣ повышены.	?

Таблица № V. (Продолженіе).

№ исторіи болѣзни.	Область раненія и родъ раненія.	Явленія выпаденія и раздраженія.	Рефлексы.	На который день послѣ раненія изслѣд. рефлексы.
№ 193	R. temporalis sin. Ранен. съ застряв. пулей.	Параличей нѣтъ. Психика пострадала.	Сухожильные рефлексы повышены.	6 день.
№ 206	R. temporalis sin. Ранен. съ застрявшей пулей.	Полная правосторонняя гемиплегія. Нарушеніе чувствительности правой стороны. Афазія.	Пониженіе, потомъ повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ.	5 мѣсяцъ.
№ 297	R. temporalis sin. Тангенціальное раненіе.	Парезъ правыхъ конечностей. Пониженіе чувствительности.	На правой ногѣ пателлярный рефлексъ отсутствуетъ.	52 день.

Примѣчаніе: здѣсь слѣдуетъ еще привести случай № 191, у котораго въ дальнѣйшемъ теченіи раненія оболочечнымъ снарядомъ, вошедшимъ у лѣваго виска и застрявшимъ въ правой сторонѣ затылка, развился лѣвосторонній гемипарезъ и повышеніе рефлексовъ.

ностяхъ) или совсѣмъ отсутствуютъ, впослѣдствіи же усиливаются. — Въ нашихъ случаяхъ мы имѣемъ свѣдѣнія, собранныя довольно поздно, въ то время, когда можно было уже ожидать усиленія рефлексовъ. Всё-таки въ случаѣ № 206 послѣ операціи, произведенной съ цѣлью закрытія черепного дефекта, появилось усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ (нижнихъ конечностей).

Что касается состоянія сухожильныхъ рефлексовъ при контрактурахъ (раннихъ контрактурахъ), v. Monakow[1]) пишетъ, что оно очень варіируетъ. Сухожильные рефлексы могутъ быть то усилены, то нормальны, или ослаблены, а временами и совсѣмъ отсутствовать.

Слѣдуетъ отмѣтить, что о состояніи рефлексовъ вообще при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа имѣется немного точныхъ и, въ особенности, болѣе послѣдовательныхъ изслѣдованій (Nimier[2]).

1) l. c. pag. 522.
2) l. c. pag, 319.

Разстройства функцій мочевого пузыря часто наблюдаются при безсознательныхъ состояніяхъ въ тяжелыхъ случаяхъ. Такія разстройства въ смыслѣ недержанія мочи представляются особенно частымъ явленіемъ при инфицированныхъ раненіяхъ, оканчивающихся смертью.

Но подобныя разстройства встрѣчаются и при ненарушенномъ сознаніи. Такъ, напримѣръ, раненый № 179 цѣлый мѣсяцъ послѣ поврежденія не могъ удерживать мочу. Какъ только онъ чувствовалъ желаніе мочиться, то мочеиспусканіе происходило противъ его воли. Въ другомъ случаѣ № 99 мы видѣли задержаніе мочи. Раненый не могъ произвольно мочиться, необходима была катетеризація. То же самое въ № 178, который впрочемъ, обнаруживалъ потемнѣніе сознанія. Въ четвертомъ случаѣ № 305, послѣ раненія (сегментальное, шрапнелью) частота мочеиспусканій увеличилась. — Во всѣхъ указанныхъ случаяхъ дѣло шло о тяжелыхъ поврежденіяхъ мозга: у одного имѣлось обширное тангенціальное раненіе правой теменной области; у двухъ діаметральныя раненія: одинъ выстрѣлъ наискось въ теменно-затылочную область, другой вертикальный; у одного имѣлось сегментальное раненіе темени.

У раненыхъ, находящихся въ безсознательномъ состояніи или приходящихъ въ себя послѣ тяжелаго разстройства сознанія проявляется недержаніе или рѣже задержка мочи. Объясняющимъ моментомъ этого явленія обычно считается, именно, разстройство сознанія. Иначе обстоитъ дѣло въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раненый, несмотря на полное сознаніе, утерялъ способность регулировать функцію своего пузыря, какъ напримѣръ, въ случаяхъ №№ 99, 179. — Я не берусь рѣшить вопросъ, можемъ ли мы считать эти разстройства, какъ имѣющія центральное происхожденіе.

Атактическія разстройства

какъ-то: атактическая походка, нарушеніе равновѣсія, не координированныя движенія мы наблюдали у восьми раненыхъ. Слѣдующая таблица даетъ намъ обзоръ этихъ случаевъ (см. таблицу № VI).

Изъ таблицы видно, что чаще всего отмѣчена въ исторіяхъ болѣзней атактическая походка. Одинъ разъ указанное

Таблица № VI.

№ исторіи болѣзни.	Область раненія, родъ раненія.	Атактическія разстройства.	Прочіе симптомы.
№ 141	Regio par. frontalis d/s. Сегментальное раненіе.	Атактическая походка.	Разстройство психики: ненормальная веселость, нечистоплотность и т. п.
№ 279	Regio parietalis dex. Тангенціальное раненіе.	Нарушеніе чувства равновѣсія. При ходьбѣ падаетъ на лѣв. стор.	Сначала лѣвосторонняя гемиплегія, впослѣдствіи исчезнувшая.
№ 163	Regio parietalis d/s. Діаметральное раненіе.	Атактическая походка.	Поздно наступившій параличъ лѣвой ноги, исчезающій впослѣдствіи. На нижнихъ конечностяхъ (обѣихъ) сухожильные рефлексы повышены. — На лѣвой ступнѣ Babinsky.
№ 122	Regio occipitalis s/d. Сегментальное раненіе.	Неувѣренная походка.	Hemianopsia inferior.
№ 179	Regio occipitalis dex. (basilaris). Діаметральное раненіе.	Атактическая походка.	Правосторонній геміпарезъ. Разстройство рѣчи. Нарушеніе слуха на прав. стор. Нарушенія зрѣнія. Нарушеніе чувствительности въ области тройничнаго нерва.
№ 191	Regio temporalis sin. Раненіе съ застрявшей пулей. Пуля застряла въ мозгу направо соотвѣтственно границѣ между tempor. и occipital.	Атактическая походка. Падаетъ назадъ и налѣво.	Первично: парезъ правой руки и facialis'a. Разстройство рѣчи. Вторично: лѣвосторонній геміпарезъ и геміанэстезія. Повышенные рефлексы, дрожаніе. Разстройства въ области trigeminus'a.
№ 227	Regio basilaris. Раненіе основанія.	Шаткая походка, (трясеніе головы).	Нарушенія со стороны: nerv. oculomot., trigem., abducent. на лѣвой сторонѣ (перифер. раненіе); facialis — на прав. стор. (центральное поврежденіе).
№ 225 *)	Regio basilaris. Раненіе основанія.	Некоординированныя движенія лѣвой ноги и интенціонное дрожаніе въ лѣвой рукѣ.	Нарушеніе слуха на лѣв. стор.— Параличъ лѣваго facialis'a.

*) см. рисунокъ № IV.

разстройство мы встрѣчаемъ при раненіи лобной доли мозга и два раза при поврежденіяхъ теменной области. Во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ имѣются поврежденія затылочной области или основанія черепа. Такимъ образомъ интересующій насъ симптомъ мы можемъ, пожалуй, отнести къ церебеллярнымъ атаксіямъ. Такое предположеніе, какъ мнѣ кажется, не можетъ встрѣтить противорѣчія въ случаяхъ №№ 122, 179, 191, 225. По всей вѣроятности здѣсь cerebellum задѣтъ или непосредственно, какъ въ случаѣ № 179 или косвенно, какъ въ №№ 122, 191, 225. Въ случаѣ № 122, конечно, разстройство зрѣнія способствовало неувѣренности

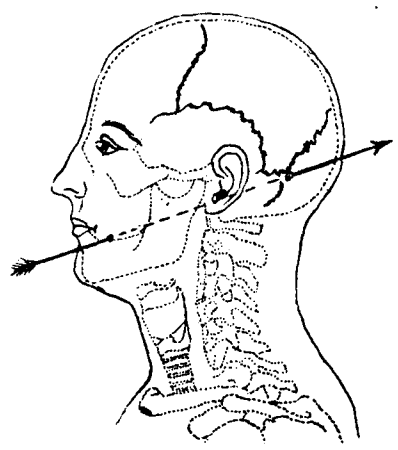


Рис. № IV.
Случай № 225, см. таблицу № VI.

походки. — Точно также и въ случаѣ № 163 можно предполагать косвенное воздѣйствіе на мозжечекъ: выходное отверстіе длиннаго косого огнестрѣльнаго канала лежало слѣва на 2 ctm. впереди ламбдоиднаго шва и на 6 ctm. отступя отъ средней линіи. Трудно рѣшить, можемъ ли мы то же самое допустить въ случаѣ раненія основанія черепа № 227. За церебеллярное раздраженіе говорятъ въ этомъ случаѣ ясно-выраженное разстройство походки и качаніе головы (v. Monakow)[1]). — Атаксію въ случаѣ № 141 (раненіе лба) можно, вѣроятно, также разсматривать какъ явленіе цере-

1) l. c. pag. 1035 и 1036.

беллярнаго происхожденія. Такъ называемая фронтальная атаксія, которая иногда наблюдается при очагахъ въ лобныхъ доляхъ обясняется дѣйствіемъ на разстояніи (Fernwirkung) на мозжечекъ (v. Monakow[1]). — Можемъ ли мы считать случай № 279 за атаксію кортикальнаго происхожденія (поврежденіе центральныхъ извилинъ) — этотъ вопросъ приходится оставить неразрѣшеннымъ за недостаткомъ болѣе точныхъ данныхъ о разстройствахъ сложныхъ формъ движенія и т. д.

Разстройство рѣчи.

Среди нашего матеріала мы имѣемъ тридцать-четыре случая*) разстройствъ рѣчи. Изъ этого количества 32 приходятся на раненія оболочечными пулями и артиллерійскими снарядами, и два наблюденія относятся къ раненіямъ, въ которыхъ огнестрѣльное оружіе осталось неопредѣленнымъ.

Распредѣляя разстройства рѣчи по родамъ ранения и породу причинившаго раненіе оружія, получаемъ таблицу № 20.

Таблица № 20.

Родъ раненія:	Разстройство рѣчи при раненіяхъ обол. пул.	Общее число всѣхъ наблюденій.	Разстройство рѣчи при раненіяхъ арт. снаряд.	Общее число всѣхъ наблюденій.
Тангенціальныя ран. . . .	13	116	5	49
Сегментальныя „ . . .	5	37	—	2
Діаметральныя „ . . .	4	32	—	—
Ран. съ застряв. пул. . . .	3	30	1	31
Ран. основанія черепа . . .	1	17	—	—

Что касается численности разстройствъ рѣчи при отдѣльныхъ родахъ раненій, то иллюстраціей для этого вопроса можетъ служить еще слѣдующая таблица, составленная на основаніи матеріала Stevenson'a, проф. Дьяконова и моего:

1) l. c. pag. 594 и 595.

*) №№ случаевъ: 2, 9, 10, 22, 60, 61, 62, 78, 82, 104, 105, 115, 116, 120, 124, 133, 143, 153—159, 162, 178, 179—191, 206, 215—232—265, 290, 295, 297, 303—307; неопредѣленные случаи: №№ 373 и 376.

Таблица № 21.

	Stevenson:		Дьяконовъ:		Нашъ матеріалъ:	
	Разстройство рѣчи.	Общее число случ.	Разстройство рѣчи.	Общее число случ.	Разстройство рѣчи.	Общее число случ.
Тангенціальныя ран.	16	60	22	189	18	165
Прободающія „	9	61			10	114
Проникающія „	1	12	3	21	4	61
Общее число . .	26	133	25	210	32	340

Слѣдующая таблица № 22 даетъ намъ представленіе о положеніи наружныхъ ранъ при интересующихъ насъ разстройствахъ.

Таблица № 22.

Въ случаяхъ съ разстройствомъ рѣчи наружныя раны находились:	въ regio	temporalis sin.	въ 9	случаяхъ.	
	„ „	fronto-parietalis sin. . .	„ 2	„	
	„ „	„ sin/dex. .	„ 1	„	
	„ „	„ dex/sin. .	„ 1	„	
	„ „	temporo-parietalis sin. . .	„ 1	„	*)
	„ „	occipito-temporalis sin. .	„ 2	„	
	„ „	parieto-occipitalis sin. . .	„ 1	„	
	„ „	„ sin/dex.	„ 1	„	
	„ „	„ dex/sin.	„ 1	„	
	„ „	parietalis sin.	„ 8	„	
	„ „	occipitalis sin.	„ 1	„	
	„ „	basilaris (sin.)	„ 1	„	
	„ „	occipitalis dex.	„ 1	„	
	„ „	parietalis dex.	„ 2	„	

Изъ этихъ данныхъ видно, что значительно бо́льшая часть поврежденій пришлась на лѣвую половину черепа и главнымъ образомъ на височную область и прилегающія къ ней боковыя части лобной, теменной и затылочной областей. Такимъ образомъ область раненій приблизительно соотвѣтствуетъ распространенному положенію центра рѣчи [основаніе третьей лобной извилины слѣва, части мозга, ограничивающія сильвіеву борозду (Insula), задняя часть первой

*) Среди неопредѣленныхъ случаевъ въ одномъ (№ 373) имѣлось также раненіе Regio temporo-parietalis sin; въ другомъ (№ 376) область не была указана.

и второй лѣвой височной извилины (gyrus angularis)]. Достаточно хорошо извѣстно, что поврежденія этихъ отдѣловъ мозга могутъ повлечь за собой разстройства рѣчи.

Слѣдуетъ еще указать три случая, въ которыхъ поврежденіе касалось праваго полушарія (одно затылочное и два теменныхъ раненія) и имѣло слѣдствіемъ разстройство рѣчи. У раненаго № 215 дѣло шло о застрявшей пулѣ, вошедшей на 2 ctm. справа отъ средней линіи. Съ большой вѣроятностью можно допустить, что снарядъ проникъ до лѣваго полушарія и здѣсь повредилъ область центра рѣчи (3-ья лобная извилина?). — Въ случаѣ № 2 (раненіе правой теменной области) разстройство рѣчи являлось, вѣроятно, слѣдствіемъ имѣющагося пареза лицевого нерва (dysarthrie). — Гораздо труднѣе объяснить случай № 179 (вертикальное раненіе правой половины затылка, поврежденіе мозжечка). Объ этомъ случаѣ я буду еще говорить ниже.

Изолированныя разстройства рѣчи отмѣчены въ нашемъ матеріалѣ десять разъ.*) Въ другихъ случаяхъ кромѣ разстройства рѣчи имѣлись еще и другіе параличи. Такъ, одинъ разъ мы видѣли разстройство рѣчи въ соединеніи съ параличемъ праваго лицевого нерва (№ 60); четыре раза**) въ соединеніи съ параличемъ или парезомъ правой руки (и лицевого нерва) (№№ 78, 105, 191, 373); четырнадцать разъ***) съ правосторонней гемиплегіей (между ними три случая съ полной гемиплегіей: №№ 10, 61, 206). Кромѣ того разстройство рѣчи сопровождалось диплегіей, одинъ разъ (№ 215); и одинъ разъ параличемъ правой ноги (?) — № 116****).

Патологія мозга учитъ насъ, что при комбинированныхъ параличахъ, въ частности, при моторной афазіи дѣло идетъ о facio-lingual'номъ, facio-brachial'номъ или полномъ правостороннемъ параличѣ. Но, повидимому, при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа можетъ случиться, что афазіей бываетъ сопряженъ параличъ руки или руки и ноги правой стороны безъ замѣтнаго пораженія лицевого нерва.

*) №№ 9, 22, 104, 120, 124, 162, 178, 232, 290, 307.

**) Между ними одинъ неопредѣленный случай № 373.

***) №№ 10, 61, 62, 82, 115, 133, 143, 153, 159, 206, 265, 295, 297, 303.

****) Случаи №№ 2, 179, 376 не приняты во вниманіе по приведеннымъ раньше причинамъ.

Во всякомъ случаѣ на это обстоятельство, какъ кажется, указываютъ нѣкоторыя изъ нашихъ исторій болѣзни (№№ 62, 82). Въ казуистикѣ v. Bergmann'a (Kopfverletzungen, pag. 470) также встрѣчаются подобныя наблюденія. Правда, нужно сознаться, что возможны ошибки въ наблюденіи, такъ какъ неполное пораженіе лицевого нерва иногда можно найти только при очень тщательномъ изслѣдованіи (которое на войнѣ, къ сожалѣнію, не всегда возможно) (см. стр. 123).

Число случаевъ, обнаруживавшихъ кромѣ разстройства рѣчи еще и параличи конечностей въ нашемъ матеріалѣ равномѣрно распредѣляются между афазіями, причисленными къ моторной и сенсорной формѣ (см. ниже о формахъ афазій). — Въ выше приведенныхъ цифрахъ, во всякомъ случаѣ, заслуживаетъ вниманія относительно большое число изолированныхъ афазій, которыя составляютъ треть всѣхъ случаевъ афазіи.

Къ сожалѣнію, мы не могли произвести болѣе или менѣе точную классификацію формъ афазій на основаніи нашихъ исторій болѣзни. Въ послѣднихъ не имѣется подробнаго описанія разстройства рѣчи. Вслѣдствіе этого мы должны въ томъ случаѣ, если мы вообще сдѣлаемъ попытку, несмотря на только что указанные недостатки, подраздѣлить наши наблюденія по формамъ афазій, выкинуть изъ-за краткости замѣтокъ двѣнадцать случаевъ *).

Слѣдуя обычному подраздѣленію, мы можемъ девять **) нашихъ случаевь отнести къ моторной афазіи. Пониманіе сказаннаго повидимому, сохранено, но способность произвольной рѣчи утрачена, за исключеніемъ произношенія отдѣльныхъ очень употребительныхъ словъ. Такъ, напримѣръ, въ случаѣ № 307 раненый могъ выговаривать свое имя; въ № 10 — „я“, „я“; въ № 215 — „да“, „да“, или обрывки словъ (№ 133) „ту“, „ту“. Амнестическія явленія имѣлись въ случаяхъ №№ 153, 303 и 307. Аграфія (параграфія) наблюдалась въ №№ 61, 162; у перваго, кромѣ того, алексія. — Наружныя раны въ этихъ случаяхъ очень рѣдко занимали положеніе соотвѣтствующее центру Broca (основаніе

*) №№ 22, 78, 104, 105, 115, 116, 143, 232, 290, 297—373, 376.
**) №№ 10, 61, 62, 133, 153, 162, 215, 303, 307.

третьей лѣвой лобной извилины), принимая, что этотъ центръ приблизительно соотвѣтствуетъ на костномъ черепѣ переднему нижнему углу теменной кости (по Fr. Hermann[1]). Въ случаяхъ №№ 10 и 153 пулевой каналъ по реконструкціи, вѣроятно, прямо пронизалъ F. 3. sin. Въ другихъ случаяхъ пулевой ходъ проходитъ, повидимому, нѣсколько выше, какъ напр. въ № 61. Но все же поврежденіе, благодаря осколкамъ, кровоизліянію, боковому дѣйствію пули, можетъ легко распространиться и на указанный центръ.

Къ сенсорнымъ афазіямъ я могъ бы причислить восемь*) случаевъ. Раненый или совсѣмъ не понимаетъ сказаннаго или понимаетъ очень ограниченно, напр. № 124. Количество произносимыхъ словъ ограничено (№ 60). Парафазія была ясно выражена въ № 206, нарушеніе правильности ударенія словъ въ №№ 159, 191. Повтореніе тѣхъ же самыхъ выраженій (perseveratio) отмѣчено въ случаѣ № 295. — Аграфія (параграфія) и алексія наблюдались у №№ 60, 124, 206, 295. Зачастую наблюдается амнестическая афазія — амнезія словъ. Раненый не можетъ назвать извѣстные ему предметы и утратилъ память на имена (не помнитъ названія своего полка, деревни, имени жены и т. д.), указанія на это имѣются въ №№ 60, 124, 206, 265, 295. — Въ цѣломъ рядѣ причисленныхъ сюда случаевъ наружная рана расположена слѣва надъ мѣстомъ прикрѣпленія уха, приблизительно на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ задней части верхнихъ височныхъ извилинъ (центръ Wernicke №№ 60, 124, 191, 206, 295).

Совмѣстно съ только что приведенными наблюденіями амнестической афазіи упомяну еще три случая №№ 9, 82, 120. — Недостатокъ въ запасѣ словъ, при довольно хорошо сохраненной способности рѣчи и при хорошемъ пониманіи сказаннаго, побудило меня не относить названные случаи ни къ чисто моторной формѣ афазій, ни къ сенсорной. По мнѣнію v. Monakow'a амнестическая афазія можетъ сопровождать каждую изъ формъ афазій[2]). Въ видѣ же чистой формы она признается только нѣкоторыми авторами. Особенно интересенъ случай № 82. Дѣло идетъ о раненіи

1) „Gehirn und Schädel". Jena. G. Fischer. 1908.

*) №№ 60, 124, 159, 178, 191, 206, 265, 295.

2) l. c. pag. 837.

въ области лѣвыхъ центральныхъ извилинъ (наружная рана лежитъ на 2 ctm. отступя отъ средней линіи). — Вначалѣ раненый обнаруживалъ главнымъ образомъ явленія амнестической афазіи. Однажды при перемѣнѣ тампона (черезъ пять недѣль послѣ раненія) наступилъ эпилептическій припадокъ и моторная афазія. Причиной припадка было вѣроятно, раздраженіе моторныхъ центровъ тампономъ. Судороги начались въ области верхней конечности, затѣмъ перешли на лицевой нервъ, центръ рѣчи въ 3-ей лобной извилинѣ, на туловище и, наконецъ, на нижнюю конечность. Цѣлыя сутки способность рѣчи была нарушена, затѣмъ она возстановилась въ томъ размѣрѣ, въ какомъ существовала до припадка.

Странное наблюденіе намъ пришлось сдѣлать въ случаѣ № 120. Оболочечная пуля вошла у наружнаго угла лѣвой брови и вышла изъ черепа на полтора пальца позади верхняго края ушной раковины. Раненый обнаружилъ явленія амнестической афазіи. При этомъ неоднократно было констатировано, что, лежа, раненый говоритъ значительно хуже, чѣмъ въ сидячемъ положеніи. Такое наблюденіе мнѣ показалось-бы маловѣроятнымъ, если бы я не сдѣлалъ его самъ. Благодаря этому я не сомнѣвался въ существованіи этого явленія, но совершенно не былъ въ состояніи объяснить его пока мнѣ не попалась въ руки работа проф. Tilmann'a „Zur Frage des Hirndrucks“[1]). Въ этой работѣ авторъ сообщаетъ два наблюденія, которыя могли бы пролить свѣтъ на интересующій насъ случай. Дѣло шло въ случаяхъ Tilmann'a о двухъ поврежденіяхъ головы, причиненныхъ тупымъ орудіемъ (кирпичъ, упавшій на голову и ударъ объ острый край стѣны). Вначалѣ отсутствовали мозговыя явленія, но послѣ свободнаго интервала въ 10—15 минуть наступила головная боль и полусознательное состояніе. Бросалось въ глаза то обстоятельство, что сопорозное состояніе усиливалось при сидячемъ положеніи больного; явленія ослабѣвали, когда больного клали горизонтально на спину. Въ первомъ положеніи наступали легкіе парезы, исчезающіе при лежаніи. Tilmann предполагаетъ, что въ названныхъ случаяхъ дѣло идетъ о небольшихъ ши-

1) Verhandlungen d. deutsch. Gesell. f. Chir. 1901. XXX II. pag. 106—120.

тра:уральныхъ кровоизліяніяхъ, которыя расположены по поверхности мозга. — Для объясненія указанныхъ явленій Tilmann производилъ слѣдующіе опыты. Въ резиновый мѣшокъ, вложенный собакамъ между dura и pia на выпуклости мозга, вливалась жидкость различнаго удѣльнаго вѣса. На основаніи этихъ опытовъ Т. пришелъ къ тому выводу, что количество жидкости, необходимое, чтобы вызвать начальныя явленія со стороны мозга, должно быть различно, смотря по удѣльному вѣсу и по положенію головы во время введенія жидкости. Если положить животное головой внизъ, то давленіе на мозгъ со стороны инъецированной жидкости обусловливается только объемомъ, занимаемымъ жидкостью. При положеніи же съ приподнятой головой присоединяется еще давленіе, производимое тяжестью жидкости на подлежащіе участки мозга. Для жидкостей съ бо́льшимъ удѣльнымъ вѣсомъ достаточно меньшаго количества ихъ, чтобы вызвать общія явленія усиленія внутри-черепного давленія, чѣмъ при жидкостяхъ съ меньшимъ удѣльнымъ вѣсомъ. Удѣльный вѣсъ крови — 1055, кровяныхъ тѣлецъ — 1105, благодаря этому сгустки крови должны быть тяжелѣе самой крови. Отсюда ясно, что свертокъ крови можетъ оказывать давленіе на мозговую кору, не только въ смыслѣ ограниченія вмѣстимости черепной полости, но также и при соотвѣтствующемъ положеніи головы своею тяжестью. Tilmann полагаетъ, что въ его случаяхъ при высоко поднятой головѣ (горизонтальное положеніе продольной оси ея) кровоизліяніе давило своею тяжестью на лежащій подъ нимъ участокъ мозговой коры. Если же голову клали низко, то данный участокъ мозга освобождался отъ давленія. Объемъ-же, занимаемый кровоизліяніемъ, не былъ достаточно великъ, чтобы поддержать явленія, вслѣдствіе уменьшенія полости черепа. Такимъ образомъ Tilmann считаетъ возможнымъ слѣдующее: „перемѣна въ положеніи головы мѣняетъ обусловленное кровоизліяніемъ внутри-черепное давленіе въ томъ смыслѣ, что полное сознаніе при горизонтальномъ положеніи на спинѣ можетъ перейти при сидячемъ положеніи въ полусознательное состояніе.“

Это разсужденіе можетъ быть примѣнено и къ нашему случаю № 120. Возможно, что кровоизліяніе при лежачемъ положеніи раненаго (на правомъ боку) оказало давленіе на

центръ рѣчи, при сидячемъ же положеніи эти части отъ давленія освобождались. Здѣсь явленія исчезали при сидячемъ и появлялись при лежачемъ положеніи. Совершенно обратное происходило въ случаяхъ Tilmann'a. Это можно легко объяснить положеніемъ кровоизліянія, которое въ случаяхъ Tilmann'a находилось ближе къ темени, въ нашемъ же наблюденіи должно предполагаться на боковой поверхности мозга.

Возможно разумѣется, что дѣло шло и объ осколкѣ, менѣе раздражавшемъ мозгъ когда раненый сидѣлъ, чѣмъ въ томъ случаѣ, если онъ лежалъ. Въ доказательство возможности такого объясненія привожу слѣдующіе примѣры изъ прежней и современной военно-полевой практики. Stromeyer (по v. Bergmann[1]) наблюдалъ одного раненаго, у котораго появлялась рвота, какъ только его переводили въ лежачее положеніе. На этомъ основаніи Stromeyer діагностицировалъ раздробленіе стекловидной пластинки. Вскрытіе дѣйствительно подтвердило присутствіе тонкаго осколка внутренней пластинки, длиною въ 4 линіи, который находился въ отвѣсномъ положеніи къ теменной кости и поранилъ твердую мозговую оболочку. St. полагалъ, что при сидячемъ положеніи раненаго осколокъ раздражалъ мозгъ менѣе, чѣмъ при лежаніи. — Казуистика огнестрѣльныхъ раненій черепа богата курьезными случаями. Здѣсь приведу еще одно, относящееся къ этому отдѣлу, наблюденіе, сдѣланное японскими врачами. При поперечномъ огнестр. раненіи головы, гдѣ была задѣта область третьей лобной извилины слѣва, наступила полная афазія. Раны зажили гладко. Не имѣлось абсолютно никакихъ симптомовъ для оперативнаго вмѣшательства. Раненый уже началъ ходить, когда, однажды, при прогулкѣ въ саду онъ споткнулся о камень, упалъ — и съ этого момента къ нему возвратилась способность рѣчи. По этому поводу Treutlein[2]) пишетъ: „это явленіе было объяснено тѣмъ, что вслѣдствіе паденія смѣстился осколокъ кости, давившій на центръ рѣчи."

На основаніи нашего матеріала мы не можемъ съ увѣренностью указать, какая изъ формъ афазіи встрѣчается бо-

1) „Kopfverletzungen." pag. 157.
2) München. med. Wochenschrift. 1906. № 25 pag. 1200.

лѣе часто при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа, моторная или сенсорная. Хотя наши числа, повидимому, указываютъ приблизительно на одинаковое количество тѣхъ и другихъ.

Напротивъ того Hildebrandt[1]) считаетъ, что сенсорная афазія встрѣчается чаще. Но во всякомъ случаѣ онъ не подтверждаетъ этого мнѣнія никакими цифровыми данными. Какъ разъ противоположнаго взгляда держится Haga[2]). Послѣдній, основываясь на своихъ наблюденіяхъ во время возстанія боксеровъ, указываетъ, что разстройства рѣчи при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа выражаются большею частью въ формѣ моторной афазіи.

Если мы будемъ придерживаться въ общемъ стараго взгляда, что поврежденіе центра Broca ведетъ къ моторной, а поврежденіе центра Wernike къ сенсорной афазіи, то для насъ останется непонятнымъ, почему при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ долженъ преобладать тотъ или иной видъ разстройства рѣчи. Эту предполагаемую разницу едва-ли можно было-бы удовлетворительно объяснить расположеніемъ центровъ, одного болѣе спереди, другого — сзади и на основаніи этого различной частотой поврежденія ихъ. Быть можетъ мы должны были бы искать объясненія приведеннаго выше противорѣчія мнѣній отчасти въ новѣйшихъ изысканіяхъ о сложномъ вопросѣ разстройствъ рѣчи. — Слѣдуетъ въ особенности указать на обстоятельство, подчеркиваемое Pierre Marie, что каждое разстройство рѣчи центральнаго происхожденія обнаруживаетъ явленія затрудненія въ пониманіи рѣчи (сенсорную афазію). Достойно замѣчанія и слѣдующее наблюденіе Pochhammer'a[3]). Послѣдній имѣлъ случай констатировать, при строго локализированномъ поврежденіи черепа въ области основанія III-ей лѣвой лобной извилины, вначалѣ моторную афазію, впослѣдствіи же перешедшую въ сенсорную. — Такимъ образомъ иногда зависитъ болѣе или менѣе отъ желанія или, можетъ быть, отъ времени наблюденія, къ какой категоріи причислить данный случай.

---

1) l. c. pag. 86.

2) Archiv für klin. Chirurgie. 1904. Bd. 74 pag. 547.

3) „Ueber Entstehung und Rückbildung traumat. Aphasie." Mitteil. aus den Grenzgeb: 1906. XV. 5. pag. 495—511.

Разстройства зрѣнія центральнаго происхожденія.

Разстройства зрѣнія центральнаго происхожденія, вызванныя поврежденіемъ кортикальной зрительной сферы или зрительныхъ пучковъ въ большомъ мозгу мы наблюдали въ тринадцати случаяхъ*). — Слѣдующая таблица даетъ обзоръ всѣхъ случаевъ въ порядкѣ ихъ распредѣленія по отдѣльнымъ родамъ раненій.

Таблица № 23.

Разстройства зрѣнія центральнаго происхожденія наблюдались при:	Родъ раненія.	Оболоч. пуля.	Артил. снарядъ.
	Тангенціальн.	3	2
	Сегментальн.	4	—
	Діаметральн.	3	—
	Ран. съ застр. пул.	1	—
	Общее число . .	11	2

Соотвѣтственно положенію кортикальной зрительной сферы наружныя раны или, по крайней мѣрѣ, одна изъ нихъ находились въ случаяхъ, гдѣ наблюдались указанныя разстройства, почти исключительно въ затылочной области. Ниже я буду говорить о тѣхъ наблюденіяхъ, въ которыхъ наружныя раны лежали въ другихъ областяхъ.

Наружныя раны находились:

въ	Regio occipitalis	7	случ.
„	„ temporo-occipitalis . .	1	„
„	„ parieto-occipitalis . .	1	„
„	„ fronto-occipitalis . .	1	„
„	„ parietalis	2	„
„	„ temporalis	1	„

Въ девяти случаяхъ мы можемъ допустить, что поврежденіе касалось только одного полушарія. Напротивъ

*) №№ 44, 83, 99, 117, 122, 140, 151, 158, 164, 179—193, 267, 277.

въ четырехъ другихъ (№№ 117, 122, 158, 267) по направленію огнестрѣльнаго канала мы можемъ заключить о поврежденіи обѣихъ зрительныхъ сферъ.

Въ трехъ случаяхъ (№№ 99, 158, 193), гдѣ входное и выходное пулевыя отверстія лежали не въ затылочной области, мы всё-таки можемъ предположить разстройство зрѣнія центральнаго происхожденія. Въ одномъ изъ нихъ (№ 99) мы можемъ думать о прямомъ поврежденіи правой затылочной доли на томъ основаніи, что наружная рана лежала въ верхнемъ заднемъ углу правой теменной кости, а размозженіе мозга простиралось далеко вглубь. — Болѣе затруднительнымъ является объясненіе въ двухъ другихъ случаяхъ. У № 158 дѣло шло о бипаріэтальномъ раненіи, повлекшемъ за собою полную слѣпоту. Здѣсь мы должны допустить возможность болѣе периферическаго поврежденія оптическихъ путей: tractus, chiasma nerv. optic. За таковое говоритъ оставшаяся безъ улучшенія полная слѣпота (см. ниже). При огнестрѣльномъ раненіи поперекъ теменныхъ костей также вполнѣ возможно поврежденіе зрительныхъ пучковъ въ мозгу, или пулевой каналъ проходитъ ближе къ затылочной области. Подобные случаи приводитъ Ynouye[1]).

№ 10, pag. 56—57. Огнестрѣльное раненіе малокалиберной пулей. Входное отверстіе на шесть пальцевъ выше лѣвой ушной раковины. Выходное на три пальца выше праваго processus mastoideus. Послѣ раненія въ теченіе семи дней сознаніе не ясное; раненый различалъ только свѣтъ. — Легкая степень neuritis optica. Hemianopsia inferior completa.

Ynouye полагаетъ, что въ данномъ случаѣ поврежденъ сверху правый зрительный пучекъ въ средней его части, точно также пораженъ и лѣвый, несмотря на то, что по разсчетамъ Ynouye пулевой каналъ проходилъ нѣсколько выше его.

И въ слѣдующемъ нашемъ случаѣ № 193 не легко рѣшить, какая, именно, часть оптическихъ путей повреждена.

№ 193. Входное отверстіе (оболочечной пули) на палецъ выше и впереди лѣвой ушной раковины въ височной области; вы-

1) „Die Sehstörungen bei Schussverletzungen der kortikalen Sehsphäre.“ 1909.

ходного отверстія нѣтъ. Концентрическое суженіе поля зрѣнія на обоихъ глазахъ. Раненый погибъ приблизительно черезъ десять мѣсяцевъ; вѣроятно, вслѣдствіе абсцесса (см. исторію болѣзни).

Ynouye[1]) приводитъ соотвѣтствующій случай:

№ 3. Огнестрѣльное раненіе по касательной правой височной области впереди и выше праваго уха, длиною въ 3,0 ctm. Кость раздроблена, какъ это обнаружилось при операціи на 92-ой день послѣ раненія. На 139-ый день вскрытъ абсцессъ, содержавшій около 100 gr. гною. Наблюдалось концентрическое суженіе поля зрѣнія обоихъ глазъ и Hemianopsia sinistra completa. Neuritis optica въ легкой степени.

Въ этомъ случаѣ Ynouye считаетъ вѣроятнымъ поврежденіе (правостороннее) зрительнаго пучка вслѣдствіе вторичнаго процесса нагноенія. И въ нашемъ случаѣ вполнѣ допустимо такое объясненіе. Такимъ образомъ возможно, что въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ не прямыя поврежденія оптическихъ путей, но явленія дѣйствія на разстояніи (Fernwirkung) (Diaschisis) или вторичныя измѣненія, распространившіяся съ первоначальнаго очага поврежденія на окрестности.

Въ прочихъ нашихъ случаяхъ, гдѣ поврежденіе касалось затылочной области, мы можемъ съ нѣкоторой увѣренностью допустить поврежденіе или кортикальной зрительной сферы или самыхъ заднихъ частей зрительныхъ путей. — Три раза мы встрѣчаемъ указанія, что раненые ослѣпли тотчасъ-же послѣ поврежденія (№№ 117, 122, 140); или же сохранили только свѣтоощущеніе (№ 140). — Въ остальныхъ случаяхъ отмѣчены жалобы раненыхъ на пониженіе зрѣнія. — Въ случаѣ № 122 интересны показанія интеллигентнаго раненаго относительно субъективныхъ ощущеній послѣ поврежденія. Въ ту минуту, какъ П. получилъ раненіе поперекъ затылка, ему показалось: „какъ будто внезапно погасили свѣтъ“, а затѣмъ онъ почувствовалъ боль въ ранахъ. „Корковая слѣпота“ въ нашихъ случаяхъ продолжалась обыкновенно отъ 4—7 дней и потомъ или частью или совсѣмъ исчезала. Ynouye[2]) приводитъ 28 относящихся сюда случаевъ. Изъ нихъ въ 13 тотчасъ послѣ

1) l. c. pag. 38—40. № 3.
2) l. c. pag. 93.

повреждения наступила полная слѣпота, въ пяти случаяхъ раненые различали только свѣтъ и темноту, а въ 10 случаяхъ произошло болѣе или менѣе сильное пониженіе остроты зрѣнія.

Согласно наблюденіямъ Hildebrandt'a, Ynouye полная корковая слѣпота обычно не остается, она улучшается, но часто остаются постоянные дефекты поля зрѣнія. Послѣдніе могутъ быть весьма различныхъ видовъ: — дефекты лѣвой, правой, верхней или нижней половины поля зрѣнія, или же могутъ обнаружиться смѣшанныя (не чистыя) формы или, наконецъ остаться скотомы. Почти всегда дѣло идетъ о гомонимныхъ дефектахъ, т. е. о такихъ, въ которыхъ часть утратившей функцію ретины соотвѣтствуетъ поврежденной сторонѣ оптическихъ путей. Большею частью геміанопсіи и скотомы бываютъ негативныя, т. е. не ощущаются больнымъ субъективно (Ynouye)[1]).

Самая распространенная форма дефекта поля зрѣнія послѣ поврежденій — hemianopsia dextra или sinistra, какъ напримѣръ въ нашемъ случаѣ № 277. Здѣсь имѣлось поврежденіе центральныхъ зрительныхъ путей (справа) и соотвѣтственно этому выпаденіе функціи правой половины сѣтчатки, т. е. hemianopsia sinistra. — Особенно интересны тѣ дефекты поля зрѣнія, у которыхъ граница дефекта совпадаетъ съ горизонтальнымъ меридіаномъ. Относящіяся сюда наблюденія надъ огнестрѣльными раненіями сдѣланы, кажется, исключительно при поврежденіяхъ черепа современнымъ малокалибернымъ оболочечнымъ снарядомъ. — Hemianopsiam inferiorem проф. Haga наблюдалъ во время возстанія боксеровъ (1900) среди 1185 раненыхъ только одинъ разъ, а Ynouye на войнѣ 1904—1905 года только пять случаевъ на 80.000 раненыхъ. Между нашими 340 слу-

1) Ynouye (l. c.) наблюдалъ среди 28 случаевъ:
Hemianopsia dex. resp. sin.: чистая 4 случ., смѣшанная 2 случая.
Hemianopsia inferior: чистая 4 случ., смѣшанная 1 случ.
Hemianopsia quadrata inferior: чистая 3 случ., смѣшанная 1 случ.
Hemianopsia quadrata superior: чистая 1 случ., смѣшанная 1 случ.
Скотомы (peri и para центральная): 6 случаевъ.
Чистыя концентрическія суженія поля зрѣнія: 5 случ.
Не гомонимные дефекты поля зрѣнія (поврежденіе зрительнаго нерва): 2 случая.

чаями раненій черепа имѣется только одно такое наблюденіе (№ 122). Второй случай (№ 179), въ которомъ отмѣчено существованіе hemianopsiae inferioris, я не могу считать по причинѣ слишкомъ короткихъ отмѣтокъ. Приведу еще, что два наблюденія hemianopsiae inferioris сдѣланы Makins'омъ[1]) въ южно-африканскую войну. — На основаніи всего выше сказаннаго мы должны констатировать, что упомянутые случаи принадлежатъ къ числу рѣдкихъ и, какъ было уже сказано выше, встрѣчаются, повидимому, только при раненіяхъ оболочечной пулей.

Въ нашемъ случаѣ № 122 (см. исторію болѣзни), по всей вѣроятности, пуля пронзила оба затылочныхъ полюса (cuneus) и при этомъ довольно глубоко. Послѣднее подтверждается мнѣніемъ Ynouye[2]), а именно, что поврежденіе мозга въ затылочномъ полюсѣ въ общемъ не вызываетъ постояннаго дефекта поля зрѣнія, если gyrus lingualis (вблизи fissura calcarina) остается не затронутымъ. — За поврежденіемъ (случай № 122) вначалѣ послѣдовала „корковая слѣпота," которая постепенно улучшалась въ теченіе первыхъ пяти дней. Въ лазаретѣ IX. 04 раненый не могъ различать нижней половины предметовъ. Этотъ дефектъ нижней половины поля зрѣнія былъ установленъ и черезъ 28 мѣсяцевъ периметрическимъ излѣдованіемъ (Д-ръ Т. Лакшевицъ). На приложенныхъ схемахъ поля зрѣнія Hirschberg'a (см. рисунокъ № V) отмѣчены дефекты. Мы видимъ, что дефектъ имѣетъ въ общемъ рѣзкую горизонтальную границу, которая проходитъ черезъ фиксиръ-пунктъ. Но въ лѣвомъ нижнемъ квадрантѣ поля зрѣнія мы замѣчаемъ перерывъ этой рѣзкой границы. Вмѣсто того здѣсь замѣчается незначительнаго протяженія зона, гдѣ раненый при периметрированіи различаетъ, хотя и очень неясно, движущійся бумажный квадратикъ. Верхняя половина поля зрѣнія, повидимому, сужена незначительно для бѣлаго цвѣта, для синяго и краснаго сильнѣе. — Основываясь на этихъ данныхъ, мы можемъ принять, что въ данномъ случаѣ повреждена верхняя половина зрительной сферы.

Изслѣдованіе глазного дна дало отрицательный резуль-

1) „Surgical experiences." pag. 277—286. № 66 и 67.
2) l. c. pag. 47 и 104.

татъ; такъ же какъ и въ другомъ случаѣ огнестрѣльнаго поперечнаго поврежденія затылка съ „пониженіемъ зрѣнія“ (№ 117). Ynouye нашелъ среди 14 собственныхъ наблюденій только одинъ разъ легкую neuritis optica, между 15 наблюденіями же другихъ авторовъ 3 раза и два раза atrophia nervi optici (поврежденіе зрительнаго нерва).

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть еще одинъ случай (№ 190). Здѣсь послѣ поврежденія затылка съ застрявшей пулей (входное отверстіе на два пальца справа надъ затылочнымъ бугромъ), раненый жаловался на диплопію.

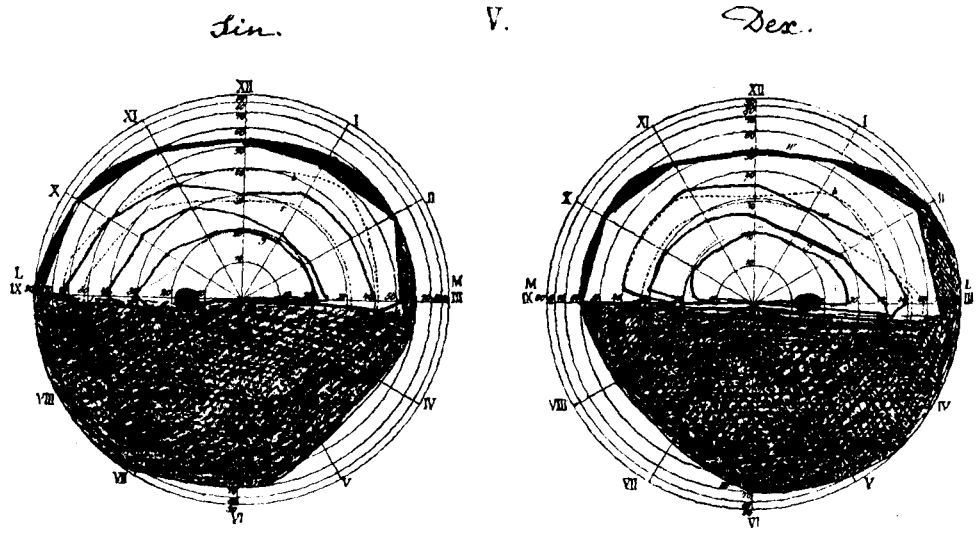


Рис. № V.
Hemianopsia inferior. Случай № 122.

Ynouye[1]) утверждаетъ, что въ его матеріалѣ не приходилось отмѣчать жалобъ на диплопію послѣ поврежденія кортикальной зрительной сферы. Нашъ случай № 190 приводится и А. А. Щепинскимъ,[2]) какъ примѣръ двоенія при поврежденіи затылочной области (зрительный центръ). Brun[3]) сообщаетъ два наблюденія диплопіи послѣ поврежденія затылочной доли мозга. Онъ пытается своеобразно объяснить это явленіе. При поврежденіяхъ затылочной доли, диплопія,

1) l. c. pag. 91.
2) l. c. pag. 178.
3) Beitrag zur klin. Chir. Bd. 38. pag. 345.

безъ паралича нервовъ глазныхъ мышцъ, объясняется по В. разстройствомъ въ переработкѣ правильно полученной глазомъ, при посредствѣ не затронутаго въ остальныхъ частяхъ оптическаго аппарата, двойной стереоскопической картины въ одну.

Разстройства со стороны психики.

Психическія разстройства, наступающія послѣ огнестрѣльныхъ раненій черепа можно раздѣлить на двѣ группы. Первую группу составляютъ психическія разстройства, обнаруживающіяся болѣе или менѣе непосредственно послѣ поврежденія и имѣющія часто проходящій характеръ. Ко второй группѣ причисляютъ тѣ разстройства, которыя наступаютъ, какъ отдаленныя послѣдствія поврежденій и отличаются своею стойкостью.

Прежде всего мы займемся случаями, принадлежащими къ первой группѣ разстройствъ, изъ которыхъ мы уже упоминали нарушенія сознанія, поскольку это касалось нашего матеріала (см. стр. 86). Въ цѣломъ рядѣ нашихъ наблюденій съ того момента, какъ раненый приходилъ въ себя, намъ пришлось констатировать, за время дальнѣйшаго теченія, различныя измѣненія: апатію, ослабленіе памяти, раздражительность, состоянія возбужденія, меланхолическіипохондрическія состоянія и т. д. Замѣтки о подобныхъ, разстройствахъ имѣются въ 44 изъ нашихъ исторій болѣзни. Согласно послѣднимъ наблюдалось:

апатія въ 20 случаяхъ — №№ 1, 8[1]), 10[*]), 37, 49[1]), 60[*]), 64, 88—119[1]), 122[**]), 123[1]), 151[**])—161[1]), 178[*])—192, 193[**]), 206[*]), 224—234, 288[1]);

амнезія въ 21 случаѣ — №№ 41[1]), 49[1]), 56, 71, 87, 98, 107—121, 123[1]), 128, 150[1])—165, 182[1])—192, 193[**]) —211[1]), 213—222, 288[1])—304—334;

„повышенная раздражительность“ въ четырехъ случаяхъ — №№ 7, 10[*]), 171, 222;

1) Поврежденіе лобной доли мозга.

Примѣчаніе. *) Кромѣ того имѣлись еще разстройства рѣчи.

**) Кромѣ того имѣлись разстройства зрѣнія, центральнаго происхожденія.

„ненормальная веселость“ въ двухъ случаяхъ — №№ 74 [1]), 141 [1]);
„спутанность мыслей“ въ двухъ случаяхъ — №№ 110, 222;
„меланхолически-ипохондрическія состоянія“ въ трехъ случаяхъ — №№ 7, 119 [1]), 193 [**]);
„плаксивость“ въ двухъ случаяхъ — №№ 20, 37;
„ребяческое поведеніе“ въ одномъ случаѣ — № 37;
„слабоуміе“ въ семи случаяхъ — №№ 10 [*]), 60 [*]), 87, 159 [*]), 180, 192, 206.

Апатія и временами въ сильной степени подавленное настроеніе наблюдается весьма часто послѣ огнестрѣльныхъ раненій черепа. Иногда эти явленія представляютъ собой наиболѣе бросающіеся въ глаза симптомы, какъ напримѣръ, въ наблюденіяхъ №№ 123, 161. Больные находятся въ полномъ сознаніи; на всѣ вопросы, предложенные имъ, отвѣчаютъ быстро и точно, ходятъ по лазарету. Но временами они сидятъ задумавшись и въ продолженіе цѣлыхъ часовъ не обращаютъ никакого вниманія на окружающее. Эти состоянія апатіи не слѣдуетъ смѣшивать съ таковыми же при инфекціозныхъ процессахъ (менингитѣ, энцефалитѣ), гдѣ мы имѣемъ дѣло съ постепенно усиливающимся явленіемъ.

Весьма часто констатировались дефекты памяти (амнезія). Среди вышеприведенныхъ 21 случая амнезіи не помѣщены тѣ, которые обнаруживали амнестическіе симптомы на ряду съ разстройствами рѣчи. Здѣсь приведены только случаи съ такъ называемыми симптомами амнезіи Gussenbauer'a, дефектъ памяти касательно момента самаго поврежденія и незадолго предшествовавшихъ ему обстоятельствъ — „ретроградная амнезія“ (напримѣръ, №№ 98, 150, 165, 182).

Въ противоположность апатичнымъ, другіе больные обнаруживаютъ повышенную раздражительность, иногда доходящую до насильственныхъ дѣйствій. Напр. въ случаѣ № 10 больной билъ ухаживающую за нимъ сестру за то,

1) Поврежденіе лобной доли мозга.
Примѣчаніе. *) Кромѣ того имѣлись еще разстройства рѣчи.
**) Кромѣ того имѣлись разстройства зрѣнія, центральнаго происхожденія.

что послѣдняя не позволяла ему вставать съ постели. Двое изъ нашихъ больныхъ поражали сильной степенью возбужденія и „повышеннымъ настроеніемъ“. О нихъ я буду еще говорить ниже. Напротивъ того другіе страдали меланхолически-ипохондрическими состояніями, какъ напримѣръ раненые № 7 и 193. Изъ нихъ послѣдняго мучила мысль, что онъ сошелъ съ ума, вслѣдствіе раненія головы. — У нѣкоторыхъ наблюдалась аномалія настроенія, выражавшаяся въ плаксивости. — Наконецъ, въ цѣломъ рядѣ случаевъ замѣчалось явное пониженіе умственныхъ способностей.

Мнѣ кажется, что только что перечисленные симптомы мы можемъ отнести къ первичнымъ травматическимъ душевнымъ разстройствамъ. Мы знаемъ, что послѣднія могутъ проявлятся въ разнообразнѣйшихъ формахъ. — Состоянія возбужденія иногда принимаютъ столь интенсивныя формы, что говорятъ о delirium traumaticum (по Werner'у). Werner[1]) приписываетъ такіе случаи вліянію менингеальныхъ кровоизліяній и тяжелаго сотрясенія мозга. Изъ нашихъ случаевъ къ этой группѣ можно, пожалуй, отнести случай № 10 и № 222, хотя мы здѣсь имѣемъ дѣло съ относительно легкими формами. — Тяжелыя состоянія возбужденія, включительно до припадковъ буйства, мы встрѣчаемъ сравнительно часто при инфицированныхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ мозга, именно въ первыхъ стадіяхъ менингита. Этотъ „острый, травматическій, гнойный менингитъ, съ симптомами со стороны психики,“ Schüle[2]) считалъ тяжелой формой „первичнаго травматическаго умопомѣшательства.“ Нашъ случай № 212 до нѣкоторой степени иллюстрируетъ подобныя состоянія. Громадный казакъ своимъ буйствомъ наводилъ ужасъ на весь лазаретъ. Но причисленіе подобныхъ случаевъ къ травматическимъ психическимъ разстройствамъ отвергается авторами въ новѣйшее время. Здѣсь дѣло идетъ о ведущемъ быстро къ смерти менингитѣ, при которомъ психическіе симптомы мало выступаютъ (Guder[3]).

---

1) „Ueber die Geistes-Krankheiten nach Kopfverletzungen.“ — Vierteljahrschr. für gerichtl. Med. 1902. XXIII. Bd. Supplement-Heft.

2) „Ueber Geistes-Krankheiten nach Kopfverletzungen.“ Vierteljahrschr. für gerichtl. Med. 1902. XXIII. Bd. Supplement-Heft. pag. 222.

3) ibidem. pag. 223.

Итакъ при первичныхъ травматическихъ душевныхъ разстройствахъ состоянія возбужденія могутъ проявляться, какъ мы видѣли, въ формѣ delirii, доходящаго до припадковъ буйства. Зато въ другихъ случаяхъ мы встрѣчаемъ меланхолически-гипохондрическія состоянія (см. обзоръ симптомовъ стр. 179.). Эти состоянія смѣняются иногда припадками раздражительности. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (№ 7) упомянутыя разстройства имѣли, повидимому, скоропроходящій характеръ. Но два другихъ раненыхъ №№ 119 и 193 были эвакуированы безъ всякаго улучшенія. Одного изъ нихъ мы еще встрѣтимъ при обсужденіи исходовъ огнестрѣльныхъ раненій черепа.

Слѣдуя подраздѣленію травматическихъ душевныхъ разстройствъ по Werner'у, мы можемъ причислить выше приведенные случаи къ разстройствамъ на основаніи травматической церебростеніи (Störungen auf Grundlage traumatischer Cerebrasthenie). Сюда относятся также апатіи и амнезіи, какъ легкія формы. Послѣднія представляютъ собою при поврежденіяхъ головы, въ частности, какъ уже сказано, при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа частое явленіе. Болѣе же тяжелыя формы травматической церебростеніи встрѣчаются значительно рѣже (Werner). Долженъ оставить нерѣшеннымъ вопросъ: можемъ ли мы въ отдѣльныхъ случаяхъ разсматривать разстройства, какъ функціональныя, или же, какъ обусловленныя resp. осложненныя органическими измѣненіями.

Если нѣкоторыя разстройства, какъ общее ослабленіе памяти и совмѣстно съ этимъ способность сужденія, выражены сильнѣе, то мы получаемъ картину травматической деменціи (Werner). Послѣдняя можетъ развиться послѣ поврежденій головы, какъ первично, такъ и вторично. Наши наблюденія №№ 10, 60, 87, 159, 180, 192, 206 могутъ представить примѣры первичной травматической деменціи. Впрочемъ послѣдняя въ случаяхъ №№ 180 и 206 не вполнѣ чистой формы, ибо здѣсь мы имѣемъ дѣло съ ясно выраженными случаями травматической эпилепсіи. По мнѣнію Werner'a первичная травматическая деменція слѣдуетъ обыкновенно за обширными травматическими менингеальными кровотеченіями съ болѣе или менѣе ясно выраженными явленіями compressionis cerebri. Давленіе экстрава-

зата на мозговую кору нарушаетъ питаніе послѣдней; съ другой стороны мозгъ страдаетъ вслѣдствіе реактивныхъ воспалительныхъ процессовъ. — Прогнозъ первичной травматической деменціи Viedenz[1]) считаетъ относительно благопріятнымъ. Встрѣчается также улучшеніе и даже выздоровленіе, въ особенности, если заболѣваніе имѣло острый характеръ. При хроническомъ, прогрессивномъ теченіи въ концѣ концовъ наступаетъ полный идіотизмъ.

О вторичныхъ душевныхъ разстройствахъ мы будемъ говорить въ главѣ объ исходахъ огнестрѣльныхъ раненій черепа.

Являются-ли выше приведенныя явленія характерными для поврежденія опредѣленной области мозга? Многіе наблюдатели считаютъ измѣненія интеллекта, разстройство памяти, перемѣну въ характерѣ явленіями часто обнаруживающимися послѣ поврежденій лобныхъ долей мозга. Особенно характерными симптомами считаются для указанныхъ поврежденій: раздражительность, склонность къ насиліямъ, злобность, склонность къ остротамъ (Witzelsucht, moria), иногда нѣкоторая экспансивность и склонность къ чудачеству (v. Monakow). Наблюденія Wendel'я[2]) и Krönlein[3]) показали, что эти явленія могутъ быть также скоропроходящими. Названные авторы сообщаютъ случаи, когда данные симптомы проходили въ теченіе отъ 10 дней до трехъ мѣсяцевъ. v. Monakow[4]) придерживается того взгляда, что тяжелые психическіе симптомы не суть неизбѣжное слѣдствіе поврежденій лобной доли мозга, даже при обширныхъ, двустороннихъ очагахъ. Но все-таки разстройства интеллекта наблюдаются при обширныхъ очагахъ въ лобныхъ доляхъ мозга сравнительно часто. По мнѣнію v. Monakow'a это явленіе при абсцессахъ и опухоляхъ и т. д. объясняется слѣдующимъ образомъ. Въ

1) „Ueber psychische Störungen nach Schädelverletzungen". Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankh. 1903. Bd. 36. pag. 873.

2) „Charakter-Veränderungen, als Symptome u. Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Stirn-Hirns". — Mitteil aus d. Grenzgebiet. 1901. Bd. 7. Heft 4—5.

3) Handbuch d. praktisch. Chir. v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz. 1903. I Bd. pag. 258—259.

4) l. c. pag. 788—800.

лобныхъ доляхъ мозга скорѣе, чѣмъ въ другомъ мѣстѣ названные очаги достигаютъ значительной величины и оказываютъ разрушительное дѣйствіе на общія психическія функціи большого мозга безъ того, чтобы дѣло доходило до поврежденія важныхъ для жизни центровъ (oblongata). Не отрицая значенія лобныхъ долей для душевныхъ функцій, v. Monakow считаетъ необходимымъ при развитіи тяжелыхъ психическихъ явленій, послѣ разрушенія фронтальныхъ долей, принять во вниманіе еще рядъ побочныхъ обстоятельствъ. Къ таковымъ относятся; „характеръ поврежденія, спеціальный способъ воздѣйствія давленія; объемъ нарушенія циркуляціи, ненарушенность функцій отдаленныхъ частей мозга, индивидуальное предрасположеніе". — Къ подобнымъ же заключеніямъ приходитъ и А. А. Щепинскій въ своей диссертаціи[1]) „къ вопросу о распознаваніи поврежденій отдѣльныхъ долей мозга". Nimier[2]), опираясь на клиническія наблюденія и на опыты проф. Бехтерева утверждаетъ, между прочимъ, что измѣненія характера, какъ и вообще психическія разстройства, не являются симптомами, свойственными исключительно поврежденіямъ лобныхъ долей мозга. При поврежденіяхъ послѣднихъ психическія разстройства только особенно ясно выступаютъ, ввиду того, что въ данномъ случаѣ не обнаруживаются никакія постороннія явленія выпаденія. — Напротивъ того проф. Бехтеревъ[3]), повидимому, совсѣмъ не расположенъ присоединиться къ скептическимъ воззрѣніямъ авторовъ, не признающихъ локализаціи психическихъ функцій въ лобной долѣ мозга. Онъ держится того взгляда, что экспериментальныя изслѣдованія, такъ же какъ клиническія наблюденія говорятъ за психо-регуляторную функцію лобныхъ долей мозга (Щепинскій) и слѣдовательно поврежденія послѣдней должны вызвать спеціальныя явленія выпаденія или раздраженія.

Посмотримъ теперь, что можно найти по этому вопросу въ нашихъ наблюденіяхъ?

1) Диссерт. Петербургъ. 1908.
2) l. c. pag. 147—190.
3) „Основы ученія о функціяхъ мозга". Вып. VII 1907.стр. 1477—1478.

Таблица № 24.

Въ случаяхъ, въ которыхъ наблюдались психическія разстройства, наружныя раны находились:

	Общее число.	Справа.	Слѣва.	s/d. resp. d/s.
Въ regio frontalis	7	1	6	—
„ „ fronto-temporalis	1	1	—	—
„ „ fronto-parietalis	4	—	2	2 *) **)
„ „ parietalis	12	5	3	4
„ „ temporalis	8	2	6	—
„ „ occipitalis	2	2	—	—
„ „ parieto-occipitalis . . .	5	—	3	2 *) **)
„ „ temporo-occipitalis . . .	1	—	1	—
„ „ basilaris	3 ***)	2	—	1 *)
„ „ orbito-temporalis . . .	1	—	—	1 **)
Общее число . . .	44	13	21	10

Изъ приведенной таблицы (№ 24) видно, что различные симптомы психическаго разстройства, перечисленные на стр. 179, наблюдались при поврежденіяхъ самыхъ разнообразныхъ областей мозга. Сказанное относится не только къ частымъ явленіямъ — апатіи, амнезіи, но также и къ другимъ симптомамъ, какъ раздражительность, меланхолически-ипохондрическія состоянія и т. п. — Что касается двѣнадцати случаевъ поврежденій лобныхъ долей (къ нимъ я причислилъ, кромѣ семи чистыхъ фронтальныхъ раненій, еще лобно-височныя и лобно-теменныя), то слѣдуетъ замѣтить, что между ними имѣлись случаи, обнаружившіе своеобразныя явленія; таковы два наблюденія № 141 и 74. Въ первомъ изъ нихъ имѣлось поврежденіе обѣихъ лобныхъ долей мозга. Одно время раненый велъ себя поразительно шумливо: пѣлъ, стучалъ своей ложкой, кромѣ того былъ весьма неопрятенъ. На послѣдній симптомъ часто указывается при поврежденіяхъ лобной доли мозга. Его признаютъ симптомомъ разстройства интеллекта.

*) раненіе справа налѣво; **) раненіе слѣва направо; ***) орбито-окципитальное раненіе.

Обычно этотъ симптомъ является скоропроходящимъ. Подобное явленіе мнѣ пришлось наблюдать при одномъ поврежденіи мирнаго времени въ отдѣленіи многоуважаемаго доктора А. А. фонъ Бергманнъ въ Ригѣ. Въ этомъ случаѣ раненый въ теченіе первыхъ дней послѣ поврежденія, хотя былъ при полномъ сознаніи, но проявлялъ поразительную неопрятность: постоянно выпивалъ содержимое плевательницы, испражнялся въ постель и т. д. — Другой (№ 74) изъ нашихъ раненыхъ съ тангенціальнымъ раненіемъ лѣвой лобной доли обнаруживалъ послѣ поврежденія „экспансивное настроеніе.“ Онъ былъ поразительно веселъ, при чемъ шутки его переходили абсолютно и относительно границы дозволеннаго въ смыслѣ приличія. Этотъ симптомъ принадлежалъ къ типу скоропроходящихъ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ раненый посѣтилъ насъ и былъ вполнѣ благоразуменъ и приличенъ.

Явленія, подобныя только что описаннымъ, наблюдались и при поврежденіи другихъ долей мозга. Такъ напр. Hildebrandt[1]) сообщаетъ сходные симптомы, отмѣченные имъ у одного бура, получившаго раненіе шрапнелью въ правую теменную область (четыре пальца надъ мѣстомъ прикрѣпленія ушной раковины).

Какъ мы видѣли въ выше приведенномъ случаѣ № 74 дѣло шло о лѣвостороннемъ поврежденіи. Wendel[2]) спеціально указываетъ, что поврежденія лобной доли, влекущія за собой измѣненія со стороны характера, почти исключительно касались правой стороны. При лѣвостороннемъ же поврежденіи они совершенно отсутствовали. По мнѣнію Wendel'я это удивительное явленіе вполнѣ подтверждается тѣмъ обстоятельствомъ, что при разныхъ хроническихъ заболѣваніяхъ мозга измѣненія характера обнаруживаются почти исключительно при правосторонемъ заболѣваніи. Также и Brun[3]) нашелъ, что *разстройства психики* нѣсколько преобладаютъ при поврежденіяхъ правой стороны. Но Brun, повидимому, объясняетъ это отчасти преобладаніемъ поврежденій правой стороны вообще.

Что касается психическихъ разстройствъ послѣ огне-

1) l. c. pag. 76. Bd. II.
2) l. c.
3) l. c. pag. 651 и 663.

стрѣльныхъ раненій черепа, то нѣкоторыми авторами указывается на то обстоятельство, что здѣсь не констатировано преобладанія раненій правой стороны. Такъ, напримѣръ, Nimier[1]) приводитъ цѣлый рядъ относящихся сюда случаевъ, въ которыхъ была повреждена лѣвая половина лба. Точно также и единственный цитируемый проф. Дьяконовымъ[2]) случай измѣненія характера касается лѣвосторонняго огнестрѣльнаго раненія лобно-теменной области. — Среди нашихъ случаевъ мы видимъ три правосторонних повреждения лобной области, восемь лѣвосторонних (между ними случая № 74) и одно двухстороннее (№ 141). На основаніи этихъ нашихъ данныхъ не оказывается возможнымъ высказаться за преобладаніе разстройствъ при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ правой стороны. Преобладаніе же лѣвой стороны (таблица № 32) я объясняю себѣ болѣе частыми поврежденіями ея при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа вообще (см. стр. 15). Въ заключеніе слѣдуетъ привести еще мнѣніе проф. Бехтерева[3]) по этому вопросу. В. М. Бехтеревъ считаетъ необоснованнымъ предположеніе локализаціи психическихъ функцій — „воспріятіе аффективныхъ чувствъ и характеръ“ — въ одной изъ лобныхъ долей, напр. правой, какъ это соотвѣтствуетъ между прочимъ взгляду Wendel'я (см. выше). При одностороннемъ поврежденіи предлобной области въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдаются характерныя явленія. Послѣднія же бываютъ всегда яснѣе выражены при разрушеніяхъ, касающихся обѣихъ предлобныхъ областей.

Необходимо еще указать, что мы наблюдали цѣлый рядъ огнестрѣльныхъ поврежденій лобной области, не обнаружившихъ ни одного изъ симптомовъ, перечисленныхъ въ началѣ этой главы. Привожу только нѣкоторыя изъ этихъ наблюденій, напр. №№ 30, 40, 118, 160, 174, 259, 275, 276, 284, 329.

Если мы пожелаемъ сдѣлать изъ всего сказаннаго въ этой главѣ какіе-либо выводы, то мы можемъ сказать слѣдующее:

1) l. c. pag. 163. Случай Nobele Gérard Marchant.
„ „ pag. 164. Случай Larrey.
2) См. отдѣлъ о параличахъ — Стр. 136.
3) „Основы ученія о функціяхъ мозга“. С. Петербургъ. 1907. Вып. VII. — Стр. 1481 и сл.

во-первыхъ: огнестрѣльныя ранения какъ лобной доли, такъ и другихъ долей мозга, могутъ сопровождаться разстройствами со стороны психики;

во-вторыхъ: появление этихъ психическихъ разстройствъ, повидимому, не связано съ поврежденіемъ какой-нибудь опредѣленной половины мозга (лобныхъ долей).

VI. Поврежденія черепныхъ нервовъ.

Поврежденія черепныхъ нервовъ не рѣдкость при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа. Повидимому, число такихъ поврежденій значительно увеличилось со введеніемъ малаго калибра. Послѣднее уже дѣлается яснымъ изъ сравненія численности ихъ при раненіяхъ пѣхотнымъ и артиллерійскимъ (шрапнель) оружіемъ (см. табл. № 25).

Таблица № 25.

Поврежденія:	Общее число.	Оболоч. пуля.	Шрапн.	Граната.
Nervi olfact. (I)	—	—	—	—
„ optici (II)	12	11	1	—
„ oculomotor. (III)	5	4	1	—
„ trochlearis (IV)	*)	—	—	—
„ trigemini (V)	4	4	—	—
„ abducentis (VI)	1	1	—	—
„ facialis (VII)	14	11	2	1
„ acustici (VIII)	—	—	—	—
„ glossophar. (IX)	—	—	—	—
„ vagi (X)	1	1	—	—
„ accessor. (XI)	—	—	—	—
„ hypogloss. (XII)	1	1	—	—
	38 **)	33	4	1

*) Весьма сомнительный случай № 188 указанъ только ради полноты.

**) Слѣдуетъ обратить вниманіе, что случаи совмѣстнаго поврежденія нѣсколькихъ различныхъ нервовъ сочтены, какъ отдѣльныя поврежденія.

Поврежденіе орбитальной части nervi optici мы можемъ предполагать въ двѣнадцати*) случаяхъ. Одиннадцать разъ дѣло шло о раненіяхъ оболочечной пулей и только одинъ разъ о поврежденіи шрапнелью. — По роду раненій на тангенціальныя приходится одно наблюденіе, на сегментальныя — 1, на діаметральныя — 2, на поврежденія основанія черепа — 1, глазнично-височныя — 6 и поврежденіе съ застрявшей пулей (шрапнель) — 1. Итакъ повреждения nerv. optic. были причинены почти исключительно малымъ калибромъ. Вполнѣ понятно, что проникающая въ орбиту шрапнельная пуля, не говоря уже объ осколкахъ крупныхъ снарядовъ, можетъ повлечь за собою одновременное поврежденіе глазного яблока гораздо чаще, чѣмъ оболочечная пуля, проникшая въ орбиту сбоку или сверху и пронизывающая ее въ ея задней части.

Въ нашихъ случаяхъ оболочечная пуля три раза (№№ 8, 174, 182) проникла въ орбиту сверху, предварительно пройдя черезъ лобную долю мозга (№№ 174, 182). Изъ названныхъ случаевъ умеръ одинъ, но по всей вѣроятности вслѣдствіе инфекціи (пуля вышла черезъ твердое нёбо), а не отъ тяжести поврежденія мозга. Зато два другихъ раненыхъ, которые, повидимому не были инфицированы, остались въ живыхъ. Отсюда мы видимъ, что и при этихъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ на ряду съ тяжестью разрушенія мозга имѣетъ большое значеніе существованіе или отсутствіе инфекціи. — Въ остальныхъ девяти случаяхъ снарядъ проникалъ въ орбиту съ латеральной или съ медіальной стороны, и непосредственно или косвенно (осколки кости) повреждалъ зрительный нервъ. Только въ одномъ случаѣ (№ 242), гдѣ имѣлось поперечное раненіе черезъ оба виска, мы были въ состояніи по направленію пулевого канала предполагать поврежденіе обоихъ зрительныхъ нервовъ. При этомъ на одномъ глазу зрѣніе было совершенно утрачено, а на другомъ сильно понижено. Въ трехъ случаяхъ (№№ 234, 240, 245) пуля разрушила одно глазное яблоко и повредила зрительный нервъ другого глаза, въ силу чего являлась полная слѣпота. Поразителенъ слѣдующій случай.

*) №№ 8, 145, 174, 182, 218, 234, 240, 242, 243, 245, 254, 308.

Раненый № 243 получилъ, повидимому, поврежденіе сходное съ только что приведенными, такъ какъ была констатирована начинающаяся атрофія зрительнаго нерва на томъ глазу, гдѣ bulbus остался цѣлъ. Несмотря на это зрительная способность въ этомъ глазу впослѣдствіи возстановилась, насколько можно было, по крайней мѣрѣ, заключить по результатамъ позднѣйшаго опроса. — Въ слѣдующей группѣ случаевъ зрительный первъ былъ поврежденъ сбоку, но другой глазъ не задѣтъ (№№ 218, 254, 308). У раненаго же № 145 косвенно (вслѣдствіе кровоизліянія) поврежденъ и второй глазъ; кромѣ того ретро-бульбарнымъ кровоизліяніемъ была вызвана протрузія глазного яблока, которая существовала и на лѣвой сторонѣ (о поврежденіи глазного яблока см. стр. 196).

Одновременное поврежденіе другихъ черепныхъ нервовъ встрѣчалось въ случаѣ № 308 — n. oculomotorius и въ случаяхъ №№ 218, 234 — n. facialis.

Поврежденія nervi oculomotorii (III) мы діагностицировали въ пяти изъ нашихъ наблюденій. Сюда относятся случаи №№ 113, 202, 222, 227 и 308. — Въ двухъ случаяхъ раненія основанія черепа (№№ 222 и 227), а также, быть можетъ, въ случаѣ раненія съ застрявшей шрапнельной пулей, которая проникла черезъ ухо, мы можемъ считать возможнымъ прямое поврежденіе нерва. Зато при тангенціальномъ раненіи (№ 113) несомнѣнно имѣлось косвенное поврежденіе.

Кромѣ nerv. oculomotorii одновременно были задѣты: одинъ разъ, вѣроятно, nerv. opticus (II) — (№ 308); въ одномъ случаѣ trigeminus (V) и abducens (VI) — (№ 227); одинъ разъ ner. facialis (VII) — № 113; два раза имѣлись разстройства со стороны слухового аппарата той же стороны (№№ 227, 308).

Периферическое **поврежденіе nervi trigemini** (V) имѣлось въ четырехъ случаяхъ (№№ 4, 160, 161, 227*). У раненаго № 4 дѣло шло, вѣроятно, о поврежденіи nervi maxillaris; между тѣмъ, какъ въ случаяхъ №№ 160, 161,

Примѣчаніе *). О двухъ случаяхъ, гдѣ свѣдѣнія о поврежденіи V-го собраны поздно, см. стр. 152 отдѣлъ о разстройствѣ чувствительности и исторіи болѣзни № 179 и 191.

о которыхъ мы уже говорили на стр. 152 имѣлось, повидимому, раздраженіе nervi mandibularis. О четвертомъ случаѣ (№ 227) мы, къ сожалѣнію, не находимъ въ скорбномъ листѣ болѣе точныхъ свѣдѣній. Въ послѣднемъ случаѣ одновременно повреждены nerv. oculomotorius (III) и abducens (VI). Судя по положенію пулевого канала, въ данномъ случаѣ можно предполагать непосредственно поврежденіе нервовъ. Таковое совершенно исключается у №№ 160, 161 и сомнительно у № 4.

Въ одномъ случаѣ (№ 227) отмѣчено периферическое прямое поврежденіе **nervi abducens** (IV), въ то же время задѣты: trigeminus (V) и oculomotoris (III) (см. выше).

Периферическія поврежденія **nervi facialis** (VII), причиненныя прямымъ раненіемъ, мы наблюдали въ 14 случаяхъ*). Одиннадцать разъ дѣло шло о раненіяхъ оболочечной пулей и три раза артиллерійскими снарядами.

Что касается рода раненій, то имѣлись:

три раза — тангенціальныя раненія (артиллер. снарядами)	
одинъ разъ — сегментальное раненіе	Поврежденія оболочечной пулей.
одинъ разъ — ран. съ застрявшей пулей	
четыре раза — ран. основанія черепа	
пять разъ — орбито-темпоральн. ран.	

Нервъ былъ поврежденъ, или послѣ его выхода изъ canalis facialis, или же при разрушеніи самаго костнаго канала. — Поврежденіе въ восьми случаяхъ выражалось въ параличѣ и шесть разъ въ парезѣ со стороны нерва. Одновременное поврежденіе другихъ нервовъ отмѣчено въ девяти наблюденіяхъ: четыре раза задѣтъ слуховой органъ (№№ 197, 225, 255, 293), три раза слуховой органъ и глазъ (№№ 218, 246, 252) и два раза глазъ (№№ 234, 237). — Здѣсь умѣстно будетъ напомнить о косвенныхъ поврежденіяхъ nervi facialis, которыхъ мы насчитываемъ восемь*) случаевъ. Подробнѣе объ этихъ случаяхъ мы говорили уже на страницѣ 135 и слѣд.

Периферическое **поврежденіе nervi vagi** (X) намъ

*) №№ 146, 197, 216, 218, 224, 225, 234, 237, 246, 250, 252, 255, 287, 293 (въ послѣднемъ случаѣ возможно и косвенное поврежденіе nervi facialis).

*) №№ 28, 50, 78, 105, 203, 327, 328, 113.

пришлось наблюдать въ случаѣ № 223. Оно проявилось въ параличѣ мягкаго неба, затрудненномъ глотаніи и ускореніи пульса. Объ этомъ случаѣ я буду подробнѣе говорить ниже. — Здѣсь отмѣчу, что „затрудненное глотаніе“ упомянуто и въ другихъ нашихъ исторіяхъ болѣзни (№№ 206, 246, 254). Происхожденіе указаннаго разстройства въ случаѣ № 246 можно было бы также поставить въ зависимость отъ поврежденія блуждающаго нерва. Но мы едва-ли ошибемся, если объяснимъ эти разстройства главнымъ образомъ тяжелымъ общимъ состояніемъ раненыхъ *).

Въ выше приведенномъ случаѣ № 223, кромѣ блуждающаго нерва былъ поврежденъ еще и nervus hypoglossus (XII) съ той же стороны. Мы имѣли дѣло въ данномъ случаѣ съ раненіемъ основанія черепа: входное отверстіе — по серединѣ носовыхъ костей; выходное — на три пальца книзу отъ proc. mast. dext. вдоль задняго края musc. sterno-cleido (см. рисунокъ № VI). — Изъ симптомовъ,

VI.

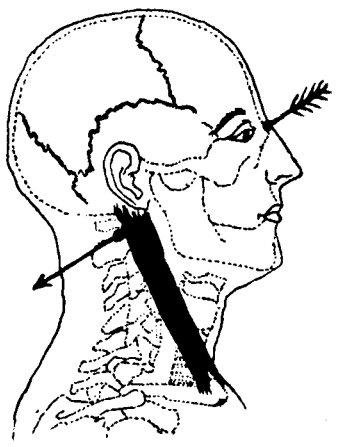


Рис. № VI.
Случай № 223. Поврежденіе nerv. vagi.

*) Примѣчаніе: У раненаго № 54, за время дальнѣйшаго теченія, констатировано, что онъ плохо глотаетъ. Но изъ исторіи болѣзни нельзя установить, какимъ образомъ объясняется это явленіе. Дѣло шло о тангенціальномъ огнестр. раненіи правой теменной кости съ полной гемиплегіей и геміанэстезіей, кот. однако значительно улучшились впослѣдствіи.

указывающихъ на поврежденіе мозговыхъ нервовъ, именно X-го и XII-го, имѣлись слѣдующіе: параличъ правой половины мягкаго неба, затрудненное глотаніе, затрудненная рѣчь, ускореніе пульса и наконецъ появленіе пневмоніи на сторонѣ, соотвѣтствующей поврежденію. За поврежденіе nerv. hypoglossi говорилъ односторонній параличъ мускулатуры языка — при высовываніи языка правая половина его совершенно отставала, — она собиралась на правой сторонѣ въ крупныя складки; при чемъ кончикъ языка сильно отклонялся вправо.

Огнестрѣльныя поврежденія vagus'a, повидимому, не встрѣчаются особенно часто. Въ весьма полномъ изысканіи о поврежденіяхъ блуждающаго нерва Reich[1]) нашелъ только семь относящихся сюда случаевъ (собственно 9, но 2 случая слишкомъ коротко цитированы по Fischer'y и Giordano). Далѣе Hildebrandt[2]) приводитъ одинъ случай германскаго военнаго врача Krause. Изъ симптомовъ поврежденія vagus'a въ этихъ восьми исторіяхъ болѣзни отмѣчены: пять разъ тахикардія, столь же часто затрудненное дыханіе, шесть разъ разстройства фонаціи resp. артикуляціи, два раза затрудненное глотаніе. Въ четырехъ изъ восьми случаевъ за поврежденіемъ послѣдовала пневмонія на соотвѣтствующей раненію сторонѣ.

Что касается спеціально тахикардіи въ нашемъ случаѣ, то нужно замѣтить слѣдующее. Въ данномъ наблюденіи обстоятельства были нѣсколько неясны, вслѣдствіе того, что у раненаго въ то же самое время обнаружилось повышеніе температуры до 38,6° въ теченіе первыхъ дней его пребыванія въ лазаретѣ. Однако, повышеніе числа ударовъ пульса не соотвѣтствовало все-таки температурѣ; и даже впослѣдствіи пульсъ держался на болѣе высокихъ числахъ, чѣмъ это свойственно здоровому мужчинѣ (см. кривую 223). — Reich собралъ 44 случая перерѣзыванія и резекціи nervi vagi изъ литературы и матеріала клиники проф. v. Bruns'a. При этомъ онъ нашелъ только пять случаевъ тахикардіи. Онъ приходитъ къ заключенію, что этотъ симптомъ при ваготоміяхъ наблюдается гораздо чаще,

1) „Die Verletzungen des nervus Vagus“ etc. — Beiträge zur klin. Chirurgie. 1908. 56. Bd. pag. 684—774.

2) l. c. pag. 141—142.

чѣмъ слѣдуетъ изъ его статистики, ибо въ нее включены и всѣ случаи перерѣзыванія перерожденнаго нерва. Во всякомъ случаѣ у человѣка одностороннее перерѣзываніе здороваго ствола vagus'a влечетъ за собою послѣ непродолжительнаго замедленія пульса ничѣмъ болѣе необоснованную тахикардію, которая можетъ продолжаться часами и недѣлями. По мнѣнію Reich'a раздраженіе vagus'a вслѣдствіе придавливанія защемляющими инструментами, захватыванія лигатурой и т. д. при трудныхъ операціяхъ на шейныхъ органахъ, всегда вызываетъ измѣненіе сердечной дѣятельности въ смыслѣ уменьшенія числа сокращеній. Послѣднее явленіе можетъ усилиться до остановки сердца и летальнаго исхода. По прекращеніи раздраженія пульсъ, прежде чѣмъ сдѣлаться нормальнымъ, учащается, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ продолжается цѣлыми днями. Напримѣръ въ случаѣ Riedel'я пульсъ оставался учащеннымъ въ теченіе двухъ недѣль. — Такимъ образомъ мы видимъ, что при одностороннемъ полномъ перерѣзываніи ствола nervi vagi точно такъ же, какъ и при поврежденіи безъ нарушенія цѣльности нерва, можетъ наступить ускореніе пульса, какъ послѣдствіе односторонняго паралича названнаго нерва. По мнѣнію Reich'a только въ рѣдкихъ случаяхъ, вслѣдствіе поврежденія nervi vagi (сдавливаніе и т. д.) можетъ развиться невритъ съ симптомами раздраженія. — Изъ всего сказаннаго можно заключить, что огнестрѣльныя поврежденія n. vagi, т. е. нарушенія цѣлости нерва или же, что вѣроятнѣе, болѣе или менѣе ясно выраженная контузія (петлеобразное прободеніе — Knopflochverletzung?), иногда могутъ вызвать стойкія измѣненія со стороны пульса, какъ слѣдствіе паралича блуждающаго нерва. — Возможно, что по аналогіи съ поврежденіями во время различныхъ операцій на шеѣ, этимъ симптомамъ паралича предшествуютъ въ самый моментъ поврежденія симтомы раздраженія — задержка сердечной и дыхательной дѣятельности. Въ своихъ опытахъ на животныхъ Reich однако нашелъ, что при сильныхъ механическихъ раздраженіяхъ иногда раздраженіе nerv. vagi быстро переходило въ параличъ или же симптомы паралича наступали тотчасъ, вслѣдствіе того, что травма моментально влекла за собой прекращеніе проводоспособности нерва.

Изъ остальныхъ симптомовъ нашего случая можно, вѣроятно, „хриплый голосъ“ приписать соучастію голосовой связки (справа) — данныя ларингоскопическаго изслѣдованія, къ сожалѣнію, отсутствуютъ). „Невнятность рѣчи“ можно объяснить параличемъ veli palatini, отчасти же параличемъ языка (n. hypoglossus). — Остается открытымъ вопросъ, можно-ли затрудненное глотаніе поставить въ вину предполагаемому поврежденію vagus'a. По мнѣнію Reich'a односторонняя vagotomia у человѣка не оказываетъ замѣтнаго вліянія на функцію глоточной мускулатуры, такъ какъ глоточное сплетеніе блуждающаго нерва снабжено слишкомъ большимъ количествомъ анастомозовъ. — Въ нашемъ случаѣ затрудненія могутъ быть объяснены прямымъ поврежденіемъ части глоточной мускулатуры. Однако здѣсь слѣдуетъ лишь указать на то, что поврежденіе касалось праваго vagus'a, который, вѣдь, по мнѣнію нѣкоторыхъ изслѣдователей, „функціонально превалируетъ“ (Reich).

Что касается нарушеній со стороны дыханія, то раненый указывалъ, что вначалѣ дыханіе было затруднено; но, къ сожалѣнію, положительныхъ данныхъ намъ не достаетъ, а ввиду того, что приходится допустить также и поврежденіе носоглоточнаго пространства, трудно разграничить, что приписать первому моменту и что второму. — Приблизительно на десятый день послѣ раненія у больного обнаружилась пневмонія. Это заболѣваніе появилось на правой, поврежденной сторонѣ. Какъ извѣстно, возникновеніе такъ называемой vagus — пневмоніи (послѣ двусторонней перерѣзки vagus'a) объясняютъ слѣдующимъ образомъ: во-первыхъ, тутъ играетъ роль аспирація слюны, пищевыхъ частицъ и т. д. вслѣдствіе недостаточнаго закрытія гортани и потери ею чувствительности; аспираціи содѣйствуетъ также и затрудненное глотаніе. Во-вторыхъ, бо́льшее кровенаполненіе легкаго, вслѣдствіе затрудненнаго дыханія и отчасти вслѣдствіе паралича легочныхъ вазомоторовъ, разсматривается какъ предрасполагающій къ воспаленію моментъ. Въ концѣ концовъ значеніе при возникновеніи пневмоніи придается также и отпаденію вліянія трофическихъ волоконъ vagus'a (Landois). — Наблюдаемыя послѣ односторонней ваготоміи у человѣка пневмоніи, по мнѣнію Reich'a, не имѣютъ ничего общаго съ поврежденіемъ vagus'a, какъ таковымъ. Ихъ

слѣдуетъ объяснить сопутствующими поврежденіями при тяжелыхъ операціяхъ на шеѣ, а также и общими условіями (истощеніе, наркозъ и т. д.). Среди своихъ 44 случаевъ односторонней ваготоміи Reich нашелъ только семь разъ постоперативную пневмонію; изъ этихъ семи случаевъ 3 пришлось на поврежденную, 1 на противолежащую сторону и 3 на обѣ стороны. — Во всѣхъ упомянутыхъ случаяхъ пневмонія была вызвана другими причинами (см. выше), а не односторонней перерѣзкой блуждающаго нерва.

Въ нашемъ случаѣ очевидно имѣлась аспиративная пневмонія правой нижней доли. Возникновніе таковой можно объяснить параличемъ языка (hypoglossus) и паличемъ мягкаго нёба; совсѣмъ не нужно принимать, какъ объясненіе, нарушеній функцій легочнаго vagus'a. А также, пожалуй, не нужно винить и односторонній параличъ голосовой связки (n. recurrens), ибо по мнѣнію Reich'a и Krönlein'a этотъ послѣдній не оказываетъ несомнѣннаго вліянія на возникновеніе пневмоніи. Гораздо важнѣе частичная анэстезія дыхательнаго горла вслѣдствіе отпаденія функціи n. laryngei superioris.

Однако, если даже вмѣстѣ съ Reich'омъ и отрицать прямое вліяніе поврежденій блуждающаго нерва на возникновеніе пневмоніи, то всётаки бросается въ глаза то обстоятельство, что среди девяти случаевъ огнестрѣльныхъ поврежденій vagus'a (семь случаевъ Reich'a, одинъ случай Hildebrandt'a, нашъ случай) въ пяти случаяхъ была пневмонія, соотвѣтствующая раненой сторонѣ.

VII. Поврежденія глаза.

Среди нашихъ 340 случаевъ огнестрѣльныхъ раненій черепа мы находимъ поврежденіе глаза въ 42 случаяхъ, что составляетъ 12,3%. Большинство раненій по нашему матеріалу причинено оболочечными пулями, именно среди 42 случаевъ мы видимъ только семь (слѣдовательно $^1/_6$ общаго количества) раненій артиллерійскими снарядами. Однако цифра эта едва ли даетъ дѣйствительное соотношеніе, такъ какъ большая часть раненій лица не вошла въ нашъ матеріалъ.

По отдѣльнымъ родамъ раненія случаи распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Таблица № 26.

Поврежденія глаза наблюдались:	Об. пулей.	Арт. снаряд.
при тангенціальныхъ ран.	2	1
„ сегментальныхъ „	2	—
„ діаметральныхъ „	3	—
„ ран. съ застряв. пулями . .	4	2
„ ран. основанія черепа	3	—
„ орбито-темпоральныхъ ран. .	21	4 (изъ нихъ 3 съ застряв. ч. снар.)
Общее число	35	7

Который глазъ — лѣвый или правый — подвергается чаще раненію, также нельзя окончательно сказать на основаніи нашихъ чиселъ, ввиду уже выше указанной причины. Обыкновенно полагаютъ, что чаще встрѣчаются раненія лѣваго глаза. — Среди нашихъ случаевъ — 19 разъ былъ поврежденъ лѣвый глазъ и 29 разъ правый. Изъ таблицы № 5 (стр. 15) также видно, что по этимъ наблюденіямъ не можетъ быть рѣчи о болѣе частомъ раненіи лѣваго глаза. Именно по этой таблицѣ, при раненіяхъ оболочечной пулей, наблюдалось — 11 разъ входное отверстіе и 4 раза выходное въ правой орбитѣ и 7 разъ входное и 1 разъ выходное — въ лѣвой орбитѣ. — Въ 6 случаяхъ поражены были оба органа зрѣнія, т. е. въ 4 случаяхъ (№№ 234, 240, 243, 245) на одной сторонѣ bulbus, на другой, по всей вѣроятности, зрительный нервъ; у раненаго № 241 были повреждены оба глазныхъ яблока, у № 242 оба nervi optici. — Въ общемъ у 42 раненыхъ глазное яблоко*) было повреждено 35 разъ и зрительный нервъ 13**) разъ.

*) №№ 69, 138, 171, 194, 195, 200, 204, 226, 228, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 252, 253, 273, 318, 337, 338, 339, 340.

**) Смотри отдѣлъ о пораненіи nervi optici, стр. 189.

Примѣчаніе: среди неопредѣленныхъ случаевъ находятся 4 наблюденія съ поврежденіемъ bulbus'a — №№ 356, 359, 360, 379.

Указанія на повреждение вѣкъ находимъ лишь въ 8 случаяхъ (№№ 195, 200, 226, 244, 249, 273, 337, 338); обычно малокалиберный снарядъ прямо попадалъ въ bulbus или внѣдрялся въ орбиту съ височной или носовой стороны. Во всѣхъ нашихъ случаяхъ имѣлось раздробленіе костныхъ орбитальныхъ стѣнокъ.

Мы можемъ сказать, что bulbus, главнымъ образомъ, непосредственно поражается снарядомъ, именно въ 25 случаяхъ нашего матеріала. Въ 4 случаяхъ (№№ 69, 228, 273, 339) имѣлись косвенныя поврежденія осколками кости. — Особенно поучителенъ случай № 339, гдѣ пуля пролетѣла, не задѣвъ глазного яблока и только 3 отщепленныхъ осколка кости наружной орбитальной стѣнки внѣдрились въ него. Далѣе у 5 раненыхъ (№№ 138, 236, 237, 244, 338) по всей вѣроятности имѣлась контузія глазного яблока съ кровоизліяніемъ во внутренность глаза. — Въ случаѣ № 338 осколокъ гранаты (2 кв. ctm. и 1 ctm. толщиною) повредилъ нижнее вѣко, раздробилъ нижній край орбиты и застрялъ подъ глазнымъ яблокомъ, не повредивъ послѣдняго непосредственно. — Части снарядовъ, застрявшія въ орбитѣ, намъ пришлось наблюдать еще въ 2 случаяхъ: № 318 — шрапнельная пуля, прошедшая лобную долю мозга и застрявшая въ правомъ глазномъ яблокѣ, и осколокъ шрапнельной пули у № 337, сидѣвшій глубоко у вершины орбиты и въ присутствіи котораго можно было убѣдиться лишь при помощи рентгеновскаго снимка.

VIII. Поврежденія слухового аппарата.

Поврежденія органа слуха, выражавшіяся глухотой resp. ослабленіемъ слуха, наблюдались въ 24 случаяхъ.

Изъ прилагаемой таблицы видно, что большая часть нарушеній слуха наступала послѣ поврежденій височной области и частей основанія черепа; слѣдовательно, главнымъ образомъ, намъ приходится имѣть дѣло съ поврежденіемъ слухового аппарата въ височной кости.

Таблица № 27.

Разстройство слуха наблюдалось при раненіяхъ:	Оболоч. пуля.	Артил. снарядъ.	Общее число.	Dex.	Sin.
Regio parietalis	3	—	3	1	2
„ temporalis	4	5	9	4	5
„ temporo-occipitalis	1	—	1	—	1
„ occipitalis	2	—	2	2	—
„ parieto-occipitalis	1	—	1	—	1
„ orbito-occipitalis .	1	—	1	1	—
„ basilaris	4	—	4	1	3
„ temporo-orbitalis .	1	—	1	—	1
„ orbitalis	1	1	2	—	2
Общее число . .	18	6	24	9	15

Изъ слѣдующей таблицы видно, какъ распредѣляются случаи по отдѣльнымъ родамъ раненій, оружія, по характеру раненій — прямое или косвенное, одно- или двухстороннія пораженія слуха.

Таблица № VII.

Родъ раненія:	Прямыя раненія.		Косвенныя раненія.		
	Односторон. наруш. слуха.		Двусто-роннія.	Односторонніе.	
	Оболочеч. пуля.	Артил. снарядъ.	Об. п.	Об. п.	Артиллер. снарядъ.
Раненія тангенціальн. .	№ 76	№ 225 *)	№ 54, 87	№13, 78*)	№ 290, 293*)
„ сегментальн. . .	—	—	№ 121	№ 124	—
„ діаметральн. . .	—	—	—	№ 179	—
„ съ застряв. пул.	№ 193, 197 *)	№ 308	№ 206	—	№ 335
„ основанія черепа	{№218*),220 / 225*)}	—	—	№ 227	—
„ орбитальныя . .	{№236,246*) / 252*)}	—	—	—	№ 338
Общее число . .	9	2	4	5	4

*) означаетъ: n. facialis тоже поврежденъ.

При просмотрѣ таблицы № VII прежде всего бросается въ глаза, что число прямыхъ и косвенныхъ поврежденій органа слуха отмѣчено почти одинаково часто. — Къ прямымъ поврежденіямъ причислены всѣ тѣ, гдѣ входное или выходное пулевыя отверстія находились въ ушной раковинѣ, или же такія, гдѣ возстановленный пулевой каналъ долженъ былъ пройти область внутренняго уха. — Правда среди этихъ случаевъ имѣются два сомнительныхъ: дѣло идетъ здѣсь о застрявшихъ снарядахъ (№№ 193, 197), которые вошли въ височной или затылочной области, однако, судя по симптомамъ, непосредственно повредили внутреннее ухо. — Что касается косвенныхъ раненій, то въ части случаевъ можно предположить, что съ мѣста пораненія, въ области виска напримѣръ, проникаютъ трещины до средняго уха (напр. №№ 290, 293, 335). Въ другихъ же случаяхъ, главнымъ образомъ при поврежденіяхъ теменной области (тангенціальныя раненія), приходится думать о контрафиссурахъ, о поврежденіи слухового нерва, или же о сотрясеніяхъ внутренняго уха. Объ этой послѣдней причинѣ нарушенія слуха, которую по Hildebrandt'y[1]) никогда не слѣдуетъ упускать изъ вида, можно думать особенно въ случаяхъ двусторонняго нарушенія слуха при косвенномъ раненіи (см. табл. № VII). Намъ только 4 раза пришлось наблюдать двусторонніе нарушенія слуха: дважды послѣ тангенціальныхъ раненій теменной resp. височной области, одинъ разъ послѣ сегментальнаго раненія затылочно-теменной области и одинъ разъ послѣ раненія височной области съ застрявшимъ снарядомъ. Если нарушеніе слуха на поврежденной сторонѣ можетъ быть объяснено фиссурами или контрафиссурами съ ихъ послѣдствіями въ формѣ кровоизліяній во внутреннее ухо и т. д., то все же для объясненія нарушенія слуха на другой сторонѣ остается или допустить сотрясеніе, или приходится думать о возможности поврежденія слухового центра въ области височной доли.

По изслѣдованіямъ Ларіонова[2]) поврежденія передней части первой, второй и третьей височной извилины влекутъ за собой нарушенія со стороны слуха. Въ указан-

1) l. c. pag. 146.
2) по Щепинскому l. c. pag. 143—157.

ныхъ мѣстахъ лежатъ центры для различныхъ тоновъ скалы и для шумовъ. — По пр. Бехтереву разрушеніе извѣстныхъ частей коры височной доли вызываетъ незначительное ослабленіе слуха въ одноименномъ и сильное уменьшеніе слуховой способности въ противолежащемъ ухѣ. Это явленіе объясняется неполнымъ скрещеніемъ слуховыхъ путей. Среди опубликованныхъ до сихъ поръ случаевъ огнестрѣльныхъ раненій височной доли за послѣднюю войну Щепинскій ни разу не нашелъ накрестъ-лежащаго нарушенія слуха. Послѣднее всегда касалось соотвѣтствующаго травмѣ слухового органа; Щепинскій объясняетъ его периферическимъ пораненіемъ. Изъ своихъ собственныхъ наблюденій, онъ два случая № II и X причисляетъ къ нарушеніямъ слуха послѣ поврежденія противулежащаго коркового центра въ височной долѣ. Случай № II представляетъ собой лѣвостороннее затылочно-теменное тангенціальное огнестрѣльное раненіе, а другой случай представляетъ собой также тангенціальное раненіе лѣвой теменной области. — Въ обоихъ случаяхъ нарушеніе слуха было на правой сторонѣ.

IX. Къ вопросу объ инфекціи огнестрѣльныхъ раненій черепа.

Инфекція раны играетъ чрезвычайно, если не исключительно, важную роль при теченіи огнестрѣльныхъ переломовъ черепа. При военно-полевыхъ раненіяхъ она встрѣчается весьма часто. Haga[1]) прямо заявляетъ, что каждое огнестрѣльное раненіе мозга инфицировано: во-первыхъ, черезъ посредство проникшей пули, а во-вторыхъ, вдавленными внутрь осколками кости, волосами и т. п. Основываясь на опытѣ современныхъ войнъ Küttner[2]), Hildebrandt[3]), v. Oettingen[4]) указываютъ на особую склонность огнестрѣльныхъ раненій черепа къ инфекціи.

1) Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 74. pag. 560. 1904.
2) Beiträge für klin. Chir. Bd. 28. 1900.
3) Arch. für klin. Chir. Bd. 65. pag. 808—809.
4) „Studien“ и т. д. pag. 147—148.

Küttner считаетъ огнестрѣльныя раненія черепа, и болѣе всѣхъ другихъ поврежденій мелкимъ калибромъ, подверженными опасности инфекціи, „ввиду того, что здѣсь бактеріи могутъ проникнуть до очага разрушенія особенно короткимъ путемъ, вслѣдствіе тонкости мягкихъ покрововъ“. Такимъ образомъ Küttner считается, главнымъ образомъ, съ опасностью вторичной инфекціи, между тѣмъ, какъ Haga указываетъ спеціально на частоту первичной инфекціи. Тоже самое отчасти подтверждаетъ и v. Oettingen, указывая на неопрятность солдатской головы. Слѣдуетъ обратить особое вниманіе на то обстоятельство, подчеркнутое v. Oettingen'омъ, что при малокалиберныхъ раненіяхъ черепа условія оттока являются зачастую чрезвычайно неблагопріятными. Небольшія раны мягкихъ покрововъ закупориваются массою осколковъ, вслѣдствіе чего сильно затрудняется атсасывающее дѣйствіе перевязочнаго матеріала. Указанное обстоятельство, вмѣстѣ съ незначительной способностью мозга къ сопротивленію инфекціи, въ высшей степени осложняютъ огнестрѣльныя ранения черепа. Вѣроятность инфекціи при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа на войнѣ ни въ какомъ случаѣ нельзя ставить на одну ступень съ таковыми же въ мирное время (самоубійства). Graff[1]) считаетъ послѣднія только въ рѣдкихъ случаяхъ инфицированными (первично) на томъ основаніи, что внѣдряющейся пулѣ, большею частью, не приходится пробивать платья, а лишь кожу, не всегда содержащую вирулентныя зародыши. Зато военно-полевыя условія представляютъ собою прямое противорѣчіе выше сказанному. Что касается количества зародышей, которое содержитъ кожа головы, то легко понять, что въ военно-полевой обстановкѣ количество ихъ должно несомнѣнно увеличиваться вслѣдствіе недостаточнаго ухода за кожей, особенно при длинныхъ волосахъ. Въ противоположность мнѣнію Graff'a, Brunner[2]) нашелъ, основываясь на практикѣ мирнаго времени, что раны головы особенно богаты бактеріями. У Качановскаго[3])

1) Beiträge zur klin. Chir. 22 Bd. 1898. pag. 301.

2) „Erfahrungen und Studien über Wundinfection und Wundbehandlung“. — II часть pag. 56 и слѣд.

3) „Къ казуистикѣ огнестрѣльн. раненій головы“. Мед. приб. къ Морск. сборн. 1895. стр. 242.

приведено изрѣченіе W. Wagner'a, хотя и грубо, но хорошо иллюстрирующее данный вопросъ: Wagner полагаетъ, что въ смыслѣ нечистоплотности, все равно идетъ-ли рѣчь о чернорабочемъ или напомаженномъ франтѣ, голова слѣдуетъ сейчасъ же за anus'омъ. — Съ другой стороны слѣдуетъ указать на то, что въ особенности при столь частыхъ на войнѣ раненіяхъ теменной области, сплошь да рядомъ пуля должна пройти черезъ головной уборъ. — На это не обращено вниманіе ни Graff'омъ, ни Рейеромъ[1]). Такимъ образомъ въ этомъ отношеніи раненія головы ничѣмъ существенно не отличаются отъ раненія другихъ, покрытыхъ одеждой, частей тѣла. Это предполагаемое различіе, однако, еще уменьшится, если принять во вниманіе, что большинство поврежденій черепа падаетъ на волосистую часть головы. А то, что густые волосы головы въ болѣе значительной степени могутъ способствовать какъ первичной, такъ и вторичной инфекціи, чѣмъ одежда прочаго тѣла, — это, мнѣ кажется, едва ли еще требуетъ бо́льшаго разъясненія. Но намъ еще придется въ дальнѣйшемъ касаться этого обстоятельства и мы покажемъ, что нашъ матеріалъ даетъ доказательства этому. Для практики мирнаго времени, гдѣ приходится, главнымъ образомъ, имѣть дѣло при самоубійствахъ съ раненіями виска или лба, теорія Graff'a, конечно, пригодна. — Здѣсь слѣдуетъ еще упомянуть своеобразную попытку Kayser'a,[2]) объяснить удачные результаты выжидательной терапіи огнестрѣльныхъ раненій черепа. На основаніи своихъ опытовъ, Kayser пришелъ къ заключенію, что если пулѣ приходится преодолѣвать сильныя сопротивленія, то, повидимому, возможно, что приставшія къ ней бактеріи могутъ быть убиты. Согласно его мнѣнію мы въ правѣ думать о подобномъ уничтоженіи зародышей при нѣкоторыхъ раненіяхъ костей, особенно при раненіяхъ, черепа, гдѣ снаряду приходится преодолѣвать болѣе сильное препятствіе. Какъ доказательство

1) „Die Infection der Schussverletzungen". Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 88. H. 2. 1909. pag.

2) „Experimentelle Studien über Schussinfection." — Beiträge zur klin. Chir. 29 Bd. 1900.

своего предположенія Kayser прямо указываетъ на успѣхи экспектативной терапіи огнестрѣльныхъ раненій черепа. При этомъ, однако, слѣдуетъ обратить вниманіе на пятый пунктъ выводовъ Kayser'а, гдѣ онъ подчеркиваетъ, что преодолѣваніе сильныхъ сопротивленій, повидимому, не въ состояніи предотвратить перенесенія зародышей, если пуля прошла раньше черезъ септическую одежду.

Если, съ одной стороны, мы сошлемся для объясненія благопріятнаго теченія огнестрѣльныхъ раненій черепа въ мирное время и рѣдко наблюдаемой при этомъ инфекціи на выводы Kayser'а, то съ другой стороны, основываясь на 5-омъ пунктѣ послѣднихъ и только что изложенныхъ условій походной жизни (загрязненная кожа головы, нецѣлесообразный головной уборъ и т. д.), мы должны будемъ считать для военно-полевыхъ раненій черепа опасность инфекціи, какъ первичной такъ и вторичной, весьма возможной.

Какое вліяніе на показаніе къ операціи имѣетъ предположеніе инфекціи при раненіяхъ черепа, легко видѣть уже изъ того обстоятельства, что сторонники консервативнаго образа дѣйствій, даже при малѣйшемъ подозрѣніи въ инфекціи раны, требуютъ débridement послѣдней (v. Bergmann, Küttner) (сравн. отдѣлъ о вторичномъ débridement).

Значеніе инфекціи для прогноза огнестрѣльныхъ раненій черепа особенно бросается въ глаза, если вспомнить, что бо́льшая часть поступающихъ въ лазареты погибаетъ отъ этой же инфекціи (Küttner). Здѣсь приходится наблюдать то же, что бываетъ со сложными фрактурами черепа въ мирное время (v. Bergmann, Wagner, Brun). А именно, случаи, которые не въ состояніи пережить тяжести раненія, погибаютъ въ теченіе первыхъ 2-хъ сутокъ; почти всѣ остальные, заканчивающіеся смертью, случаи гибнутъ отъ инфекціи[1]). Нашъ матеріалъ вполнѣ подтверждаетъ этотъ взглядъ. Изъ 98 умершихъ 64 безспорно погибли отъ инфекціи. Въ 9 случаяхъ инфекція, въ качествѣ причины смерти, весьма вѣроятна; въ 12 случаяхъ вслѣдствіе слишкомъ краткихъ замѣтокъ причина смерти не можетъ

1) См. также v. Oettingen: „Studien“ и т. д. pag. 147.

быть съ точностью установлена; 11 разъ были доставлены умирающіе*) и дважды смерть не зависѣла отъ пораненія головы; именно, въ одномъ случаѣ (№ 19) — смерть отъ перитонита, вслѣдствіе одновременнаго раненія въ животъ и другой разъ (№ 334) смерть отъ брюшного тифа**).

Зараженіе зародышами, какъ при всѣхъ ранахъ, такъ и при раненіяхъ черепа бываетъ либо первичное, либо вторичное. — Слишкомъ далеко завело бы рѣшеніе въ высокой степени важнаго, но и въ высшей степени труднаго вопроса, какому изъ этихъ двухъ способовъ зараженія на войнѣ отдать первое мѣство. Частое наступленіе первичной инфекціи указывалось, на ряду съ другими, особенно Koller'омъ [1]) и Kayser'омъ [2]), которые работали надъ этимъ вопросомъ экспериментально. В. К. Рейеръ [3]) пытался на основаніи опыта войны 1904—1905 г. доказать, что до сего времени несправедливо отводилось первичной инфекціи огнестрѣльныхъ раненій меньшее значеніе, чѣмъ вторичной. Частью его мнѣніе сильно оспаривалось послѣдователями стараго Pfuhl — v. Bergmann'скаго ученія относительно малой вѣроятности и опасности первичной инфекціи (Vollbrecht [4]). — При матеріалѣ раненыхъ, которыхъ не приходится наблюдать въ теченіе нѣсколькихъ недѣль на одномъ мѣстѣ съ самаго перваго момента ухода за раной — при исключеніи всѣхъ неблагопріятныхъ случайностей транспорта и эвакуаціи — несомнѣнно сплошь да рядомъ будетъ весьма труднымъ рѣшить вопросъ, относится ли обнаружившаяся инфекція къ первичной или вторичной. Мнѣ кажется, что дѣло становится еще труднѣе въ приложеніи къ огнестрѣльнымъ раненіямъ черепа. — Причины этого уже ясны изъ объясненій частоты

*) Кромѣ отмѣченныхъ на таблицѣ № VIII (рубрика IV) еще случаи №№ 361, 362, 363, 364, гдѣ оружіе осталось неопредѣленнымъ.

**) Сравни стр. 12 общей части.

1) „Experimentelle Versuche и s. w.“ Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 47. pag. 234.

2) „Experimentelle Studien и s. w.“ — Beitr. z. klin. Chir. Bd. 26. 1900. pag. 307. 310.

3) „Die Infection der Schussverletzungen.“ — Arch. f. klin. Chir. 88 Bd. 2. H. 1909.

4) „Die Infection der Schussverletzungen и s. w.“ Arch. f. klin. Chir. 90 Bd. 2. H. 1909.

инфекцій раненій черепа, данныхъ Küttner'омъ. Очагъ разрушенія (кость и мозгъ) покрытъ только очень тонкимъ, конечно, тоже поврежденнымъ слоемъ мягкихъ частей: вслѣдствіе этого на волосистыхъ частяхъ черепа волосы, особенно если они длинны, весьма легко будутъ соприкасаться съ раной. А такъ какъ во время войны 1904—1905 г. на первыхъ перевязочныхъ пунктахъ, по крайней мѣрѣ на нашей сторонѣ, окрестность раны не брили и даже не срѣзали просто волосъ, то является весьма возможнымъ вторичное зараженіе волосами, торчащими въ рану и также благодаря ерзанію не плотно сидящей повязки. Инфекція, конечно, могла уже произойти тотчасъ же послѣ ранения вслѣдъ за наложеніемъ первой перевязки. Сказанное въ особенности относится къ тангенціальнымъ раненіямъ, а среди этихъ спеціально къ желобовиднымъ раненіямъ мягкихъ частей и костей. Яснѣе дѣло обстоитъ съ глубокими перфорирующими раненіями и съ раненіями съ застрявшей пулей (напр. № 213). Однако и здѣсь я не отваживаюсь раздѣлить наши случаи на первично и вторично инфицированные. Я полагаю даже, что въ практическомъ отношеніи при чрезвычайно большой наклонности черепныхъ раненій къ вторичной инфекціи не столь существенно это дѣленіе. Мнѣ кажется, однако, что первичная инфекція имѣется на лицо все же чаще, чѣмъ это думали до сихъ поръ. Въ рядѣ случаевъ организмъ побѣдоносно справляется съ зародышами, въ другихъ же случаяхъ они одолѣваютъ и находятъ чрезвычайно подходящую почву въ районѣ поврежденія, наполненномъ осколками кости, кровяными сгустками и ушибленными мозговыми массами. Быстро заклеивающаяся рана отъ малаго оболочечнаго снаряда въ извѣстномъ смыслѣ даже иногда способствуетъ безпрепятственной осѣдлости зародышей. Эти послѣдніе вмѣстѣ съ обрывками эпидермиса, волосами, частями головного убора, увлекаются въ глубину, какъ свинцовымъ, такъ и оболочечнымъ снарядомъ. Что это явленіе имѣетъ мѣсто, какъ при раненіи оболочечной, такъ и при шрапнельной пулѣ, доказательствомъ является и рядъ нашихъ наблюденій. Въ качествѣ примѣра можно привести случаи №№ 26 и 320. Входное отверстіе оболочечнаго снаряда лежало въ случаѣ № 26 немного позади и 5 ctm. надъ лѣвымъ proc. mast., выходное отверстіе 3 ctm. вправо отъ protub. occip. ext. При

операціи, предпринятой въ день раненія, обнаружено, что пулевой каналъ загрязненъ волосами и частями папахи. Подобное наблюдалъ, между прочимъ, и Делятицкій[1]). Къ сожалѣнію, приходится констатировать, что и голову русскаго солдата нельзя причислить къ опрятнымъ частямъ тѣла. Не было и помину объ уходѣ за волосистой частью головы[2]). Кромѣ того обычай ношенія длинныхъ волосъ, что у нѣкоторыхъ частей, какъ напримѣръ, у казаковъ, является принадлежностью къ формѣ, отнюдь не способствовалъ опрятности. Легко можно было бы помочь этому недостатку нѣсколькими машинками для стрижки, какъ это было принято за обычай у нашихъ противниковъ — японцевъ. По словамъ Matignon'a[3]) у послѣднихъ падали всѣ волосы головы жертвой „tondeuse.“ Да, вообще глава о „тѣлесномъ уходѣ“ у японцевъ могла бы научить многому хорошему нашихъ военно-полевыхъ гигіенистовъ. — Во время зимняго похода на грязную голову нашими солдатами надѣвалась еще болѣе грязная папаха. Хотя названный головной уборъ и сообщаетъ свирѣпый видъ каждому самому безобидному солдатику, но въ остальномъ его неудобства настолько велики, что его слѣдовало-бы отмѣнить, какъ часть форменной одежды для войны. Между длинными волосами папахи скопляется масса грязи, кромѣ того упругіе волоса особенно легко увлекались различными снарядами вглубь раны. Такъ пишетъ профессоръ Цёге фонъ Мантейфель[4]), что обрывки тяжелыхъ (на ватѣ) папахъ легко проникали вглубь мозга. Слѣдуетъ упомянуть еще одинъ существенный недостатокъ папахи — она выдавала носителя ея непріятелю, и такимъ образомъ подвергала голову солдата еще большимъ опасностямъ, чѣмъ послѣдней и безъ того приходится считаться въ современной войнѣ.

Слѣдующее разсказываетъ Matignon[5]), обсуждая цѣлесообразность нашего военно-полевого вооруженія: „mais leurs hauts bonnets d'astrakan noir faisaient autant de points très perceptibles à distance. Dans certains cas même, en plein

1) Хирургія. Октябрь. 1906 стр. 308.
2) См. также „Studien“ v. Oettingen'a. pag. 148.
3) l. c. pag. 92.
4) Verhandlungen der Deutschen Ges. für Chirurgie. 1906.
5) „Enseignements médicaux“ pag. 79.

midi, grâce au mirage, des colonnes russes se déssinaient au dessus de l'horizon uniquement indiquées par la ligne des bonnets à poil".

Переходъ къ вторичнымъ инфекціямъ образуютъ случаи, гдѣ внѣшнія раны загрязнены впослѣдствіи волосами, землей и т. д.; такъ, напримѣръ, въ случаѣ № 43 раны (оболочечной пулей) были сильно загрязнены глиной и пескомъ. — При вторичной инфекціи, какъ достаточно извѣстно, возбудители заразы попадаютъ въ рану изъ окрестности наружныхъ ранъ, огнестрѣльнаго канала или вносятся пальцами, инструментами и т. п.

При нѣкоторыхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ черезъ лобную кость, орбиту, pars petrosa височной кости, кромѣ вскрытія черепной полости (иногда только косвенной) можетъ произойти также и вскрытіе пневматическихъ полостей или поврежденіе средняго уха. Въ этихъ случаяхъ инфекція беретъ свое начало изъ этихъ, сосѣднихъ съ пулевымъ каналомъ, полостей. Летально окончившіеся случаи раненій оболочечными пулями — №№ 182, 199, 245, 254 могутъ служить примѣрами исхожденія инфекціи со стороны носа и сосѣднихъ съ нимъ полостей. Правда, въ случаѣ № 199 присоединяется еще то обстоятельство, что снарядъ застрялъ въ черепѣ. Зато № 245 и № 254 представляютъ собою два почти аналогичныхъ, характерныхъ случая:

№ 245. — Входное отверстіе въ лѣвомъ глазу: выходное позади наружнаго края правой орбиты, въ области скуловой кости. Смерть отъ менингита приблизительно на 9-ый день послѣ раненія.

№ 254. — Входное отверстіе ниже внутренняго угла лѣваго глаза: выходное справа въ области виска. Смерть на 14 день послѣ раненія.

Въ случаѣ № 182 оболочечная пуля вошла на два пальца выше наружнаго края лѣваго глаза и вышла черезъ твердое нёбо. Смерть отъ менингита наступила приблизительно на 21 день послѣ раненія. Менингитъ локализировался, главнымъ образомъ, на основаніи мозга. Аналогичное только что указанному случаю поврежденіе шрапнелью за № 329, наблюдаемое нами болѣе мѣсяца, протекло благополучно, и раненый въ хорошемъ состояніи былъ отправленъ на родину. — Въ цѣломъ рядѣ другихъ случаевъ, имѣвшихъ поврежденіе pars petrosa, mastoideae височной

кости, мы можемъ предположить, что инфекція распространилась изъ полости средняго уха, напримѣръ, въ случаяхъ №№ 76, 255, 246 — поврежденій оболочечной пулей, № 290, 293, 295, 335 — раненій шрапнелью. Въ № 76 развитію инфекціи въ области огнестрѣльнаго канала способствовала Otitis media purulenta, существовавшая еще до поврежденія.

Входное отверстіе находилось на полтора пальца надъ наружнымъ концомъ лѣвой брови; выходное — лежало на четыре пальца позади отъ proc. mast. sin. На восьмой день послѣ поврежденія обѣ раны покрыты сухимъ струпомъ. Изъ лѣваго ушного прохода обильное гнойное выдѣленіе. Температура до 40,2°. На десятый день послѣ раненія пулевой каналъ вскрытъ на всемъ протяженіи, при этомъ констатируется, что нагноеніе изъ пораненнаго средняго уха перешло на поврежденныя мозговыя оболочки и на части мозга, пронизанныя пулей.

Мы видимъ, что огнестрѣльнымъ раненіямъ черепа отовсюду грозитъ опасность быть инфицированными. Къ этому можно еще присоединить опасность нецѣлесообразно частыхъ перевязокъ, недостаточность транспортировки и безцѣльную эвакуацію. — Даже простыя, протекающія безъ всякихъ осложненій, огнестрѣльныя раненія мягкихъ частей, какъ напримѣръ, случаи №№ 391 и 392 перевязывались въ теченіе двухъ дней до поступленія въ лазаретъ 2—3 раза. Мы легко можемъ себѣ представить, какая масса времени, матеріала и рабочихъ силъ тратилась на ненужныя перевязки.

Перевозка раненыхъ въ черепъ съ поля битвы до полевого лазарета останется всегда, вѣроятно, связанной съ большими трудностями. Для многихъ раненыхъ она можетъ оказаться пагубной ввиду того, что дѣло идетъ часто о находящихся въ безсознательномъ состояніи, которые, конечно, особенно подвержены всѣмъ случайностямъ дурной дороги и плохихъ перевозочныхъ средствъ. Достаточно, конечно, извѣстно, что раненаго на носилкахъ можно чрезвычайно бережно транспортировать, однако нѣтъ сомнѣнія, что во всякую войну, даже при наилучше организованной санитарной службѣ, нерѣдко раненаго придется перевозить въ весьма несовершенномъ экипажѣ. Такъ и изъ числа нашихъ раненыхъ многимъ пришлось перенести весьма примитивный транспортъ. Для иллюстраціи сказан-

наго приведемъ здѣсь нѣсколько случаевъ нашей казуистики (ср. также № 321).

Случай № 183 получилъ фронто-окципитальное ранепіе при Сандепу. Малое входное и выходное отверстія безъ особеннаго раздробленія кости. Раненому пришлось перенести трехдневный переѣздъ на китайской арбѣ, при чемъ за все это время его не снимали съ арбы. На пятый день послѣ раненія онъ былъ сданъ въ лазаретъ въ Мукденѣ съ обмороженными пальцами ногъ и рукъ. — Смерть на 9-ый день post traumam.

№ 8. — Раненъ также при Сандепу. Пуля вошла въ правой сторонѣ лба и вышла на шеѣ позади лѣваго угла челюсти. Кровотеченіе изъ ранъ, рта и носа. Послѣ раненія прошелъ пѣшкомъ около версты, по временамъ останавливаясь, ища прикрытія отъ огня. При переходѣ черезъ замерзшую рѣчку онъ лишился памяти и въ таковомъ состояніи былъ доставленъ на перевязочный пунктъ. Отсюда раненаго повезли дальше на линейкѣ. Дорога шла прямикомъ черезъ китайскія поля. Экипажъ страшно толкало; кровотеченіе повторилось. Раненый постоянно мѣнялъ положеніе: то сидѣлъ, то лежалъ, однако вскорѣ всякое положеніе стало невыносимымъ. Слѣзть съ экипажа онъ не могъ, будучи слишкомъ слабымъ, къ тому же и зрѣніе было плохо (поврежденіе праваго глаза). Какъ онъ достигъ дивизіоннаго лазарета, онъ не помнитъ. Ему смѣнили перевязку, и онъ переночевалъ здѣсь. На слѣдующее утро р. отправили на подводѣ за 15 верстъ въ подвижной лазаретъ, куда онъ прибылъ поздно вечеромъ. На слѣдующее утро ему опять смѣнили перевязку и теперь ему пришлось еще 15 верстъ пройти пѣшкомъ до ближайшей станціи желѣзной дороги; отсюда больной эвакуированъ въ теплушкѣ въ Гунчжулинъ. — Въ этомъ случаѣ раны, несмотря на странствованія, къ пріѣзду въ Харбинъ на 17-ый день гладко зарубцевались. Черезъ 2 мѣсяца послѣ раненія больного можно было въ улучшенномъ видѣ отправить въ Россію. — Правда, мы можемъ предположить, что при этомъ пораненіи не произошло вскрытія черепной капсулы.

Въ своихъ „Studien“ v. Oettingen, говоря объ эвакуаціи раненыхъ въ черепъ, высказывается такъ: „транспортировка раненыхъ съ прострѣленнымъ черепомъ на хорошихъ носилкахъ допустима. Мы полагаемъ, что и поѣздка въ санитарномъ поѣздѣ не слишкомъ ухудшитъ прогнозъ, но транспортъ всякаго иного рода безусловно слѣдуетъ избѣгать. При такихъ условіяхъ было бы, пожалуй,

даже возможно отправлять оперированныхъ съ раненіемъ черепа черезъ нѣсколько часовъ послѣ пораненія. Однако для этого необходимы принуждающія къ этому причины.“ — Такимъ образомъ v. Oettingen требуетъ для раненыхъ въ черепъ наилучшихъ способовъ транспорта. Но къ сожалѣнію, какъ мною уже указано, не всегда такіе способы окажутся подъ рукой. Слѣдовательно и въ будущую войну придется считаться съ тѣмъ, что одна часть раненыхъ будетъ подвержена неблагопріятнымъ условіямъ транспорта. Но если раненый достигъ наконецъ болѣе постояннаго лазарета, тогда ужъ дѣйствительно не слѣдовало бы его эвакуировать дальше безъ „принуждающихъ причинъ“. Въ послѣднюю войну, особенно послѣ большихъ отступленій изъ-подъ Ляояна и Мукдена эвакуація производилась съ особенной ригорозностью. Въ обоихъ случаяхъ, во время отступленія былъ данъ приказъ вывести изъ Мукдена resp. Гунчжулина всѣхъ раненыхъ вмѣсто того, чтобы какъ разъ здѣсь собрать всѣхъ тяжело раненыхъ, для которыхъ дальнѣйшій транспортъ на сѣверъ не былъ желательнымъ. Такимъ образомъ, напримѣръ, случаи: № 230 — раненіе основанія, № 267 — поперечное раненіе затылка, № 22 — лобно-теменное раненіе — были эвакуированы „по приказанію военнаго начальства“, точно также лежавшій безъ сознанія № 21 былъ отосланъ на сѣверъ. А какъ пагубно отзывается въ такихъ случаяхъ транспортъ въ переполненныхъ поѣздахъ, этому примѣромъ можетъ служить случай

№ 60. 6. III. 05 раненый при нормальной температурѣ и удовлетворительномъ самочувствіи „по волѣ высшаго начальства“ эвакуированъ изъ Е. II. Л. 9. III. раненый въ полусознательномъ состояніи сданъ въ Харбинѣ. По временамъ очень возбужденъ, бросается на постели, жалуется на сильныя головныя боли. Температура въ первые дни 37.9°. — Изъ раны выпячивается пролапсъ мозга. Серозно-гнойное выдѣленіе.

Этотъ одинъ примѣръ говоритъ за многихъ.

Для того, чтобы получить представленіе о частотѣ инфекціи въ нашемъ матеріалѣ, всѣ наши наблюденія на таблицѣ № VIII раздѣлены на четыре рубрики (неопредѣленные случаи исключены): I — неинфицированные, II — инфицированные, III — подозрительные въ отно-

Таблица № VIII.

Обзоръ случаевъ по отношенію къ инфекціи.

I. Неинфицированные.				II. Инфицированные.				III. Инфекція подъ сомнѣніемъ.		IV. Неопредѣленные случаи изъ-за краткости наблюденій.	
Раненія об. пулями.			Ран. артил. снар.	Раненія об. пулями.			Ран. артил. снар.	Раненія об. пулями.	Ран. артил. снар.	Раненія об. пулями.	Ран. артил. снар.
				9							
1	141	249	257	13	103	200	258				
2	142	251	264	16	104	205	261				
3	143	252	269	18	105	a 206	262				
4	154		270	20	106	a 211	263 410				
5	155		276	37	107	212	267 412				
6	156		282	41	a 108	a 213	274 413				
7	157		283	43	a 109	214	275 414				
8	158		285	47	110	a 215	277 418				
10	159		306	48	a 111	217	279 421				
11	160		308	49	112	219	284 426				
12	161		317	54	a 113	225	286 429				
14	163	383	318	57	114	226	287 430				
15	164	391	319	58	115	a 231	288 431				
19	165	392	334	59	116	232	289				
27	170	393	337	60	127	233	a 290				
28	171	394	339	61	130	234	291				
30	172	395		a 62	132	238	a 292				
31	173	396		63	133	245	293				
32	174	397		64	137	a 246	294				
33	175	401		65	138	253	a 295				
34	186	402		66	139	254	297				
35	189	403		67	a 140		299				
38	190	404		68	144		300				
39	191	405	415	69	145		a 301				
40	192		416	70	a 146		302				
42	196		424	71	147		303				
44	197		425	72	148	385	304				
45	204		427	73	149	388	a 305				
46	207		428	74	a 150	389	307				
51	216		433	75	a 151	390	309				
52	218		434	a 76	a 152		321				
53	220			a 77	153		325				
82	221			a 78	162		326				
117	222			79	176		a 330				
118	223			87	177		335				
119	224			88	178		336				
120	227			92	a 179		338				
121	228			93	a 180						
122	235			a 94	181						
123	236			95	182						
124	237			a 96	185						
128	239			a 97	187						
129	240			98	193						
131	241			99	194						
134	242			100	195						
135	243			101	198						
136	244			102	199						
								26	259	* 17	255
								36	260	21	256
								55	278	22	265
								56	296	23	266
								80	298	24	268
								81	320	25	271
								83	322	29	272
								84	327	50	273
								85	328	* 89	280
								86	329	* 90	281
								91	331	* 126	310
								125	332	* 166	311
								183	333	* 167	312
								184	340	168	313
								188		169	314
								201		203	315
								202		* 229	316
								208		230	323
								209		247	324
								210		248	
									411	250	
									422		
									423		
									432		
											409
										381	417
										382	419
										384	420
										386	
										387	
										398	
										399	
										400	
										406	
										407	
										408	

Примѣчанія:

a = абсцессъ мозга.

* = moribundus.

шеніи инфекціи, IV — такіе, гдѣ время наблюденія было слишкомъ непродолжительнымъ, чтобы получить болѣе или менѣе вѣрное впечатлѣніе. — Если исключить обѣ послѣднія группы, отчего впрочемъ статистика, пожалуй, измѣнится въ пользу неинфицированныхъ, то мы найдемъ (табл. № 28), что среди раненій мягкихъ частей черепа инфицировано немного болѣе одной трети (21:14), среди же раненій костей черепа — болѣе половины (113:153). Самое малое количество инфекцій мы встрѣчаемъ среди раненій мягкихъ частей оболочечными пулями (13:4) (см. табл. № 28). Самая высокая цифра приходится на долю раненій костей артиллерійскими снарядами: 12:29— при шрапнели и 4:8 — при осколкахъ гранаты.

Таблица № 28.

Родъ оружія:	Неинфицированные.				Инфицированные.				Подозрительные въ отнош. инфекціи.			
	Раненія мягкихъ покров.		Раненія кости.		Раненія мягкихъ покров.		Раненія кости.		Раненія мягкихъ покров.		Раненія кости.	
	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†
Обол. пуля . . .	13	—	96	1	4	—	63	53	—	—	13	7
Шрапнель	3	—	11	1	6	—	21	8	3	—	10	1
Граната	5	—	4	—	4	—	5	3	1	—	2	1
Общее число .	21	—	111	2	14	—	89	64	4	—	25	9

При огнестрѣльныхъ переломахъ оболочечными пулями отношеніе неинфицированныхъ къ инфицированнымъ будетъ 97:116. Послѣднія цифры ясно показываютъ, какъ велика опасность инфекціи огнестрѣльныхъ раненій черепа, даже при поврежденіяхъ оболочечной пулей.

На слѣдующей таблицѣ № 29 неинфицированные и инфицированные случаи огнестрѣльныхъ переломовъ черепа распредѣлены по различнымъ родамъ раненій.

Таблица № 29.

Родъ оружія.	Теченіе.	Тангенціальныя раненія.	Сегментальныя.	Діаметральныя.	Ран. съ застр. пул.	Ран основан. чер.	Орбитальныя.	Общее число.
Оболоч. пуля.	Неинфицированные .	33	17	17	9	9	12	97
	Инфицированные . .	62	18	9	14	6	7	116
	Подозрительные въ отнош. инфекц. . .	11	1	2	6	—	—	20
Шрапнель.	Неинфицированные .	4	—	—	6	—	2	12
	Инфицированные . .	19*)	2	—	8	—	—	29
	Подозрительные въ отнош. инфекц. . .	5	—	—	6	—	—	11
Граната.	Неинфицированные .	4	—	—	—	—	—	4
	Инфицированные . .	7	—	—	—	—	1	8
	Подозрительные въ отнош. инфекц. . .	—	—	—	2	—	1	3

Мы видимъ, что большая часть инфекцій при всѣхъ родахъ оружія приходится на тангенціальныя раненія. Половина сегментальныхъ раненій, причиненныхъ оболочечными пулями, точно также обнаруживаетъ инфекцію. Наиболѣе благопріятно, повидимому, складываются обстоятельства при діаметральныхъ раненіяхъ (оболочечной пулей). Здѣсь на 17 неинфицированныхъ приходится девять инфицированныхъ случаевъ, слѣдовательно значительно менѣе, чѣмъ при тангенціальныхъ и сегментальныхъ поврежденіяхъ. Это обстоятельство обычно объясняется болѣе благопріятными условіями раны, менѣе значительнымъ разрушеніемъ кости и мозга при діаметральныхъ раненіяхъ. — Въ половинѣ случаевъ раненій съ застрявшими пулями обнаружилась инфекція за время нашего наблюденія, но, именно, надъ случаями съ застр. пулями виситъ Дамокловъ мечъ позднѣйшаго развитія инфекціи. — Разсматривая числа инфекцій при раненіяхъ шрапнельными пулями нужно принять во вниманіе, что въ большинствѣ случаевъ застрявшая пуля извлекалась первично**).

*) Изъ нихъ одно раненіе револьверомъ — № 277.

**) Что касается вообще вопроса объ инфекціозности застрявшихъ оболочечныхъ и шрапнельныхъ пуль, то, по моему мнѣнію, изслѣдованія

Какъ уже неоднократно подчеркивалось и достаточно хорошо извѣстно, особенно благопріятную почву для инфекціи, будь то первичная или вторичная, представляетъ очагъ размозженія, причиненный самой пулей, проникшими осколками кости и кровоизліяніемъ. Инфекція всегда беретъ свое начало въ этой области поврежденія. Въ благопріятныхъ случаяхъ она ограничивается первоначальнымъ очагомъ; въ неблагопріятныхъ энцефалитическій процессъ распространяется, дѣло доходитъ до прободенія въ мозговой желудочекъ или же инфекція охватываетъ также и мозговыя

Березовскаго[1]) представляютъ большой интересъ. Березовскій извлекъ въ 42 случаяхъ 28 обол. и 12 шрапнельн. пуль послѣ зарубцеванія наружныхъ ранъ, въ среднемъ черезъ 3 мѣсяца 25 дней со дня раненія. При этомъ онъ сдѣлалъ слѣдующія наблюденія. Во всѣхъ случаяхъ раненія оболочечной пулей Б. нашелъ вокругъ пули гнойное воспаленіе. Оболочечную пулю онъ считаетъ сильно инфицированнымъ постороннимъ тѣломъ, могущимъ вызвать нагноеніе долгое время спустя послѣ заживленія входнаго пулевого отверстія. При этомъ Б. нашелъ, что болѣзнетворныя начала гнѣздятся исключительно на оболочкѣ пули. При разорвавшихся оболочечныхъ снарядахъ нагноеніе происходило только вокругъ оболочки, но отнюдь не около ядра пули. При застрявшихъ шрапнельныхъ пуляхъ никогда нельзя было прощупать (въ среднемъ черезъ 3 мѣсяца 9 дней) вокругъ снаряда инфильтратъ или другія мѣстныя измѣненія. Въ четырехъ, изъ 11 случаевъ, при операціи констатировались слѣды гнойнаго воспаленія — немного гною или грануляціи. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ пуля была заключена въ тонкую, плотную рубцевую капсулу; при этомъ не обнаруживалось ни инфильтрата, ни скопленія гноя. Казалось, будто ткани относились къ пулѣ, какъ къ асептическому постороннему тѣлу.

Основываясь на этихъ наблюденіяхъ Б. приходитъ къ заключенію, что шрапнельная пуля представляетъ собою тѣло менѣе инфицированное, чѣмъ оболочечная. Послѣднее обстоятельство, можетъ быть, объясняется тѣмъ, что шрапнельная пуля до тѣхъ поръ, пока не приходитъ въ дѣйствіе, бываетъ герметически заключена въ „стаканъ“ снаряда. Благодаря этому пуля защищена отъ загрязненія, чего нельзя сказать объ оболочечномъ снарядѣ. — Конечно, болѣе обширное входное пулевое отверстіе отъ шрапнельной пули скорѣе подвергается инфекціи, чѣмъ маленькая рана отъ оболочечной пули. Въ этомъ пунктѣ наблюденія Б. вполнѣ гармонируютъ съ наблюденіями другихъ авторовъ. Б. совѣтуетъ по возможности удалять застрявшія оболочечныя пули. При шрапнельныхъ пуляхъ, въ особенности при зажившей ранѣ, это не абсолютно необходимо. Въ случаѣ удаленія шрапнельной пули мы можемъ съ большей вѣроятностью разсчитывать на асептическое теченіе операціонной раны.

1) „О показаніяхъ къ извлеченію“ и т д. Медиц. обозр. 1906, 66 Т.

оболочки. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ болѣе или менѣе быстро наступаетъ смерть.

Мы можемъ отнести къ такъ называемымъ острымъ травматическимъ „корковымъ абсцессамъ“ (раннимъ абсцессамъ) 26 изъ нашихъ наблюденій (случаи отмѣченные на таблицѣ № VIII, рубрика II буквой A, кромѣ №№ 111, 150, 180 и 305). — Stevenson[1]) въ своемъ рапортѣ о южно-африканской войнѣ приводитъ 12 случаевъ абсцессовъ на общее число 133 огнестрѣльныхъ раненій черепа. Однако его и наши цифры не даютъ истинной картины частоты этихъ абсцессовъ: въ обѣихъ статистикахъ имѣется слишкомъ большое количество случаевъ, находившихся только короткое время подъ наблюденіемъ.

Двадцать одинъ изъ нашихъ случаевъ абсцесса приходятся на поврежденія оболочечной пулей и 5 на артиллерійскія. Во всякомъ случаѣ это обстоятельство говоритъ не въ пользу состоянія раны при раненіяхъ оболочечной пулей: такъ какъ, намъ извѣстно, что острый травматическій корковый абсцессъ есть ничто иное, какъ задержка гноя при неблагопріятныхъ, для его оттока, условіяхъ.

Таблица № 30.

Острые травматическіе абсцессы наблюдались при:

Родъ раненія.	Оболеч. пул.		Артил. снар.		Общее число.	
	0	†	0	†	0	†
Тангенціальныхъ раненіяхъ . . .	4	6	3	1	7	7
Сегментальныхъ „ . . .	1	3	—	—	1	3
Діаметральныхъ „ . . .	1	—	—	—	1	—
Ран. съ застр. пул.	1	3	1	—	2	3
Ран. основ. чер.	—	1	—	—	—	1
Орбит.-темпор.	—	1	—	—	—	1
Общее число . . .	7	14	4	1	11	15

Такимъ образомъ мы никакъ не можетъ согласиться съ мнѣніемъ Hildebrandt'a[2]), который утверждаетъ, что

1) l. c. pag. 27, 31, 42.
2) l. c. pag. 105.

мозговые абсцессы, послѣ раненій военно-полевымъ огнестрѣльнымъ оружіемъ, наблюдаются только „при большихъ потеряхъ вещества, особенно при тангенціальныхъ раненіяхъ черепа, или при поврежденіяхъ гранатой и шрапнелью.“ Дѣйствительно, наибольшее количество абсцессовъ наблюдается при тангенціальныхъ раненіяхъ (см. таблицу № 30); но столь же часто при равныхъ калибру (оболочечной пулѣ) внѣшнихъ ранахъ, сколько и при большихъ раненіяхъ мягкихъ частей. — Здѣсь мы имѣемъ дѣло съ типичными корковыми абсцессами, между тѣмъ какъ при глубокихъ прободающихъ и проникающихъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ оболочечной пулей могутъ обнаруживаться и острые глубокіе абсцессы вдоль пулевого канала. Примѣромъ могутъ служить случаи №№ 152 и 213. Въ такихъ случаяхъ мы можемъ говорить объ „острыхъ раннихъ абсцессахъ“ въ противоположность къ хроническимъ и позднимъ абсцессамъ. Чаще встрѣчаются абсцессы около входного отверстія, какъ напримѣръ, въ случаяхъ №№ 76, 77, 150; такъ какъ здѣсь имѣются болѣе неблагопріятныя условія раны, вслѣдствіе внѣдрившихся осколковъ кости, увлеченныхъ вглубь волосъ, обрывковъ эпидермиса, частей головного убора и т. п.

Что касается времени возникновенія остраго травматическаго мозгового абсцесса (коркового абсцесса), то въ общемъ принято считать, что послѣдній развивается обыкновенно не ранѣе второй недѣли послѣ раненія. Ниже слѣдующая табличка № IX показываетъ, на который день можно было констатировать при операціи въ нашихъ случаяхъ существованіе абсцесса.

Таблица № IX.

Острый абсцессъ наблюдался въ №№	96	62	109 301 330	108 290	78, 206 113 151	76 179 231	77	292 246*)	140 213**)	94, 211 97, 215 146 152, 295
На . . . . . день послѣ раненія.	2-ой	3-ій	6-ой	7-ой	8-ой	10-ый	11-ый	12-ый	17-ый	?

*) Вскрытіе, не оперированъ.
**) Вскрытіе, оперированъ на седьмой день.

Изъ приведенной таблицы видно, что часто абсцессы образовывались уже въ теченіе первой недѣли. Особенно поразительны два наблюденія, гдѣ на 2-ой respective на 3-ій день послѣ поврежденія было обнаружено гнойное размягченіе въ ушибленной области. Эти различія во времени развитія абсцессовъ мы можемъ объяснить съ одной стороны колебаніями въ вирулентости и количествѣ инфекціознаго матеріала, съ другой стороны слѣдуетъ, вѣроятно, принять во вниманіе индивидуальное различіе реактивной способности тканей. — Но во всякомъ случаѣ возможность образованія абсцесса въ первую недѣлю (срв. съ наблюденіями Гусева[1]) и даже въ первые дни послѣ поврежденія даетъ намъ важное указаніе для терапіи. Чѣмъ раньше мы вскроемъ развивающійся абсцессъ, тѣмъ болѣе шансовъ на благопріятный исходъ.

Выпаденіе мозга представляетъ собою явленіе, относительно часто сопровождающее абсцессы, въ особенности вслѣдъ за операціей ихъ. Объ этомъ я буду говорить ниже. Теперь только укажу, что изъ 26 случаевъ остраго мозгового абсцесса въ 11 наступилъ пролапсъ.

Изъ таблицы № 30 мы узнаемъ, что половина острыхъ абсцессовъ мозга погибла, хотя всѣ, кромѣ одного случая (№ 246) были оперированы. Въ среднемъ продолжительность жизни, окончившихся смертью, случаевъ равнялась 25,2 днямъ, при чемъ минимумъ составляли 12 дней и максимумъ — 56 дней. v. Bergmann[2]) указываетъ для остраго (неоперированнаго) мозгового абсцесса среднюю продолжительность отъ 3-хъ до пяти недѣль.

Къ хроническимъ травматическимъ абсцессамъ изъ нашихъ случаевъ принадлежатъ четыре (№№ 111, 150, 180 и 305). Въ одномъ случаѣ мы имѣли дѣло съ тангенціальнымъ раненіемъ, въ двухъ — съ сегментальными и 1 разъ — съ діаметральнымъ. Въ трехъ случаяхъ абсцессъ находился въ теменной долѣ и въ одномъ (№ 150) въ лобной долѣ мозга. Абсцессы лежали всегда въ области поврежденія. Но слѣдуетъ указать на то обстоятельство, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ абсцессъ не стоялъ въ видимой (макроскопически) связи съ первоначально поврежденной

1) Хирургія. 1906. XX. № 115.
2) „Kopfverletzungen.“ — pag. 513.

областью, напримѣръ, въ случаѣ № 111. Въ № 305 констатированы цѣлыхъ три, независимыхъ другъ отъ друга, абсцесса. Возникновеніе такихъ абсцессовъ должно приписать, вѣроятно, прогрессирующему тромбозу сосудовъ. Возможно также, что названные абсцессы вызываются увлеченными въ окрестности поврежденной области (пулевой каналъ) посторонними тѣлами: волокна матеріи (Karlinski[1]) и эпидермиса, обрывки волосъ, мельчайшіе осколки кости.

Что касается продолжительности жизни въ относящихся сюда случаяхъ абсцессовъ, считая со дня поврежденія, то она равнялась 35 днямъ у № 150, 55—у № 111 и 78 днямъ и № 305. Hashimoto и Kuroiwa[2]) сообщаютъ, что въ ихъ случаяхъ періодъ времени со дня раненія до смерти длился отъ 2 мѣсяцевъ до $1^1/_2$ лѣтъ.

Наши исторіи болѣзни, за исключеніемъ одной (№ 150) не даютъ достаточныхъ указаній о времени, когда впервые обнаружился абсцессъ. Въ случаѣ № 150 симптомы абсцесса появились по прошествіи трехъ недѣль. Обыкновенно для скрытаго періода указываютъ отъ одного до трехъ мѣсяцевъ. Однако извѣстны случаи, гдѣ скрытый періодъ длился значительно дольше, по v. Bergmann'y[3]) до 20 (!) лѣтъ.

Обращаетъ на себя вниманіе то обстоятельство, что въ трехъ изъ нашихъ случаевъ хроническаго абсцесса во время первой недѣли послѣ раненія была дебрирована черепная рана. Показаніемъ для оперативнаго вмѣшательства, послужило предположеніе инфекціи. Несмотря на созданныя такимъ путемъ болѣе выгодныя условія для заживленія, позже все-таки образовались гнойники, изъ которыхъ одинъ послѣ вторичной операціи былъ вылеченъ (№ 180), а два другихъ повели къ смерти (№ 111 и № 150). Въ четвертомъ случаѣ (№ 305) при операціи, произведеной приблизительно черезъ 6 недѣль послѣ раненія, абсцессъ не былъ найденъ. Мѣсяцъ спустя больной скончался, и вскрытіе обнаружило 3, отдѣльно лежащихъ другъ отъ друга, абсцесса. Въ этомъ

1) „Zur Frage der Infection von Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen.“ Zentral bl. für Bakteriol. u. Parasitenkunde. Bd. XXII. № 12—15.

2) „Ueber Hirnabscesse nach Schussverletzungen im japan.-russ. Kriege.“ — Arch. für klin. Chir. Bd. 88. H. 2. pag. 503.

3) Handbuch etc. II. изд. т. I. стр. 285.

случаѣ имѣлось глубокое перфорирующее (сегментальное, шрапнелью) раненіе. Не исключается возможность, что гнойники образовались позднѣе, лишь послѣ операціи, влѣдствіе тромбоза продольной венозной пазухи, который былъ констатированъ при вскрытіи.

Самой частой причиной смерти при гнойникахъ нужно считать присоединяющійся диффузный менингитъ. Въ 9 случаяхъ, изъ 13 *) подвергшихся секціи абсцессовъ мозга, отмѣчено воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Только въ двухъ случаяхъ №№ 211 и 213 спеціально отмѣчено, что менингита не было. Не произошло также и прорыва въ желудочекъ въ этихъ случаяхъ; однако въ обоихъ случаяхъ абсцессы были довольно распространены; послѣдніе сами по себѣ, конечно, могли быть причиной летальнаго исхода (увеличенія внутричерепного давленія).

У цѣлаго ряда **) нашихъ случаевъ (исключительно тангенціальныя раненія оболочечной пулей), гдѣ предполагалась инфекція раненой области и ожидали встрѣтить абсцессъ, операція обнаружила только болѣе или менѣе обширный „контузіонный очагъ," наполненный размозженными мозговыми массами, сгустками крови, осколками кости и т. д. Правда, вторичное оперативное вмѣшательство въ этихъ случаяхъ было предпринято сравнительно рано, до истеченія первыхъ семи дней; поэтому возможно, что гнойный распадъ и возможная задержка гноя еще не успѣли наступить. Случаи эти окончились по большей части благополучно. — Во многихъ случаяхъ упомянутое размягченіе носило явно прогрессивный характеръ. Мы могли убѣдиться въ 17 случаяхъ***) при вскрытіи, что смерть была вызвана менингитомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (№№ 99, 182(?), 200, 336) произошло прободеніе въ желудочекъ****). Средняя продолжительность жизни, со дня раненія,

*) №№ 96, 109, 111, 113, 146, 151, 152, 211, 213, 231, 246, 301, 305.

**) №№ 57, 58, 60, 61, 63, 65, 66, 67.

***) №№ 16, 95, 98, 99, 107, 112, 144, 182, 199, 200, 212, 262, 299, 300, 309, 335, 336.

****) Примѣчаніе. Внезапно наступившую смерть въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы, вѣроятно, можемъ объяснить прорвавшимся въ систему желудочковъ энцефалитическимъ очагомъ. Вскрытіе подтвердило это въ случаѣ № 200, а подозрѣвать это можно въ случаяхъ №№ 18, 298, 340.

составляла въ перечисленныхъ случаяхъ 21,1 дня. Часто было очень трудно, подчасъ и невозможно рѣшить, что являлось первичнымъ — менингитъ или энцефалитъ. Если оба образуются въ одно и то же время, то можно предполагать, что первый сначала является только мѣстнымъ заболѣваніемъ, соотвѣтствующимъ поврежденному участку. На это явленіе въ новѣйшее время особенно обратилъ вниманіе Schlesinger[1]). По его наблюденіямъ мѣсто, гдѣ проникаютъ возбудители инфекціи, почти всегда сильнѣе инфильтровано гноемъ, чѣмъ окружающія ткани. Слѣдовательно нагноеніе всегда, хотя бы даже въ теченіе короткаго времени, локализуется у мѣста раненія. Само собой разумѣется, что это обстоятельство имѣетъ громадное значеніе для терапіи. Это доказываетъ и случай Schlesinger'a, оперированный имъ съ хорошимъ результатомъ. Однако во многихъ случаяхъ мы можемъ принять, что менингитъ, по крайней мѣрѣ его общее распространеніе, присоединяется лишь позднѣе къ энцефалиту. За это говорятъ клиническія явленія, которыя вначалѣ не даютъ никакихъ симптомовъ менингита, какъ напр. въ случаяхъ №№ 99, 335, 336. Да и сравнительно долгое теченіе болѣзни, какъ мы уже видѣли, въ среднемъ 21,1 дня, тоже говоритъ за болѣе позднее развитіе менингита. Средней цифрой продолжительности теченія травматической инфекціозной формы менингита указывается 6, 5 дней (Brun[2]). — Опираясь на одинъ случай колотаго раненія мозга, съ послѣдующимъ острымъ, прогрессивнымъ, инфекціознымъ энцефалитомъ, Friedrich[3]) приходитъ къ заключенію, что „нѣтъ никакой настоятельной необходимости, чтобы энцефалитъ наступилъ лишь послѣ развившагося менингита."

Какъ случай Friedrich'a, такъ и чрезвычайно интересное наблюденіе проф. Оппель[4]) доказываютъ, что энер-

1) „Operative Behandlung traumatischer Meningitis." Berlin. Klin. Wochenschrift. № 47. 1907.

2) „Der Schädelverletzte u. sein Schicksal." Beitr. zur klin. Chir. Bd. 38, 1093. pag. 202.

3) „Die operative Stellungnahme zur akuten, progredienten infectiosen Encephalitis." Deutsch. Ztschr. f. Chir. 85 Bd. pag. 519, 1906.

4) „Къ вопросу о леченіи гнойнаго воспаленія оболочекъ черепного мозга." Русск. врачъ. 1905. № 2.

гичное своевременное вмѣшательство, какъ при прогрессивномъ энцефалитѣ, такъ и при менингитѣ можетъ задержать развитіе процесса. Въ нашихъ случаяхъ зачастую помощь являлась запоздалой, ибо операція предпринималась не ранѣе конца первой недѣли.

X. Выпаденіе и истеченіе мозга.

Выпаденіе мозга.

Эксперимeтальныя изслѣдованія (Schifone[1]) показали, что выпаденіе мозга не является исключительно слѣдствіемъ существованія дефекта въ кости и твердой мозговой оболочки. Должны существовать механическія или воспалительныя причины, которыя, повышая внутри-черепное давленіе, тѣмъ самымъ обусловливаютъ возникновеніе выпаденія.

По мнѣнію Krönlein[2]) и Hildebrandt[3]) при огнестрѣльныхъ переломахъ черепа, не считая тяжелыхъ поврежденій бризантными снарядами, причиной выпаденія мозга почти всегда являются инфекціозные процессы въ области раны, какъ-то: менингитъ, энцефалитъ и мозговой абсцессъ. Величина костнаго отверстія не играетъ при этомъ никакой роли. Наоборотъ, выпаденіе мозга случается чаще при небольшихъ дефектахъ, какъ это утверждалъ v. Bergmann и недавно подтвердилъ Hildebrandt. v. Bergmann[4]) даже прямо указываетъ, что большіе дефекты даютъ несравненно рѣже поводъ къ образованію выпаденія мозга. — Хотя ниже приведенныя цифры и иллюстрируютъ частое выпаденіе мозга послѣ произведеннаго дебридированія раны, но, согласно выше сказанному, выпаденіе образуется не вслѣдствіе увеличенія костной раны. При очень большихъ дефектахъ выпаденія мозга или совсѣмъ не бываетъ (№№ 45, 59) или же послѣднее достигаетъ

---

1) „Ueber die Wirkungen grosser Resektionen des Schädels u. der harten Hirnhaut auf die Struktur u. Funktion der Hirnrinde.“ Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1904. 75 Bd. H. 2—4 p. 131.

2) „Handbuch“ etc. v. Bergmann, v. Mikulicz, v. Bruns. II вып. p. 279.

3) l. c. pag. 107.

4) „Kopfverletzungen“ — pag. 528.

относительно небольшихъ размѣровъ (№№ 76, 81). Schlesinger[1]) приводитъ одинъ случай, гдѣ отсутствовало выпаденіе мозга, несмотря на громадный дефектъ въ 16 сант. длиною и 10 сант. шириною. Онъ приписываетъ это радикальному обнаженію пораженной области. Случай этотъ достопримѣчателенъ въ томъ именно отношеніи, что онъ достаточно ясно доказываетъ, какъ величина костнаго изъяна не только не имѣетъ вліяніе на возникновеніе пролапса, но даже наоборотъ предотвращаетъ его. Существеннымъ моментомъ, обусловливающимъ происхожденіе пролапса, является, именно, инфекція и связанное съ ней повышеніе мозгового давленія, которое не можетъ обнаружиться при существованіи достаточно большого „предохранительнаго клапана.“ — Уже здѣсь укажу на то, что изъ нашихъ 26 случаевъ остраго мозгового абсцесса — въ 11*) случаяхъ, а изъ четырехъ хроническихъ въ 3-хъ**) — существовалъ пролапсъ мозга. Въ 17 обдуцированныхъ случаяхъ менингоэнцефалита въ 9-ти***) имѣлся пролапсъ мозга. — Hildebrandt[2]) склоняется къ мнѣнію, что иной разъ инфекція, являющаяся причиной мозгового пролапса, вызвана лишь операціей. Wiemuth[3]) и Kroner[4]) считаютъ частое наступленіе пролапса вслѣдъ за операціей раненій черепа моментомъ, говорящимъ противъ активной терапіи въ этихъ случаяхъ. Wiemuth указываетъ, что операція, превращающая маленькую рану въ большую, — увеличивая тѣмъ самымъ опасность инфекціи, — способствуетъ образованію весьма непріятнаго осложненія — мозгового пролапса. Конечно, увеличеніе раны можетъ повлечь за собой извѣстныя опасности (вторичная инфекція), однако съ другой стороны эти опасности компенсируются въ свою очередь улучшенными условіями оттока. Во всякомъ случаѣ наши первично

1) Verh. d. Deutsch. Ges. für Chirurgie. 1908. I. pag. 102—103.

*) №№ 76, 78, 96, 109, 113, 140, 206, 211, 213, 295, 301.

**) №№ 150, 180, 305.

***) №№ 98, 99, 107, 144, 182, 212, 299, 300, 336.

2) l. c. pag. 107.

3) „Die Behandlung der Schussverletzungen.“ — Arch. für klin. Chir. Bd. 60, H. 2, pag. 482.

4) „Erfahrungen über Friedenschussverletzungen.“ — Arch. f. klin. Chir. Bd. 75, H 3.

дебридированные случаи — даже и осложненные выпаденіемъ мозга — никогда не давали столь печальнаго результата, какъ вторично оперированные (исключеніе составляетъ одинъ случай № 90, гдѣ пролапсъ имѣлся до операціи). Такимъ образомъ, даже если согласиться съ Hildebrandt'омъ, что операція, благодаря взбудораживанію первично внесенныхъ зародышей, способствуетъ инфекціи, то всё-таки, рано оперируя, мы принесемъ нашимъ больнымъ менѣе вреда, чѣмъ если появится выпаденіе мозга въ завѣдомо инфицированныхъ случаяхъ послѣ вторичной операціи.

Въ общемъ на 340 случаевъ огнестрѣльн. перелом. черепа намъ пришлось наблюдать въ 59 случаяхъ выпаденіе мозга. — Интересующее насъ осложненіе наступило изъ 254 раненій оболочечной пулей въ 45*) случаяхъ и изъ 86 артиллерійскихъ поврежденій въ 14**) случаяхъ (среди нихъ и одно револьверное раненіе № 277***).

Случаи, осложненные выпаденіемъ мозга распредѣляются по роду раненія слѣдующимъ образомъ:

Таблица № 31.

Родъ раненія.	Обол. пуля.				Артил. снар.			
	Живые.	Умершіе.	Число пролапсовъ.	Общее число случ.	Живые.	Умершіе.	Число пролапсовъ.	Общее число случ.
Тангенціальныя . .	11	15	26	116	7	4	11	49
Сегментальныя . .	4	5	9	37	—	1	1	2
Діаметральныя . .	3	2	5	32	—	—	—	—
Ран. съ застр. пул. .	1	3	4	30	1	1	2	31
Ран. основанія чер. .	—	1	1	17	—	—	—	—
Общее число . .	19	26	45	232	8	6	14	82

*) №№ 16, 36, 37, 43, 47, 48, 54, 60, 71, 76, 78, 81, 90, 95, 96, 98, 99, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 113, 115, 116, 130, 132, 133, 140, 144, 148, 149, 150, 153, 176, 177, 180, 182, 185, 206, 211, 213, 214, 232.

**) №№ 275, 277, 279, 284, 294, 295, 297, 299, 300, 301, 303, 305, 321, 336.

***) Среди невыясненныхъ случаевъ имѣется 3, въ которыхъ существовалъ пролапсъ мозга — №№ 367, 375, 376.

На таблицѣ № 32 случаи съ выпаденіемъ мозга распредѣлены по мѣстоположенію наружныхъ ранъ.

Таблица № 32.

Положеніе ранъ.	Обол. пуля.				Артил. снар.			
	Dex.	Sin.	Med.	Общее число.	Dex.	Sin.	Med.	Общее число.
Въ Regio frontalis .	5	2	—	7	1	1	—	2
„ „ parietalis .	7	11	2	20	4	2	—	6
„ „ temporalis	—	4	—	4	—	2	—	2
„ „ occipitalis	5	2	—	7	—	—	—	—
„ „ fronto-par.	1	—	—	1	—	1	—	1
„ „ front.-temp.	—	—	—	—	1	—	—	1
„ „ par.-occip.	1	2	—	3	—	—	1	1
„ „ temp.-occip.	—	2	—	2	1	—	—	1
„ „ basilaris .	1	—	—	1	—	—	—	—
Общее число . .	20	23	2	45	7	6	1	14

Изъ таблицъ № 31 и 32 виденъ извѣстный фактъ, что выпаденіе мозга появляется главнымъ образомъ на выпуклости черепа. Изъ 17 раненій основанія, только въ одномъ имѣлся пролапсъ. Въ этомъ случаѣ (№ 232), у котораго наступило, на пятый день послѣ дебридированія раны, выпаденіе мозга, дѣло шло о поврежденіи верхней челюсти resp. скуловой кости, такъ что это наблюденіе имѣетъ сходство съ случаемъ Hawkins'a, приведеннымъ v. Bergmann'омъ [1]). — Bergmann упоминаетъ объ одномъ случаѣ пролапса черезъ орбиту, который наблюдался Holmes'омъ, Среди нашихъ орбитальныхъ раненій нѣтъ ни одного случая пролапса, какъ это видно изъ таблицы № 32.

Что касается времени, когда появляется выпаденіе мозга, то v. Bergmann [2]) указываетъ, что при огнестрѣльныхъ раненіяхъ оно по большей части случается во время транспортировки раненыхъ съ перевязочнаго пункта въ полевые лазареты. Чаще всего выпаденіе наступаетъ въ теченіе первой недѣли, въ то время, когда по большей части замѣ-

1) „Kopfverletzungen". pag. 529. также у Hildebrandt'a, pag. 107.
2) Ibidem. pag. 529.

Таблица № X.

Обзоръ случаевъ, у которыхъ появилось выпаденіе мозга.

Раненія руж. пулями.				
Номеръ случая.	Первичная или вторичная операція.	День, на который появился пролапсъ послѣ раненія.	День, на который появился пролапсъ послѣ операціи.	Примѣчанія.
№ 16	не оперир.	—	—	* †
„ 36	primär.	7	6	● P.
„ 37	„	?	?	●
„ 43	„	?	?	● P.
„ 47	„	4	3	●
„ 48	„	6	5	● 2
„ 54	„	4	2	● P.
„ 60	sekundär.	?	11	● 2 P.
„ 71	„	?	6	
„ 76	„	16	6	●
„ 78	„	12	4	● P.
„ 81	„	14	10	●
„ 90	primär.	—	До опер.	* ? †
„ 95	sekundär.	7	5	* †
„ 96	„	7	5	* †
„ 98	„	11	3	* †
„ 99	„	7	3	* †
„ 104	„	?	5	* †
„ 105	„	?	5	* †
„ 106	„	?	3	* †
„ 107	„	10?	4	* †
„ 109	„	11	5	* †
„ 110	„	10	5	* †
„ 113	„	17?	9?	
„ 115	?	—	—	* †
„ 116	?	—	—	* †
„ 130	primär.	—	—	●
„ 132	„	7	6	P.
„ 133	„	—	—	
„ 140	sekundär.	25	8	● P.
„ 144	primär.	—	—	
„ 148	sekundär.	11	5	* †
„ 149	„	13	6	* †
„ 150	„	12?	6	2 †
„ 153	„	?	4	* †
„ 176	primär.	—	—	●
„ 177	„	12	7	●
„ 180	sekundär.	78	12	●
„ 182	„	?	3	* †
„ 185	?	?	?	P. †
„ 206	sekundär.	20	12	● 2
„ 211	„	?	7	†
„ 213	„	15	8	†
„ 214	„	13	8	†
„ 232	„	?	5	†

Таблица № X. (Продолженіе).

Номеръ случая.	Первичная или вторичная операція.	Раненія артил. снар. День, на который появился пролапсъ послѣ раненія.	Раненія артил. снар. День, на который появился пролапсъ послѣ операціи.	Примѣчанія.
№ 275	primär.	7	6	●
„ 277	„	9	9	● 2
„ 279	„	5	4	●
„ 284	„	?	?	●
„ 294	sekundär.	?	?	● †
„ 295	„	?	9	●
„ 297	?	25	22	●
„ 299	sekundär.	—	—	* †
„ 300	„	?	2	* †
„ 301	„	8?	2	
„ 303	?	?	?	* †
„ 305	sekundär.	76	25	
„ 321	primär.	?	?	
„ 336	sekundär.	15	10	* †

Объясненіе знаковъ:

† = умеръ.
* = распад. пролапса.
● = сокращеніе и исчезнов. пролапса.
2 = повторный пролапсъ.
P. = пульсація.

чается и менингитъ или энцефалитъ, однако иной разъ и гораздо позже (Krönlein, v. Bergmann). — Въ нашихъ случаяхъ пролапсъ появлялся послѣ дебридированія раны. Исключаются отсюда два случая. Въ одномъ изъ нихъ (№ 90), доставленномъ неоперированнымъ съ имѣющимся уже пролапсомъ, послѣдній наступилъ уже въ день пораненія. Въ другомъ такомъ же случаѣ (№ 16) не удалось установить время образованія пролапса. Таблица № X показываетъ намъ, что въ большинствѣ остальныхъ случаевъ, которые всѣ были дебридированы, пролапсъ появлялся въ теченіе первыхъ двухъ недѣль послѣ раненія и приблизительно черезъ 2—10 дней послѣ операціи. — О вліяніи первичнаго и вторичнаго дебридированія на теченіе развивающагося послѣ него пролапса мы будемъ говорить ниже.

Величина пролапсовъ была различна, однако не превосходила величины грецкаго орѣха въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ выпаденіе впослѣдствіи опять исчезало. — Пульсація пролапса наблюдалась въ восьми случаяхъ. Феноменъ этотъ, какъ извѣстно, исчезаетъ вмѣстѣ съ ростомъ

пролапса. — Въ 22 случаяхъ мы наблюдали исчезновеніе пролапса; при этомъ не произошло некроза и распада выпавшихъ частей. Среди этихъ наблюденій у четырехъ раненыхъ (см. таблицу № X) констатировано неоднократно повторявшееся увеличеніе и уменьшеніе пролапса. Эти колебанія часто были сопряжены съ повышеніями температуры и замѣтной задержкой отдѣляемаго раны (ср. №№ 206 и 277). — Продолжительность существованія пролапса до его полнаго исчезновенія подъ поверхностью черепныхъ покрововъ — составляла отъ пяти до 8 недѣль.

Въ 23 случаяхъ въ исторіяхъ болѣзни находятся отмѣтки о распадѣ пролапса. При этомъ слѣдуетъ отмѣтить, что сюда относятся почти безъ исключенія (помимо случая № 90) вторично оперированные случаи. Только въ одномъ случаѣ № 294, по крайней мѣрѣ за время нашего наблюденія, теченіе было благопріятнымъ, и поверхностно омертвѣвшій пролапсъ сократился. Всѣ же остальные, относящіеся сюда, случаи погибли. — Изъ 22-хъ выше перечисленныхъ случаевъ, въ которыхъ пролапсъ сократился, оперированы вторично 8 и первично 13; у одного невозможно было установить времени операціи. — Мы можемъ заключить изъ этого, что пролапсъ, наступающій послѣ первичнаго дебридированія имѣетъ значительно лучшій прогнозъ, чѣмъ образующійся послѣ вторичной операціи.

Нижеслѣдующее сопоставленіе даетъ нѣкоторое понятіе относительно прогноза выпаденія мозга при огнестрѣльныхъ раненіяхъ въ прошлыя войны и въ настоящее время:

Крымская кампанія 1854/55 — по Пирогову[1]) всѣ пролапсы мозга оканчивались смертью.

Итальянская война 1859 (по Demme)[2]) изъ 21 случая — 16 окончились смертью.

Американская междуусобная война 1861/65[2]) изъ 43 — кончились смертью 36.

Южно-африканская война 1899/1902 (по Stevenson)[3]) изъ 12 — 7.

Нашъ матеріалъ 1904/05 изъ 59 — 32.

1) По v. Bergmann'y „Kopfverletzungen", pag. 530.
2) Ibidem.
3) „Report" etc., pag. 49.

О позднѣйшемъ состояніи здоровья раненыхъ, у которыхъ существовалъ пролапсъ мозга, мы получаемъ кой-какія свѣдѣнія изъ таблицы № XV (смотри главу объ исходахъ). Изъ семи зарегистрованныхъ тамъ случаевъ пять были неспособны къ труду, а двое умерли отъ послѣдствій раненія.

До сихъ поръ рѣчь шла просто о выпаденіяхъ „мозга“. Однако здѣсь слѣдуетъ замѣтить, что цѣлый рядъ авторовъ считаетъ пролапсъ главнымъ образомъ или отчасти состоящимъ изъ грануляціонной, а не мозговой ткани. Такъ напримѣръ, Регульскій[1]) считаетъ существующее до сихъ поръ ученіе о мозговомъ пролапсѣ невѣрнымъ. По его мнѣнію „мозговой“ пролапсъ состоитъ „обычно изъ грануляцій въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова“. Регульскій выставляетъ даже положеніе, что существующее до сихъ поръ мнѣніе, будто пролапсъ главнымъ образомъ состоитъ изъ мозговой ткани, есть мнѣніе, требующее еще доказательства. И въ новѣйшей военной полевой литературѣ мы встрѣчаемъ указанія, повидимому, говорящія за приведенный взглядъ. По Stevenson'y[2]) не всегда и не весь туморъ образуется выступившими мозговыми массами, а наоборотъ большая часть его состоитъ изъ грануляціонной ткани. Makins[3]) полагаетъ также, что „hernia cerebri“ зачастую состоитъ изъ грануляцій. Уже v. Bergmann[4]) въ своемъ „ученіи о поврежденіяхъ головы“ обращаетъ вниманіе на то, что не во всѣхъ случаяхъ появленія выпаденія изъ полости черепа на мѣстѣ перелома мы имѣемъ дѣло съ выпаденіемъ самой мозговой ткани. Во-первыхъ возможно принять ихъ за кровяные сгустки.

Кровяные сгустки, появляющіеся рано, при поврежденіи мозговыхъ оболочекъ, могутъ увеличиваться, благодаря повторнымъ кровотеченіямъ. Чтобы не принять ихъ за выпавшія мозговыя массы нужно помнить, что они достаточно характеризованы своимъ быстрымъ появленіемъ въ первые

1) „Bemerkungen über das Wesen des Hirnvorfalles.“ — Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1896. Bd. 43. H. 3, pag. 322.

2) „Report“ etc. pag. 48.

3) „Surgical experiences“, pag. 287.

4) pag. 531.

часы послѣ раненія, своею однообразной поверхностью, своимъ краснымъ цвѣтомъ, студенообразной, мягкой, губкоподобной консистенціей. Въ позднѣйшія стадіи теченія раны могутъ образоваться подобные же грибовидные сгустки, послѣ вскрытія абсцесса, изъ стѣнокъ абсцесса или изъ сосудовъ мозговыхъ оболочекъ, путемъ послѣдующаго кровотеченія. Отличіе ихъ отъ истинныхъ пролапсовъ мозга основано на тѣхъ же моментахъ, какъ и у рано образовавшихся сгустковъ. — Вторая возможность ошибки — это принять ихъ за иморрагическія гранулёмы, которыя исходятъ отъ твердой мозговой оболочки или самаго мозга. Это именно тѣ опухоли, которыя, по мнѣнію Регульскаго, такъ часто принимаются за выпаденіе мозгового вещества. Подобная ошибка легко объяснима ввиду того, что эти опухоли зачастую обнаруживаютъ пульсаторныя движенія (v. Bergmann, Krönlein). Съ другой же стороны извѣстно, что при настоящемъ выпаденіи мозга пульсація уменьшается по мѣрѣ увеличенія послѣдняго, точно такъ же какъ только вначалѣ видна характерная изборожденная бугристая поверхность.

Что же касается нашихъ случаевъ выпаденія, я полагаю, что, большею частью, мы имѣли дѣло съ настоящимъ выпаденіемъ мозга. Возможно, что при этомъ часть опухоли и состояла изъ грануляцій, но главная часть состояла всё-таки изъ выпадающей, набухшей мозговой массы. Тѣ случаи, въ которыхъ наступалъ распадъ выпавшихъ частей, не допускаютъ никакихъ сомнѣній относительно вѣрности приведеннаго предположенія. Послѣднее подтверждалось отчасти и вскрытіями. Съ другой стороны невозможно, чтобы грануляціи образовывались такъ быстро и въ такомъ размѣрѣ, какъ это придется допустить при постоянномъ возмѣщеніи распадающихся и отпадающихъ массъ. Полагаю, что распадающуюся мозговую массу можно, кромѣ того, и макроскопически отличить отъ грануляціонной ткани. — При выпаденіяхъ мозга, не дошедшихъ до распада, нужно обратить вниманіе на то обстоятельство, что большинство изъ нихъ наступаетъ не раньше конца первой недѣли; слѣдовательно, благодаря этому, трудно смѣшать мозговой пролапсъ съ грибовидными сгустками крови. Не думаю, чтобы въ нашихъ случаяхъ дѣло

часто шло о грануляціонныхъ опухоляхъ. Въ случаяхъ, которые я могъ наблюдать лично, можно было констатировать, что выпаденіе мозга образовывалось въ теченіе недолгаго времени — между двумя смѣнами повязки. Время это для образованія грануляціонной опухоли было слишкомъ коротко, даже если допустить, что размѣръ ея значительно увеличился, вслѣдствіе застоя при частичной инкарцераціи опухоли въ костной щели. Еще менѣе основаній считать гранулёмами пролапсы, наступающіе послѣ первичнаго дебридированія. По мнѣнію Krönlein'a[1]) моментами, нарушающими процессы заживленія раны и вызывающими особенно сильное гранулированіе, являются, главнымъ образомъ, инородныя тѣла, омертвѣвшіе осколки кости, задержка гноя. Лучшимъ способомъ воспрепятствовать этому считается первичное приведеніе раны, какъ черепной, такъ и мозговой въ надлежащій видъ. Если же послѣ первичнаго дебридированія все же еще часто образуются пролапсы, то, видимо, можно допустить, что здѣсь играютъ роль другіе моменты, чѣмъ тѣ, которые вызываютъ чрезмѣрное образованіе грануляцій. — Успѣхъ леченія показываетъ также, что въ этихъ случаяхъ не имѣлось грануляціонныхъ разращеній, такъ какъ при индифферентной терапіи выпаденія исчезали.

Делятицкій[2]) лечилъ свои случаи пролапса мозга содовыми компрессами и имѣлъ при этомъ хорошіе результаты. — Успѣшнѣе всего можно продиводѣйствовать пролапсу, что въ новѣйшее время показалъ и Schlesinger, путемъ широкаго вскрытія всей пораженной области. Уменьшать ли затѣмъ рану мягкихъ частей надъ дефектомъ швами съ цѣлью противодѣйствовать пролапсу, — это уже надо рѣшать по разному въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Во всякомъ случаѣ надобно имѣть въ виду, что уменьшая наружную рану путемъ стягиванія краевъ ея, мы только случайно можемъ оказать противодѣйствіе вторичной инфекціи. Нечего думать объ удержаніи мозговыхъ частей, наклонныхъ къ образованію пролапса. Всякое же давленіе на образующійся пролапсъ переносится весьма плохо, какъ на

1) „Handbuch“ . . . v. Bergmann, v. Mikulicz, v. Bruns, II. изд., I. ч. pag. 280.

2) „Къ вопросу объ огнестрѣльн. ран. черепа въ русско-япон. войну.“ Хирургія 1906 XX. № 118.

то указано v. Bergmann'омъ [1]) — Послѣ первичнаго дебридированія, пожалуй, можно будетъ рѣшиться, по предложенію Makins'a, уменьшить рану, послѣ же вторичнаго это во всякомъ случаѣ будетъ большимъ рискомъ. Изъ 12 зашитыхъ нашихъ случаевъ въ 6 наступилъ пролапсъ; пять изъ этихъ случаевъ окончились летально и 4 раза нужно было удалить всѣ стягивающіе швы*) — v. Bergmann настойчиво отсовѣтываетъ удалять пролапсъ путемъ прижиганія и срѣзыванія. — Хорошіе же результаты видѣли англичане въ бурскую войну при методѣ леченія, примѣненномъ Irvine'омъ [2]). По его предложенію пролапсъ покрывается 40% растворомъ формалина. Этотъ растворъ ведетъ къ образованію сухого струпа на поверхности выпаденія; впослѣдствіи его, при повтореніи смазыванія, удаляютъ. — При омертвѣвающихъ пролапсахъ нужно быть чрезвычайно осторожнымъ при удаленіи подпавшихъ некрозу частей. Хорошія услуги оказывали намъ при сильномъ зловонномъ распадѣ компрессы изъ 30% ихтіола. — Быть можетъ слѣдовало бы защемленный въ черепной щели пролапсъ пробовать освободить путемъ расширенія щели. Мы не дѣлали попытокъ въ этомъ направленіи. — Едва ли нужно особенно указывать на то, что абсцессы, вызывающіе пролапсъ, должны быть вскрыты. — Какъ уже указывалось, всѣ наши случаи, у которыхъ появлялся распадъ пролапса, за исключеніемъ одного, погибли. Прочіе, не распавшіеся, поправились. Вслѣдствіе этого нашъ матеріалъ не даетъ наблюденій относительно леченія хроническаго пролапса путемъ прикрытія его посредствомъ трансплантаціи по Кузьмину или сосѣдней кожей (Adams, Rosenberger).

Истеченіе мозга.

Въ то время, какъ пролапсъ мозга обычно наступаетъ нѣкоторое время спустя послѣ раненія, истеченіе мозга весьма часто является немедленно за черепно-мозговымъ раненіемъ Изъ всѣхъ сложныхъ черепно-мозговыхъ поврежденій по

1) „Kopfverletzungen.“ pag. 534.

*) Смотри исторіи болѣзни: №№ 61, 74, 81, 82, 99, 107, 116, 140, 143, 147, 149, 285, 315.

2) „Report“ etc. Stevenson. pag. 48.

Krönlein'y, спеціально огнестрѣльныя раненія сопровождаются этимъ симптомомъ комминутивнаго разрушенія мозга.

Среди нашихъ наблюденій находится только 24 случая съ указаніями на истеченіе мозга *). У всѣхъ этихъ случаевъ уже при поступленіи ихъ въ лазареты существовало истеченіе мозга. Правда, нѣкоторые изъ раненыхъ поступили только нѣсколько дней спустя послѣ раненія. Однако едва ли мы ошибемся, предполагая, что тутъ почти сплошь имѣлось первичное истеченіе. Въ трехъ случаяхъ, помимо истеченія мозга, констатировано еще истеченіе церебро-спинальной жидкости (№ 57, 100, 232).

Двѣ нижеслѣдующія таблицы показываютъ, какъ распредѣляются эти случаи по различнымъ родамъ и по областямъ раненій.

Таблица № 33.

Родъ раненій.	Обол. п.		Арт. сн.	
	Живые.	Умершіе.	Живые.	Умершіе.
Тангенціальныя	5	5	1	2
Сегментальныя	1	4	—	—
Діаметральныя	3	1	—	—
Ран. съ застр. пул.	—	1	—	—
Ран. основанія череп.	—	1	—	—
Общее число	9	12	1	2

Таблица № 34.

Области раненія.	Обол. пул.	Арт. сн.
Regio parietalis	9	2
„ frontalis	9	—
„ occipitalis . . .	1	1
„ occip.-pariet. . .	1	—
„ basilaris	1	—
Общее число . .	21	3

*) №№ 2, 28, 57, 61, 65, 95, 97, 100, 106, 109, 127, 138, 147, 148, 153, 160, 161, 162, 183, 199, 232, 263, 287, 302. Случай № 357 неопредѣленный.

Значительно чаще истеченіе мозга наблюдалось при раненіяхъ оболочечной пулей, чѣмъ при раненіяхъ артиллерійскими снарядами (см. табл. № 34). Это зависитъ, вѣроятно, отъ болѣе сильнаго размозженія мозга оболочечнымъ снарядомъ. — При глубокихъ перфорирующихъ раненіяхъ (сегментальныя и діаметральныя) истеченіе обнаруживалось то изъ обоихъ раневыхъ отверстій (№ 127), то только изъ входного (№№ 138, 160, 161, 162), то изъ выходного (№№ 147, 148, 153, 183).

Krönlein не считаетъ первичное истеченіе мозга слишкомъ тяжкимъ симптомомъ. По его мнѣнію достаточно часто при этомъ наступаетъ заживленіе. Все дѣло въ томъ, насколько важна поврежденная область мозга и въ томъ, чтобы не наступила инфекція. Изъ нашихъ случаевъ истеченія мозга умерло немного болѣе половины — 14 изъ 24 (см. табл. № 33). Семь случаевъ съ истеченіемъ мозга не подвергались операціи. Изъ нихъ умерло трое, которые были инцифированы. У четырехъ, оставшихся въ живыхъ, — изъ нихъ трое съ діаметральныхъ раненіемъ, — истеченіе пріостановилось; оно вообще не было слишкомъ обильнымъ, раны покрылись сухимъ струпомъ, подъ которымъ зарубцевались. — Изъ оперированныхъ только одинъ подвергся первичному дебридированію (№ 28), всѣ прочіе вторичному. Изъ вторично дебридированныхъ 16 случаевъ умерло 11 за время нашего наблюденія. Послѣ дебридированія и тампонады очага разрушенія истеченіе мозга прекратилось. Однако, въ дальнѣйшемъ теченіи въ 6 *) случаяхъ образовались позднѣе пролапсы. Послѣдніе всѣ кончились неблагополучно.

Два случая массоваго истеченія мозга описаны Я. Б. Зельдовичемъ[1]). Въ его случаяхъ размозженныя разбухшія мозговыя массы, перемѣшанныя съ сгустками крови и частью съ церебро-спинальной жидкостью, неудержимо вытекали, медленнымъ потокомъ, изъ раны. Привожу здѣсь наблюденія Зельдовича.

Случай № 3 (группа III) — Огнестрѣльное раненіе правой лобно-височной области наискось. — При трепанаціи, предпринятой

---

*) №№ 95, 106, 109, 148, 153, 232.

1) „Ueber Verletzungen durch japanische Geschosse.“ — Arch. f klin. Chir. Bd. 77., H. 1., pag. 234.

на второй день послѣ раненія, обнаружено обширное раздробленіе лобной кости и глубокое размозженіе мозга многочисленными костными осколками. Послѣ операціи состояніе возбужденія нѣсколько улеглось. Въ теченіе слѣдующихъ дней „при смѣнѣ повязки вытекало въ очень большомъ количествѣ мозговое вещество въ видѣ полу-жидкой перемѣшанной слегка съ кровью массы. Несмотря на то, что бо́льшая часть раны была зашита и была наложена повязка, — истеченіе мозговыхъ массъ безостановочно продолжалось, такъ что задержать его можно было только полнымъ закрытіемъ кожной раны. Больной погибъ еще въ ту же ночь при явленіяхъ сильнѣйшаго возбужденія.“

Въ **случаѣ № 4** имѣлся обширный оскольчатый переломъ лѣвой теменной кости съ широкимъ и глубокимъ разрушеніемъ мозга. Осколки кости и частицы разрушенной мозговой ткани удалены. Рану частью зашили, частью затампонировали. На третій день послѣ операціи раненый погибъ въ состояніи сильнѣйшаго возбужденія, при неудержимомъ истеченіи мозговой субстанціи. „Само собой разумѣется, что и въ этомъ случаѣ я приложилъ всѣ усилія къ тому, чтобы задержать истеченіе“, пишетъ Я. Б. Зельдовичъ: „хотя и было ясно, что тутъ больше дѣлать нечего. Мозгъ представлялъ собою жидкую кашу, вытекавшую неудержимо. Какъ и въ прошломъ случаѣ остановить истеченіе могло только полное закрытіе кожной раны. Это вмѣшательство было предпринято только съ желаніемъ, хоть что-нибудь сдѣлать, а не съ увѣренностью, что тутъ можно помочь, ибо то, что вытекало, повидимому было уже настолько неспособнымъ къ функціонированію, что не было основанія его задерживать. Коротко говоря, я долженъ былъ смириться передъ невозможностью предотвратить смертельный исходъ.“

Я считаю себя обязаннымъ нѣсколькими словами коснуться способа терапіи, предпринятаго Я. Б. Зельдовичемъ. Вопросъ этотъ имѣетъ принципіальную важность. Уже въ отдѣлѣ о пролапсѣ мозга намъ пришлось видѣть, что невозможно удержать развивающагося пролапса сшиваніемъ раны мягкихъ частей; мало того, такой образъ дѣйствія, при воспалительномъ пролапсѣ, даже въ высшей степени опасенъ (v. Bergmann). То же самое можетъ быть сказано и по отношенію къ массовому истеченію мозга. Вѣдь здѣсь мы всегда имѣемъ дѣло съ увеличеніемъ внутри-

черепного давленія, вслѣдствіе разбуханія (или воспаленія) въ ушибленномъ участкѣ. Закрытіемъ отверстій мы неизбѣжно еще повысимъ давленіе; за это говоритъ также и быстрое ухудшеніе и смертельный исходъ случаевъ Я. Б. Зельдовича. Если при истеченіи мозга не помогаетъ тампонада іодоформной марлей, предложенной v. Bergmann'омъ, то успѣшнаго терапевтическаго дѣйствія можно ожидать только отъ расширенія раны, при случаѣ даже повторнаго, вычищенія очага размозженія съ послѣдующей тампонадой.

XI. Къ діагнозу огнестрѣльныхъ раненій черепа.

Для терапіи и прогноза огнестрѣльнаго раненія черепа важно прежде всего убѣдиться, имѣется-ли вскрытіе костной черепной капсулы или нѣтъ. Поэтому главное вниманіе должно быть обращено на дифференціальный діагнозъ, что бы установить, имѣемъ ли мы дѣло только съ раненіями мягкихъ частей или съ поврежденіемъ кости.

При раненіяхъ вскользь (Streifschüsse), бороздчатыхъ раненіяхъ мягкихъ частей или костей черепа положеніе дѣлъ бываетъ обыкновенно довольно ясно. — Мы видимъ или прощупываемъ незатронутую кость; или же въ другихъ случаяхъ фиссуры, осколки, а иногда и вытекающія мозговыя массы (или liquor) не оставляютъ никакихъ сомнѣній въ діагнозѣ.

Діагнозъ становится сомнительнымъ особенно при нѣкоторыхъ тангенціальныхъ раненіяхъ оболочечными пулями съ полнымъ пулевымъ каналомъ, у которыхъ мѣсто входа и выхода пули въ мягкихъ частяхъ раздѣлены узкой перемычкой уцѣлѣвшихъ покрововъ. (См. пораненія мягкихъ частей стр. 21 и главу IV стр. 60). Только въ рѣдкихъ случаяхъ внѣшнія раны, равныя калибру пули, даютъ намъ возможность судить о состояніи болѣе глубокихъ частей раны, какъ напримѣръ, въ наблюденіяхъ №№ 57—100—101, гдѣ изъ пулевыхъ отверстій выдѣлялись мозговыя массы, liquor и осколки кости. Также пальпація иногда не достигаетъ цѣли. Haematoma вдоль пулевого канала, раз-

вивающаяся обыкновенно еще до поступленія раненаго въ лазаретъ, часто значительно затрудняетъ изслѣдованіе состоянія кости, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣлаетъ его невозможнымъ (напр. № 10, № 56). Общіе и очаговые симптомы, какъ извѣстно, съ одной стороны могутъ отсутствовать при несомнѣнныхъ поврежденіяхъ кости, съ другой стороны наблюдались поврежденія содержимаго черепа, несмотря на цѣлость кости. Stevenson[1]) въ своемъ рапортѣ о южноафриканской войнѣ сообщаетъ нѣсколько случаевъ раненій мягкихъ частей вскользь (Streifschüsse), два раза ружейнымъ и столько же артиллерійскимъ огнемъ, когда операція была произведена на основаніи очаговыхъ симптомовъ (судороги, гемиплегіи, монопарезы). При этомъ ни въ одномъ изъ четырехъ названныхъ случаевъ не было обнаружено ни перелома, ни вдавленія кости. Но между твердой мозговой оболочкой и костью образовалось не особенно объемистое кровоизліяніе, по удаленіи котораго явленія прекратились. Stevenson предполагаетъ въ данныхъ случаяхъ кромѣ того контузію или разрывы въ мозговой корѣ, которыми могли быть вызваны или симптомы выпаденія въ формѣ: парезовъ отдѣльныхъ мышечныхъ группъ, гемиплегіи, афазіи, нарушеній слуха и зрѣнія, или признаки раздраженія мозговой коры: судороги, ригидность мускулатуры, головныя боли. Слѣдовательно мы не всегда можемъ полагаться даже на эти симптомы, при постановкѣ діагноза: огнестрѣльный переломъ черепа.

Однако должно отмѣтить, что въ названныхъ случаяхъ Stevenson'a дѣло шло о раненіяхъ вскользь = Streifschüsse. Напротивъ, если у насъ имѣются выше описанные полные, короткіе пулевые каналы при раненіяхъ оболочечной пулей и обнаруживаются напр. явленія выпаденія или раздраженія при поврежденіяхъ въ области двигательной зоны, то мы всегда должны предполагать поврежденіе кости и не основываться на одномъ внѣшнемъ осмотрѣ и ощупываніи раны. Этому насъ учатъ 22 оперированныхъ случая (сравн. стр. 61, глава IV). Здѣсь при безобидномъ видѣ внѣшнихъ ранъ встрѣчаются значительныя поврежденія кости съ осколками tabulae internae, увлеченными внутрь мозга. Въ

1) l. c. pag. 13—16.

тѣхъ же случаяхъ, гдѣ дѣло шло объ огнестрѣльныхъ пораненіяхъ исключительно мягкихъ частей и имѣлись короткіе, полные пулевые каналы, не было никакихъ объективныхъ симптомовъ со стороны мозга (см. Огнестрѣльныя пораненія мягкихъ покрововъ). Въ силу этого я считаю себя обязаннымъ сомнѣваться въ правильности діагноза: „пораненіе мягкихъ покрововъ, безъ поврежденія кости“ въ нашихъ наблюденіяхъ №№ 5 и 6.

Въ случаѣ № 5 имѣлся полный пулевой ходъ въ лѣвой теменной области. Въ теченіе полудня послѣ пораненія паціентъ былъ въ безсознательномъ состояніи. Когда онъ пришелъ въ себя, правая рука и нога оказались у него парализованными. На 28-ой день послѣ пораненія имѣлся еще полный параличъ верхней и парезъ нижней конечности. Подобнымъ же образомъ протекалъ другой менѣе тяжелый случай № 6, въ которомъ дѣло сводилось къ аналогичному раненію. Паціентъ былъ въ теченіе часа послѣ пораненія безъ сознанія, въ такомъ состояніи его принесли на главный перевязочный пунктъ. На 26-ой день существовалъ еще парезъ всей правой стороны, при возвращеніи же на родину — парезъ руки. — Въ обѣихъ исторіяхъ болѣзни отмѣчено, что пуля прошла между мягкими покровами и костью. На основаніи пальпаціи установлена цѣлость кости. Я полагаю, что здѣсь продолжительность явленій паралича говоритъ за поврежденіи кости, подобно тому, какъ мы это видѣли въ случаѣ № 82. Здѣсь еще слѣдуетъ указать на тотъ отмѣченный Treves'омъ фактъ, что при кажущихся раненіяхъ мягкихъ покрововъ, даже съ полнымъ пулевымъ каналомъ, можетъ произойти переломъ и одной tabulae internae (см. главу IV, стр. 58). На такого рода раненія указываютъ тогда очаговые симптомы. Прокунинъ[1]) держится того взгляда, что упорныя головныя боли, головокруженіе и апатичный видъ, при кажущихся пораненіяхъ только мягкихъ частей, всегда должны возбуждать подозрѣніе въ поврежденіи кости, изолированную фрактуру tabulae internae. Это мнѣніе онъ подтверждаетъ рядомъ собственныхъ наблюденій.

Такимъ образомъ при разрѣшеніи вопроса, имѣемъ-ли

1) „Отдаленныя послѣдствія“ и т. д. Мед. Обозр. 1908. № 14.

мы дѣло съ раненіемъ мягкихъ частей или кости, спеціально при выше упомянутыхъ выстрѣлахъ по касательной, нельзя руководствоваться исключительно данными инспекціи и пальпаціи, которыя къ тому же, какъ уже сказано, по временамъ не такъ легко получить. Анамнезъ, теченіе и прежде всего симптомы, явленія выпаденія и пр., должны быть приняты во вниманіе, — и только на основаніи общей картины можно вывести заключеніе.

Чѣмъ далѣе отстоятъ другъ отъ друга входное и выходное отверстія при раненіяхъ свода черепа оболочечной пулей, тѣмъ увѣреннѣе можемъ мы предполагать пораненіе, вскрывающее костную черепную коробку. До сихъ поръ не было сообщеній объ опоясывающихъ раненіяхъ черепа оболочечной пулей (см. раненія мягкихъ частей стр. 23). Какъ несомнѣнный фактъ можетъ быть принято что современная оболочечная пуля прободаетъ черепъ (и мозгъ) по прямой линіи, между мѣстомъ входа и выхода пули, въ мягкихъ частяхъ (Ynouye[1]). — И всё-таки даже и здѣсь возможны поразительнѣйшія діагностическія заблужденія, какъ это доказываетъ наше наблюденіе № 157, гдѣ діаметральное, поперечное раненіе черепа, черезъ нѣсколько дней послѣ полученія раны, было принято за раненіе мягкихъ частей безъ поврежденія кости (см. главу IV, стр. 68). Подобнымъ же образомъ и при застрявшихъ оболочечныхъ пуляхъ намъ иногда можетъ остаться неяснымъ, насколько вообще повреждена кость и гдѣ въ частности засѣла пуля внутри черепа. Зачастую при изслѣдованіи наружности раны мы можемъ получить лишь немногія данныя (см. 131). Иногда удавалось (см. отдѣлъ о терапіи) прощупать пулю подъ неповрежденными мягкими покровами черепа въ мѣстѣ противоположномъ входному отверстію снаряда. Подобные случаи являются дальнѣйшимъ доказательствомъ положенія, что мелкокалиберная пуля прободаетъ черепъ по прямой линіи. Съ другой стороны эти наблюденія указываютъ на необходимость при застрявшей оболочечной пулѣ тщательно ощупать весь черепъ (см. случай № 211). Въ этомъ отно-

1) l. c pag. 16 и слѣд.

шеніи интересно наблюденіе № 191, въ которомъ участку черепа, изнутри выпяченному пулей, соотвѣтствовало утолщеніе мягкихъ частей, и въ томъ же мѣстѣ было констатировано припуханіе лимфатическихъ железъ (?). Спустя нѣсколько мѣсяцевъ на этомъ мѣстѣ была извлечена пуля.

Громадное значеніе изслѣдованія Рентгеновскимъ аппаратомъ для діагноза и локализаціи снаряда внутри черепа въ вышеупомянутыхъ и подобныхъ случаяхъ, едва ли требуетъ дальнѣйшихъ доказательствъ (сравн. случай № 207). Въ нѣкоторыхъ (можетъ быть рѣдкихъ) случаяхъ Рентгеновское изслѣдованіе не обнаруживаетъ снаряда внутри черепа; и случайное отсутствіе указаній на поврежденіе кости и мозга заставляетъ думать о не проникающемъ пораненіи. Должно однако указать на то, что въ такихъ случаяхъ мы всё-таки можемъ имѣть дѣло съ поврежденіемъ черепа и его содержимаго, и при томъ прободающимъ. Въ подобныхъ случаяхъ возможно, что пуля, пробивъ черепъ, застреваетъ въ мягкихъ частяхъ шеи или даже туловища. Послѣднее мы наблюдали даже при раненіяхъ шрапнельными пулями, имѣющими относительно слабую пробивающую силу (№№ 257 и 329). То же самое можетъ произойти и при раненіяхъ оболочечной пулей (№ 187).

Здѣсь же слѣдуетъ обратить вниманіе на явленіе, отмѣченное Brentano[1]) относительно діагноза „застрявшая пуля“. Онъ упоминаетъ, что мѣста входа и выхода пули въ мягкихъ частяхъ черепа могутъ лежать такъ близко другъ къ другу, что въ кости образуется только одно отверстіе, по величинѣ едва ли бо́льшее, чѣмъ обыкновенное входное отверстіе пули. Это обстоятельство можетъ повести къ ошибочному предположенію о застрявшемъ снарядѣ. Въ такихъ случаяхъ только тщательное первоначальное изслѣдованіе раны мягкихъ покрововъ можетъ предохранить отъ подобной ошибки.

Что касается раненій основанія черепа и орбитальныхъ раненій, то, при постановкѣ діагноза непосредственнаго или даже косвеннаго вскрытія полости черепа, мы часто встрѣчаемъ затрудненія, благодаря скрытому въ большинствѣ случаевъ положенію пулевого канала. От-

1) „Beiträge zur Kriegsheilkunde“ — 1908, pag. 88.

носительно рѣдко мы будемъ имѣть несомнѣнныя указанія на поврежденія кости и мозга, какъ въ случаѣ за № 232, гдѣ происходило истеченіе мозговой массы и цереброспинальной жидкости изъ пулевыхъ отверстій. Такимъ образомъ при отсутствіи другихъ симптомовъ мы будемъ выводить наши заключенія главнымъ образомъ на основаніи реконструкціи пулевого канала, что очень просто при оболочечныхъ пуляхъ (сравн. напр. № 220).

При раненіяхъ артиллерійскими снарядами: шрапнельными пулями или осколками гранатъ — постановка дифференціальнаго діагноза, имѣется-ли пораненіе мягкихъ частей или кости, облегчается благодаря бо́льшимъ размѣрамъ раны. Но здѣсь возможны заблужденія, какъ показываетъ случай № 292, который принимался вначалѣ за раненіе мягкихъ частей. Только позднѣе, при оперативномъ вмѣшательствѣ, предпринятомъ на основаніи появленія признаковъ инфекціи, удалось констатировать довольно значительное раздробленіе, главнымъ образомъ tabulae internae. Труднѣе уже рѣшить вопросъ, проникъ ли и застрялъ ли снарядъ въ мозгу при пораненіяхъ шрапнелью. Въ данномъ случаѣ мы не можемъ руководствоваться внѣшнимъ видомъ входнаго отверстія. Оно можетъ представлять одинаковую картину, проникъ ли снарядъ внутрь черепа или, только вдавивъ кость, онъ отскочилъ. Даже видъ костной раны не рѣшаетъ вопроса. Уже со временъ старыхъ свинцовыхъ пуль достаточно хорошо извѣстны случаи проскальзыванія пуль (v. Bergmann) и пружиноподобное отскакиваніе обратно на свое мѣсто осколковъ. Изслѣдованіе Рёнтгеновскимъ аппаратомъ устраняетъ въ такомъ случаѣ всякія сомнѣнія. Но въ послѣднюю войну не было и рѣчи о широкомъ примѣненіи этого способа изслѣдованія. За немногими, достойными похвалы, исключеніями даже въ самыхъ большихъ и хорошо обставленныхъ госпиталяхъ этотъ способъ или недостаточно или вовсе не примѣнялся.

Условія полевыхъ лазаретовъ рѣдко позволили-бы примѣнять при свѣжихъ ранахъ предложенную de Paoli[1]) пер-

---

1) „Nuove richerche sulla percussione del cranio“ — XIV Congres. di soc. ital. di chirurgia. 1899.

куссію черепа или введенную Tuffier[1]) люмбальную пункцію для выясненія вопроса, имѣется ли переломъ кости или нѣтъ. Весьма возможно, что въ тыловыхъ лазаретахъ можно было бы извлечь пользу изъ этихъ методовъ изслѣдованія. Но тамъ навѣрное въ большинствѣ случаевъ уже наступившіе другіе симптомы будутъ говорить за или противъ предположенія о поврежденіи кости.

XII. Къ вопросу о терапіи огнестрѣльныхъ раненій черепа.

Ernst von Bergmann въ своемъ трудѣ: „Die Lehre von den Kopfverletzungen“ заканчиваетъ главу о показаніяхъ къ трепанаціи слѣдующими словами: „легче указать тѣ состоянія и случаи, въ которыхъ можно разсчитывать на успѣхъ операціи, чѣмъ распознать ихъ. Ввиду того, что клиника не всегда въ состояніи удовлетворить этимъ обоимъ требованіямъ, нормы, все же нужныя для практики, не остаются постоянными и незыблемыми, скорѣе ихъ значеніе состоитъ въ указаніи пути къ успѣху.“ Такимъ образомъ и v. Bergmann измѣнилъ свои показанія къ трепанаціи и, какъ мы позднѣе увидимъ, эти послѣднія 1880 года не вполнѣ совпадаютъ съ показаніями 1895 и 1901 года. Заранѣе нужно указать, что v. Bergmann въ 1880 г. еще принималъ, при огнестрѣльныхъ ранахъ черепа, узко ограниченный переломъ самъ по себѣ за показаніе къ вмѣшательству. Впослѣдствіи же, главнымъ образомъ, основываясь на клиническихъ и экспериментальныхъ наблюденіяхъ надъ инфекціей, въ частности при огнестрѣльныхъ ранахъ, онъ ввелъ ограниченія и не признавалъ никакихъ другихъ показаній къ первичному вмѣшательству, кромѣ кровотеченій и явленій мѣстнаго раздраженія (судороги) въ двигательной области, причиненныхъ осколками. Въ 1901 году v. Bergmann къ этимъ двумъ показаніямъ присоединилъ еще третье: установленіе

1) „Plaie pénètrante du crâne par coup de feu, diagnostiquee par l'examen du liquide cephalorachidien.“ Bul. et mèm. de la soc. de chir. de Paris. 1901. pag. 1009.

изслѣдованіемъ Рентгеновскими лучами поверхностнаго положенія пули.

Дальнѣйшая разработка вопроса о леченіи ранъ съ 1880 года (асептика) и болѣе новыя изслѣдованія о первичной инфекціи въ противоположность къ ученію объ „асептичности огнестрѣльныхъ ранъ“ имѣли и будутъ имѣть вліяніе на постановку показанія къ оперативному вмѣшательству. Усовершенствованіе рёнтгеновскаго изслѣдованія и примѣненіе люмбальной пункціи являются новыми важными моментами въ діагнозѣ и терапіи поврежденій черепа. Въ частности, въ области огнестрѣльныхъ раненій черепа, въ военное время леченію были поставлены новыя требованія введеніемъ малокалиберныхъ оболочечныхъ пуль. Мы болѣе не имѣемъ дѣла преимущественно съ желобовидными раненіями вскользь (Rinnenförmige Streifschüsse), „надъ которыми на толщину пальца зіяетъ кожа,“ какъ пишетъ v. Bergmann въ 1880 году. Современныя раны, имѣя часто только небольшія отверстія входа и выхода пулевого канала, скрываютъ подъ уцѣлѣвшими мягкими покровами, длиною въ нѣсколько сантиметровъ, массу осколковъ. Какъ уже указано v. Oettingen'омъ, таковое состояніе раны создаетъ чрезвычайно неблагопріятныя условія для оттока выдѣленій раны и даетъ возможность увлеченнымъ пулей носителямъ заразы безпрепятственно развиваться подъ охраняющимъ покровомъ. Всѣ наблюденія, сдѣланныя въ теченіе войны послѣдняго десятилѣтія подтверждаютъ, что число оставшихся въ живыхъ „съ простр ѣленной головой“ увеличилось. И отсюда возникаютъ новыя задачи для терапіи огнестрѣльныхъ ранъ въ голову на войнѣ.

До сихъ поръ еще не оказалось возможнымъ установить единства мнѣній относительно леченія огнестрѣльныхъ ранъ головы, какъ военнаго, такъ и мирнаго времени. Просматривая чрезвычайно обширную литературу этого вопроса, мы видимъ, что мнѣнія раздѣлились на два большихъ лагеря — консервативной и активной терапіи, между которыми стоятъ только немногіе „посредствующіе.“ Главное различіе — credo — обѣихъ партій состоитъ въ томъ, разсматривается-ли рана, какъ первично-инфицированная или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ для достиженія благопрі-

ятныхъ результатовъ предпринимается первично вскрытіе области раненія, насколько оно возможно при данныхъ условіяхъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, удаленіе изъ раны осколковъ кости и случайно попавшихъ постороннихъ тѣлъ; второе же мнѣніе предписываетъ воздерживаться отъ оперативнаго вмѣшательства.

Несмотря на сходство въ существѣ между раненіями черепа въ военное и мирное время, невозможно установить общія одинаковыя правила для терапіи ихъ. Есть существенныя различія въ леченіи обоихъ видовъ ранъ, на которыя необходимо обратить вниманіе. Тангенціальное огнестрѣльное раненіе неопрятной солдатской головы, причиненное оболочечной пулей — съ массой поверхностно-лежащихъ осколковъ, — даже и шрапнельное раненіе съ обычно доступнымъ извлеченію снарядомъ, нельзя сравнить съ огнестрѣльной раной самоубійцы, когда снарядъ проникаетъ, въ большинствѣ случаевъ, въ чистый високъ и сидитъ глубоко въ мозгу. Всѣ эти различія я уже упоминалъ въ отдѣлѣ объ инфекціи и хотѣлъ только еще разъ указать, что опытъ при леченіи огнестрѣльныхъ ранъ черепа въ мирное время не даетъ права выводить заключенія относительно терапіи всѣхъ огнестрѣльныхъ раненій черепа на войнѣ. Цѣлый рядъ ниже приводимыхъ и обсуждаемыхъ работъ касается исключительно огнестрѣльныхъ раненій въ мирное время. Поэтому я хотѣлъ бы подчеркнуть съ самаго начала эти различія, ввиду того, что многіе авторы ставили общія положенія или тезы о леченіи огнестрѣльныхъ ранъ черепа и пытались даже выводить отдѣльныя заключенія о второй категоріи на основаніи первой.

Въ дальнѣйшемъ я сдѣлалъ, конечно, далеко несовершенный опытъ обзора мнѣній и принциповъ терапіи огнестрѣльныхъ ранъ головы, какъ они выразились въ литературѣ послѣднихъ пятнадцати лѣтъ. Изъ литературы восьмидесятыхъ годовъ я привожу основную монографію v. Bergmnn'a и пренія нѣмецкаго хирургическаго общества, такъ какъ мнѣнія, высказанныя въ нихъ, составляютъ важные этапы въ развитіи интересующаго насъ вопроса.

Переходя къ леченію огнестрѣльныхъ переломовъ von Bergmann въ своемъ классическомъ трудѣ: „Die Lehre von den Kopfverletzungen“ пишетъ слѣдующее: огнестрѣльные переломы черепа чаще, чѣмъ всѣ другіе, требуютъ трепанаціи (стр. 180—181), благодаря своей величинѣ, формѣ и изложеннымъ обстоятельствамъ“ (ограниченное на небольшомъ пространствѣ раздробленіе кости съ болѣе или менѣе острыми, подвижными, обращенными въ полость черепа и подсунутыми подъ края костной раны, осколками, стр. 175). v. Bergmann считаетъ необходимымъ (стр. 181) болѣе тщательное изслѣдованіе мѣста перелома, поступающихъ на излеченіе огнестрѣльныхъ переломовъ черепа (въ особенности желобовидныхъ раненій вскользь), причиненныхъ современными снарядами (1880). Осколки должны быть извлечены, края костной раны сглажены и остановлено кровотеченіе. Часто осколки бываютъ увлечены глубоко въ мозгъ; необходимо удалять только тѣ, которые лежатъ близко къ поверхности и легко прощупываются. Желобовидныя огнестрѣльныя раненія открываютъ хирургу поле, на которомъ онъ еще можетъ что-нибудь сдѣлать: „но все, что онъ дѣлаетъ, необходимо сдѣлать скоро, такъ какъ иначе все будетъ уничтожено быстрымъ развитіемъ менингита“. Оперативное вмѣшательство рекомендуется v. Bergmann'омъ и при простыхъ прободеніяхъ черепа, — при дырчатомъ переломѣ (Lochschüsse) съ острыми краями безъ трещинъ. Подобныя обстоятельства считаются достаточнымъ показаніемъ къ самой типичной трепанаціи посредствомъ трепана. При такихъ раненіяхъ онъ всегда находилъ значительное раздробленіе tabulae internae. Dura вся была обыкновенно изранена тонкими обломками кости. Осколки стекловидной пластинки оставались часто поверхностно, снарядъ же застрявалъ непосредственно подъ костью. „Гдѣ снарядъ проникъ глубже и увлекъ за собой осколки, тамъ, конечно, мало поможетъ операція“ (стр. 183). Далѣе v. Bergmann говоритъ: „при проникающихъ раненіяхъ область, обезпечивающая благопріятные результаты первичной трепанаціи, узко ограничена; она обнимаетъ собой только тѣ случаи, при которыхъ снарядъ или его куски и осколки кости находятся непосредственно подъ дырчатымъ перело-

момъ. Если же, несмотря на широкую трепанацію, осколки кости или снаряда остаются необнаруженными, они могутъ впослѣдствіи повести къ осложненіямъ (абсцессъ)". — Трепанація бываетъ необходима даже и при огнестрѣльныхъ раненіяхъ въ мирное время, ввиду внѣдрившихся осколковъ стекловидной пластинки и застрявшихъ кусочковъ свинца (стр. 184). „Пуля, засѣвшая въ кости или лежащая подъ осколками послѣдней, должна быть удалена". „Я не думаю", — пишетъ далѣе v. Bergmann: „что въ такихъ случаяхъ (тѣсно ограниченный переломъ съ осколками) трепанація, въ смыслѣ удаленія застрявшихъ въ мозгу постороннихъ тѣлъ, въ частности, осколковъ кости, могла-бы когда-нибудь оказаться безполезной. Подобнымъ же образомъ дѣло обстоитъ при проникающихъ и вскрывающихъ полость черепа огнестрѣльныхъ раненіяхъ" (стр. 490). Вполнѣ обоснованнымъ показаніемъ къ вмѣшательству онъ считаетъ предположеніе, что осколокъ кости засѣлъ въ пораненомъ мозгу, если случай относится къ категоріи тѣсно ограниченныхъ переломовъ съ осколками. Кровотеченія изъ meningea media или изъ sinus служатъ однимъ изъ важнѣйшихъ показаній къ первичному вмѣшательству. Мозговой абсцессъ, какъ только онъ опознанъ, долженъ быть немедленно подвергнутъ оперативной терапіи.

Такимъ образомъ, по v. Bergmann'у, первичная операція примѣнима только при рѣзко ограниченныхъ огнестрѣльныхъ переломахъ черепа, встрѣчающихся, по его мнѣнію, рѣдко, не говоря о случаяхъ, гдѣ показаніемъ къ операціи служитъ раненіе какого-нибудь большого сосуда. Осколки бываютъ нерѣдко увлечены глубоко въ мозгъ. Въ подобныхъ случаяхъ — по мнѣнію v. Bergmann'a — разыскиваніе ихъ и застрявшихъ пуль часто является не только безрезультатнымъ, но всегда даже опаснымъ и поэтому не должно быть примѣняемо. Такое застряваніе осколковъ дѣлаетъ оперативное вмѣшательство сомнительнымъ. Должно оперировать только при наличности точнаго діагноза пораженія мозговой коры.

Въ 1882 г. на конгрессѣ нѣмецкаго хирургическаго общества (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie) Küster[1])

1) Verhandlg. d. D. G. f. Chir. 1882.

высказался за первичное расширеніе огнестрѣльныхъ раненій черепа. Въ наблюдаемыхъ имъ случаяхъ дѣло шло о застрявшихъ револьверныхъ или о Монте-Кристо (Techin) пуляхъ. Küster высказался за увеличеніе входного отверстія и изслѣдованіе пулевого канала введеннымъ въ него пальцемъ. Отъ открытаго леченія раны и извлеченія осколковъ онъ ожидалъ болѣе благопріятныхъ результатовъ, чѣмъ отъ консервативнаго способа дѣйствія, даже въ томъ случаѣ, если пулю не удалось извлечь. Расширенное отверстіе раны облегчало снаряду послѣдующій выходъ. По мнѣнію Küster'a попытка къ удаленію снаряда оправдывается продолжительной опасностью для жизни, которой подвергаются больные съ оставшейся пулей внутри черепа. Противъ такого взгляда высказались von Bergmann, von Langenbeck и Bardeleben. Всѣ они стояли за выжидательный методъ и въ подтвержденіе своего мнѣнія указывали на случай огнестрѣльныхъ черепныхъ раненій, въ которыхъ оставшаяся пуля не вызывала никакой реакціи. Во многихъ случаяхъ, несмотря на трепанацію, нельзя извлечь пулю и часть осколковъ кости, внесенныхъ далеко въ мозгъ. Благодаря этому оперативное вмѣшательство только на половину достигаетъ своей цѣли. Достойно вниманія, что во время преній von Bergmann слѣдующимъ образомъ выразился о первичной операціи: „я признаю необходимость debridement или даже типичной трепанаціи, если имѣется на-лицо строго лакализированный переломъ кости. Но я утверждаю, что при дырчатыхъ раненіяхъ малокалиберными пулями этого не бываетъ и на этомъ основаніи исключаю ихъ.“ Соглашенія по этому вопросу достигнуто не было.

Восемь лѣтъ спустя (1890) въ своемъ докладѣ „О современномъ состояніи хирургіи мозга“ Krönlein[1]) въ противоположность von Langenbeck'y, von Bergmann'y и Bardeleben'y объявляетъ себя послѣдователемъ Küster'a. Онъ энергично высказывается въ защиту профилактическаго значенія удаленія осколковъ и трепанаціи. По мнѣнію Krönlein'a вмѣшательство предупреждаетъ возникновеніе остраго и прогредіентнаго нагноенія въ тканяхъ мягкихъ мозговыхъ оболочекъ и даже

1) Korrespond. für Schw. Aerzte 1891.

въ мозговой ранѣ. Коль скоро обнаружится гнойный менингитъ или свѣжій травматическій корковый абсцессъ (Rindenabscess), больной, большею частью, дѣлается ихъ жертвой. Правда, при опредѣлившихся менингитическихъ и энцефалитическихъ явленіяхъ интермедіарная трепанація можетъ оказаться спасительной. Къ сожалѣнію, благопріятный исходъ операцій въ такихъ случаяхъ возможенъ только тогда, если менингитъ еще не сдѣлался разлитымъ или абсцессъ не прорвался въ мозговой желудочекъ.

Въ 1894 году въ Société de Cirurgie въ Парижѣ весьма горячо дебатировался вопросъ о леченіи огнестрѣльныхъ раненій въ мирное время. Поводомъ къ дебатамъ послужилъ докладъ Chauvel'я объ одномъ, наблюдавшемся Chupin'омъ[1]) случаѣ. Дѣло шло о нанесенномъ малокалиберной пулей свѣжемъ вдавленномъ переломѣ (Depressionsfractur), протекавшемъ безъ всякихъ осложненій со стороны мозга. Вопросъ былъ поставленъ такъ: слѣдуетъ-ли при такихъ обстоятельствахъ производить оперативное вмѣшательство или выжидать? За активный методъ дѣйствія высказался прежде всего Gérard-Marchant. Онъ настаивалъ на трепанаціи въ каждомъ случаѣ, гдѣ поставленъ діагнозъ проникающаго черепного раненія. Но всётаки, несмотря на свое заключеніе Gérard-Marchant рекомендуетъ соблюдать осторожность при отыскиваніи посторонняго тѣла въ мозгу и даже совсѣмъ прекращать поиски, если снарядъ мало доступенъ. Къ выше приведенному взгляду присоединились Monod и Terrier. Далѣе за активный методъ высказался Quénu, считая раненіе черепа всегда инфицированнымъ. При раненіяхъ огнестрѣльнымъ оружіемъ слабой пробойности часто удается отыскать снарядъ. Слѣдуетъ воздерживаться отъ извлеченія снаряда въ случаѣ, если послѣдній проникъ глубоко въ мозгъ. Réclus оперируетъ при наличности указаній на раздробленіе кости съ цѣлью туалета раны: удаленія сгустковъ крови и осколковъ и остановки кровотеченія. Отыскиваніе же пули онъ считаетъ опаснымъ и ненужнымъ. Tuffier находитъ, что осторожное изслѣдованіе раны (зондомъ) допустимо: и признаетъ трепанацію нужной при

1) Bullet. et mém. de la soc. de chir. de Paris, 1894, T. XX., pag. 60.

положительныхъ результатахъ такого изслѣдованія. Во время вышеописанныхъ преній Delorme сообщилъ свои, впослѣдствіи часто цитируемые, опыты на трупахъ. Эти опыты доказывали, что зондированіе не только никогда не даетъ возможности распознавать пулю и осколки кости въ пулевомъ каналѣ, но даже часто прокладывало ложные пути и, такимъ образомъ, увеличивало разрушеніе. И тѣмъ не менѣе Delorme настаивалъ на осторожномъ поверхностномъ изслѣдованіи раны. Посредникомъ между первичнымъ активнымъ и выжидательнымъ способами дѣйствія выступилъ Lucas Championière. Послѣдній предложилъ разграниченіе методовъ леченія глубокихъ и поверхностныхъ огнестрѣльныхъ раненій мозга. При этомъ къ первой формѣ раненій должно примѣнять выжидательный способъ, вторая же — требуетъ первичнаго активнаго вмѣшательства. Berger высказался противъ первичной трепанаціи, какъ правила, при каждомъ револьверномъ раненіи. Согласно его мнѣнію, раненаго нужно наблюдать, и при первыхъ угрожающихъ явленіяхъ, если они не прекращаются, переходить прямо ко вторичной трепанаціи. Свои главныя возраженія противъ первичнаго вмѣшательства Berger формулируетъ слѣдующимъ образомъ: „le traitement des plaies du crâne par balles de revolver est un traitement d'urgence dont les indications sont du domaine général: je craindrais, qu'en posant en règle formelle, l'intervention, on ne poussât des opérateurs maehabiles ou inexpérimentés dans une voie dangereuse et qu'on n'autorisât bien des imprudences". — Le Dentu указываетъ на трудность извлеченія пули и на невозможность дезинфицировать пулевой каналъ. Онъ признаетъ необходимость вмѣшательства только въ случаѣ внутри черепного кровоизліянія, вдавленія tabulae internae или при наличности увлеченныхъ въ глубину мозга осколковъ. Отсюда: оперировать должно при разстройствахъ постояннаго характера, вызванныхъ перечисленными измѣненіями. — Непримиримыми противниками первичной операціи объявляютъ себя Verneuil и Després. По ихъ словамъ, пулю слишкомъ часто нельзя совсѣмъ отыскать; кромѣ того цѣлый рядъ наблюденій доказываетъ, что присутствіе пули не препятствуетъ гладкому заживленію.

Особенно достойна вниманія постановка показаній, сдѣ-

ланная Le Dentu. Они въ своихъ главныхъ чертахъ имѣютъ много общаго съ знаменитыми показаніями, изложенными von Bergmann'омъ въ 1895 году въ юбилейной рѣчи по поводу столѣтняго существованія института Фридриха Вильгельма („Festschrift zur hundertjährigen Stiftungsfeier des Friedrich Wilhelm Institutes"). Я привожу, полностью, установленныя von Bergmann'омъ правила. Первичное вмѣшательство показано: 1) При прободеніи черепа въ томъ мѣстѣ, подъ которымъ можно предположить Art. men. med. Раненіе названной артеріи содровождается слѣдующими характерными симптомами: вначалѣ раненый остается въ сознаніи, но уже черезъ нѣсколько часовъ теряетъ его при развитіи неоспоримыхъ явленій увеличенія внутри черепного давленія, при чемъ иногда наступаетъ даже параличъ противоположной раненію стороны. 2) При пораненіи моторной области мозговой коры, если вскорѣ послѣ раненія обнаруживаются явленія раздраженія, какъ-то; судороги, судорожныя подергиванія или контрактура пальцевъ на противолежащей сторонѣ. Въ этомъ случаѣ можно думать, что увлеченный въ мозговую кору осколокъ вызываетъ и поддерживаетъ раздраженіе. Вторичное вмѣшательство показано: 3) При возможности въ первые дни предположить образованіе остраго абсцесса мозговой коры. Таковой долженъ быть непремѣнно вскрытъ, ибо только это воспрепятствуетъ распространенію гнойнаго лепто-менингита, ведущаго къ смерти. 4) При явленіяхъ мозгового абсцесса въ позднѣйшихъ стадіяхъ. Какъ извѣстно, мозговой асбцессъ можетъ образоваться послѣ совершеннаго заживленія раны, часто спустя недѣли и даже мѣсяцы.

Von Bergmann полагаетъ, что проникшая пуля и увлеченные ею въ размозженную полость осколки, не должны непремѣнно мѣшать заживленію. При огнестрѣльныхъ раненіяхъ съ небольшимъ входнымъ отверстіемъ мы должны стараться предупредить вторичную инфекцію. Это достигается очищеніемъ кожи вокругъ раны и наложеніемъ антисептической повязки на „нетронутую и неисправленную рану". Присутствіе пули или осколковъ въ очагѣ размозженія нисколько не препятствуетъ заживленію, какъ мы это

наблюдаемъ при другихъ закрытыхъ очагахъ размозженія. При полномъ отсутствіи мозговыхъ явленій послѣ ранепія нѣтъ никакихъ основаній для какого-либо оперативнаго вмѣшательства. Von Bergmann лечитъ револьверныя раненія мирнаго времени совершенно такъ же, какъ военно-полевыя раненія костей или суставовъ. Таковой образъ дѣйствій вполнѣ оправдывается тѣмъ, что часто наблюдается на практикѣ отсутствіе зараженія раны. При огнестрѣльныхъ раненіяхъ, съ небольшими наружными ранами, гдѣ имѣется только подозрѣніе (а не увѣренность) въ инфекціи задача врача, въ особенности военнаго, сводится, во-первыхъ, къ тому, чтобы рану не трогать и не изслѣдовать, а во-вторыхъ, къ тщательному огражденію ея отъ вторичной инфекціи. Исключеніемъ изъ этого правила являются свѣжіе случаи, относящіеся къ пунктамъ 1 и 2 показаній von Bergmann'a. „Исключительныя же состоянія раны и пораженной области черепа могутъ требовать болѣе серьезнаго хирургическаго вмѣшательства.“ Къ таковымъ von Bergmann причисляетъ раздробленіе кости черепа при болѣе или менѣе тангенціальномъ раненіи, переломы глазницы съ раненіемъ глаза, лобной пазухи, рѣшетчатой кости и верхнихъ носовыхъ полостей. При тангенціальныхъ выстрѣлахъ должно удалять свободно лежащія въ бороздѣ посторонпія тѣла, осколки кости и волосы. При орбитальныхъ раненіяхъ сильно смѣщенные осколки кости должны быть извлечены. Затѣмъ необходимо основательно продезинфицировать кожу вокругъ раны, остановить кровотеченіе и затампонировать рану іодоформенной марлей. — Какъ было уже упомянуто въ началѣ этой главы, von Bergmann измѣнилъ, какъ мы видимъ теперь, свою постановку показаній. Это измѣненіе состоитъ въ томъ, что при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа онъ не считаетъ болѣе оскольчатый переломъ кости и поврежденіе мозга, самихъ по себѣ, за достаточное показаніе для вмѣшательства, за исключеніемъ нѣкоторыхъ раненій моторной области. По его мнѣнію, опасность первичной инфекціи совсѣмъ не такъ велика. — Должно обратить особенное вниманіе на то обстоятельство, что v. Bergmann рекомендуетъ при тангенціальныхъ раненіяхъ болѣе активный образъ дѣйствія, чѣмъ при всѣхъ другихъ раненіяхъ головы.

Къ положеніямъ v. Bergmann'а присоединяется въ 1896 г. и Tilmann[1]). По его взглядамъ леченіе черепныхъ раненій должно носить принципіально экспектативный характеръ. Только съ цѣлью остановки артеріальнаго кровотеченія, и при контралатеральныхъ параличахъ или судорогахъ дѣлается первичная трепанація. Показателями къ вторичному вмѣшательству считаются: поднятіе температуры, контралатеральная гемиплегія и обнаруженіе пули, сидящей въ кости близъ входного отверстія. Между военно-полевыми и нанесенными револьверной пулей въ мирное время раненіями черепа Tilmann признаетъ разницу только въ степени поврежденія и считаетъ возможнымъ перенести свои показанія со второй группы раненій на первую. Какъ я уже указывалъ, послѣднее заключеніе мнѣ кажется недопустимымъ на томъ основаніи, что въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ, сообщенныхъ Tilmann'омъ, такъ же, какъ и вообще въ мирной практикѣ, приходится имѣть дѣло съ застрявшими пулями. Далѣе нужно принять во вниманіе, что самъ Tilmann признаетъ, что при самоубійствахъ, служившихъ предметомъ его наблюденій, опасность зараженія значительно меньшая.

Въ русской литературѣ того времени мы находимъ пространную работу Качановскаго[2]). Послѣдній сопоставляетъ 201 случай огнестрѣльныхъ раненій черепа, имѣвшихся въ литературѣ (преимущественно заграничной) и присоединяетъ къ нимъ девять своихъ собственныхъ наблюденій изъ практики мирнаго времени. Опредѣленнаго заключенія о томъ, какой методъ леченія болѣе примѣнимъ къ описаннымъ поврежденіямъ, активный или пассивный, Качановскій не даетъ, однако, онъ придерживается взгляда, что должно считать каждую огнестрѣльную рану волосистой части головы инфицированной (248 стр.), ввиду чего онъ рекомендуетъ тщательную очистку раны. При застрявшихъ пуляхъ Качановскій высказывается за осторожное зондированіе, такъ

1) Deutsch. Militärärztl. Zeitschrift. 1896. XXV. H. 1, p. 22.

1) Качановскій. „Къ казуистикѣ огнестр. ранъ головы.“ Мед. прил. къ мор. сбор. 1894—1895.

какъ удаленіе поверхностно сидящаго снаряда можетъ принести болѣе пользы, чѣмъ вреда. Ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ вводить зондъ глубоко при отыскиваніи пули. Что касается перевязки раны, то Качановскій считаетъ наиболѣе подходящей влажную, противодѣйствующую образованію струпа, повязку, такъ какъ подъ сухимъ струпомъ скорѣе можетъ произойти задержка.

За первичную операцію при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа высказываются, въ одно и то-же время, 1896 Hahn (Берлинъ) и Bayer (изъ клиники Czerny въ Heidelberg'ѣ). Bayer[1]) энергично выступаетъ въ защиту первичной трепанаціи. По его мнѣнію огнестрѣльныя раны черепа въ большинствѣ случаевъ инфицированы. Трепанацію должно производить для того, чтобы, по возможности, удалить пулю, или въ томъ случаѣ, если можно установить переломъ кости, сопровождающійся, большею частью, оскольчатымъ раздробленіемъ vitreae или предполагать какое-либо загрязненіе раны. Также во избѣжаніе появленія эпилепсіи Jackson'а первичное вмѣшательство гораздо умѣстнѣе вторичной трепанаціи, успѣхъ которой, съ разныхъ точекъ зрѣнія, можетъ быть названъ сомнительнымъ. Hahn[2]) находитъ полезной, при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ мозга, трепанацію, съ цѣлью удаленія размозженныхъ частей мозга и послѣдующее тампонированіе іодоформенной марлей. Онъ предостерегаетъ только отъ слишкомъ старательнаго отыскиванія пули. Съ другой стороны пребываніе пули въ мозгу составляетъ для раненаго опасности, которыхъ нѣтъ возможности даже и предвидѣть.

Въ русской литературѣ 1897 года имѣется, часто приводимая, работа Правдолюбова[3]). Авторъ высказывается за активный способъ дѣйствія при сложныхъ переломахъ черепа, даже въ томъ случаѣ, если нѣтъ никакихъ угрожающихъ симптомовъ со стороны мозга. Главнымъ образомъ, онъ выясняетъ свое отношеніе къ леченію слож-

1) Beitrg. z. klin. Chir. 1896. Bd. 17. H. 3.
2) Deut. Med. Wochenschrift 1896. № 14.
3) „Къ ученію о первичной трепанаціи при открытыхъ переломахъ костей черепного свода.“ Лѣт. русск. хирургіи 1897. кн. 2.

ныхъ переломовъ въ мирной практикѣ. Въ работѣ приведены не одинъ разъ случаи огнестрѣльныхъ раненій въ мирное время. Послѣднее даетъ основаніе думать, что авторъ и для этого рода пораненій рекомендуетъ активное леченіе. По его мнѣнію первичное вмѣшательство создаетъ два важнѣйшихъ момента: упрощеніе состоянія раны и болѣе благопріятныя условія для образованія рубца (стр. 186). При консервативномъ методѣ врачъ, большею частью, бываетъ вынужденъ прибѣгать ко вторичной операціи, и производитъ ее при условіяхъ гораздо болѣе тяжелыхъ для больного, чѣмъ первичное вмѣшательство (стр. 192).

Всѣ только что приведенные противорѣчивые взгляды хирурговъ на леченіе огнестрѣльныхъ ранъ черепа разсматриваетъ и Тауберъ въ своихъ лекціяхъ „хирургія головного мозга“ (1898). Авторъ обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что отдѣльные случаи слишкомъ разнятся другъ отъ друга, вслѣдствіе чего не представляется возможнымъ создать однѣ общія правила. Активный способъ дѣйствія, къ которому по большей части принуждаютъ бурныя явленія остраго энцефалита, онъ считаетъ за „ultimum refugium“. На возможность-же заживленія пули въ мозгу Тауберъ смотритъ весьма скептически.

Съ другой стороны и Seggel[1]) и [2]) высказывается снова за выжидательный образъ дѣйствія, основываясь на убѣжденіи, что огнестрѣльные раны вообще нужно считать асептичными. Сама по себѣ пуля не является носителемъ заразы. Только въ исключительныхъ случаяхъ она увлекаетъ за собой патогенный матеріалъ. Даже захваченные пулей обрывки сукна и платья, всегда содержащіе въ себѣ инфекціонныя начала, не могутъ служить показаніями къ первичному вмѣшательству. Согласно опытамъ Karlinski и Brunner'a вмѣшательство не въ состояніи обезвредить зародышей. Раздробленіе кости не имѣетъ существеннаго вліянія на заживленіе, и вогнанные внутрь осколки кости не составляютъ абсолютнаго показанія къ вмѣшательству. Операція связана съ опасностью

1) Annalen der städt. Allg. Krankenhäuser zu München. 1895—1897.
2) Münch. med. W.-schrift. Ver. Beil. 1898. № 24.

и ничуть не увеличиваетъ шансы на выздоровленіе. Въ 8-омъ пунктѣ своихъ выводовъ (Annalen der städtischen Allg. Krankenhäuser zu München 1895) Seggel говоритъ: „во всѣхъ 29 описанныхъ случаяхъ (Казуистика Seggel'я) первичная инфекція пулевого канала отсутствовала....“ Отсюда онъ заключаетъ, что и въ будущемъ чисто выжидательный методъ будетъ примѣняться при лѣченіи огнестрѣльныхъ раненій черепа. При этомъ нужно однако помнить, что изъ 29 паціентовъ Seggel'я — 10, т. е. $^1/_3$, умерли въ теченіе первыхъ сутокъ и потому относительно ихъ нельзя судить, были-ли они инфицированы или нѣтъ.

Къ тѣмъ же самымъ выводамъ относительно огнестрѣльныхъ раненій черепа, какъ и Seggel, пришелъ, нѣсколько лѣтъ спустя, Heymann въ своей диссертаціи 1902 года (Мюнхенъ) „Zur Kasuistik der Schussverletzungen des Schädels vom Jahre 1897—1902“. Работа обнимаетъ 23 случая револьверныхъ раненій. — Въ 10 случаяхъ дѣло идетъ о раненіяхъ мягкихъ частей. Шесть случаевъ приходятся на долю проникающихъ раненій мозга, изъ нихъ четыре умерли въ теченіе первыхъ сутокъ. Остальные 7 случаевъ касались раненій основанія черепа (5 пораненій orbitae, 2 — уха). — Теперь мы должны принять во вниманіе, что сами по себѣ раненія мягкихъ частей бываютъ заражены наиболѣе рѣдко или, вѣрнѣе сказать, рѣдко обнаруживаютъ объективные симптомы зараженія. Изъ описанныхъ Heymann'омъ раненій мягкихъ частей въ двухъ случаяхъ (№ 1 и 4), застрявшая пуля была удалена первичной операціей. Въ случаѣ № 2 имѣлся полный пулевой каналъ. Въ случаѣ № 5 происходило выдѣленіе серозно-гнойнаго секрета изъ огнестрѣльной раны. Рана была расширена. Въ случаѣ № 3 было серозное выдѣленіе изъ входного пулевого отверстія и повышеніе температуры. Лихорадочное состояніе обнаружилось и въ случаѣ № 9. Я сомнѣваюсь, можно-ли на основаніи этихъ данныхъ признать асептическими всѣ десять названныхъ раненій мягкихъ частей. Что же касается проникающихъ раненій, то, какъ мы уже видѣли, изъ 6 паціентовъ четверо умерло въ теченіе первыхъ сутокъ. Изъ двухъ остальныхъ въ случаѣ № 16 обнаружились временныя явленія менингита: боль въ затылкѣ, повышеніе

температуры. Случай же № 14 только черезъ 5 недѣль послѣ полученія раны подвергнулся наблюденію. Случаи послѣдней категоріи являются такими-же малодоказательными въ смыслѣ признанія незаразительности пули и увлеченныхъ ею обрывковъ ткани. Изъ пяти орбитальныхъ раненій въ № 17 обнаружилось нагноеніе. Въ № 20 — лихорадочное состояніе; менингитическіе симптомы раздраженія и тугоподвижность затылка въ № 21. Въ одномъ изъ двухъ послѣднихъ случаевъ пуля была удалена; второй случай — не точенъ. Такимъ образомъ, въ случаяхъ, сообщенныхъ Heymann'омъ, мы при всемъ желаніи не находимъ достаточнаго основанія къ отрицанію первичной инфекціи даже револьверныхъ ранъ.

Слѣдующая работа Graff'a[1]) также основана цѣликомъ на раненіяхъ въ мирное время (26 случаевъ раненій 5—9 милл.-калибернымъ револьверомъ изъ Эппендорфской больницы — Kümmell въ Гамбургѣ). Также и здѣсь мы имѣемъ дѣло въ большинствѣ случаевъ съ застрявшими пулями. Graff резюмируетъ свои взгляды на леченіе огнестрѣльныхъ черепныхъ ранъ слѣдующимъ образомъ. Большая часть его случаевъ заживала абсолютно безъ всякаго леченія подъ простой повязкой. Инфекція ни разу не была обнаружена. Небольшое число первично-трепанированныхъ ранъ зажило. У нѣсколькихъ наступала вторичная инфекція. Нѣсколько разъ трепанація вызывала замѣтныя улучшенія, иногда же служила причиной большихъ осложненій въ видѣ пролапса мозга. Первичную трепанацію, при проникающихъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ, Graff считаетъ вообще излишней и безцѣльной. Только въ исключительныхъ случаяхъ она могла бы имѣть значеніе; при обильномъ кровотеченіи изъ пулевого отверстія, или же, если имѣются признаки того, что пуля сидитъ совсѣмъ близко къ поверхности, благодаря чему можетъ быть легко удалена. — Случается, что въ первые дни послѣ раненія внезапно наступаетъ ухудшеніе съ симптомами увеличенія внутри-черепного давленія вслѣдствіе остраго мозгового отека. Въ такихъ случаяхъ можетъ

1) Beitr. z. klin. Chir. 1898. B. 22. p. 297.

принести несомнѣнную пользу люмбальная пункція. — Однако Graff допускаетъ, что выжидательный методъ, хотя и предотвращаетъ дальнѣйшія осложненія и вторичную инфекцію, но въ общемъ исходъ зависитъ отъ случайности. Несмотря на зажившее пулевое отверстіе можетъ развиться мозговой абсцессъ, если носители заразы проникли въ мозгъ. Тогда необходима немедленная операція. Слѣдуетъ также немедленно оперировать, если есть подозрѣніе въ инфекціи. Въ общемъ же Graff считаетъ мало вѣроятнымъ зараженіе огнестрѣльныхъ ранъ черепа. То, что обстоятельства бываютъ иныя при многихъ военно-полевыхъ(тангенціальныхъ) раненіяхъ, я уже пытался доказать на нашихъ наблюденіяхъ въ отдѣлѣ объ инфекціи.

Въ годъ появленія работы Graff'a (1898) Schloffer[1]) констатируетъ: „въ теченіе послѣднихъ лѣтъ показаніе къ трепанаціи огнестрѣльныхъ ранъ черепа подвинулось впередъ въ пользу операціи.“ При этомъ существенную роль играютъ два момента. Во первыхъ: „стремленіе сдѣлать доступнымъ для дезинфекціи пулевой каналъ и удалить проникшіе внутрь осколки.“ Во вторыхъ: „сознаніе, что вмѣшательство навѣрное не повредитъ при примѣненіи асептики и бережномъ отношеніи къ мозгу.“ Въ клиникѣ Wölfler'a въ Прагѣ проводилась по Schloffer'y та точка зрѣнія, что каждую доступную извлеченію пулю слѣдуетъ экстрагировать, если симптомы указываютъ на поверхностное положеніе пули. При наличности значительнаго кровотеченія, которое можетъ быть остановлено операціей, также слѣдуетъ оперировать. При отсутствіи названныхъ условій приходится въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ рѣшать вопросъ индивидуально. При сложныхъ переломахъ черепа въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ слѣдуетъ держаться консервативнаго метода, in dubio всегда оперировать.

Въ противоположность v. Bergmann'y Burckhardt[2]) принципіально вскрываетъ пулевой каналъ до самой поверхности мозга. Съ входнымъ и выходнымъ пулевыми отвер-

1) Beitr. z. klin. Chir. 1898. 22 Bd., pag. 539.

2) Med. Korresp. blatt. des Württemb. aerztl. Landesvereins 1898, Bd 68, № 35—36.

стіями онъ поступаетъ такъ же, какъ со сложными переломами. Въ случаѣ, если огнестрѣльная рана простирается въ глубину мозга, Burckhardt осторожно зондируетъ ее, ища осколки кости и, по возможности, удаляетъ ихъ.

Von Beck-Peccoz[1]) въ 1900 году въ своей диссертаціи (v. Angerer — München) выступаетъ, напротивъ, въ защиту выжидательнаго отношенія къ огнестрѣльнымъ раненіямъ черепа. Онъ опять таки утверждаетъ, что пуля сама по-себѣ не служитъ носителемъ инфекціи, и только въ исключительныхъ случаяхъ, проходя черезъ кожу, захватываетъ съ собой патогенный матеріалъ (см. работы Seggel'я и Heymann'a стр. 255—256). „Дезинфекція" пулевого канала съ помощью обычно-примѣняемой антисептики, по его мнѣнію, невозможна. Отсюда слѣдуетъ, что присутствіе въ ранѣ волосъ, обрывковъ сукна и пр. не должно вынуждать насъ прибѣгать къ первичной трепанаціи (стр. 12 v. Beck-Peccoz). Удалить пулю и увлеченные ею вглубь осколки кости бываетъ слишкомъ трудно. Кровотеченіе изъ сосудовъ мозга остановить не удается, за исключеніемъ кровотеченія изъ art. meningea, которое уже само по себѣ является прямымъ показаніемъ къ первичному вмѣшательству. — von Beck-Peccoz рекомендуетъ однако различно лечить военно-полевыя отъ мирныхъ огнестрѣльныхъ ранъ черепа. Относительно леченія ранъ первой группы онъ придерживается взглядовъ v. Bergmann'ской школы. Отъ примѣненія консервативнаго первичнаго метода и іодоформеннаго тампона въ рану, долженствующаго производить отсасываніе непосредственно въ области перелома черепа, по мнѣнію von Beck-Peccoz'a, слѣдуетъ ожидать паденія смертности въ будущихъ войнахъ. Въ военно-полевыхъ госпиталяхъ первой линіи рана должна подвергаться вторичному изслѣдованію и, при обнаруженіи зараженія, рану необходимо расширить, антисептически тампонировать или даже дренировать. При огнестрѣльныхъ раненіяхъ въ мирное время примѣняются тѣ же основныя положенія, что и при раненіяхъ костей и суставовъ конечностей. Леченіе сообразуется съ величиной раны мягкихъ частей. При большихъ ранахъ

1) „Ueber Schussverletzungen des Kopfes". München 1900.

требуется произвести туалетъ раны. Послѣдній предпринимается не съ цѣлью дезинфекціи, но, главнымъ образомъ, для того, чтобы удалить свободные осколки и въ то же время обезпечить наиудобнѣйшій стокъ выдѣленію раны (стр. 22 Seggel). Если поставленъ діагнозъ изолированнаго перелома laminae internae, обязанность хирурга немедленно удалить осколки, такъ какъ они могутъ оказать на мозгъ раздражающее дѣйствіе.

Wiemuth[1]) (изъ клиники v. Bramann'a) сообщаетъ 16 случаевъ проникающихъ огнестрѣльныхъ раненій черепа. Всѣ раненія, за исключеніемъ одного (дробью), были нанесены револьверными пулями. — Шесть случаевъ (первой группы) имѣли смертельный исходъ. Пять больныхъ погибли отъ тяжести поврежденія мозга. Четверо изъ этого числа умерли въ теченіе первыхъ сутокъ (!). Пятый случай былъ безуспѣшно трепанированъ на четвертый день послѣ раненія. Показаніемъ служили судороги въ лѣвой рукѣ и ногѣ (небольшое входное пулевое отверстіе на палецъ сзади и выше правой ушной раковины) и температура 39,1; пульсъ едва сосчитывался. Послѣ трепанаціи и температура поднялась до 40,5, скорость пульса и дыханія постоянно увеличивалась; вечеромъ послѣдовалъ exitus. Шестой больной умеръ черезъ три дня послѣ раненія, въ первые сутки своего пребыванія въ клиникѣ. Причиной его смерти былъ диффузный гнойный менингитъ (зараженіе черезъ носовую полость). Въ особую (вторую) группу выдѣлены 5 случаевъ съ застрявшими пулями и одно раненіе дробью (въ лѣвую половину лба). Первые случаи протекли благополучно безъ операціи. Послѣдній случай былъ дебридированъ вслѣдствіе обильнаго выдѣленія изъ раны. Третья и послѣдняя группа обнимаетъ собою четыре случая, въ которыхъ осталось подъ сомнѣніемъ, проникла ли пуля въ полость черепа. Все это были огнестрѣльныя раненія виска съ застрявшими снарядами. На основаніи этихъ своихъ наблюденій и работъ Bayer'a, Graff'a, Schloffer'a Wiemuth считаетъ первичную трепанацію не только безполезной, но даже вредной. Можно считать себя въ правѣ прибѣгать къ вмѣшательству по Wiemuth'у, во-первыхъ, при

1) Arch. f. klin. Chir. 1900 50 Bd., 2 H., pag. 482.

поверхностно застрявшемъ снарядѣ; во-вторыхъ, при кровотеченіяхъ изъ art. meningea media или изъ ея вѣтвей; въ третьихъ, — если вскорѣ послѣ раненія развиваются явленія раздраженія, указывающія на присутствіе снаряда или осколка кости въ двигательной области мозговой коры. Отъ первичной трепанаціи Wiemuth ожидаетъ немного успѣха. Только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ удается удалить застрявшую пулю. Немного лучше обстоитъ дѣло и съ удаленіемъ осколковъ кости. Нѣсколько поверхностно лежащихъ осколковъ могутъ быть удалены, прочіе же остаются. Маленькая рана превращается, благодаря операціи, въ большую, увеличивающую опасность зараженія и способствующую развитію очень непріятнаго осложненія — пролапса мозга. Отъ „дезинфекціи“ пулевого канала W. ничего не ожидаетъ, о предохраненіи отъ мозгового абсцесса не можетъ быть и рѣчи. Wiemuth придерживается даже того взгляда, что расширеніе раны создаетъ особенно благопріятныя условія для образованія послѣдняго (мозгового абсцесса). — Дѣйствительно, сообщенные Wiemuth'омъ случаи не поощряютъ къ первичному вмѣшательству. Разсматривая ихъ, даже съ точки зрѣнія послѣдователей активной терапіи, мы ни въ одномъ случаѣ, кромѣ двухъ трепанированныхъ, не найдемъ показанія къ вмѣшательству. Какъ было уже нами отмѣчено выше, преобладающее большинство раненыхъ первой группы Wiemuth'a было совершенно безнадежно, и они умерли сейчасъ же послѣ доставленія ихъ въ клинику. Даже самые горячіе приверженцы операціи не нашли бы здѣсь показаній къ вмѣшательству. Во второй группѣ мы имѣемъ дѣло съ застрявшими пулями. Послѣдователи débridement на войнѣ исключаютъ и эти случаи изъ числа требующихъ первичной операціи (cf. Makins стр. 298). То же самое можемъ мы сказать и о третьей группѣ, такъ называемыхъ, tempro-orbit'альныхъ раненій съ застрявшими пулями.

Положеніе, высказанное Wiemuth'омъ, что удаленіе осколковъ кости представляетъ такія же трудности, какъ и извлеченіе самого снаряда, не нашло себѣ полнаго подтвержденія въ опытѣ послѣднихъ войнъ. Конечно, при тангенціальныхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ, мы встрѣчаемъ отвѣсно вогнанные внутрь мозга осколки. Но отыскиваніе и извлеченіе этихъ послѣднихъ ни намъ, ни другимъ хирур-

гамъ обычно не представляло трудностей. Само собою разумѣется, что при застреваніи пули осколки часто бываютъ увлечены далеко въ глубь мозга, и тогда извлечь ихъ очень трудно. Какъ мы увидимъ впослѣдствіи, подобные случаи даже приверженцами военно-полевой первичной операціи не могутъ быть поставлены на одну ступень со всѣми прочими огнестрѣльными раненіями черепа. — Навѣрное всѣми будетъ признано, что первичное вмѣшательство должно предприниматься не съ цѣлью „дезинфекціи раны“ sensu strictori, но только для созданія болѣе благопріятныхъ условій раны, какъ-то: удаленіе осколковъ кости, сверстковъ крови, случайныхъ постороннихъ тѣлъ и т. д. и устройства лучшаго стока. Подобно Wiemuth'у и мы ожидаемъ мало успѣха отъ „дезинфекціи раны“, но думаемъ, что нельзя сравнить судьбу вогнанныхъ въ мозгъ осколковъ и причиненныя ими разстройства съ судьбою сложныхъ переломовъ конечностей (Wiemuth, стр. 500). Тутъ дѣло идетъ о частяхъ тѣла, между которыми сравненіе недопустимо. Слишкомъ велико различіе ихъ функцій и реакцій на поврежденія.

Въ 1900 году возобновились дебаты по вопросу о леченіи огнестрѣльныхъ раненій черепа въ хирургическомъ обществѣ въ Парижѣ[1]). Участвовали большею частью хирурги, высказавшіе свое отношеніе къ названному вопросу уже въ 1894 году. Gérard-Marchant опредѣляетъ преимущества оперативнаго леченія огнестрѣльныхъ раненій черепа слѣдующимъ образомъ: при проникающихъ огнестрѣльныхъ ранахъ черепного свода или его боковыхъ частей, за исключеніемъ orbitae и proc. mast., причиненныхъ револьверной пулей мелкаго калибра, первичная трепанація имѣетъ громадное значеніе. Она даетъ возможность 1) удалить осколки, 2) экстрагировать снарядъ или части его (отыскивать послѣдній можно только глазами и только въ области размозженія), 3) произвести очищеніе, дезинфекцію и дренированіе пораженной области, 4) первичная трепанація скорѣе, чѣмъ выжидательный образъ дѣйствія, можетъ предотвратить немедленныя опасности и послѣдующія осложненія. — Quénu протестуетъ противъ систематиче-

1) Bullet et mém. 1900.

скаго уклоненія отъ вмѣшательства при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа. Подобное уклоненіе онъ считаетъ столь же вреднымъ, какъ и выжидательную терапію огнестрѣльныхъ ранъ живота. По его мнѣнію раны черепа всегда инфицированы и потому должны быть дебридированы. Quénu не отыскиваетъ снаряда. Послѣднее онъ дѣлаетъ только въ случаѣ, если позднѣе обнаруживаются тяжелые симптомы. Guinard также находитъ, что отыскиваніе снаряда менѣе важно, чѣмъ вскрытіе пулевого канала, удаленіе постороннихъ тѣлъ, осколковъ и т. д.

За débridement, но противъ отыскиванія снаряда, высказались: Reclus, Monod, Schwartz.

Интересно прослѣдить, какое вліяніе на отношеніе къ вмѣшательству, въ частности къ вопросу объ извлеченіи снаряда, имѣло введеніе радіографіи. Delorme признаетъ, что его терапія огнестрѣльныхъ ранъ черепа сдѣлалась активнѣе съ примѣненіемъ радіографіи. Въ тѣхъ случаяхъ, когда пуля засѣла въ мозгу далеко отъ входного отверстія, или находится около противолежащей входному отверстію черепной стѣны, Delorme, не медля, предпринялъ бы отыскиваніе снаряда. Tuffier остается при своихъ воззрѣніяхъ, высказанныхъ имъ въ 1894 году. Онъ дебридируетъ рану, но болѣе ничего не дѣлаетъ. Радіографическое опредѣленіе пули слишкомъ трудно, по его мнѣнію, и въ силу того, можетъ быть примѣнимо только при вторичномъ вмѣшательствѣ. L. Championnière остается также при своемъ мнѣніи. Вмѣшательство при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа не должно выходить за предѣлы области разрушенія соотвѣтствующей поврежденію кости. Должно отказаться отъ отыскиванія пули; даже радіографія не даетъ для этого достаточныхъ указаній. — Potherat высказывается за немедленное вмѣшательство при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа, чтобы произвести „туалетъ“ раны. Пускаться въ поиски за пулей не слѣдуетъ. Радіографія торжествуетъ при вторичномъ вмѣшательствѣ, если въ послѣднемъ имѣется нужда. Potherat не видитъ никакого различія между показаніями къ вмѣшательству при огнестрѣльныхъ переломахъ черепа и при другихъ сложныхъ переломахъ черепного свода. Такимъ образомъ, по мнѣнію Potherat,

придерживаясь активной терапіи при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа, мы слѣдуемъ общему правилу современной хирургіи.

Въ то время, какъ французскіе хирурги склонялись къ болѣе или менѣе активному методу леченія, v. Bergmann снова энергично выступилъ противъ первичной трепанаціи въ своемъ докладѣ: „Schusswunden des behaarten Kopfes“ (1901) изъ цикла „Aerztliche Kriegswissenschaft.“ Тутъ онъ опять повторяетъ, что считалъ бы каждую раннюю трепанацію очень несчастнымъ вмѣшательствомъ. Показаніемъ къ первичному вмѣшательству онъ признаетъ, поставленныя имъ въ 1895 году, условія. Къ послѣднимъ прибавилось теперь еще третье: поверхностное положеніе пули при свѣжихъ раненіяхъ, діагностицированное съ помощью рёнтгеновскихъ лучей. Въ такомъ случаѣ проще удалить пулю, хотя бы для этого и пришлось расширить рану нѣсколькими ударами долота. Если же пуля сидитъ глубоко въ мозгу, то отыскивать ее слѣдуетъ не ранѣе, чѣмъ образованіе абсцесса даетъ точныя показанія къ поискамъ. Въ мирной практикѣ v. B. признаетъ улучшеніе и очищеніе раны допустимыми при желобовидныхъ, тангенціальныхъ раненіяхъ свода черепа и при нѣкоторыхъ орбитальныхъ раненіяхъ. Въ военно-полевой-же практикѣ даже и эти раненія должны быть, послѣ очищенія кожи вокругъ раны, снабжены только тампономъ и стерильной повязкой. При раненіяхъ такого рода v. Bergmann считаетъ необходимымъ соблюденіе слѣдующихъ правилъ: пораженная область должна оставаться открытой и должно воздерживаться отъ изслѣдованія пальцемъ или зондомъ (см. эту главу стр. 244.). При такомъ леченіи въ будущемъ онъ ожидаетъ болѣе благопріятныхъ результатовъ, чѣмъ въ прошлыхъ войнахъ. Нечего даже опасаться большого дефекта черепной крышки, если только, благодаря этому обстоятельству, можно предотвратить инфекцію (l. c. pag. 205). Острые абсцессы мозговой коры должно во-время вскрывать, иначе менингитъ, который беретъ оттуда свое начало и быстро распространяется, поведетъ къ пагубнымъ послѣдствіямъ. — Въ такомъ же консервативномъ духѣ высказывается

v. Bergmann и въ „v. Leuthold's Gedenkschrift“ въ 1906 году. Въ помѣщенной здѣсь статьѣ онъ публикуетъ свои наблюденія надъ мирными огнестрѣльными раненіями за послѣдніе 10 лѣтъ.

Въ послѣдующіе годы текущаго десятилѣтія v. Angerer[1]) (1903) снова объявляетъ себя приверженцемъ выжидательнаго метода. При огнестрѣльныхъ ранахъ черепа, въ особенности же съ застрявшими пулями v. Angerer совѣтуетъ прибѣгать къ удаленію снаряда только въ томъ случаѣ, если послѣдній обусловливаетъ продолжительныя разстройства. Въ этомъ, равно какъ и въ остальныхъ показаніяхъ, v. Angerer стоитъ вполнѣ на точкѣ зрѣнія v. Bergmann'a.

Kroner[2]) въ своей работѣ: „Erfahrungen über Friedensschussverletzungen“ 1905 года (изъ отдѣленія Körte въ больницѣ „am Urban“) также рекомендуетъ выжидательный способъ леченія огнестрѣльныхъ ранъ черепа. Опираясь на опыты Messner'a, Kroner всѣ свѣжія огнестрѣльныя раны считаетъ обыкновенно асептическими. На этомъ основаніи онъ и отрицаетъ первичную трепанацію. Операція показана только при появленіи симптомовъ, характеризующихъ длительное кровотеченіе. Отъ „дезинфекціи“ пулевого канала ожидать нѣчего. Оставленные на мѣстѣ мелкіе осколки кости не причиняютъ вреда. Пуля можетъ зажить совершенно безъ всякой реакціи. Оперативное вмѣшательство только способствуетъ образованію болѣе обширнаго рубца и увеличиваетъ опасность появленія пролапса мозга.

Принципы, проводимые Бреславльской клиникой, освѣщаются до нѣкоторой степени работой Stappenbeck'a[3]) (1907). По мнѣнію послѣдняго не надо удалять пулю ради ея самой, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда предполагается первичная инфекція или поверхностное положеніе пули, то есть достаточное основаніе для вмѣшательства. Показаніями къ послѣднему являются кромѣ того внутричерепное кровотеченіе, вдавленіе и раздробленіе tabulae inter-

1) Münch. med. W. schrift. 1903. H. 1.
2) Arch. f. klin. Chir. 1905. Bd. 75, pag. 654—655.
3) Mitteil. aus d. Grenzgeb. III Suppl. 1907. pag. 1079.

пае или явленія раздраженія мозговой коры. — Ullmann въ своей диссертаціи, вышедшей изъ той-же клиники (1903) поставилъ слѣдующее положеніе: огнестрѣльныя раненія черепа слѣдуетъ лечить консервативно.

R. Bestelmeyer[1]) публикуетъ случаи огнестрѣльныхъ раненій черепа, поступившихъ на излеченіе въ клинику v. Angerer'a (München) за послѣднее десятилѣтіе до 1907. Въ 34 случаяхъ имѣлось несомнѣнное раненіе мозга. 23 раненыхъ были доставлены въ клинику совершенно безъ движенія и сознанія (первая категорія по v. Bergmann'y). Всѣ они погибали отъ послѣдствій обширнаго размозженія мозга. Въ 74 % были поранены мозговые желудочки; 2 раза — разорвана art. meningea med. вмѣстѣ съ обширными размозженіями мозга. Въ 11 — менѣе тяжелыхъ случаяхъ — 10 разъ дѣло шло о застрявшихъ пуляхъ (револьверныхъ) и только одинъ о прободающемъ раненіи. Два раза было произведено débridement входного отверстія и удалено нѣсколько осколковъ кости, такъ какъ предполагалось значительное раздробленіе кости. Одинъ разъ вмѣшательство было первичное, другой разъ — вторичное. Первый паціентъ погибъ отъ интеркуррентнаго заболѣванія, второй — отъ зараженія. Изъ девяти, пользованныхъ согласно выжидательному методу (исключительно застрявшія пули), умерло пять: два отъ зараженія, одинъ отъ тяжести поврежденія мозга и два — отъ интеркуррентныхъ заболѣваній. Четыре случая излечены. — Сравнивая результаты различныхъ клиникъ, придерживающихся выжидательнаго или активнаго способа леченія Bestelmeyer приходитъ къ убѣжденію, что активный методъ не даетъ лучшихъ шансовъ. Операція не въ состояніи успѣшно бороться ни съ поврежденіемъ мозга, ни съ диффузнымъ кровотеченіемъ, ни даже съ инфекціей. Къ раненіямъ мозга неприложимо открытое леченіе ранъ (offene Wundbehandlung), которое примѣняется при ранахъ другихъ частей тѣла. Въ случаѣ инфекціи огнестрѣльныхъ раненій мозга нельзя поступать, „какъ напримѣръ, при инфекціи брюшной полости, когда мы широко раскрываемъ и пространно тампонируемъ рану. Если же здѣсь мы проведемъ разрѣзъ до peritoneum'a

1) Beitr. z. klin. Chir. 1907. Bd. 55. H. 3.

и тогда только затампонируемъ рану, то не будемъ въ состояніи разсчитывать на успѣхъ“ (стр. 663). Такимъ образомъ Bestelmeyer вполнѣ раздѣляетъ консервативную индивидуализирующую точку зрѣнія v. Bergmann'a.

Въ противоположность сообщеніямъ приверженцевъ консервативнаго направленія за послѣднее десятилѣтіе появился цѣлый рядъ работъ, защищающихъ активную терапію. Главнымъ образомъ, эти работы принадлежали американцамъ, которые высказались за наивозможно активное отношеніе даже къ огнестрѣльнымъ раненіямъ въ мирное время. Изъ нихъ я назову только Phelps'a[1]) и Fowler'a[2]). Оба они считаютъ безспорно необходимымъ дѣйствовать активно при всякомъ огнестрѣльномъ раненіи и даже, по мѣрѣ возможности, удалять пулю и осколки кости.

Между нашими соотечественниками горячимъ защитникомъ первичной трепанаціи явился Тиховъ[3]) (1902). По его мнѣнію активный способъ дѣйствія, не ухудшая состоянія раненаго, даетъ возможность предотвратить увеличеніе внутричерепного давленія, причиняемое кровоизліяніями и вдавленными осколками кости. Кромѣ того первичная трепанація позволяетъ дренировать полость раны и предупреждать, такимъ образомъ, инфекцію. Отыскивать пулю не слѣдуетъ.

Amberger[4]) (Франкфуртъ-Rehn) также хотя и съ нѣкоторыми оговорками, высказывается за активный способъ ввиду опасностей, которыя обусловливаетъ застрявшая пуля (инфекція, вторичное кровотеченіе и смѣщеніе пули). Далѣе Ossig[5]) („Allerheiligen-Hospital“, Бреславль Dr. O. Riegner) выясняетъ свою точку зрѣнія относительно леченія огнестрѣльныхъ раненій черепа. Онъ думаетъ, что оперативное вмѣшательство показано всегда, а не только въ случаяхъ, указанныхъ противниками первичной трепанаціи. Вмѣшательство должно состоять:

1) Med. News. 1900. № 1.
2) Anr of. surgery. 1905. Noo.
3) „Къ казуистикѣ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа.“ Мед. обозр. 1902. № 15.
4) Beitr. z. klin. Chir. 1902, Bd. 35, H. 3.
5) Beitr. z. klin. Chir. 1903, 37, Bd. 1—2 H.

въ расширеніи и очищеніи пулевого канала; въ удаленіи осколковъ кости и послѣдующемъ тампонированіи. Пуль, глубоко сидящихъ въ мозгу, не должно отыскивать. Вѣроятность первичной инфекціи огнестрѣльной раны мозга — это важнѣйшій моментъ, говорящій въ пользу активнаго метода. Огнестрѣльные переломы черепа ни въ какомъ случаѣ нельзя сравнивать съ такими же переломами конечностей. При послѣднихъ вполнѣ примѣнимъ экспектативный способъ дѣйствій, такъ какъ въ случаѣ развитія инфекціи широкое вскрытіе можетъ остановить послѣднюю. Борьба же съ наступившей уже инфекціей при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа большею частью, безрезультатна. Открытое леченіе раны при раненіяхъ черепа можетъ скорѣе всего предотвратить зараженіе. Ossig не допускаетъ мысли о томъ что увеличеніе раны можетъ подвергнуть мозгъ бо́льшей опасности инфекціи. Въ подтвержденіе онъ ссылается на успѣшные результаты дренированія, получаемые при загрязненныхъ, осложненныхъ переломахъ черепа. Кромѣ того первичное вмѣшательство можетъ устранить всѣ осложненія, могущія повести къ Sackson'овской эпилепсіи. Слѣдуетъ удалять только поверхностно-лежащія пули. Страхъ передъ развитіемъ позднѣйшаго нагноенія нельзя сравнить съ затрудненіями и опасностями, связанными съ извлеченіемъ глубоко сидящихъ пуль. Отъ изслѣдованія рентгеновскими лучами Ossig ожидаетъ пользы только при поверхностномъ положеніи пули.

Приверженцемъ активной терапіи объявляетъ себя и Sprengel[1]) (1906). Совершенно отвергая отыскиваніе снаряда въ черепѣ, онъ дебридируетъ кожную и костную раны при соблюденіи наивозможно тщательной асептики. Sprengel никогда не замѣчалъ, чтобы активный методъ причинялъ вредъ. Конечно не слѣдуетъ оперировать тѣ случаи, когда обширность раненія мозга сама по себѣ совершенно исключаетъ мысль о выздоровленіи. Наоборотъ онъ чувствовалъ успокоеніе, когда послѣ удаленія костныхъ обломковъ, dura вновь начинала свободно пульсировать и когда бывали удалены ущемленные волосы,

1) Deutsch. med. W.schrift 1906, № 50.

мягкія части и т. п. „Правда, придерживаясь этихъ правилъ, придется сознаться, что сдѣлано иногда болѣе, чѣмъ требовалось, но, по крайней мѣрѣ, можно думать, что такого рода вмѣшательство не повредило.“

Въ клиникѣ Kocher'a при проникающихъ огнестрѣльныхъ ранахъ черепа примѣняется активная терапія. Рану расширяютъ, чтобы контролировать входное отверстіе пулевого канала. Въ случаяхъ, сообщенныхъ Halter'омъ[1]) (1906), дѣло идетъ о револьверныхъ раненіяхъ съ застрявшими пулями. Расширеніе отверстія въ черепѣ и удаленіе легко достижимыхъ осколковъ открываетъ свободный стокъ размозженнымъ мозговымъ массамъ и предохраняетъ отъ септическихъ разложеній. Искать же пулю не слѣдуетъ.

Hofmann[2]) сообщаетъ изъ отдѣленія v. Beck'a въ Карлсруе слѣдующія основныя положенія, проводимыя ими при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа. Случаи съ абсолютно дурнымъ прогнозомъ, показателемъ котораго служитъ прежде всего пульсъ, оставляются въ покоѣ. Вообще же предпринимается вмѣшательство съ цѣлью очищенія раны отъ осколковъ и размозженной мозговой ткани. Показаніями къ операціи считаются явленія раздраженія въ формѣ эпилептическихъ судорогъ и моторнаго безпокойства, увеличеніе внутричерепного давленія и инфекція.

Nimier[3]) въ своей монографіи объ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа является посредникомъ между двумя разбираемыми нами точками зрѣнія. По его мнѣнію, опытъ послѣднихъ войнъ доказалъ, что первичная операція не только не вредна, но даже полезна, если, конечно, она дѣлается въ цѣляхъ предупрежденія зараженія. Ввиду сказаннаго Nimier считаетъ первичную операцію вполнѣ пріемлемой. — Задача вторичнаго вмѣшательства состоитъ въ борьбѣ съ уже имѣющимися на лицо явленіями инфекціи. Такое вмѣшательство лишь случайно бываетъ успѣшнымъ, поэтому на него только полагаться нельзя (стр. 578). Въ тѣхъ случаяхъ,

1) Deut. Zeitschr. f. Chir. 1906, 81. Bd., 2—4 H.
2) Beitr. z. klin. Chir. 1907. 53. Bd. 3. H.
3) Blessures du crâne etc. 1904.

когда черепная капсула не вскрыта, Nimier считаетъ „превентивную“ трепанацію, какъ правило, ошибкой. Вѣдь въ данномъ случаѣ рѣчь не идетъ о предупрежденіи диссеминаціи зародышей инфекціи и поэтому обязанность хирурга выжидать. Само собою разумѣется, что при внутричерепномъ кровотеченіи, раздраженіи мозговой коры осколками слѣдуетъ немедленно активно дѣйствовать (стр. 579). — При огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ основанія черепа и orbitae Nimier не видитъ никакихъ основаній для первичной операціи. Послѣдняя не имѣла-бы въ данныхъ случаяхъ никакого цѣлительнаго дѣйствія. Область широкаго примѣненія первичнаго вмѣшательства представляетъ собою огнестрѣльныя раненія черепного свода. Въ такихъ случаяхъ входное и выходное пулевыя отверстія должны быть дебридированы. При тангенціальныхъ раненіяхъ необходимо обнажать всю пораженную область. Приходится отказываться отъ изслѣдованія пулевого канала, когда дѣло идетъ о глубокихъ прободающихъ раненіяхъ или о застрявшихъ глубоко въ мозгу пуляхъ. Удалять послѣднія можно только при наличности точныхъ указаній (абсцессъ и т. д.) и послѣ тщательнѣйшей радіографіи.

У насъ въ Россіи за послѣднее время приверженцемъ первичнаго вмѣшательства (дебридированія) объявилъ себя проф. Оппель[1]). Нужно замѣтить, что онъ основывается на наблюденіяхъ изъ мирной практики. Проф. Оппель придерживается того взгляда, что при одинаковыхъ другихъ условіяхъ, первичное дебридированіе скорѣе можетъ воспрепятствовать развитію смертельнаго менингита, чѣмъ выжидательный способъ дѣйствія. Первый способъ примѣняется обычно и при обыкновенныхъ, сложныхъ переломахъ черепа. Проф. Левшинъ[2]) также высказывается за активный методъ. Главнымъ образомъ онъ указываетъ на большую опасность зараженія огнестрѣльныхъ поврежденій черепа на войнѣ.

Сопоставляя литературу огнестрѣльныхъ раненій мир-

1) „Къ вопросу о леченіи и т. д.“ — Русскій врачъ 1905, № 2.
2) „Поврежденія черепа и т. д.“ 1906, II ч. pag. 25.

наго времени мы приходимъ къ убѣжденію, что объ единствѣ взгляда на леченіе огнестрѣльныхъ ранъ черепа еще долго не можетъ быть рѣчи. Наиболѣе расходятся между собой мнѣнія нѣмецкихъ хирурговъ.

Повидимому, иначе обстоитъ дѣло съ вопросомъ о леченіи огнестрѣльныхъ ранъ черепа въ современныхъ войнахъ. Здѣсь, какъ кажется, скорѣе возможно соглашеніе. Конечно, и въ данномъ вопросѣ дѣло не обходится безъ разногласій, какъ мы это увидимъ изъ дальнѣйшаго изложенія.

Прежде всего необходимо обратить вниманіе на опытъ, добытый во время южно-африканской и манчжурской кампаній. Какъ извѣстно, въ обѣихъ этихъ большихъ войнахъ употреблялось оружіе новѣйшихъ системъ.

Уже во время американско-испанской войны со стороны американскихъ хирурговъ примѣнялся активный методъ леченія огнестрѣльныхъ черепныхъ раненій. Напримѣръ, Senn[1]) настаиваетъ на дебридированіи ранъ костной и мягкихъ частей, удаленіи осколковъ кости и размозженныхъ частицъ мозга и достаточномъ дренированіи „какъ только поврежденіе вообще подвергнется наблюденію“. Въ своей активности онъ идетъ даже еще дальше. По его мнѣнію, застрявшіе внутри черепа снаряды, должно всегда удалять, даже если для этой цѣли пришлось бы продѣлать въ черепѣ контра-апертуру. Но только англичанами во время Бурской войны былъ данъ серьезный толчокъ къ активной терапіи при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа, на основаніи опыта и наблюденія надъ раненіями мелкокалиберными оболочечными пулями.

Для опредѣленія точки зрѣнія англійскихъ хирурговъ характерно мнѣніе Clinton Dent'a. Слѣдующимъ образомъ Dent[2]) формулируетъ свое сужденіе относительно терапіи огнестрѣльныхъ раненій черепа: „едва ли найдется другая категорія раненій,“ говоритъ онъ, — „въ которой леченіе сообразно съ требованіями современной военно-полевой хирургіи могло бы дать лучшіе результаты, чѣмъ при ране-

1) „The modern treatement of gunshot wounds in military practice“. Journ. of the Americ. med. Associat. 1898, July 9.

2) Brit. med. journ. 1900. I. p. 968.

ніяхъ въ голову. Нѣтъ разногласія (!) относительно того, что въ большинствѣ случаевъ операція умѣстна или даже необходима.“ Трепанація должна производиться во избѣжаніе позднѣйшихъ заболѣваній мозга. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при отсутствіи симптомовъ имѣется обширное раздробленіе laminae internae. Этого вполнѣ достаточно, чтобы считать показанной пробную трепанацію. Случается, что въ началѣ раненіе протекаетъ безъ симптомовъ и на этомъ основаніи раненый отказывается отъ операціи, но зато впослѣдствіи развиваются мозговыя явленія. — Къ тѣмъ же самымъ заключеніямъ приходитъ и Makins[1]). Послѣдній причисляетъ всѣ огнестрѣльныя раненія черепа къ „punctured wounds“ (pag. 293). Для леченія такихъ поврежденій примѣняются обыкновенныя хирургическія правила. Выжидательное отношеніе подвергаетъ раненаго въ будущемъ неожиданнымъ, тяжелымъ послѣдствіямъ, несмотря на кажущіеся благопріятные результаты вначалѣ. Операція сама по себѣ принадлежитъ къ числу простыхъ и успѣшныхъ. При соблюденіи необходимыхъ мѣръ предосторожности раненому не грозитъ никакой опасности, кромѣ обусловленной самимъ поврежденіемъ. Чѣмъ ранѣе производится операція, тѣмъ лучше. Makins оперировалъ съ благополучнымъ исходомъ при самыхъ тяжелыхъ условіяхъ во время похода. При желобовидныхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа вогнанные глубоко въ мозгъ осколки кости должны быть тщательно извлечены. Съ этой цѣлью осторожно вводятъ палецъ въ полость разрушенія. Большое значеніе, при ранахъ съ входнымъ и выходнымъ пулевымъ отверстіемъ въ кости, имѣетъ изслѣдованіе входного отверстія раны. Пули, застрявшія въ мозгу, не даютъ обыкновенно никакихъ показаній къ вмѣшательству. Послѣднее можно считать показаннымъ: если снарядъ прощупывается сквозь мягкій покровъ, или при появленіи вторичныхъ симптомовъ (стр. 298). — Makins совѣтуетъ при операціи обыкновенно очерчивать подковообразный лоскутъ мягкихъ покрововъ, края котораго впослѣдствіи сшиваются. Этому обстоятельству Makins придаетъ особенное значеніе. Пре-

1) „Surgical Experiences in South Africa“. 1901. London.

нажъ вводится черезъ отверстіе, образованное пулей. Не слѣдуетъ реимплантировать обломки кости.

Въ этомъ же духѣ, какъ и Makins высказываются и другіе англійскіе полевые хирурги. Younge[1]) считаетъ нужнымъ немедленно прибѣгать къ трепанаціи во всѣхъ случаяхъ огнестрѣльныхъ раненій черепа. Особенно необходимо такое вмѣшательство при желобовидныхъ раненіяхъ, вслѣдствіе давленія кости и обширнаго раздробленія tabulae internae. По Stevenson'y[2]) ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ ждать появленія мозговыхъ симптомовъ. Irvine[3]) и Longheed[4]) также высказываются за возможно раннее расширеніе и очищеніе входного и выходного пулевыхъ отверстій. Особое вниманіе слѣдуетъ обращать на дебридированіе входного пулевого отверстія, такъ какъ въ области его лежитъ обычно много осколковъ. Longheed наблюдалъ тринадцать случаевъ перфорирующихъ огнестрѣльныхъ раненій черепа, причиненныхъ оболочечными пулями. Изъ нихъ 10 выздоровѣло послѣ первичной операціи. Двое оперированныхъ погибли отъ инфекціи. Смертельный исходъ имѣлъ мѣсто и въ одномъ неоперированномъ желобовидномъ раненіи затылка, вслѣдствіе тяжелаго поврежденія мозга.

Врачи, работавшіе во время той-же войны, со стороны буровъ, менѣе склонялись къ активной терапіи. Ф. К. Веберъ[5]), сообщая десять случаевъ огнестрѣльныхъ раненій черепа, не указываетъ наиболѣе подходящей терапіи, т. е. не говоритъ, какого метода операціи — первичнаго или вторичнаго, — нужно держаться. Изъ его случаевъ 6 было оперировано по причинѣ нагноенія и одинъ — по поводу „тяжелыхъ мозговыхъ симптомовъ“ (№ 4), сущность которыхъ, однако, изъ исторіи болѣзни не выясняется. Два раненія основанія черепа (№ 8 и 9) пользовались согласно консервативному методу; точно также случай контузіи лба оболочечной пулей.

---

1) Journ. of the Royal army med. Corps. 1904. 3. 138.

2) Ibidem 1903. p. 83.

3) Lancet 1902. Vol. II.

4) Journ. of the R. A. M. C. 1903. p. 104, 377.

5) Объ огнестр. поврежд. новѣйшими снарядами“ и т. д. Лѣт. русск. хирургіи. 1901, кн. 2—3.

Въ лазаретахъ русскаго Краснаго Креста[1]) наблюдались только 4 проникающихъ огнестрѣльныхъ поврежденія оболочечной пулей (при общемъ количествѣ 82-хъ малокалиберныхъ раненій, поступившихъ на излеченіе). Изъ четырехъ названныхъ случаевъ погибли отъ зараженія два съ желобовидными раненіями и одинъ съ застрявшей пулей Lee Metford. Двоимъ изъ раненыхъ безрезультатно производилась вторичная трепанація (спустя 3—4 дня); оба поступили уже инфицированными. Четвертый случай — лобно-теменное сегмент. раненіе — зажилъ благополучно. Къ нему былъ примѣненъ консервативный способъ леченія. Изъ этихъ наблюденій, несмотря на ихъ незначительное количество, я все-таки вынесъ то впечатлѣніе, что ранняя активная терапія должна-бы дать лучшіе результаты. Только этотъ путь можетъ предотвратить опасность инфекціи при тангенціальныхъ раненіяхъ (l. c. pag. 9).

Основываясь на своихъ наблюденіяхъ, сдѣланныхъ во время южно-африканской войны, Küttner[2]) допускаетъ, что существуютъ случаи огнестрѣльныхъ раненій черепа, которые безусловно нуждаются въ операціи въ теченіе первыхъ дней. Но оперированіе безъ опредѣленныхъ показаній онъ считаетъ ошибкой, въ особенности, если нельзя гарантировать асептическаго теченія. Увеличеніе внутричерепного давленія, первичныя очаговыя явленія и психическія разстройства въ видѣ подавленности или возбужденія не могутъ служить показаніями къ операціи. Увеличеніе внутричерепного давленія обнаруживается при всякомъ огнестрѣльномъ поврежденіи черепа. Первичныя же очаговыя явленія и состоянія угнетенности или возбужденія исчезаютъ, согласно наблюденіямъ Küttner'a, не скорѣе послѣ вмѣшательства, чѣмъ безъ него. „Иначе обстоитъ дѣло, когда названныя состоянія безостановочно усиливаются, когда увеличивается угрожающимъ образомъ внутричерепное давленіе, или возникаютъ новые параличи и сопорозное состояніе. Тогда имѣются показанія къ скорѣйшему вмѣшательству, даже при мало благопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ. Все сказанное отно-

1) О. М. Хольбекъ. „Изъ наблюденій по полевой хир.“. Русск. хир. арх. 1903, кн. 1.

2) Beiträge zur klin. Chir. 1900. B. 28. H. 3.

сится и къ тѣмъ случаямъ, когда есть признаки развитія зараженія, здѣсь все зависитъ отъ проницательности врача. Огнестрѣльное тангенціальное поврежденіе черепа, даже при небольшихъ наружныхъ ранахъ, должно внушать живѣйшія подозрѣнія въ существованіи абсцесса мозга. Я не считаю неправильнымъ сдѣлать въ такихъ случаяхъ разъ операцію напрасно", говоритъ Küttner: „гораздо хуже оставить неоперированнымъ мозговой абсцессъ, который благодаря операціи могъ бы быть излеченъ. Въ тыловомъ лазаретѣ, находящемся въ хорошихъ условіяхъ возможно было бы идти и дальше съ показаніями къ оперированію. Я, лично, этого не дѣлаю, такъ какъ увѣренъ, что, вогнанный въ очагъ размозженія осколокъ кости или кусокъ снаряда, при условіи — если онъ останется асептичнымъ, принесетъ въ будущемъ раненому не болѣе вреда, чѣмъ остающійся большой рубецъ въ мозгу. При этомъ опасность зараженія все-таки не исчезаетъ. Но я допускаю, что другая точка зрѣнія точно также имѣетъ свои основанія".

Hildebrandt[1]) за время той же самой войны пришелъ къ убѣжденію, что первичная трепанація не всегда предохраняетъ отъ развитія абцесса. Напротивъ того, цѣлый рядъ огнестрѣльныхъ раненій черепа заживалъ совершенно безъ вмѣшательства. По мнѣнію H. слѣдуетъ оперировать, помимо случаевъ съ явленіями усиливающагося внутричерепного давленія, только при абсцессѣ. Hildebrandt полагаетъ, что каждое тангенціальное огнестрѣльное раненіе имѣетъ наклонность къ инфекціи. Исходя изъ этого, онъ трепанировалъ-бы такія раненія при малѣйшемъ подозрѣніи, въ особенности, если видъ кожной раны кажется сомнительнымъ. (Къ тангенціальнымъ раненіямъ Hildebrandt причисляетъ и такія, у которыхъ входное и выходное пулевыя отверстія въ кости отдѣлены другъ отъ друга только узкой перемычкой, оставшейся неразрушенной кости). Если при асептическомъ теченіи тап-

1) „Beobachtung. über die Wirkung". etc. Arch. f. klin. Chir. 1902. Band. 65. pag. 838.

генціальныхъ огнестрѣльныхъ раненій явленія выпаденія не прекращаются, спустя нѣкоторое время, то можно попробовать достигнуть улучшенія съ помощью извлеченія осколковъ и очищенія раны отъ сгустковъ крови. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ черепъ задѣтъ болѣе отвѣсно (діаметральное раненіе), явленія выпаденія проистекаютъ обычно вслѣдствіе прямого поврежденія мозга; инфекція обнаруживается здѣсь гораздо рѣже. На основаніи этого въ данныхъ случаяхъ слѣдуетъ соблюдать большую осторожность при постановкѣ показаній къ операціи.

Эти соображенія Hildebrandt'a (1902) имѣютъ особый интересъ, ибо четыре года спустя (1906), онъ объявилъ себя рѣшительнымъ приверженцемъ активнаго способа дѣйствій (сравн. слѣд. стр.).

Flockemann, Ringel и Wieting[1]), почерпнувшіе свои наблюденія о малокалиберныхъ раненіяхъ также въ южно-африканской войнѣ, высказываются относительно первичной трепанаціи гораздо строже, чѣмъ Küttner и Hildebrandt. По мнѣнію ихъ „нѣтъ никакой причины первично лечить поврежденія черепа принципіально иначе, чѣмъ другіе сложные переломы, напр. костей конечностей.“ Согласно съ наблюденіями въ мирное время перфорирующія огнестрѣльныя раненія черепа слѣдуетъ сначала оставить въ покоѣ. Показаніями къ вмѣшательству упомянутые хирурги считаютъ: 1) долгое время длящіеся тяжелые мозговые симптомы, вызванные по всей вѣроятности (!) осколками кости; 2) вѣроятность менингитической инфекціи (!); 3) мозговой абсцессъ и 4) появленіе кровотеченія изъ сосудовъ мозговыхъ оболочекъ. Увеличеніе раны не въ состояніи, по мнѣнію Flockemann и др., задержать уже существующую инфекцію, скорѣе послѣдняя послѣ вмѣшательства распространится въ глубину.

По сообщеннымъ Haga[2]) свѣдѣніямъ, полученнымъ во время китайскихъ смутъ 1900 года, леченіе огнестрѣльныхъ ранъ мозга должно состоять въ „очищеніи раны, удаленіи

1) Sammlung klin. Vorträge. 1901. № 295, 296.
2) Archiv. für klin. Chir. 1904., Bd. 74., H. 3.

костныхъ осколковъ и случайно проникшихъ посторонних тѣлъ, иногда даже въ расширеніи пулевыхъ отверстій.“ При пролапсѣ мозга предпринимается расширеніе раны, трепанація и дѣлается контра-апертура въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ. Всѣ эти мѣропріятія имѣютъ цѣлью создать наиболѣе благопріятныя условія для оттока выдѣленій и предотвратить развитіе мозгового абсцесса. Должно особенно подчеркнуть, что Haga всѣ огнестрѣльныя раненія мозга признаетъ инфицированными. Смерть раненыхъ, поступившихъ въ лазаретъ, происходитъ, по его мнѣнію, отъ инфекціи, то есть мозгового абсцесса, который постепенно распространяется и захватываетъ важныя для жизни части. Лучшія средства для сохраненія жизни раненаго — своевременное распознаваніе инфекціи и цѣлесообразное леченіе, особенно важнымъ показателемъ является повышеніе температуры.

Итакъ, всѣ выше поименованные наблюдатели указываютъ на большую опасность инфекціи при военно-полевыхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа, какъ мы это уже видѣли въ отдѣлѣ объ инфекціи. По мнѣнію Haga, лучшее средство для сохраненія жизни есть, какъ только что было приведено, „своевременное распознаніе инфекціи.“ Flockemann признаетъ „вѣроятность менингитической инфекціи“, Hildebrandt „малѣйшее подозрѣніе“ этой послѣдней (при тангенціальныхъ раненіяхъ) достаточнымъ показаніемъ къ операціи. Согласно Küttner'y операція должна производиться даже при рискѣ — иной разъ оперировать безъ надобности.

Именно относительно тангенціальныхъ раненій за активный методъ высказываются даже приверженцы консервативной терапіи. Такъ напримѣръ, Franz[1]) во время войны въ юго-западной Африкѣ не находитъ достаточнаго основанія, чтобы отступать отъ консервативнаго принципа v. Bergmann'a и отъ его показаній къ первичному вмѣшательству. Но изъ этого правила Franz исключаетъ тангенціальныя раненія. О послѣднихъ онъ пишетъ слѣдующее (pag. 139): „они имѣютъ совсѣмъ особенное значеніе, вслѣдствіе того, что

1) Arch. f. klin. Chir. 1906 v. Bergmann's Festschrift.

часто не только нуждаются, но даже и требуютъ оперативнаго вмѣшательства . . , такъ какъ во многихъ случаяхъ оторванные осколки стекловидной пластинки или же кровотеченія вызываютъ явленія выпаденія скоропроходящаго или постояннаго характера.“ Методъ леченія этихъ огнестрѣльныхъ переломовъ черепа не долженъ ничѣмъ отличаться по Franz'у отъ нашего отношенія къ обыкновеннымъ сложнымъ переломамъ черепа. Что касается леченія тангенціальныхъ раненій, то необходимо еще разъ указать на то, что v. Bergmann въ 1901 году даже для нихъ считалъ недопустимымъ первичное débridement раны въ военное время.

Goldammer[1]), сдѣлавшій свои наблюденія тоже во время войны въ Юго-западной Африкѣ, пришелъ къ убѣжденію, что огнестрѣльныя раненія мозга часто принуждаютъ къ немедленному оперативному вмѣшательству. — Также и Tilmann[2]) допускаетъ, что тангенціальныя раненія головы могли бы обусловить расширеніе границъ для постановки показаній къ операціи, такъ какъ при этомъ родѣ поврежденій многочисленные осколки tabulae internae часто бываютъ загнаны глубоко въ мозгъ и могутъ произвести тяжелыя разстройства. Вообще же Tilmann держится того взгляда, что при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа слѣдуетъ дѣйствовать строго консервативно. Огнестрѣльныя раны разсматриваются имъ, какъ асептическія. Цѣлымъ рядомъ наблюденій доказано, что тяжелыя поврежденія черепа могутъ заживать и безъ первичной операціи. Трепанація же представляетъ собою слишкомъ большое вмѣшательство и должна производиться только при условіяхъ, гдѣ возможно провести надежную асептику. Необходимо исключить изъ первой линіи первичную трепанацію, подобно тому, какъ исключается первичная лапоротомія при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ живота. Первичное вмѣшательство указано только при наличности увеличеннаго внутри-черепного давленія и при судорогахъ въ формѣ эпилепсіи Jackson'a. Основываясь на анатоми-

1) Verhandl. d. D. G. f. Chir. 1906.
2) v. Leutholds Gedenkschrift 1906.

ческихъ особенностяхъ пулевого канала, должно стоять на той точкѣ зрѣнія, что наиболѣе шансовъ для заживленія существуетъ въ томъ случаѣ, если рана оставлена въ покоѣ. Нужно ограничиться только наложеніемъ асептической повязки. Tilmann выражаетъ надежду, что русско-японская война подтвердитъ его мнѣніе.

Изъ новыхъ руководствъ полевой хирургіи въ двухъ высказывается мнѣніе въ пользу консервативнаго леченія (Тауберъ и Seydel). — Тауберъ[1]) — находитъ, что операція на сортировочномъ или главномъ перевязочномъ пунктѣ бываетъ показана только при симптомахъ усиленнаго мозгового давленія, вызваннаго осколками кости и скопленіемъ крови въ субдуральной полости. Во всякомъ случаѣ отыскиваніе пули вредно. Операція ограничивается очищеніемъ раны, удаленіемъ видимыхъ костныхъ осколковъ, расширеніемъ входного пулевого отверстія и удаленіемъ сверт-ковъ крови, накопившихся между мозговой корой и dura (стр. 107). Во второмъ изданіи своего руководства полевой хирургіи (1905) Seydel стоитъ всецѣло на консервативной точкѣ зрѣнія v. Bergmann'a въ вопросѣ о леченіи огнестрѣльныхъ поврежденій черепа. Послѣ того, какъ рана осушена, должно пинцетомъ удалить совершенно оторванные или легко подвижные осколки. Лежащій въ ранѣ снарядъ слѣдуетъ удалить, даже если для этого намъ пришлось бы съ помощью долота слегка расширить костную рану (стр. 221). То же самое продѣлывается и съ выходнымъ пулевымъ отверстіемъ, въ случаѣ, если послѣднее имѣется. Только въ исключительныхъ случаяхъ можно отступить отъ первичнаго выжидательнаго метода. Именно, при раздробленіи tabulae internae и при кровотеченіяхъ изъ сосудовъ galeae и изъ art. meningeae. — Взгляды Hildebrandt'a[2]) на терапію и прогнозъ огнестрѣльныхъ военно-полевыхъ раненій черепа являются прямо-противоположными только что приведеннымъ мнѣніямъ. Свою статью на эту тему въ „Berliner klinische Wochenschrift“ 1906 года онъ заканчиваетъ слѣдующими словами: „заканчивая свое изложеніе, я съ радостью констатирую, что, именно,

1) „Огнестрѣльныя поврежденія“ и т. д. Петербургъ, 1903.
2) Berlin. klin. Wochenschrift 1906, № 13, pag. 397.

при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа, которыя считаются особенно опасными поврежденіями на войнѣ, активная терапія оказывается весьма полезною. Благодаря этому названныя поврежденія сдѣлались гораздо менѣе страшными. Теорія остается теоріей! На основаніи опытовъ мы считали себя безсильными именно при поврежденіяхъ такого рода.“ Для тангенціальныхъ и поверхностно-перфорирующихъ раненій Hildebrandt[1]) настоятельно рекомендуетъ первичное дебридированіе. — Примѣняя же исключительно простую окклюзивную повязку, мы увидимъ, что большая часть раненыхъ погибнетъ отъ зараженія. Вмѣшательство сводитъ до минимума опасность инфекціи. „Операція должна быть произведена, какъ можно, ранѣе, пока имѣется гарантія для ея асептическаго выполненія“. Въ подтвержденіе сказаннаго Hildebrandt ссылается на удачные опыты англичанъ. Далѣе, по его мнѣнію, при глубокихъ прободающихъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ, вызывающихъ явленія выпаденія, трепанація опять таки даетъ лучшіе результаты, чѣмъ консервативное леченіе. Благодаря вмѣшательству сокращается періодъ заживленія. Явленія выпаденія и симптомы давленія исчезаютъ быстрѣе, даже если они держались въ теченіе многихъ дней. „Мозговой абцессъ дѣлается рѣдкимъ явленіемъ“ (?). Какъ не требующіе операціи, исключаются Hildebrandt'омъ всѣ „безнадежные“ случаи и тѣ глубокія перфорирующія раненія съ небольшими наружными ранами, при которыхъ не обнаруживаются симптомы со стороны мозга. — Эти положенія защищалъ Hildebrandt въ своемъ докладѣ на конгрессѣ нѣмецкаго Хирургическаго Общества въ 1906 году. Въ послѣдовавшихъ затѣмъ преніяхъ E. v. Bergmann[2]) выяснилъ въ послѣдній разъ свою точку зрѣнія относительно леченія огнестрѣльныхъ ранъ черепа на войнѣ. Первичную трепанацію на передовомъ перевязочномъ пунктѣ, дивизіонномъ лазаретѣ или подвижномъ лазаретѣ онъ совершенно не признаетъ. По его мнѣнію: „тѣ раненія черепа, о которыхъ сообщаютъ,

1) Verhandlungen der D. G. f. Chir. 1906.
2) Verhandl. d. D. G. für Chirurgie 1906. I. Diskussion, pag. 33.

что пуля прошла черезъ черепъ справо налѣво, спереди назадъ или по діагонали, и раненые всё-таки остались въ живыхъ, вполнѣ подтверждаютъ справедливость правила „noli me tangere“ въ первичномъ періодѣ.“ — Но слѣдуетъ замѣтить, что v. Bergmann въ началѣ своего возраженія высказалъ слѣдующее: „Идея первичнаго оперативнаго лечения тангенціальныхъ раненій принадлежитъ англійскимъ хирургамъ. Леченіе это состоитъ въ выдалбливаніи, выскабливаніи и широкомъ вскрытіи черепной раны.“ — „Я охотно соглашусь съ этимъ, но для этого должны существовать другія условія, при которыхъ оперированнымъ и раненымъ не пришлось-бы быть шесть дней въ дорогѣ съ поля сраженія до Харбина, гдѣ только начиналось это леченіе, какъ мы сегодня слышали. Съ этимъ первичнымъ вмѣшательствомъ дѣло обстоитъ совершенно такъ же, какъ и съ вмѣшательствомъ при огнестрѣльныхъ переломахъ бедра, которое, согласно докладу Colmers'a, недопустимо. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ производилось отыскиваніе осколковъ — первичное вмѣшательство, тамъ неминуемо обнаруживалась инфекція, такъ что раненые поставлялись въ лазареты умершими или умирающими. Часто придется вторично трепанировать при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа. Если имѣется сформировавшійся мозговой абцессъ, его слѣдуетъ вскрыть; если является вѣроятнымъ существованіе поверхностнаго гнойнаго очага въ мозговой корѣ, т. е. локализировавшееся на поверхности мозга воспаленіе, тогда я считаю вскрытіе абсолютно необходимымъ, упущеніе этого — большой ошибкой, но это уже не первичное вмѣшательство, и дѣло идетъ не о свѣжихъ огнестрѣльныхъ ранахъ.

Какъ возраженіе на это проф. Цёге фонъ Мантейфель[1]) резюмировалъ такъ свои наблюденія: „діаметральныя огнестрѣльныя поврежденія слѣдуетъ попрежнему пользовать консервативно . . . Въ этихъ случаяхъ при вскрытіи погибшихъ отъ разрушенія важныхъ центровъ, отъ менингита или энцефалита мы не находимъ большого раздробленія костей. При застрявшихъ пуляхъ слѣдуетъ равнымъ образомъ дѣйствовать консервативно до тѣхъ поръ, пока не появятся угрожающіе симптомы и рентгеновская фотограмма

1) Verhandlungen d. D. G. f. Chir. 1906. I und II pag. 36. rsp. 498.

не докажетъ, что пуля доступна извлеченію ... Обстоятельства же складываются совершенно иначе, если дѣло идетъ о тангенціальныхъ раненіяхъ. Тогда должно непремѣнно въ каждомъ случаѣ оперировать и притомъ возможно раньше. Къ такимъ раненіямъ я причисляю всѣ, задѣвшія черепъ приблизительно тангенціально. Они довольно часты. Вначалѣ мы пользовали ихъ принципіально согласно консервативному методу, позднѣе мы были вынуждены обстоятельствами не оперировать (первично) и всегда съ плохимъ успѣхомъ. Нагноеніе, лихорадочное состояніе, менингитъ, энцефалитъ были результатами этого и заставляли хирурга впослѣдствіи прибѣгать къ операціи, подающей въ большинствѣ случаевъ уже мало надежды. Нѣкоторые случаи, которые не были инфицированы, принуждали къ операціи вслѣдствіе явленій выпаденія. Послѣдняя обнаруживала осколки кости, проникшіе на 4—6 ст. вглубь въ перпендикулярномъ направленіи. Во время отступленія операціи не должны производиться на передовомъ перевязочномъ пунктѣ; при наступательной войнѣ это еще возможно. Оперировать слѣдуетъ въ общемъ тамъ, гдѣ можно оперировать чисто. Съ другой же стороны ни въ какомъ случаѣ нельзя ожидать, пока образуется абсцессъ или вообще наступитъ реакція. Тамъ, гдѣ мы были принуждены или пробовали ждать, всегда приходилось раскаиваться въ этомъ. Осколки слѣдуетъ извлекать, какъ можно скорѣе. Выборъ мѣста, гдѣ производится эта операція долженъ сообразоваться въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ съ обстоятельствами военныхъ дѣйствій. Подвижной лазаретъ, конечно, самое подходящее мѣсто, но при наступленіи возможно оперировать и на главномъ перевязочномъ пунктѣ."

Von Oettingen[1]) приходитъ къ тѣмъ же самымъ выводамъ, какъ и профессоръ Цёге фонъ Мантейфель. Сопоставляя свои наблюденія со случаями Потѣенко[2]) и Гусева[3]), v. Oettingen даетъ небольшую статистику неоперированныхъ и оперированныхъ, какъ первично, такъ и вторично случаевъ. Изъ 19 неоперированныхъ умерло 7,

1) Arch. f. klin. Chir. 1906. LXXXI. H. 2.
2) Хирургія. 1906. XIX. № 110.
3) Ibidem. 1906. XX. № 115.

и 12 остались въ живыхъ. 20 было оперировано первично съ четырьмя и 12 — вторично съ семью смертельными исходами. Изъ раненыхъ съ застрявшими пулями и съ пронизывающими раненіями — „Durchschüsse“, половина была оперирована; при тангенціальныхъ поврежденіяхъ — всѣ, кромѣ одного. Во всѣхъ случаяхъ, когда поставленъ діагнозъ тангенціальнаго поврежденія (см. отдѣлъ IV, стр. 55) тѣмъ самымъ показана и операція. Если послѣдняя не предпринята, обыкновенно обнаруживается инфекція, которую можно побороть вторичнымъ вмѣшательствомъ только при счастливыхъ обстоятельствахъ (неповрежденная dura). Застрявшія пули, сами по себѣ, не обусловливаютъ первичнаго вмѣшательства, если, конечно, видъ раны, раздробленіе кости, кровотеченіе не дѣлаютъ послѣднее необходимымъ. Пронизывающія поврежденія („Durchschüsse“), разъ они вообще поступаютъ на излеченіе, рѣдко даютъ поводъ къ операціи, благодаря незначительности дефектовъ кости. По мнѣнію v. Oettingen'a при выборѣ способа леченія надо руководиться главнымъ образомъ степенью раздробленія кости. — Здѣсь нужно однако отмѣтить, что Потѣенко высказывается за консервативный, индивидуализирующій способъ дѣйствія по отношенію къ огнестрѣльнымъ поврежденіямъ черепа. Оперировать должно при наличности опредѣленныхъ показаній, какъ-то: увеличеніе внутричерепного давленія, повышеніе температуры, нагноеніе, лежащіе въ ранѣ осколки кости или снарядъ и т. д. Гусевъ, напротивъ того, думаетъ, что бо́льшая часть поврежденій мозга и черепа нуждается въ оперативной терапіи. Онъ признаетъ весьма желательнымъ, чтобы оперативное вмѣшательство производилось до развитія осложненій. Подобнымъ же образомъ и Делятицкій[1]) рекомендуетъ активный способъ дѣйствій съ однимъ только ограниченіемъ. По его мнѣнію, активная терапія должна примѣняться только въ случаяхъ, когда раненому обезпечено дальнѣйшее леченіе на томъ же мѣстѣ, т. е. безъ эвакуацій. Изъ 17 трепанированныхъ, которые послѣ долгаго путешествія по желѣзной дорогѣ попали на излеченіе къ Делятицкому, умерло 13. Всѣ они были

1) Хирургія. 1906. XX, № 118.

сданы въ его лазаретъ въ Харбинѣ въ безсознательномъ состояніи. 34 случая, поступившіе въ госпиталь съ первой перевязкой, всѣ были вторично оперированы, спустя недѣлю и до 2-хъ мѣсяцевъ послѣ раненія. Показаніемъ служило, большею частью, повышеніе температуры, рвота, головная боль, а иногда и эпилептиформные припадки. Пять случаевъ имѣли смертельный исходъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ послѣ зарубцеванія раны образовались абсцессы, которые послужили причиною смерти, хотя и были вторично вскрыты. Изъ 29 оставшихся въ живыхъ, 11 разъ дѣло шло о тангенціальныхъ поврежденіяхъ оболочечными пуляли. Въ 7 изъ этихъ тангенціальныхъ поврежденій послѣ операціи наступилъ мозговой пролапсъ. Послѣдній постепенно исчезалъ при леченіи содовыми компрессами. Особое вниманіе Делятицкій обращаетъ на возникновеніе вторичныхъ абсцессовъ послѣ зарубцеванія операціонной раны. Всегда слѣдуетъ думать о возможности этого и при малѣйшихъ явленіяхъ вскрывать рубецъ. Делятицкій сообщаетъ еще о двухъ діаметральныхъ поврежденіяхъ (объ одномъ продольномъ и одномъ поперечномъ). Оба зажили, не обнаруживъ симптомовъ, могущихъ служить показаніемъ къ операціи. — Одиннадцать случаевъ инфицированныхъ тангенціальныхъ поврежденій наблюдалъ Глаголевъ[1]). Въ десяти случаяхъ успѣшно произведена вторичная операція. Одиннадцатый раненый умеръ неоперированнымъ. При всѣхъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа, если наружная рана инфицирована, Глаголевъ считаетъ трепанацію показанной съ цѣлью предотвращенія менингита и мозгового абсцесса. Къ приверженцамъ активной терапіи причисляетъ себя и Зельдовичъ[2]). Между сообщаемыми имъ случаями, о которыхъ имѣются болѣе подробныя свѣдѣнія, 5 разъ дѣло касалось поступающихъ въ агоніи. При такомъ состояніи раненыхъ, конечно, нечего было и думать объ оперативномъ вмѣшательствѣ. Семь случаевъ поврежденій оболочечными пулями остались также неоперированными. Между ними три относились къ діаметральнымъ поврежде-

1) Хирургія. 1905. XVII pag. 417.
2) Arch. f. klin. Chir. 1905. Bd. 77. H. 1.

ніямъ, два раза имѣлись пораненія основанія черепа — одно фронто-орбитальное раненіе и одно съ застрявшей пулей. Насколько можно было прослѣдить, эти раненія протекли благополучно. Вторично оперированы были восемь случаевъ, изъ нихъ шесть поврежденій оболочечными и два шрапнельными пулями. Три раза дѣло шло о тангенціальныхъ поврежденіяхъ, одинъ разъ о вертикальномъ, одинъ разъ о сегментальномъ пораненіи, два раза имѣлись поврежденія съ застрявшими пулями и одинъ разъ — фронто-орбитальное, при которомъ, какъ кажется, сдѣлана была только энуклеація. На семь „трепанированныхъ“ пришлось три смертельныхъ исхода. Показаніями служили: инфекція, состояніе раны (раздробленіе кости). Въ одномъ случаѣ можно было прощупать оболочечную пулю, проникшую въ область os zygomat. подъ кожей затылка. — На основаніи своихъ наблюденій Зельдовичъ приходитъ къ заключенію, что краніо-церебральныя огнестрѣльныя поврежденія, за немногими исключеніями, должны подлежать операціи. Еще категоричнѣе отнеслись къ вопросу о трепанаціи нѣкоторые другіе врачи, работавшіе въ Манчжуріи. Послѣдніе объявили въ одномъ засѣданіи Телинскаго медицинскаго общества[1]), что каждое черепно-мозговое поврежденіе требуетъ вмѣшательства съ цѣлью удаленія осколковъ, очищенія раны и создаванія благопріятныхъ условій для зарубцеванія (Іоффе. — Воронеж. лаз.) — На основаніи опыта, пріобрѣтеннаго за войну 1904—05 года, Павловскій[2]) Дьяконовъ[3]) и въ послѣднее время Гюббенетъ[4]) тоже сказали свое слово въ пользу активнаго способа дѣйствій.

Бывшіе во время русско-японской войны въ Манчжуріи германскіе хирурги такъ же, какъ ихъ русскіе товарищи, высказались за активный методъ. Въ этомъ духѣ пишетъ Brentano[5]). Онъ признаетъ, что не выдерживаетъ критики основной принципъ, по которому при огне-

1) Обзоръ дѣятельности Телинскаго мед. общ. Реф. Русскій врачъ 1905 № 25.

2) „Наблюденія и замѣтки“ и т. д. — Русскій врачъ 1906. № 22.

3) „Военно-полевыя поврежденія черепа.“ VII съѣздъ россійск. хир. 1907. Хирургія 1908 г. стр. 101.

4) „Въ осажденномъ Портъ-Артурѣ.“ стр. 298 и слѣд.

5) Beiträge zur Kriegsheilkunde etc. 1908. pag. 85—88..

стрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа операція производится только въ томъ случаѣ, если есть со стороны симптомовъ показаніе къ ней. При тангенціальныхъ раненіяхъ необходимо немедленно произвести операцію. Слѣдуетъ, такимъ образомъ, поступать съ названными раненіями точно такъ же, какъ и со сложными переломами черепа въ мирное время.

Со стороны японцевъ существуютъ, насколько мнѣ извѣстно, немногія сообщенія объ ихъ отношеніи къ вопросу о леченіи поврежденій черепа. Я нашелъ только три короткихъ замѣтки, которыя и привожу здѣсь. Lynch[1]) сообщаетъ при обсужденіи свѣдѣній, собранныхъ имъ въ большихъ японскихъ лазаретахъ, слѣдующее. Наблюденія надъ позднѣйшимъ состояніемъ раненыхъ не привели его къ убѣжденію, что ранняя трепанація полезна. Онъ часто видѣлъ, что послѣ операціи происходитъ выпаденіе мозга. — Treutlein[2]) пишетъ изъ японскихъ военныхъ лазаретовъ, что у японцевъ показаніями къ трепанаціи служили: раздробленіе кости около входнаго пулевого отверстія, появленіе рвоты, замедленіе пульса, повышеніе температуры. „Почти всегда съ успѣхомъ удалялись осколки кости, причиняющіе давленіе на мозгъ. Одинъ — два дня замедленія съ операціей не играло при этомъ особенной роли.“ — Въ единственной, мнѣ доступной, японской работѣ объ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа,[3]) авторы высказываются за болѣе или менѣе активный способъ дѣйствій. Они указываютъ на крайне дурные разультаты въ случаяхъ, пользованныхъ консервативно (мозговой абсцессъ) и въ подтвержденіе своего мнѣнія цитируютъ вышеприведенные разсужденія проф. Цеге фонъ Мантейфель.

Какъ я уже пытался показать въ приведенномъ сопоставленіи мнѣній о леченіи полевыхъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа, бо̀льшая часть военно-полевыхъ хирурговъ склоняется въ настоящее время къ тому взгляду, что первичная активная терапія по

1) Post graduate. 1906. August.

2) Münch. med. W. schrift. 1906. № 25 p. 1200.

3) „Ueber Hirnabscesse nach Schussverletzungen im japan-russ. Kriege.“ — T. Haschimoto und I. Kuroiwa. — Arch. f. klin. Chirur. 1909. Bd. 88. H. 2.

отношенію къ названнымъ поврежденіямъ должна играть болѣе видную роль, чѣмъ это хотятъ приверженцы консервативнаго метода. Мы уже видѣли, что, главнымъ образомъ, при такъ называемыхъ тангенціальныхъ поврежденіяхъ (Tangentialschüsse) сами противники первичнаго вмѣшательства допускаютъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ (изолированный переломъ tabulae internae) даже и требуютъ операціи.

Показанія къ операціи.

Однимъ изъ неоспоримыхъ показаній къ первичному débridement считается кровотеченіе изъ внутричерепныхъ сосудовъ, въ особенности кровотеченіе изъ art. meningea media. Картина послѣдняго характеризуется, какъ извѣстно, „свободнымъ интервалломъ“, послѣ котораго наступаетъ потеря сознанія, судороги и параличи противоположныхъ раненію конечностей, замедленіе пульса, расширеніе зрачка на соотвѣтствующей поврежденію сторонѣ и т. д. Среди нашихъ случаевъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа намъ ни разу не пришлось наблюдать выраженнаго случая, который подходилъ бы къ данной картинѣ симптомовъ. Однако въ двухъ случаяхъ № 141 и № 274 при операціи были констатированы кровотеченія изъ вѣтвей art. meningeae mediae. Но ни въ одномъ изъ нихъ кровотеченіе, само по себѣ, не служило показаніемъ къ первичному вмѣшательству. Въ случаѣ № 141 операція была произведена только на 10-ый день, по причинѣ продолжительности явленій давленія, затемненнаго сознанія и замедленнаго (Druckpuls) пульса. При расширеніи входного пулевого отверстія, которое находилось въ области правой sutura sphenoparietalis, выдѣлилось значительное количество кровяныхъ сгустковъ. Пришлось остановить сильное кровотеченіе изъ одной вѣтви meningeae, съ каковой цѣлью была расширена костная рана. — Въ другомъ, относящемся сюда случаѣ № 274, дѣло шло объ умѣренной эпидуральной гематомѣ. Кромѣ скоропроходящаго безсознательнаго состоянія не было никакихъ разстройствъ. Раненый былъ первично трепанированъ по причинѣ „оскольчатаго перелома“ (см. исторію болѣзни). Такимъ образомъ, между

нашими лазаретными больными мы ни разу не наблюдали, какъ уже сказано, типичнаго случая менингеальнаго кровотеченія, что соотвѣтствуетъ вполнѣ свѣдѣніямъ, собраннымъ во время англо-бурской войны. Конечно нужно принять во вниманіе, что поврежденія meningeae обыкновенно не достигаютъ до постоянныхъ лазаретовъ*). По всей вѣроятности раненые погибаютъ до прибытія на главный перевязочный пунктъ или даже на послѣднемъ, но не распознанными. Для постановки діагноза кровотеченія изъ art. mening. очень важную роль играетъ анамнезъ, поэтому, зная обстановку на войнѣ, нельзя удивляться, что случаи остаются нераспознанными. Кромѣ недостаточности и невозможности получить анамнезъ, діагнозъ кровотеченія изъ meningeae осложняется еще тѣмъ обстоятельствомъ, что та же самая картина наблюдается при интраменингеальныхъ кровотеченіяхъ (v. Bergmann[1]) и при диффузныхъ кровотеченіяхъ изъ разрушенной мозговой ткани (Ullmann[2]). v. Bergmann указываетъ на менѣе бурное наростаніе симптомовъ при интраменингеальныхъ кровотеченіяхъ въ противоположность экстраменингеальнымъ. — Одинъ, относящійся сюда, случай наблюдался нами на главномъ перевязочномъ пунктѣ во время сраженія подъ Хайченомъ въ іюлѣ 1904 г. — Офицеръ конной артиллеріи былъ доставленъ къ намъ спустя 2—3 часа послѣ раненія. По словомъ сопровождавшаго его денщика больной остался послѣ раненія въ полномъ сознаніи и даже могъ идти. Затѣмъ у него закружилась голова, онъ долженъ былъ лечь и понемногу потерялъ сознаніе. До этого наступилъ параличъ сначала правой руки, потомъ правой ноги. — На разстояніи двухъ-трехъ пальцевъ отъ лѣваго уха, приблизительно въ мѣстѣ соединенія parietale, temporale и sphenoidale — равное калибру оболочечной пули входное отверстіе. Выходного пулевого отверстія нѣтъ. Раздробленія кости прощупать не удается, Б. безъ сознанія. Правая рука и правая нога парализованы, напротивъ того

*) Согласно Brun'y средняя продолжительность жизни неоперированныхъ случаевъ кровотеченій изъ meningeae равняется 25 час.

1) „Kopfverletzungen“. 1880. p. 380.

2) „Kasuistische Beiträge zu den Fracturen des Schädeldaches“. — Ing. Diss. Breslau. 1903.

лѣвыя конечности не поражены параличемъ. Пульсъ — медленный и напряженный. — На основаніи этихъ симптомовъ и анамнеза было предположено поврежденіе meningeae mediae. Докторъ Г. Э. Вальтеръ расширяетъ съ помощью долота и щипцовъ костную рану, послѣ образованія подковообразнаго лоскута изъ мягкихъ частей и надкостницы. Костная рана имѣетъ круглую форму величиною въ калибръ пули; по краямъ очень незначительное раздробленіе. Послѣ расширенія костной раны видно, что отсутствуетъ эпидуральное кровоизліяніе. Dura напряжена, не пульсируетъ. Въ ней небольшое отверстіе, по расширеніи послѣдняго удаляютъ небольшую плоскую субдуральную гематому. Мозговое вещество разрушено на небольшомъ протяженіи. Осколковъ въ немъ нѣтъ. Снаряда не видно. Тампонація. Кожную рану отчасти зашиваютъ. Въ тотъ же самый день вскорѣ послѣ операціи больной былъ эвакуированъ.

Согласно позднѣйшимъ свѣдѣніямъ въ августѣ 1904 года рана закрылась, и параличъ улучшился. При удовлетворительномъ общемъ состояніи б. былъ эвакуированъ въ Иркутскъ. — Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ не имѣлось поврежденія art. meningeae, но только субдуральная гематома изъ сосудовъ piae и мозга. Конечно, субдуральное кровоизліяніе могло быть и изъ art. mening. med., что легко объясняется при огнестрѣльныхъ переломахъ съ поврежденіемъ dura, но поврежденіе названнаго сосуда мы не могли констатировать. Субдуральная гематома вызывала симптомы типичнаго кровоизліянія изъ art. mening. Операція въ данномъ случаѣ была вполнѣ оправдана положеніемъ наружной раны и симптомами, точно переданными денщикомъ. Легко удалось удалить субдуральную гематому. При широко распространившейся плоской интраменингеальной гематомѣ послѣднее удается обыкновенно плохо, вслѣдствіе чего операція можетъ быть безуспѣшной.

Наши свѣдѣнія о рѣдкости поврежденій art. meningea media у раненыхъ, поступающихъ на излеченіе, подтверждаютъ наблюденія, сдѣланныя во время другихъ войнъ. Такъ, напримѣръ, Makins[1]) сообщаетъ, что ему никогда не приходилось видѣть типичнаго поврежденія этой артеріи;

1) „Surgical Experiences . . .“ p. 262.

даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мѣсто раненія соотвѣтствовало положенію большихъ вѣтвей артеріи.

Makins констатируетъ также, что при поврежденіяхъ венозныхъ синусовъ кровоизліяніе было обыкновенно небольшихъ размѣровъ. Эти данныя мы не всегда могли подтвердить въ нашихъ случаяхъ поврежденій синуса. Въ случаяхъ за №№ 39 и 42, напримѣръ, имѣлись довольно сильныя кровоизліянія. Но всё-таки послѣднія не были настолько велики, чтобы вызванные ими симптомы сами по себѣ могли служить показаніемъ къ оперативному вмѣшательству. — Какъ уже сказано въ отдѣлѣ, трактующемъ о симптомахъ, мы наблюдали всего 8 случаевъ поврежденія синусовъ. Изъ нихъ 6 разъ былъ поврежденъ sinus longitudinalis и два раза sinus transversus sinister. Къ названнымъ присоединяются еще два случая (№ 57 и № 152), гдѣ sinus long. былъ вскрытъ во время операціи. — Случаи за №№ 37, 39, 42, 133 были первично трепанированы. Но, какъ уже упомянуто, за исключеніемъ № 133, поводомъ къ вмѣшательству послужили не только одни симптомы, вызванные кровоизліяніемъ, но еще и наличность оскольчатаго перелома при тангенціальномъ раненіи черепа. Каковы же результаты операціи въ названныхъ случаяхъ? Въ случаѣ № 42 дѣло шло о продольномъ раненіи по средней линіи темени безъ явленій выпаденія. Въ № 39 прояснилось сознаніе, пульсъ сталъ чаще и улучшился параличъ. Въ третьемъ случаѣ, № 37, мы должны отнести возникшія сначала и позднѣе усилившіяся разстройства къ прямому поврежденію центровъ (осколками кости). Въ случаѣ № 133 только предполагалось поврежденіе sinus transv., о чемъ можно было заключить по положенію выходного пулевого отверстія. Несмотря на свою безнадежность онъ всё-таки былъ оперированъ. Раненый прожилъ болѣе года послѣ раненія, но въ концѣ концовъ умеръ отъ его послѣдствій. — Въ остальныхъ случаяхъ поврежденія синуса (№№ 67, 71, 98, 99) была произведена вторичная операція, такъ какъ раненые поступали на излеченіе не ранѣе третьяго дня послѣ раненія. Главнымъ показаніемъ являлось предположеніе инфекціи раны. Два случая протекли благополучно (№ 67 и 71), два другіе окончились печально № 98 и № 99. При-

чина смерти не имѣла никакого отношенія къ поврежденію синуса. Количество излившейся крови не было настолько значительно, чтобы вызвать какія-нибудь явленія сдавленія мозга. Раненые погибли отъ зараженія раны.

Поврежденіе синуса служитъ, несмотря на то, что обыкновенно кровоизліяніе незначительно, несомнѣнно показаніемъ къ операціи по весьма понятнымъ причинамъ. Съ одной стороны мы иначе не будемъ гарантированы отъ послѣдующихъ кровотеченій, съ другой стороны инфекція раны и распространеніе нагноенія на тромбы въ поврежденной области синуса могутъ легко повести къ менингиту и т. д. Если предполагается поврежденіе синуса на основаніи направленія пулевого канала (обыкновенно дѣло касается поврежденія sinus longitudinalis, благодаря его экспонированному положенію) и рѣшено приступить къ операціи, то слѣдуетъ принять во вниманіе совѣтъ Curtis'a[1]) удалять осколки кости не ранѣе, чѣмъ будетъ достаточно увеличено костное отверстіе. Послѣднее увеличивается съ той цѣлью, чтобы имѣть возможность увѣреннѣе контролировать внезапно наступающее кровотеченіе изъ синуса послѣ извлеченія осколовъ. Сказанное подтверждается нашими случаями №№ 99 и 67, въ которыхъ, послѣ увеличенія костной раны, было предпринято извлеченіе осколковъ; при этомъ послѣ удаленія одного осколка, частью вогнаннаго въ sinus, внезапно началось сильное кровотеченіе. Здѣсь же слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ интересномъ случаѣ Erdmann'a[1]). Молодой человѣкъ 26 лѣтъ получилъ огнестрѣльную рану въ лобъ по средней линіи. Наступила потеря сознанія и парезъ лѣвой стороны. Въ виду сильнаго кровотеченія было предположено поврежденіе sinus longit. По удаленію осколка кости, лежащаго во входномъ пулевомъ отверстіи, началось сильное кровотеченіе, такъ что пришлось затампонировать рану. Двѣ недѣли спустя была обнажена правая моторная область, такъ какъ симптомы — лѣвосторонній параличъ, афазія и помраченіе сознанія не улучшились. Обнаружилось, что dura напряжена и не пульзируетъ. Твердая мозго-

1) Gunshot wound of the longitudinal sinus. Annales of surgery. 1903, VI.

вая оболочка была вскрыта, и удалены большой сгустокъ крови и размозженныя мозговыя массы. На dura наложены швы; дренажъ. Послѣ операціи всѣ симптомы исчезли, за исключеніемъ незначительнаго пареза лѣвой руки.

Во всѣхъ нашихъ, даже свѣжихъ, случаяхъ кровотеченіе изъ поврежденнаго синуса всегда удавалось остановить съ помощью тампонаціи. Я полагаю, что отнюдь нельзя рекомендовать пробовать швы въ полевыхъ лазаретахъ, не говоря уже о лазаретахъ, лежащихъ непосредственно вблизи линіи военныхъ дѣйствій.

Резюмируя данныя приведенныхъ и разобранныхъ наблюденій, мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ. Типичная картина симптомовъ экстраменингеальнаго кровоизліянія — рѣдкое явленіе въ военно-полевой практикѣ. Чаще приходится имѣть дѣло съ интраменингеальнымъ кровоизліяніемъ, ведущимъ къ подобному же комплексу симптомовъ, какъ и экстраменингеальныя. Насколько опредѣленно показана первичная операція при экстраменингеальныхъ, настолько допустима она и при интраменингеальныхъ кровоизліяніяхъ, во-первыхъ, въ силу того, что дифференціальный діагнозъ обѣихъ группъ очень труденъ, а, во-вторыхъ, во многихъ случаяхъ возможно и удаленіе сгустковъ крови, сдавливающихъ мозгъ. При поврежденіяхъ синуса показано обнаженіе пораненной области, при чемъ удаленіе осколковъ слѣдуетъ предпринимать только тогда, когда для этого уже имѣется достаточно мѣста.

II. Дальнѣйшими показаніями къ первичному вмѣшательству служатъ явленія мѣстнаго раздраженія въ формѣ судорогъ при поврежденіяхъ моторной области. Среди нашихъ первично трепанированныхъ имѣется только одинъ случай, № 37, съ такими симптомами. Этотъ случай нами уже упоминался при обсужденіи поврежденій синуса. Послѣ поврежденія — тангенціальное раненіе лѣвой теменной области — обнаружилась контрактура обѣихъ ногъ и повторяющіяся клоническія судороги въ нихъ. Упомянутые симптомы послѣ удаленія осколковъ и сверткова крови

исчезли, уступивъ мѣсто правосторонней гемиплегіи. Въ случаѣ № 302 обнаружились тѣ же самые симптомы — клоническія судороги въ лѣвой рукѣ — послѣ огнестрѣльнаго раненія по касательной (Streifschuss) съ вдавленіемъ кости въ области правой теменной кости. Раненый только на четвертый день послѣ поврежденія подвергнулся операціи и въ тотъ же день умеръ отъ менингита. — Какъ въ приведенномъ случаѣ № 37, такъ и въ случаяхъ № 80 и № 109 спастическія явленія — (контрактуры) послѣ операціи исчезли. Въ другихъ же случаяхъ эти явленія продолжались, несмотря на предпринятую операцію (сравн. случаи № 209 и № 142). Контрактуры, взгляды на происхожденіе которыхъ очень расходятся, считаются обыкновенно достаточнымъ показаніемъ къ первичному вмѣшательству (v. Bergmann).

Общія судороги въ формѣ эпилепсіи Jackson'a первично наблюдаются только въ исключительныхъ случаяхъ, въ силу чего онѣ не играютъ существенной роли въ показаніи къ первичной операціи. Но два раза онѣ принуждали насъ къ вторичному вмѣшательству (№ 180 и № 305).

III. Третью и послѣднюю группу, для которой приверженцы консервативной терапіи допускаютъ первичное вмѣшательство, образуютъ тѣ случаи, когда пуля видима въ ранѣ или прощупывается пальцемъ подъ кожей. У насъ были три относящихся сюда случая №№ 204, 205, 310. Въ первомъ случаѣ (№ 310) шрапнельная пуля буквально пригвоздила фуражку раненаго къ черепу. Пуля вмѣстѣ съ выбитымъ кускомъ кости и съ вогнанными внутрь обрывками сукна (см. снимокъ № V (IV.)) была удалена профессоромъ Цёге фонъ Мантейфель. Два другія наблюденія касаются поврежденій оболочечными пулями (Dr. Бутцъ). Какъ видно изъ исторій болѣзни, у обоихъ раненыхъ можно было отчетливо прощупать пулю подъ кожей въ мѣстѣ выхода ея изъ черепной капсулы, а въ случаѣ № 204 даже видѣть образуемую пулей выпуклость.

Просмотрѣвъ еще разъ рядъ нашихъ случаевъ, оперированныхъ при наличности классическихъ показаній къ первичной трепанаціи, мы убѣдимся, что число ихъ очень невелико.

1) Первично оперированы были четыре случая по при-

чинѣ кровотеченія — поврежденіе синуса (и оскольчатаго перелома) (№№ 27, 39, 42, 133).

2) по причинѣ клоническихъ судорогъ (поврежденія синуса и оскольчатаго перелома) — одинъ случай № 37 (см. выше).

3) вслѣдствіе поверхностнаго положенія пули — три случая №№ 204, 205, 310.

Семь перечисленныхъ случаевъ составляютъ небольшое число по сравненію съ общимъ количествомъ нашихъ первично трепанированныхъ, число которыхъ достигаетъ 82-хъ. Каковы же показанія, кромѣ приведенныхъ нами классическихъ и общепризнанныхъ, которыя даютъ хирургамъ поводъ первично дебридировать огнестрѣльныя раны черепа. Эти показанія будутъ обсуждаться ниже въ связи съ наблюдавшимися нами случаями. До этого же мы должны привести показанія, побуждавшія насъ въ нашихъ случаяхъ предпринимать вторичное вмѣшательство.

Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ поводомъ къ вторичной операціи служило существованіе инфекціи или же вѣроятность послѣдней. — Въ немногихъ случаяхъ нельзя было установить, но въ то же время являлось невозможнымъ совершенно отрицать, инфекцію, и операція производилась въ данныхъ случаяхъ на основаніи явленій усиленія внутричерепного давленія. Таковы случаи №№ 80, 81, 141. Особенно характерны наблюденія №№ 80 и 81. У Марковскаго только спустя двѣ недѣли послѣ поврежденій обнаружились явленія давленія: головокруженіе, рвота, замедленіе пульса до 48 въ минуту. При поступленіи въ лазаретъ, черезъ четыре дня послѣ раненія были удалены свободно лежащіе въ ранѣ осколки. Но этого оказалось недостаточно. При расширеніи черепной раны 10 X выяснилось, что нѣсколько осколковъ tabulae internae были смѣщены далеко подъ края костной раны. Dura mater осталась неповрежденной и не вскрывалась при операціи, такъ какъ она пульсировала. Всѣ явленія быстро улучшились послѣ вмѣшательства (сравн. кривую температуры и исторію болѣзни). Въ данномъ случаѣ всѣ явленія вѣроятно обусловливались присутствіемъ увлеченныхъ вглубь осколковъ кости. Возможность инфек-

ціи (острый мозговой абсцессъ, менингитъ и т. д.) мы можемъ исключить, такъ какъ dura осталась неповрежденной и дальнѣйшее теченіе говоритъ противъ такого допущенія. Иначе обстоитъ дѣло въ двухъ другихъ случаяхъ, гдѣ нельзя съ увѣренностью отрицать начинающееся воспаленіе. Слѣдующій, относящійся сюда случай № 207 (Киселевъ), въ которомъ головокруженіе, рвота, лихорадочное состояніе и учащеніе пульса(!) наступили на 39 день послѣ раненія. На 40 день застрявшая пуля была извлечена профессоромъ Цёге (см. отдѣлъ о леченіи раненій съ застрявшими пулями). Въ случаѣ № 141, который мы уже упомянули, когда говорили о кровотеченіяхъ изъ art. meningea media, явленія раздраженія были вызваны кровотеченіемъ, можетъ быть вторичнаго характера.

Параличи обыкновенно не даютъ показаній ни къ первичному, ни ко вторичному дебридированію. Мы увидимъ однако впослѣдствіи, что первичное вмѣшательство имѣетъ необыкновенно благопріятное вліяніе на улучшеніе параличей. Ко вторичной операціи побудила насъ въ случаѣ № 82 продолжительность паралича. Операція была выполнена съ благопріятнымъ результатомъ на 35-ый день послѣ раненія.

Итакъ, кардинальнымъ показаніемъ ко вторичной операціи служила инфекція. Важнѣе всего, конечно, своевременно распознать ее. При этомъ, какъ замѣчаетъ Küttner, судьба раненаго зависитъ отъ проницательности врача. Какъ указано на стр. 251 von Bergmann считаетъ вторичное вмѣшательство уже показаннымъ, если въ теченіе первыхъ дней только можно предположить образованіе остраго мозгового абсцесса. Küttner и Hildebrandt требовали вмѣшательства при малѣйшемъ подозрѣніи инфекціи. Даже Flockemann, Wieting находятъ нужнымъ вторично оперировать уже при одной вѣроятности инфекціи, хотя считаютъ, что первичное леченіе огнестрѣльныхъ переломовъ черепа ничѣмъ не должно разниться отъ сложныхъ переломовъ костей конечностей. Мнѣ кажется, что эти требованія достаточно ясно говорятъ противъ примѣненія одинаковаго леченія къ огнестрѣльнымъ поврежденіямъ костей конечностей и черепа. Выжидательное отношеніе къ первымъ можетъ примѣняться даже, если

мы считаемъ рану инфицированной. При послѣднихъ же мы должны дѣйствовать скоро и рѣшительно, въ противномъ случаѣ раненый погибнетъ отъ менингита или энцефалита.

Къ сожалѣнію, во многихъ случаяхъ не такъ просто установить, имѣемъ-ли мы дѣло съ инфекціей. При этомъ необходимо еще разъ указать, что инфекція при военно-полевыхъ поврежденіяхъ встрѣчается очень часто, первичная или вторичная, это пока для насъ неважно. — Діагнозъ не труденъ, если раны выдѣляютъ гной. Также и при раненіяхъ по касательной (Streifschüsse), гдѣ большая часть пулевого канала лежитъ поверхностно, рѣшеніе вопроса обычно не представляетъ трудности. При тангенціальныхъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ съ небольшимъ входнымъ и выходнымъ пулевыми отверстіями, гдѣ болѣе или менѣе широкая перемычка неповрежденныхъ мягкихъ покрововъ закрываетъ область раненія, обстоятельства гораздо сложнѣе; особенно же труденъ діагнозъ при глубоко проникающихъ мозгъ раненіяхъ. Патогномоническій симптомъ указывающій на инфекцію часто отсутствуетъ. Всѣ ниже приведенные симптомы могутъ быть вызваны и другими причинами. На непреодолимыя препятствія наталкивается часто и дифференціальный діагнозъ, старающійся выяснить, съ какой формой заболѣванія мы имѣемъ дѣло — съ острымъ абсцессомъ или менингитомъ.

Помимо мѣстныхъ измѣненій въ ранѣ симптомами инфекціи могутъ, какъ извѣстно, служить: повышеніе температуры, измѣненія со стороны пульса, головныя боли, головокруженіе, рвота, нарушеніе сознанія, судороги и параличи. Само собою разумѣется, что послѣдніе симптомы могутъ претендовать только при вторичномъ появленіи на значеніе для діагноза. Къ сожалѣнію, всѣ они соотвѣтствуютъ обыкновенно стадіи распространенія воспалительнаго процесса, когда помощь является запоздавшей. Отсюда слѣдуетъ, что особую тщательность должно проявлять при наблюденіи раннихъ симптомовъ, именно, температуры и пульса. Наблюденіе должно быть прежде всего продолжительно. Достаточно извѣстно, что всасываніе кровоизліянія можетъ обусловить повышеніе температуры, такъ что могутъ лихорадить и „асептически протекающіе“ огнестрѣльныя поврежденія мозга. Среди нашихъ наблюденій также

встрѣчаются случаи, которые можно считать подходящими къ этой группѣ (сравн. кривыя №№ 164 и 124). Но въ противоположность имъ можно указать на большое число неинфицированныхъ случаевъ раненій черепа, протекающихъ безъ лихорадочнаго состоянія (напр. кривыя №№ 123, 160, 161, 163). Съ другой стороны встрѣчаются случаи инфицированныхъ поврежденій мозга, не проявляющихъ значительныхъ повышеній температуры, хотя раненые погибаютъ повидимому всетаки жертвой инфекціи. Это иллюстрируется кривой № 200. При тангенціальныхъ поврежденіяхъ, застрявшихъ пуляхъ и т. д. вторично возникающія повышенія температуры должны всегда усиливать подозрѣніе въ инфекціи (сравн. кривыя №№ 60, 65, 70, 74, 330 и 152). При этомъ главное вниманіе слѣдуетъ обращать на несовпаденіе температуры и пульса. Если температура и пульсъ повышаются, то это, въ большинствѣ случаевъ, показываетъ, что мы уже опоздали съ операціей (см. кривыя №№ 93, 97, 114, 254 и 109). Раненые погибаютъ отъ разлитого гнойнаго менингита, берущаго обыкновенно свое начало изъ остраго мѣстнаго мененго-энцефалита (мозговой абсцессъ) въ области поврежденія, иногда же происхожденіе менингита объясняется вторичной инфекціей отъ вскрытія сосѣднихъ cavi cranii полостей, какъ напр. въ случаѣ № 254.

При существующемъ мозговомъ абсцессѣ или локализированномъ менингитѣ судьба раненаго зависитъ отъ скорой операціи. Многіе изъ нашихъ раненыхъ поступали на излеченіе уже въ стадіи распространившагося нагноенія. Результаты вторичной операціи были далеко не утѣшительны. Изъ общаго числа 102 вторично оперированныхъ умерло 50. Другими словами умиралъ почти каждый второй оперированный. Потому, не удивительно, что напримѣръ, Борнгауптъ[1]) въ Харбинѣ пришелъ къ слѣдующему убѣжденію. „Слѣдуетъ трепанировать „немедленно (первично), или совсѣмъ не трогать раненыхъ въ черепъ; срокъ же, когда раненые добирались до Харбина, можно было, большею частью, считать слишкомъ позднимъ для операціи. Распространеніе менингита нельзя остановить, наоборотъ операція можетъ только ухудшить его“.

1) Частное сообщеніе.

Помимо классическихъ показаній рѣшающимъ моментомъ для первичнаго вмѣшательства является состояніе раны — раздробленіе кости. Выше приведенныя показанія остаются въ силѣ, къ нимъ присоединяется новое. Благодаря туалету раны, удаленію осколковъ, сгустковъ крови, а также и созданію лучшихъ условій для стока выдѣленій раны, первичная инфекція лишается благопріятной для своего развитія почвы. Въ то же самое время всѣми этими мѣрами предотвращается и вторичная инфекція. Кромѣ того первичное дебридированіе должно ускорять исчезновеніе способныхъ излечиваться параличей и сокращать періодъ заживленія. Мы должны слѣдовать тѣмъ правиламъ, которые всѣми единогласно рекомендуются при леченіи обыкновенныхъ сложныхъ переломовъ черепа.

Просматривая мнѣнія относительно леченія огнестрѣльныхъ поврежденій черепа, мы видѣли, что послѣдователи консервативнаго взгляда не признаютъ полезнымъ первичное дебридированіе. По ихъ мнѣнію: большинство огнестрѣльныхъ ранъ слѣдуетъ разсматривать, какъ асептическія (Tilmann); инфицированную же рану невозможно дезинфицировать; наоборотъ можно только ухудшить состояніе раны, сдѣлавъ изъ малой большую рану. Кромѣ того увеличеніемъ раны инфекція не задерживается, но даже скорѣе заносится вглубь (Flockemann). Въ отдѣлѣ объ инфекціи военно-полевыхъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа мы уже видѣли, какъ мало въ общемъ надежды на асептичность области поврежденія. Даже самая лучшая асептическая окклюзивная повязка не помогаетъ намъ при частой первичной инфекціи. Такъ же мало можно ожидать и отъ всасывающаго дѣйствія повязки при раненіяхъ оболочечной пулей, гдѣ наружныя раны равны калибру пули. Въ сущности о дезинфекціи раны въ полномъ смыслѣ этого слова не слѣдуетъ и говорить. Мы стараемся съ помощью débridement только создать болѣе благопріятныя механическія условія, и совсѣмъ не думаемъ, что наши дезинфекціонныя средства могутъ что-нибудь исправить, въ особенности при сложномъ характерѣ огнестрѣльныхъ раненій черепа и мозга. Подобнымъ же образомъ опытъ учитъ насъ, что отъ распространенія воспалительнаго процесса по поверхности мозга

и вглубь можетъ предохранить только возможно тщательное вскрытіе всего пулевого хода (сравн. наблюденія Оппеля, Schlesinger'a стр. 222).

Здѣсь же мы должны привести два, особенно важныя въ военно-полевой практикѣ, возраженія послѣдователей консервативнаго направленія. Согласно Tilmann'у противъ первичнаго вмѣшательства говоритъ уже то обстоятельство, что трепанація—слишкомъ сложная операція. Онъ не можетъ себѣ представить, какъ можно производить послѣднюю на мѣстѣ военныхъ дѣйствій, гдѣ такъ трудно провести асептику. Въ силу этого Tilmann[1]) думаетъ, что первичная трепанація, такъ же какъ и первичная лопоратомія должны быть исключены изъ первой линіи. Я не думаю, что дебридированіе черепной раны и лопоратомію можно поставить на одну ступень въ смыслѣ трудности выполненія, продолжительности нужнаго для этого времени, ловкости оператора и количества необходимыхъ ассистентовъ. Скорѣе мы присоединяемся къ мнѣнію Makins'a и Hildebrandt'a[2]), что трепанація (sit venia verbo) при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ черепа можетъ быть отнесена къ технически легкимъ операціямъ. При тангенціальныхъ раненіяхъ дѣло сводится къ раскрытію мѣста перелома, расширенію костной раны, удаленію осколковъ и сгустковъ крови, тампонированію раны и, можетъ быть, къ частичному уменьшенію послѣдней посредствомъ швовъ. Если мы вспомнимъ всѣ трудности, съ которыми приходится считаться при операціяхъ въ брюшной полости: отыскиваніе поврежденнаго мѣста, швъ, быть можетъ и резекція кишекъ, швъ брюшной стѣнки, то по сравненію съ этимъ дебридированіе покажется намъ нетруднымъ. Итакъ, сдѣланное Tilmann'омъ возраженіе мы признаемъ не выдерживающимъ критики.

Значительно труднѣе разрѣшеніе вопроса, гдѣ слѣдуетъ оперировать. Отвѣтъ на него, короткій и ясный далъ на конгрессѣ нѣмецкихъ хирурговъ въ 1906 году профессоръ Цёге фонъ Мантейфель: оперировать слѣдуетъ тамъ, гдѣ мы можемъ чисто опериро-

1) von Leuthold's Gedenkschrift. 1906. pag. 265.
2) Hildebrandt u. Graff. pag. 128.

вать. Мѣсто операціи долженъ опредѣлять каждый разъ ходъ военныхъ дѣйствій. Но мнѣнію профессора Цёге фонъ Мантейфель можно оперировать въ полевомъ лазаретѣ или на главномъ перевязочномъ пунктѣ, о передовыхъ перевязочныхъ пунктахъ не можетъ быть и рѣчи. Къ этому слѣдуетъ еще добавить, что желательно производить операцію тамъ, гдѣ раненый можетъ оставаться по крайней мѣрѣ въ теченіе первыхъ двухъ недѣль. Итакъ, раненный долженъ быть наивозможно скорѣе въ первыя сутки доставленъ въ постоянный санитарный пунктъ. Такъ Dr. P. B. Бутцъ[1]) пишетъ слѣдующее по этому вопросу: съ самаго начала (войны) я держался того взгляда, что раненые (въ черепъ) не должны транспортироваться за много верстъ; они должны быть помѣщены въ хорошо устроенные лазареты, здѣсь оперироваться и пользоваться до выздоровленія. При Мукденѣ (25. II) мнѣ удалось все это осуществить на дѣлѣ. Такіе лазареты съ тяжело ранеными должны оставаться подъ защитой краснаго Креста и не принимать участія въ общемъ бѣгствѣ." Къ сожалѣнію, на войнѣ послѣднее требованіе на практикѣ будетъ наталкиваться на величайшія трудности. Приходится бороться не только съ взглядами военнаго начальства на эвакуацію, но также и съ предразсудками раненыхъ (см. исторіи болѣзни за №№ 26 и 27).

Что же можно вывести вчастности относительно леченія наблюдавшихся нами случаевъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа?

Общій обзоръ мы имѣемъ въ слѣдующей таблицѣ № 35. Въ ней перечислены всѣ случаи, даже тѣ „оставшіеся въ живыхъ," которые были подъ наблюденіемъ относительно короткое время. Заранѣе нужно замѣтить, что впослѣдствіи, при окончательномъ сравненіи результатовъ активнаго и выжидательнаго способа изъ счета исключались случаи съ короткимъ періодомъ наблюденія (меньше трехъ недѣль).

Нѣкотораго объясненія въ этой таблицѣ требуютъ въ

1) Частное сообщеніе.

Таблица № 35.

	Общее число.	Оставшіеся въ живыхъ.	Умершіе.	% смертныхъ случаевъ	% смертныхъ случаевъ по рапорту Stevenson'a за Бурскую войну [1]).
Общее число огнестрѣльн. раненій черепа	435	337	98	22,5	29,1
Огнестрѣльные переломы черепа .	380	282	98	25,7	33,1
Оперированные случаи (Débridement)	248	179	69	27,8	33,6
Неоперированные	132	103	29	21,9	—

частности числа неоперированныхъ, такъ какъ иначе съ самаго начала можетъ показаться, что неоперированные имѣютъ больше шансовъ на выздоровленіе, чѣмъ оперированные. Съ одной стороны необходимо указать, что въ таблицѣ № 35 не дѣлалось различія между оперированными первично и вторично. Но впослѣдствіи мы увидимъ, какъ велика разница между окончившимися летально случаями той и другой группы. Съ другой стороны среди неоперированныхъ находится довольно много случаевъ поврежденій основанія черепа и глазнично-височныхъ, въ которыхъ поврежденіе мозга сравнительно незначительно или совсѣмъ отсутствуетъ. Въ сущности достаточно взглянуть на таблицу № XI, чтобы убѣдиться, что и во многихъ случаяхъ раненія свода черепа, которыя не были дебридированы, оставалось подъ сомнѣніемъ, вскрыта-ли вообще черепная полость. Такимъ образомъ мы видимъ, что среди неоперированныхъ случаевъ находится значительное количество относительно легкихъ поврежденій. Поэтому изъ приведенныхъ въ таблицѣ № 35 цифръ мы абсолютно не можемъ дѣлать какихъ-либо заключеній о необходимости отдать предпочтеніе активному или пассивному отношенію къ огнестрѣльнымъ поврежденіямъ черепа.

Сравнивая проценты смертности, полученные изъ нашихъ цифръ съ числами, приведенными въ англійскомъ

1) l. c. pag. 43.

Таблица № 36.

Родъ раненія.			I. Неоперированные.				II. Первично-оперирован.				III. Вторично-оперирован.				IV. Поступившіе оперир. (внѣ наш. лазарет.).			
			a. Оболоч. пуля.		b. Артил. снар.		a. Оболоч. пуля.		b. Артил. снар.		a. Оболоч. пуля.		b. Артил. снар.		a. Оболоч. пуля.		b. Артил. снар.	
			0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†
Тангенціальн. ран.			15	5	7	2	34	3	21*)	1	28	6	6	2	6	2	2	1
Сегментальн. „			8	3	1	—	8	1	—	—	6	9	2	—	2	—	—	—
Діаметральн. „			12	2	—	—	10	—	—	—	3	3	1	—	1	1	—	—
Раненія съ застряв. пул.			13	4	3	1	3	1	13	—	2	5	2	3**)	1	—	3	—
Раненія основанія черепа			13	1	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	1	—	1	—
Орбитальныя ран. (орбито-темпер.)			12	2	3	1	5	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1	—
Общее число . .			73	17	14	4	61	5	34	1	40	43	19	8	12	3	5	1
I. Неоперированные.	Общее число остав. въ живыхъ.		87															
	Общее число умершихъ.		21															
II. Первично-оперирован.	Общее число остав. въ живыхъ.						95											
	Общее число умершихъ.						6											
III. Вторично-оперирован.	Общее число остав. въ живыхъ.										59							
	Общее число умершихъ.										51							
IV. Поступившіе оперир. (внѣ наш. лазарет.).	Общее число остав. въ живыхъ.														17			
	Общее число умершихъ.														4			
Общее число.															340			

*) Между ними одно раненіе револьверной пулей.
**) Одинъ случай погибъ отъ тифа.

Таблица XI. а.

Обзоръ неоперированныхъ случаевъ раненій оболочечными пулями.

Время наблюденія со дня раненія.	Тангенціальн. раненія.		Сегментальныя раненія.		Діаметральн. раненія.		Застрявшія пули.		Раненія основанія черепа.		Орбито-темпоральныя раненія.		Примѣчанія.
	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	
до 7 дней.	**1**	16 17	—	125 126	—	167 166	**186**	—	216?	229	—	—	
до 14 дней.	2	18 19?*) 20	—	—	154	—	—	199 200 201 202	217?	—	**233**? 234? **235**? 236? 237?	245 246	*) умеръ отъ раненія живота.
до 21 дня.	3? 4?	—	—	127	155 **156**	—	187? 188	—	**218**? **219***) **220**? 221?	—	**238**? **239**? **240**? **241** **242**? **244**?	—	*) умеръ (по позднѣйшимъ свѣдѣніямъ).
до одного мѣс.	5? **6**? 7	—	**117** **118** **119** **120**	—	**157** **158*** 159 160 **161**	—	**189** **190**	—	**222**	—	—	—	*) умеръ впослѣдствіи (по наведеннымъ справкамъ).
больше мѣсяца.	8? 9 **10** 11 12 13? 14? 15	—	**121** **122** **123** **124**	—	162 **163** **164** 165	—	**191***) **192** **193****) **194**? **195**? 196 197? 198	—	223? **224**? **225**? **226*****) 227 228?	—	**243**?	—	*) оперированъ впослѣдствіи. **) умеръ (по позднѣйшимъ свѣдѣніямъ). ***) умеръ отъ самоубійства.

рапортѣ за южно-африканскую войну, мы получаемъ впечатлѣніе, что наши результаты оказываются якобы болѣе благопріятными.

Какъ я уже упоминалъ, наши цифры имѣютъ тотъ недостатокъ, что во многихъ случаяхъ періодъ наблюденія былъ слишкомъ коротокъ. Но я здѣсь нарочно отмѣчаю,

Таблица XI. b.

Обзоръ неоперированныхъ случаевъ раненій артиллерійск. снарядами.

Время наблюденія со дня ранения.	Тангенціальныя раненія.		Сегментальныя раненія.		Застрявшія пули.		Раненія основан. черепа.		Орбито-темпоральныя раненія.		Примѣчанія.
	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	
до 7 дней.	255? гр. 256? гр.	262	—	—	—	309	—	—	—	340 гр.	
до 14 дней.	—	—	—	—	—	—	—	—	337*)? 338*)? гр.	—	*) застрявшія пули.
до 21 дня.	257*) 258?	263 гр.	—	—	307	—	—	—	—	—	*) пуля застряла въ мускулатурѣ плеча.
до одного мѣс.	—	—	—	—	—	—	—	—	**339***)?	—	*) застрявшія пули.
больше мѣсяца.	**259** 260 261? гр.	—	**304** .	—	**306** 308	—	—	— .	—	—	

Объясненія знаковъ для табл. XI—XIV.

о подчеркнутыхъ случаяхъ имѣются позд. свѣдѣнія.
? = подъ сомнѣн. прошла-ли пуля въ полость черепа.
гр. = раненія осколками гранатъ.

что и въ названномъ англійскомъ рапортѣ брались не одни только продолжительныя наблюденія при составленіи статистики. Объясненіемъ нашихъ болѣе благопріятныхъ результатовъ могли бы служить отчасти слѣдующія соображенія. Въ первую половину африканской войны англичанамъ приходилось еще болѣе, чѣмъ намъ, бороться съ труд-

Таблица XII. a.

Обзоръ случаевъ раненій оболоч. пулями, оперированныхъ первично.

Время наблюденія со дня раненія.	Тангенціальныя раненія.		Сегментальныя раненія.		Діаметральн. раненія.		Застрявшія пули.		Ранен. основан. черепа.		Орбито-темпор. раненія.		Примѣчанія.
	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	
до 7 дней.	21 22 23 24 25 **26** 50 **27** **51**** **28** 29	89* 90*	—	—	168 169	—	203	210	230	—	247? 248? 250?***	—	*) Moribundi. **) Dura m. не ранена. ***) не точный случай.
до 14 дней.	30 **31**? **32** 33	—	128 129 134 135	—	170	—	—	—	—	—	**294**	—	
до 21 дня.	34 43 **35** 44 36 45 37 52? 38** **53** 39 **54** 40 41 42	—	130 131 132	144*	171 172 173 **174** 175 176	—	204 **205**	—	—	—	251?***	—	*) Поступилъ оперированнымъ. **) Dura m. не ранена. ***) не точный случай.
до одного мѣс.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
больше мѣсяца.	46** **47** **48** **49**	—	**133***	—	177	—	—	—	—	—	—	—	*) По позднѣйшимъ свѣдѣніямъ умеръ черезъ годъ послѣ раненія отъ послѣдствій. **) Dura m. не ранена.

ностями при эвакуаціи раненыхъ и съ недостаткомъ и малой подготовленностью врачебной помощи. —

Какъ было видно изъ таблицы № 35 на общее коли-

Таблица XII. b.

Обзоръ случаевъ раненій артил. снар., оперированныхъ первично.

Время наблюденія со дня ранения.	Тангенціальныя раненія. 0	†	Застрявшія пули. 0	†	Примѣчанія.
до 7 дней.	**264*** 271 гр. 265 272 гр. 266 280 267 281 гр. 268 **269** гр.* **270** гр.	298	310* 311 312 313 314 315* 316*	—	*) Dura не ранена.
до 14 дней.	273 **274** **282** 283	—	317 318	—	
до 21 дня.	**275**	—	319	—	
до одного мѣс.	**276** гр.	—	320	—	
больше мѣсяца.	**277*** 278 **279** **284**	—	**321** 322	—	*) Раненіе револьвером.

чество въ 380 огнестрѣльныхъ переломовъ черепа приходится 248 оперированныхъ. Въ дальнѣйшемъ будутъ приниматься во вниманіе только 340 случаевъ, ибо данныя остальныхъ

Таблица XIII. а.

Обзоръ случаевъ раненій оболочечн. пулями, оперированныхъ вторично.

Время операціи. / Родъ раненія.	2—4 дн. 0	2—4 дн. †	5—7 дн. 0	5—7 дн. †	> 7 дней. 0	> 7 дней. †	> 14 дней. 0	> 14 дней. †	> 30 дней. 0	> 30 дней. †	Примѣчанія.
До 7 дней. Тангенц. ран.	57 58	92	—	100 101	—	—	—	—	—	—	
Сегмент. ран.	137	145	—	146	—	—	—	—	—	—	
Діаметр. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Застряв. пули.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
До 14 дней. Тангенц. ран.	—	93 94 95 96	—	102 103	—	—	—	—	—	—	*)Показаніемъ служили явленія давленія.
Сегмент. ран.	138	—	139	147	141*)	151	—	—	—	—	
Діаметр. ран.	—	—	—	183	—	—	—	—	—	—	
Застряв. пули.	—	—	—	212	—	215	—	—	—	—	
До 21 дня. Тангенц. ран.	5[illegible]	97	63	104 105 106 107 108	55 72	—	—	—	—	—	
Сегмент. ран.	—	—	136	148	—	152	—	—	—	—	
Діаметр. ран.	—	182	—	—	—	184	—	—	—	—	
Застряв. пули.	—	211	—	213	—	—	—	—	—	—	
До одного мѣс. Тангенц. ран.	—	98	—	109	73 74	112	79	—	—	—	
Сегмент. ран.	—	—	—	149	—	153	—	—	—	—	
Діаметр. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Застряв. пули.	—	—	—	214	—	—	—	—	—	—	
Больше мѣсяца. Тангенц. ран.	**60 61 62 81***)	99	56 64 **65** 66 67 **68** 69 70 71	110 111	**75 76 77 78 80***)	113	—	—	**82****)	114	*) Показ. служ. явл. дав. **) Показ. служ. параличи.
Сегмент. ран.	—	—	—	150	—	—	140	—	—	—	*) Показ. служ. эпилепсія.
Діаметр. ран.	—	—	178	—	**179****)	—	—	—	**180***)	—	**) Умеръ (по справкамъ).
Застряв. пули.	—	—	—	—	206**)	—	—	—	**207***)	—	*) Пок. служ. явл. наростающаго давл. **) Умеръ (по справкамъ).

Раненія основанія черепа:

№ 231 оперированъ на 10 день, время наблюденія — 19 дней. **Умеръ.**

№ 232 оперированъ на 5 день, время наблюденія — 18 дней. **Умеръ.**

Таблица XIII. b.

Обзоръ случаевъ раненій артиллер. снарядами, оперированныхъ вторично.

Время наблюденія со дня ранения.	Время операціи.	2—4 дн.		5—7 дн.		> 7 дней.		> 14 дней.		Примѣчанія.
	Родъ раненія.	0	†	0	†	0	†	0	†	
до 7 дней.	Тангенц. ран.	286	302*)	—	—	—	—	—	—	*) Показаніемъ жили судор нагноеніе. **) Dura цѣла.
	Сегмент. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Діаметр. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Застряв. пули.	323**) 325 326 327 гр. 328 гр.	—	—	—	—	—	—	—	
до 14 дней.	Тангенц. ран.	287	299 300 гр.	—	—	291?	—	—	—	*) не точный с
	Сегмент. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Діаметр. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Застряв. пули.	324*)	—	—	—	—	—	—	—	
до 21 дня.	Тангенц. ран.	—	—	289?	—	292	—	—	—	
	Сегмент. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Діаметр. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Застряв. пули.	—	—	330	335	—	—	—	—	
до одного мѣс.	Тангенц. ран.	—	—	290	301 гр.	—	—	—	—	*) умеръ отъ т
	Сегмент. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Діаметр. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Застряв. пули.	—	—	—	—	—	—	—	334*)	
больше мѣсяца.	Тангенц. ран.	**288** гр.	—	—	—	285**) гр. **293**	—	294 **295** гр.	—	*) Показаніемъ жила эпиле **) Dura цѣла.
	Сегмент. ран.	—	—	—	—	—	—	—	**305***)	
	Діаметр. ран.	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Застряв. пули.	**329**	—	—	336	—	—	—	—	

Орбито-темпоральныя раненія.

№ 254 оперированъ на 4 день, время наблюденія 14 дней. **Умеръ.**

№ 252 **(ран. orbito-occipital. d.)** опе ванъ на 11 день, время н денія 26 дней. **Эвакуирован**

Таблица XIV. а.

Обзоръ случаевъ раненій оболочечн. пулями, поступившихъ оперированными въ лазареты.

Время наблюденія со дня ранения.	Тангенц. ранения.		Сегментальныя ранения.		Діаметральн. ранения.		Застрявшія пули.		Орбито-темпор. ранения.		Примѣчанія.
	0	†	0	†	0	†	0	†	0	†	
до 7 дней.	—	—	—	—	—	185	—	—	—	—	
до 14 дней.	—	116	**142** 143	—	**181**	—	—	—	**253**	—	
до 21 дня.	—	115	—	—	—	—	—	—	—	—	
до одного мѣс.	83*)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	*) Оперир. на 4 день.
больше мѣсяца.	**84***) **85****) 86 87 88	—	—	—	—	—	**208*****) **209**	—	—	—	*) Оперир. на 3 день, умеръ позднѣйшимъ свѣд. **) Опер. на 4 день. ***) Опер. на 15 день.

40 недостаточно точны [1]). Относительно 340 случаевъ и примѣненному къ нимъ леченію даетъ намъ понятіе таблица № 36, такъ же какъ и таблицы № XI—XIV. Въ нихъ сопоставлены оперированные и неоперированные случаи. Прежде всего приведены неоперированные огнестрѣльные переломы черепа въ рубрикѣ I, таблица № 36 и таблица № XI. Во

1) Изъ неопредѣленныхъ случаевъ 24 не были оперированы (№№ 341—364). Изъ нихъ умерло восемь; одинъ случай отъ tetanus'a (№ 358) и четыре прибыли умирающими (№№ 361—364). Оперировано было 16 случаевъ (№№ 365—380) съ восемью смертельными исходами, изъ нихъ пять относятся къ поздно оперированнымъ (№№ 373, 377—380).

Таблица XIV. b.

Обзоръ случаевъ раненій арт. снар., поступив-шихъ оперирован. въ лазареты.

Время наблюденія со дня ранения.	Тангенціальныя раненія.		Застрявшія пули.		Примѣчанія.
	0	†	0	†	
до 7 дней.	—	—	—	—	
до 14 дней.	—	—	—	—	
до 21 дня.	—	303	—	—	
до одного мѣсяца.	—	—	—	—	
больше мѣсяца.	296 297 гр.	—	331*) 332 333	—	*) Опер. на 8 день.

второй рубрикѣ II табл. № 36 и таблицы № XII приведены первично дебридированныя поврежденія оболочечными пулями и артиллерійскими снарядами. Сюда причислены всѣ случаи, подвергшіеся операціи приблизительно въ теченіе первыхъ двухъ сутокъ. Хотя я и сознаюсь, что допустилъ слишкомъ широкій срокъ для первичнаго вмѣшательства, но полагаю, что онъ вполнѣ оправдывается полевой практикой, по крайней мѣрѣ въ интересующей насъ войнѣ. Нельзя будетъ ничего возразить противъ такого срока, если мы подъ „первичнымъ дебридированіемъ“ понимаемъ вмѣшательство, выполненное до наступленія осложненій (прежде

всего со стороны инфекціи). Въ рубрикѣ III табл. № 36 и № XIII приведены всѣ вторично оперированные случаи, именно, 102, гдѣ показаніемъ служила инфекція или подозрѣнія въ ней и 8 случаевъ, которые были оперированы на основаніи различныхъ другихъ показаній. — Послѣдняя рубрика IV табл. № 36 и табл. № XIV обнимаетъ собою случаи, поступившіе въ наши лазареты уже оперированными и гдѣ невозможно было установить подробностей операціи. Такихъ случаевъ мы насчитываемъ 21.

Здѣсь необходимо еще разъ подчеркнуть, что и при составленіи таблицы № 36 я пользовался всѣми случаями, даже тѣми, которые только короткое время находились подъ наблюденіемъ.

Если мы теперь пожелаемъ узнать, сколько операцій приходится на каждый отдѣльный родъ раненій черепа, то мы найдемъ соотвѣтствующія цифровыя данныя въ таблицѣ № 37.

Таблица № 37.

Родъ ранснія.	Общія числа.			Оболочечная пуля.			Арт. снарядъ.		
	Сумма.	Изъ нихъ оперир.	%	Сумма.	Изъ нихъ оперир.	%	Сумма.	Изъ нихъ оперир.	%
Тангенціальн. ран.	165	136	83,6	116	96	82,7	49	40	81,6
Сегментальн. „	39	27	69,2	37	26	70,2	2	1	50,0
Діаметральн. „	32	18	56,2	32	18	56,2	—	—	—
Ран. съ застр. пул.	61	40	65,5	30	13	43,3	31	27	87,1
Ран. основан. чер.	17	3	17,6	17	3	17,6	—	—	—
Орбитальныя ран.	26	8	28,4	22	8	28,4	4	—	0

Изъ этой таблицы видно, что самое большее число операцій приходится на тангенціальныя раненія. Неоперированной осталась только небольшая часть этихъ послѣднихъ: мы увидимъ ниже, какіе именно случаи сюда относятся. Изъ діаметральныхъ раненій и поврежденій съ застрявшими пулями оперировано приблизительно половина.*) — Самое

*) Весьма интересно, что эти данныя вполнѣ совпадаютъ съ цифрами маленькой статистики v. Oettingen'a[1]). Послѣдній приводитъ

незначительное число операцій приходится на долю поврежденій основанія черепа — 17, 6%. Операціи при глазничныхъ раненіяхъ производились чаще, именно 28, 4%. Къ послѣднимъ не причисляются, конечно, тѣ случаи, гдѣ была предпринята только энуклеація и т. п.

Тангенціальныя раненія.

I. — Среди поврежденій оболочечными пулями изъ 116 тангенціальныхъ раненій не были оперированы 20 (см. таблицу № 36 и таблицу XI a).

Пять изъ неоперированныхъ умерло. Въ случаѣ № 17 дѣло шло о поступившемъ умирающемъ. № 16 и № 18 были инфицированные, безнадежные больные. № 19 погибъ отъ одновременнаго огнестрѣльнаго раненія живота; весьма возможно, что поврежденіе черепа состояло только въ вдавленіи кости безъ серьезныхъ поврежденій durae и мозга. Зато одинъ случай — № 20 — могъ-бы быть вѣроятно спасенъ немедленной операціей. Онъ внезапно умеръ отъ прорвавшагося въ желудочекъ энцефалитическаго очага.

Оставшіеся въ живыхъ неоперированныя тангенціальныя поврежденія (15) интересуютъ насъ гораздо болѣе, чѣмъ выше приведенные случаи. — Въ пяти изъ относящихся сюда наблюденій пуля не проникла въ черепную полость. Въ обоихъ аналогическихъ случаяхъ № 4 и № 8 повреждена была только передняя стѣнка sinus frontalis. Къ тремъ желобовиднымъ раненіямъ (Rinnenschüsse) (№№ 3, 13, 14) теменной области, въ которыхъ нельзя было обнаружить раздробленія кости, также примѣненъ экспектативный методъ. Явленія, возникшія въ случаѣ № 13, быть можетъ, были вызваны внутричерепнымъ кровоизліяніемъ, возможно, что имѣлось и отщепленіе laminae internae. Подобные случаи неоднократно наблюдались во время бурской войны и упомянуты въ рапортѣ Stevenson'a. Часто въ такихъ случаяхъ невозможно бываетъ найти раздробленіе или трещину. При операціи на-

при суммѣ 19 „пронизывающихъ раненій“ („Durchschüsse“) 9 операцій,
при 15 раненіяхъ съ застрявшими пулями („Steckschüsse“) — 7 операцій.
[1) Arch. f. klin. Chir. Bd. 81, H. 2].

ходятъ эпидуральную гематому, послѣ удаленія которой быстро исчезаютъ явленія выпаденія.

Иначе дѣло обстоитъ при слѣдующихъ случаяхъ № 5 и № 6, гдѣ мы имѣли дѣло съ „полными пулевыми каналами“. Въ такихъ случаяхъ, какъ мы уже видѣли въ главѣ о діагнозѣ, является сильное подозрѣніе, что мы имѣемъ дѣло съ вскрытіемъ черепной полости. Названные случаи прибыли въ концѣ первой недѣли и не были оперированы за отсутствіемъ какихъ-либо угрожающихъ явленій.

Въ случаяхъ №№ 10, 11, 12, поступившихъ также поздно на излеченіе, имѣлось несомнѣнное поврежденіе кости. № 11, во всякомъ случаѣ, нуждался въ операціи, также, можетъ быть, и № 12. Здѣсь можно было бы надѣяться, что операція улучшитъ явленія выпаденія, какъ мы это видѣли въ случаѣ Федорова № 82. — Я обхожу случай № 15, такъ какъ онъ неточенъ. — За непродолжительностью наблюденія нельзя съ опредѣленностью сказать, отразилось ли гибельно консервативное леченіе на случаѣ № 2. — Въ случаѣ № 1 вначалѣ существовавшій парезъ правой ноги перешелъ въ параличъ.

Два прекрасныхъ примѣра успѣшнаго консервативнаго леченія тангенціальныхъ раненій представляютъ собою наблюденія №№ 7 и 9. Въ одномъ изъ нихъ (№ 7) имѣлся „полный пулевой каналъ“ 10 сант. длины (!). Въ другомъ (№ 9) дѣло шло о желобовидномъ раненіи (Rinnenschuss) длинною въ 6 сант., который благополучно зажилъ несмотря на инфекцію (наблюденіе велось въ теченіе 37 дней). Но подобные случаи мы всё-таки должны считать счастливыми исключеніями.

Просмотрѣвъ еще разъ оставшіяся въ живыхъ „неоперированные“ случаи тангенціальныхъ раненій, мы замѣтимъ, что почти въ половинѣ ихъ (7 случаевъ) вскрытіе черепной полости respective раздробленіе кости являлось сомнительнымъ. Если мы даже будемъ разсматривать остальные восемь случаевъ, какъ благополучно зажившіе, что непріемлемо послѣ предыдущихъ разсужденій, то они представляютъ всё-таки незначительную часть всѣхъ поврежденій этого рода, поступившихъ на излеченіе. Отсюда мы не можемъ усмотрѣть доказательства противъ не-

обходимости активной терапіи при тангенціальныхъ поврежденіяхъ.

Изъ 49 тангенціальныхъ раненій артеллерійскими снарядами 9 не оперировано. Изъ этихъ послѣднихъ умерли двое №№ 262 и 263, поступившіе въ безсознательномъ состояніи. Четыре раза (№№ 255, 256, 258, 261) имѣлись повреждения, гдѣ предполагались только трещины черепныхъ костей. За исключеніемъ случая № 261 время наблюденія было слишкомъ короткое, чтобы имѣть возможность судить объ исходѣ. Раненые поступали въ лазаретъ не раньше третьяго дня и при отсутствіи угрожающихъ симптомовъ пользовались консервативно. Въ трехъ случаяхъ былъ несомнѣнно раненъ мозгъ, №№ 257, 259, 260, причемъ въ № 259, быть можетъ, дѣло шло о пулѣ, застрявшей въ лѣвой верхней челюсти, въ то время, какъ у № 257 застрявшая пуля прощупывалась въ мускулатурѣ плеча. Также и въ этихъ случаяхъ не представлялось точныхъ показаній ко вторичному вмѣшательству; первичное вмѣшательство во всѣхъ трехъ случаяхъ не было примѣнено. Въ № 259 обнаружились признаки инфекціи (повышеніе температуры), несмотря на это названный случай зажилъ благополучно; имѣются даже данныя позднѣйшаго изслѣдованія. Мы должны допустить, что инфекція не была опасной и организмъ справился съ ней.

II. 59 тангенціальныхъ раненій, изъ нихъ 37 причиненныхъ оболочечными пулями и 22 — артиллерійскими снарядами были первично дебридированы. (см. таблицу № 36, стр. 302 и № XIIa и b). Судя по таблицѣ № 36, болѣе половины всѣхъ первично оперированныхъ (101) приходится на тангенціальныя раненія, какъ этого и слѣдовало ожидать при часто встрѣчающемся названномъ родѣ поврежденій. Таблица № XIIa и b даетъ свѣдѣнія о продолжительности наблюденія и объ исходѣ отдѣльныхъ случаевъ.

Четверо раненыхъ умерли въ лазаретахъ. Въ трехъ случаяхъ раненія оболочечной пулей, раненые были сданы въ безсознательномъ состояніи, и операція съ самаго начала не давала надежды на успѣхъ. Неожиданно-же наступила смерть въ случаѣ № 298 — поврежденіе шрапнелью. Тутъ дѣло шло о довольно серьезномъ раненіи. Больной

былъ однако въ полномъ сознаніи и умеръ совершенно внезапно на третій день.

Между первично дебридированными поврежденіями оболочечными пулями (37) только восемь разъ дѣло шло о желобовидныхъ раненіяхъ. Въ остальныхъ 29 случаяхъ имѣлись полные пулевые каналы съ наружными ранами, равными, обыкновенно, калибру пули. Только въ трехъ случаяхъ dura осталась невскрытой, во всѣхъ остальныхъ осколками были повреждены dura и мозгъ.

Изъ относящихся сюда поврежденій артиллерійскими снарядами dura не была вскрыта въ двухъ случаяхъ. Кромѣ случаевъ №№ 264 и 267 съ полными пулевыми каналами (и случай № 277 револьверное раненіе) мы всегда имѣли дѣло съ „дырчатыми или желобовидными повреждeніями, при которыхъ черепныя кости были болѣе или менѣе сильно раздроблены или осколки поломаннаго и вдавленнаго участка кости находились еще въ нѣкоторой связи другъ съ другомъ (срвн. № 276 поврежденіе гранатой).

Въ цѣломъ рядѣ случаевъ первичная операція, казалось, имѣла благопріятное вліяніе, какъ на общее состояніе раненаго, такъ и на остальные симптомы. У раненыхъ, находившихся въ безсознательномъ состояніи, возвращалось сознаніе (срв. исторіи болѣзни №№ 22, 28, 32, 48 и 265, 270, 272), улучшалось самочувствіе (№ 26), пульсъ учащался (№ 32, 39). Въ рядѣ другихъ случаевъ нельзя было отрицать видимое дѣйствіе операціи на исчезновеніе явленій выпаденія (паралича) (въ №№ 34, 35, 39, 47 и 268, 279, 280, 281, 283). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ параличи всё-таки оставались, несмотря на операцію (№ 36), здѣсь должно предполагать прямое поврежденіе корковыхъ центровъ. Конечно, мы видимъ иногда, что параличи исчезаютъ и въ неоперированныхъ случаяхъ (№ 2), но тогда у насъ получалось впечатлѣніе, что возстановленіе бываетъ гораздо продолжительнѣе или даже совсѣмъ не дѣлаетъ успѣховъ (№№ 1, 5, 6, 11, 12). Положимъ, самъ по себѣ, параличъ не можетъ заставить насъ примѣнять первичный способъ операціи. Но исчезновеніе параличей послѣ дебридированія оскольчатыхъ переломовъ должно разсматривать, какъ цѣнную придачу къ первичному вмѣшательству. Главная же задача послѣд-

няго состоитъ въ предотвращеніи опасностей инфекціи и связанной съ этимъ вторичной операціи.

III. Теперь мы переходимъ къ разсмотрѣнію вторично-оперированныхъ тангенціальныхъ поврежденій.

Вторично оперировано 51 тангенціальныхъ раненій оболочечной пулей и 15—артиллерійскими снарядами, изъ нихъ умерло немного менѣе половины (27 случаевъ) (см. таблицу № 36 и № XIII a и b).

Изъ 51 поврежденія оболочечными пулями, которыя были вторично оперированы, въ девяти случаяхъ имѣлись желобовидныя поврежденія, во всѣхъ прочихъ (42) — полные пулевые каналы. — Какъ намъ показываетъ таблица XIII a, большая часть случаевъ была оперирована вслѣдствіе существующей инфекціи или подозрѣнія въ ней.

Всего изъ вторично оперированныхъ поврежденій оболочечными пулями умерло 23. Изъ цѣлаго ряда случаевъ со смертельнымъ исходомъ, получается впечатлѣніе, что при немедленной операціи возможно было-бы спасеніе; такъ напримѣръ, въ случаѣ № 109, который вначалѣ не былъ оперированъ, какъ безнадежный. Послѣ дебридированія, произведеннаго только на шестой день послѣ раненія состояніе сначала улучшилось, но, начиная съ 6-го дня post operationem ухудшилось. Также и въ случаяхъ №№ 93, 107, 112, 114 первичное вмѣшательство дало бы болѣе шансовъ на выздоровленіе, чѣмъ консервативная терапія. Въ этихъ случаяхъ операція предпринималась, когда начинала повышаться температура и каждый разъ помощь приходила слишкомъ поздно. При существующемъ уже нагноеніи, операція давала плохіе результаты, даже если она производилась немедленно по поступленіи раненаго въ лазаретъ, какъ это видно изъ нашихъ исторій болѣзни (см. таблица № XIII a).

Изъ 28 въ 5 случаяхъ, помѣченныхъ въ таблицѣ № 36 (рубрика III a), какъ оставшихся въ живыхъ, dura была или совсѣмъ не вскрыта (№ 73 и № 69), или только въ незначительной мѣрѣ поранена (№№ 70, 80 и 64). Но приходилось намъ видѣть, какъ заживали и тяжелые случаи поврежденій мозга при вторичной операціи (срв. №№ 61, 65, 67, 74, 76, 78, 81). Не смотря на это большое количество,

инфекціи при тангенціальныхъ поврежденіяхъ и плохіе результаты вторичнаго вмѣшательства не говорятъ въ пользу выжидательнаго отношенія при этомъ родѣ раненій.

Согласно рубрикѣ III b (таблица № 36) вторично оперировано 15 поврежденій артиллерійскими снарядами. Въ четырехъ случаяхъ, окончившихся смертельно (срв. таблица № XIII b) нельзя было остановить распространеніе инфекціи. Собственно, при поврежденіяхъ, причиненныхъ осколками гранаты (напр. №№ 300 и 301) съ обычно загрязненными, неправильными ранами мягкихъ покрововъ съ ограниченнымъ раздробленіемъ или вдавленіемъ кости, должно немедленно производить операцію. Такія раненія ничѣмъ не отличаются отъ сложныхъ переломовъ мирнаго времени и съ ними должно поступать согласно обще-принятымъ правиламъ для сложныхъ переломовъ черепа.

Изъ оставшихся въ живыхъ послѣ поврежденій артиллерійскими снарядами (11) въ случаяхъ №№ 285 и 290 dura не была поранена. Изолированныя поврежденія laminae externae помѣчены въ случаяхъ раненія шрапнелью №№ 289 и 291. Полные пулевые каналы имѣлись только четыре раза (№№ 287, 289, 291, 294). — Особенно поучительнымъ для терапіи поврежденій шрапнелью является случай № 292, въ которомъ вначалѣ было діагностицировано только раненіе мягкихъ частей, ввиду того, что не обнаруживалось никакихъ мозговыхъ явленій (поврежденіе правой теменной области). Постепенно появились: повышеніе температуры, головная боль, подавленное состояніе на ряду съ отдѣленіемъ гноя изъ раны. Débridement, выполненное на 12-ый день послѣ раненія, обнаружило оскольчатый переломъ съ поврежденіемъ dura и мозга и корковый абсцессъ.

IV. Восемь тангенціальныхъ поврежденій оболочечной пулей поступили на излеченіе уже трепанированными въ другихъ лазаретахъ. Изъ нихъ умерло двое (см. таблицу № XIV a). Оба раза дѣло шло объ обширномъ поврежденіи. Раненые были сданы въ безсознательномъ состояніи и умерли на 2—4 день.

Изъ оставшихся въ живыхъ (шесть) у № 83 dura не была повреждена. Случай № 86 былъ сначала пользованъ консервативно въ лазаретѣ Императрицы Маріи Ѳеодоровны въ Ляоянѣ. Здѣсь имѣлось раненіе правой теменной области

съ парезомъ лѣвой руки и ноги. Въ Харбинѣ, куда больной былъ эвакуированъ, черезъ пять дней произведена операція, вѣроятно вслѣдствіе инфекціи. — Изъ относящихся сюда трехъ случаевъ поврежденій артиллерійскими снарядами одинъ умеръ (№ 303), несмотря на повторное дебридированіе (таблица № XIV b).

Какъ-же относятся между собою результаты первично и вторично оперированныхъ? Нашъ матеріалъ можетъ дать разъясненія по этому вопросу, такъ какъ мы въ состояніи противопоставить относительно большія числа пользованныхъ тѣмъ и другимъ способомъ. Сравнивая цифровыя данныя тангенціальныхъ поврежденій II-ой и III-ей рубрикъ таблицы № 36, мы замѣчали, что результаты первичнаго дебридированія кажутся болѣе успѣшными. Противъ этихъ цифръ можно сдѣлать однако то возраженіе, что при составленіи ихъ были взяты всѣ случаи, даже находившіеся короткое время подъ наблюденіемъ. Для слѣдующей таблицы № 38 взяты съ одной стороны только тѣ случаи, которые находились по меньшей мѣрѣ четыре недѣли подъ наблюденіемъ, и съ другой стороны тѣ наблюденія, о которыхъ имѣются извѣстія о дальнѣйшемъ теченіи или результаты позднѣйшаго изслѣдованія. Въ таблицахъ № XII a и b и XIII a и b отмѣчены особо тѣ случаи, о состояніи здоровья которыхъ имѣются позднѣйшія свѣдѣнія. Какъ мнѣ кажется, мы могли бы воспользоваться ниже приведенными цифрами для разрѣшенія интересующаго насъ вопроса.

Таблица № 38.

Тангенціальныя раненія:	Оболочечн. пуля.		Артилл. снарядъ.		Общее число оставшихся въ живыхъ.	Общее число умершихъ.
	0	†	0	†		
Первично-оперирован.	13	3	11	1	24	4
Вторично-оперирован.	22	23	6	4	28	27

Цифры, данныя въ таблицѣ № 38 говорятъ довольно убѣдительно въ пользу первичной операціи. Изъ 28-ми первично-оперированныхъ умерло только четверо, въ то время, какъ изъ 55 вторичныхъ операцій 27, т. е. половина. Выражаясь въ процентахъ, мы имѣемъ:

при первичномъ дебридированіи 14,2 %
при вторичномъ „ „ 49,9 %
смертельныхъ исходовъ.

Такимъ образомъ, мы не можемъ отрицать пользу первичнаго дебридированія при леченіи тангенціальныхъ раненій. Оно въ самомъ дѣлѣ оправдываетъ надежды, возлагаемыя на него. Какъ показываютъ приведенныя цифры, шансы значительно уменьшаются, если мы будемъ ждать появленія вторичныхъ симптомовъ. — Для полнаго освѣщеніе вопроса необходимо еще затронуть одинъ важный пунктъ. Помимо того, что первично-дебридированные рано попали на хирургическое излеченіе, среди нихъ, главнымъ образомъ, имѣлись случаи, подвергнувшіеся только короткой перевозкѣ и остававшіеся затѣмъ долгое время въ постоянномъ лазаретѣ. Изъ всего сказаннаго въ отдѣлѣ объ инфекціи достаточно ясно, что послѣднее обстоятельство должно имѣть особенно благопріятное вліяніе на исходъ раненій. Сомнѣваюсь, однако, имѣемъ ли мы право полагать, что тѣ же самые случаи протекли-бы также благополучно при тѣхъ-же обстоятельствахъ, подвергаясь консервативному леченію. На основаніи всего сказаннаго въ главахъ о состояніи ранъ объ инфекціи, можно ожидать скорѣе противнаго.

Сегментальныя раненія.

Сегментальныя раненія представляютъ весьма невыгодныя условія для терапіи. Какъ мы видѣли, въ нихъ часто идетъ дѣло о болѣе значительныхъ поврежденіяхъ кости (раздробленіе), чѣмъ при діаметральныхъ поврежденіяхъ и въ связи съ болѣе сильнымъ разрушеніемъ кости стоитъ и болѣе тяжелое поврежденіе мозга. Вскрытіе всего пулевого канала невозможно, вслѣдствіе чего надежды на успѣшное леченіе значительно скромнѣе. Сообразно съ этимъ, какъ показываетъ таблица № 36, число случаевъ, окончившихся смертельно, при сегментальныхъ поврежденіяхъ больше, чѣмъ при другихъ родахъ раненій. — Сказанное подтверждается слѣдующимъ сопоставленіемъ:

Изъ	165	тангенціальныхъ поврежденій умерло . .	41
„	39	сегментальныхъ „ „ . .	14
„	32	діаметральныхъ „ „ . .	6
„	61	поврежденія застрявш. пулями умерло	14

I. 12 случаевъ не были оперированы, изъ нихъ одно раненіе шрапнелью (№ 304). — Трое неоперированныхъ умерли (см. таблицу № XI. a и b). Изъ этого числа два были совершенно безнадежныхъ случая, прожившіе послѣ раненія только три дня и доставленные уже умирающими. Третій случай (№ 127), сданный въ безсознательномъ состояніи съ признаками инфекціи не оперированъ, какъ безнадежный.

Восемь выздоровѣвшихъ неоперированныхъ малокалиберныхъ раненій представляли приблизительно одинаковую картину. Во всѣхъ почти случаяхъ раненія мягкихъ частей были не велики, раздробленіе кости насколько можно было судить было незначительнымъ (такъ что эти случаи представляютъ собою переходъ къ діаметральнымъ раненіямъ см. стр. 68). Кромѣ того всѣ эти случаи протекли безъ признаковъ инфекціи. Благополучно зажило также и выше упомянутое поврежденіе шрапнелью, несмотря на существующее нагноеніе (см. исторію болѣзни № 304).

II. Девять случаевъ дебридировались первично. Изъ нихъ умеръ одинъ (№ 144), оперированный до поступленія въ нашъ лазаретъ.— Благодаря первичной операціи удалось улучшить состояніе одного раненаго, вначалѣ казавшагося безнадежнымъ (№ 133). Этотъ случай прекрасно иллюстрируетъ благотворное вліяніе удаленія осколковъ и сгустковъ крови. Но годъ спустя, онъ умеръ отъ послѣдствій поврежденія. Въ первично-оперированныхъ случаяхъ при операціи каждый разъ обнаруживалось значительное раздробленіе около входного и выходного пулевого отверстій и поврежденіе мозга.

Къ сожалѣнію, періодъ наблюденій надъ первично-оперированными слишкомъ коротокъ, чтобы дѣлать заключенія общаго характера о леченіи сегментальныхъ поврежденій. Во всякомъ случаѣ, на основаніи рубрики III таблицы № 36, мы можемъ сказать, что и здѣсь очень невелики надежды на удачный исходъ при вторичной операціи. Мы видѣли, что изъ 16 раненыхъ умерло 10 (таблица № XIII. a и b). Отсюда можно вывести заключеніе, что слѣдовало-бы первично дебридировать въ случаяхъ, гдѣ констатировано болѣе сильное раздробленіе вокругъ входного и выходного отверстій (напр. №№ 145, 147, 148, 150, 153).

Діаметральныя раненія.

I. Мы уже видѣли, что изъ діаметральныхъ поврежденій только половина была оперирована.

Изъ четырнадцати неоперированныхъ умерло два случая (см. таблицу № XI a). Оба раза дѣло шло объ умирающихъ, которые быстро погибли, не выдержавъ тяжести поврежденія. — Двѣнадцать раненыхъ помѣчены оставшимися въ живыхъ. Одинъ изъ нихъ, № 158, умеръ много мѣсяцевъ спустя, неизвѣстно при какихъ обстоятельствахъ. Остальныя раненія, относящіяся къ этой рубрикѣ, насколько можно было наблюдать, окончились quoad vitam благополучно, подобно соотвѣтствующимъ сегментальнымъ поврежденіямъ. Здѣсь мы имѣли также дѣло съ поврежденіями, неимѣвшими признаковъ зараженія (за исключеніемъ одного случая № 162, въ которомъ имѣемъ локализированное поверхностное нагноеніе въ мягкихъ покровахъ). Раздробленіе вокругъ входного и выходного отверстій было значительно. Маленькія раны мягкихъ частей заживали въ теченіе первыхъ двухъ недѣль (срв. №№ 156, 157, 160, 161, 163 и т. д.). Явленія паралича постепенно исчезали (№№ 156, 159, 164). Такимъ образомъ въ этихъ случаяхъ не было основаній производить операцію. Можетъ ли послѣдняя предотвратить наблюдаемую впослѣдствіи у нѣкоторыхъ раненыхъ эпилепсію (№№ 157 и 161) трудно рѣшить, такъ какъ мы ее встрѣчали и послѣ счастливо выполненнаго дебридированія (№ 180.)

II. Десять діаметральныхъ раненій были первично-дебридированы (см. таблица № XII a). Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ найдено было весьма значительное раздробленіе иногда вокругъ входного (напр. № 177), а иногда и выходного (№ 173) отверстія. По этому необходимо въ такихъ случаяхъ изслѣдовать оба отверстія, если рѣшено серьезное вмѣшательство, а не дебридированіе одного входного отверстія, гдѣ чаще встрѣчаются загнанные вглубь осколки (срв. № 172). Неоднократно помѣчено исчезновеніе параличей послѣ операціи (№ 172, 173 и 176), но мы видѣли, что послѣдніе часто улучшались при діаметральныхъ раненіяхъ и безъ вмѣшательства. — Въ случаѣ № 177 профилактическое дебридированіе имѣло несомнѣнно благотворное вліяніе на теченіе. Здѣсь дѣло шло по всей вѣро-

ятности объ инфицированномъ раненіи, но благодаря обнаженію мѣста перелома задержано образованіе остраго абсцесса мозговой коры или локализированнаго менингита.

III. Разъ только инфекція обнаружилась, надежды на выздоровленіе послѣ оперативнаго вмѣшательства становятся еще болѣе сомнительными, чѣмъ при другихъ родахъ поврежденій, вслѣдствіе глубокаго положенія пулевого канала (см. таблицу № 36, рубрика IIIа). Между нашими вторично-оперированными умершими наблюдались исключительно очень тяжелыя и неблагопріятныя раненія: въ одномъ случаѣ (№ 182) вертикальное раненіе, а въ двухъ другихъ продольныя (№№ 183 и 184). Къ счастью число инфекцій при діаметральныхъ поврежденіяхъ меньше, чѣмъ при тангенціальныхъ и сегментальныхъ.

IV. Изъ двухъ трепанированныхъ не въ нашихъ лазаретахъ умеръ одинъ (см. табл. № 36, рубрика IV). Оба случая были инфицированы.

На основаніи нашихъ наблюденій надъ діаметральными поврежденіями прихожу къ выводу, что при пользованіи таковыхъ необходимо рѣшать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, слѣдуетъ-ли первично оперировать, если представляется случай, или нѣтъ. Мы не можемъ здѣсь принципіально требовать операцію, какъ при тангенціальныхъ поврежденіяхъ; овладѣть съ помощью операціи всей областью раненія мы не можемъ, кромѣ того опасность зараженія въ данныхъ случаяхъ значительно меньше, что подтверждается большимъ процентомъ благополучно зажившихъ случаевъ. Если же можно предполагать или констатировать болѣе обширное раздробленіе, необходимо дебридировать какъ входное, такъ и выходное отверстія.

Итакъ, если мы рекомендуемъ болѣе или менѣе шаблонное отношеніе къ военно-полевымъ тангенціальнымъ раненіямъ, то для діаметральныхъ поврежденій самымъ подходящимъ будетъ индивидуализирующій способъ дѣйствій.

Раненія съ застрявшими пулями.

Леченіе военно-полевыхъ раненій съ застрявшими пулями представляетъ особый интересъ въ томъ отношеніи,

что, именно, наблюденія надъ поврежденіями этого рода въ мирное время убѣждаютъ противниковъ первичнаго дебридированія въ необходимости консервативной терапіи. Какъ мы уже видѣли въ обозрѣніи мнѣній касательно леченія огнестрѣльныхъ поврежденій черепа въ мирное время школа v. Bergmann'a требуетъ абсолютно консервативнаго отношенія. Исключеніемъ изъ этого правила она признаетъ случаи, въ которыхъ пуля видна глазомъ или же ея поверхностное положеніе устанавливается рёнтгеновскими лучами. Пуля не отыскивается до тѣхъ поръ, пока образованіе абсцесса не послужитъ точнымъ показаніемъ къ удаленію ея. Цѣлый рядъ другихъ нѣмецкихъ хирурговъ и большинство французскихъ выступаютъ на защиту первичнаго дебридированія ранъ, даже при застрявшихъ пуляхъ. Но при этомъ опредѣленно отвергаютъ возможность пускаться въ поиски за пулей, если послѣдняя не лежитъ поверхностно. Наиболѣе активными являются нѣкоторые американскіе и англійскіе хирурги. Здѣсь я назову только W. W. Keen и J. W. White[1]), Stevenson[2]) и Fowler[3]). Stevenson предлагаетъ особый инструментарій, состоящій изъ „bullet detectors" и „bullet extractors". Fowler совѣтуетъ въ случаѣ необходимости сдѣлать контра-апертуру для отысканія пули.

Съ другой же стороны мы видимъ, что приверженцы первичнаго дебридированія при военно-полевыхъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ, напр. Makins, высказываются противъ отыскиванія пули.

Какъ же должны мы поступать въ военно-полевой практикѣ при такихъ поврежденіяхъ? Прежде всего въ этомъ вопросѣ необходимо строго разграничить поврежденія оболочечными пулями отъ поврежденій артиллерійскими снарядами.

Сначала обратимся къ наблюдавшимся нами случаямъ съ застрявшими оболочечными пулями. Какъ мы уже видѣли (стр. 16) въ 11,3% нашихъ случаевъ оболочеч-

1) „Die Verletzungen u. Erkrankungen des Kopfes", переводъ W. Sachs. 1895. Wiener Klinik.

2) „Wounds in war." 1904. London.

3) Annales of surgery. 1905, Nov.

ныя пули застревали. На таблицѣ № 36 (стр. 302) помѣчено только 30 случаевъ съ застрявшими оболочечными пулями, хотя наши наблюденія и простираются на 32 случая. Два случая №№ 64 и 94 причислены къ тангенціальнымъ раненіямъ ввиду того, что застряли только части пули, въ остальномъ же эти раненія обнаруживали характеръ тангенціальныхъ поврежденій.

Согласно таблицѣ № 36 изъ названныхъ 30 случаевъ 17 не были оперированы, въ 13-ти — произведено оперативное вмѣшательство. Но эти числа отнюдь не выражаютъ собою отношенія случаевъ, требующихъ операціи, къ тѣмъ, въ которыхъ послѣдняя является не показанной; такъ какъ мы увидимъ, что приходится всегда считаться съ поздними операціями.

I. Среди 17-ти неоперированныхъ случаевъ умерло четыре (см. таблицу № XIa). Особый интересъ возбуждаютъ два случая №№ 199 и 200, у которыхъ произведено вскрытіе. Въ обоихъ — ничтожное раздробленіе вокругъ входного отверстія въ кости, которое въ № 199 лежало слѣва отъ середины лба на разстояніи толщины пальца назадъ отъ границы волосъ, у № 200 — около наружнаго конца лѣвой брови. Пуля находилась въ глубинѣ мозга, достать ее черезъ входное пулевое отверстіе во всякомъ случаѣ, не производя новыхъ поврежденій мозга, являлось невозможнымъ. — Въ случаѣ № 202 имѣлось зарубцевавшееся входное пулевое отверстіе въ нижнемъ переднемъ углу лѣвой теменной области. Изслѣдованіе рентгеновскими лучами открыло на основаніи черепа пулю, острый конецъ которой былъ обращенъ вправо (срв. снимокъ № VII). Въ этомъ случаѣ снарядъ находился также далеко отъ входного пулевого отверстія. Ниже мы возвратимся къ этому пункту при обсужденіи оперированныхъ случаевъ. — О положеніи снаряда въ четвертомъ случаѣ № 201, мы, къ сожалѣнію, не имѣемъ подробныхъ свѣдѣній.

Изъ 13 случаевъ, по отмѣткамъ оставшихся въ живыхъ, одинъ, № 193, умеръ, спустя около десяти мѣсяцевъ послѣ раненія, отъ менингита, какъ показали наведенныя справки. Другой случай, № 191, впослѣдствіи оперированъ, при чемъ удалена застрявшая пуля (см. снимокъ № VI). — Такимъ образомъ, для разсмотрѣнія остается только одиннадцать случаевъ,

которые требуютъ еще нѣкоторыхъ ограниченій. Въ случаѣ № 187 рентгеновское изслѣдованіе совсѣмъ не обнаруживало пули въ черепѣ, хотя и имѣлось лишь равное калибру входное пулевое отверстіе. Очень возможно, что здѣсь пуля застряла гдѣ-нибудь внѣ черепа. То же самое наблюдалось, напримѣръ, въ случаѣ № 257 при поврежденіи шпрапнелью, гдѣ проникшая въ черепъ въ области лба пуля ясно прощупывалась въ мягкихъ частяхъ праваго плеча. Съ другой стороны весьма возможно, что дѣло шло въ случаѣ № 187 просто о рикошетномъ раненіи, хотя раненый опредѣлилъ разстояніе выстрѣла въ 100 шаговъ, и кромѣ того, раненіе вызвало довольно продолжительный обморокъ. — Въ двухъ другихъ случаяхъ №№ 194 и 195 пуля проникла черезъ глазъ и по всей вѣроятности застряла гдѣ-нибудь на основаніи черепа, не повредивъ непосредственно мозга. Въ обоихъ названныхъ случаяхъ при поступленіи ихъ въ лазаретъ была сдѣлана энуклеація поврежденнаго глаза. Подобнымъ же образомъ и въ случаѣ № 197, можетъ быть, возможно исключить непосредственное пораненіе мозга; пуля, проникнувъ черезъ затылокъ, застряла въ process. mastoid.

Такимъ образомъ, только въ семи неоперированныхъ, оставшихся въ живыхъ, случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ несомнѣнно застрявшими въ мозгу оболочечными пулями. Во всѣхъ этихъ случаяхъ наружныя раны зажили безъ реакціи, за исключеніемъ № 198, гдѣ еще на 51-ый день post traumam существовалъ свищъ. Раздробленіе вокругъ входного отверстія казалось незначительнымъ. Данныхъ о мѣстонахожденіи пули не было, и раненые не подвергались изслѣдованію рентгеновскими лучами. Что касается дальнѣйшаго теченія этихъ случаевъ, то нужно уже здѣсь замѣтить, что въ трехъ изъ нихъ, подвергшихся позднѣйшему изслѣдованію (№№ 189, 190 и 192), спустя годъ-два послѣ раненія обнаруживались довольно тяжелыя явленія: головная боль, головокруженіе и т. д. Ниже мы увидимъ, что перечисленные симптомы существовали и у тѣхъ раненыхъ, у которыхъ пуля была удалена (срв. 207 и 191, 208, 209), и потому появленіе упомянутыхъ симптомовъ не можетъ быть поставлено въ вину исключительно только застрявшей въ мозгу пулѣ.

II. Изъ тринадцати оперированныхъ случаевъ четыре были первично дебридированы (см. таблицу № XII a).

Въ случаѣ, отмѣченномъ умершимъ, дѣло шло о поступившемъ въ безсознательномъ состояніи (№ 210). По всей вѣроятности здѣсь пуля ударила плашмя (Querschläger), такъ же какъ и въ № 203. Раненый умеръ, не приходя въ сознаніе, на пятый день послѣ ранения. Въ приведенныхъ случаяхъ вмѣшательство было оправдано предположеніемъ оскольчатаго перелома, которое и подтвердилось при операціи. Безсознательное состояніе, вѣдь, не есть противопоказаніе къ операціи. Послѣ вмѣшательства оно часто быстро исчезаетъ. Иначе дѣло обстоитъ, конечно, съ случаями, когда раненые совсѣмъ не реагируютъ („первая категорія“ v. Bergmann'a). Тутъ ужъ мы не можемъ ожидать никакого успѣха отъ операціи. — Въ случаяхъ № 204 и № 205 застрявшая пуля ясно прощупывалась подъ неповрежденными мягкими частями. Такимъ образомъ, здѣсь имѣлось точное показаніе къ первичному вмѣшательству. Оба эти наблюденія особенно интересны въ томъ отношеніи, что они ясно показываютъ, какой длинный путь въ мозгу можетъ пройти оболочечная пуля передъ тѣмъ, какъ застрять. Одинъ разъ (№ 204) пуля проникла черезъ правый глазъ и застряла въ серединѣ темени на половину въ кости. Другой разъ входное пулевое отверстіе находилось влѣво отъ средней линіи на границѣ лобной и теменной области, пуля же прощупывалась въ правой затылочной области *). Этотъ случай протекъ благополучно, хотя изъ глубины раны на затылкѣ выдѣлялся гной. Конечно, можно допустить, что раннее удаленіе снаряда предотвратило распространеніе инфекціи.

III. Въ противоположность къ обоимъ упомянутымъ случаямъ привожу два, окончившихся смертельно, случая изъ слѣдующей группы вторично-оперированныхъ поврежденій (таблица № 36, рубрика IIIa и таблица № XIIIa). У раненаго № 211 входное пулевое отверстіе лежало влѣво отъ средней линіи на границѣ лобной и теменной кости, выходнаго пулевого отверстія не было. Во время дебридированія входного отверстія, предпринятаго приблизительно на третій день послѣ поврежденія, пули не

*) Похожій случай сообщаетъ Дерюжинскій. Хирургія. 1906. XX. № 119. pag. 408.

найдено. На 12-ый день послѣ вмѣшательства раненый погибаетъ при явленіяхъ менингита. Вскрытіе обнаруживаетъ интересныя данныя; пуля застряла въ правой теменной кости, слегка выпятивъ мягкія части острымъ концомъ своимъ. Въ области пулевого канала въ лобной и теменной долѣ справа — обширный абсцессъ. Гнойный менингитъ не обнаруженъ. Очень похожъ на описанный случай № 213. Здѣсь пуля застряла въ лѣвой затылочной области; входное пулевое отверстіе находилось на лѣвомъ вискѣ. Застрявшій и на половину вышедшій снарядъ удаленъ на седьмой день послѣ поврежденія. Десять дней спустя раненый умираетъ. Вскрытіе обнаружило большой абсцессъ вдоль пулевого канала. Менингита не было. Входное и выходное пулевыя отверстія уже закрылись. Въ обоихъ этихъ случаяхъ вѣроятно имѣлась первичная инфекція. Только раннее удаленіе легко доступной извлеченію пули могло-бы предотвратить смертельный исходъ. Но въ подобныхъ случаяхъ, благодаря длинѣ глубоко лежащаго пулевого канала, условія для оттока весьма неблагопріятныя, благодаря чему трудно бороться съ образованіемъ глубокихъ абсцессовъ. — Кромѣ двухъ названныхъ случаевъ, изъ семи вторично дебридированныхъ умерло еще трое, — въ общемъ пять. Во всѣхъ трехъ случаяхъ мы имѣли дѣло съ значительнымъ раздробленіемъ вокругъ входного пулевого отверстія и съ обширнымъ размозженіемъ мозга (№№ 212, 214, 215). Особенно тяжелое поврежденіе получилъ № 212, у котораго пуля, ударившая плашмя въ лобъ, проникла внутрь черепа (болѣе подробныя свѣдѣнія см. въ исторіи болѣзни).

Въ живыхъ остались два случая — № 207 и № 206. Послѣдній былъ дебридированъ на восьмой день послѣ раненія; сильнаго раздробленія у входного отверстія не обнаружено, но уже имѣлся абсцессъ мозговой коры. Пуля не найдена. Черезъ шесть мѣсяцевъ больной былъ эвакуированъ, послѣ того, какъ былъ закрытъ посредствомъ остеопластики дефектъ въ кости. Согласно позднѣйшимъ свѣдѣніямъ о немъ, онъ умеръ черезъ годъ послѣ раненія во время эпилептическаго припадка. Другой уже раньше упомянутый нами, случай № 207, былъ оперированъ на 40 день post traumam, вслѣдствіе явленій увеличивающагося мозгового давленія (инфекція?). На 23-ій день зарубцевавшееся

входное отверстіе въ лѣвой теменной кости было уже раньше дебридировано, такъ какъ подъ кожей прощупывались осколки, принятые за части пули. Выяснилось, что дѣло шло о раздробленіи кости у входного отверстія, причемъ осколки были сильно сдвинуты. Радіографія-же опредѣлила деформированную пулю слѣва въ затылочной области [см. снимокъ VIII и V(0)]. Какъ уже упомянуто, при второй операціи на 40-ой день, пуля удалена. Два года спустя раненый страдаетъ постоянными головными болями, частыми припадками головокруженія и неспособенъ къ работѣ.

IV. Ко вторично оперированнымъ присоединяются два случая (№ № 208 и 209) (таблица № 36, рубрика IVa и № XIV), которымъ уже въ другихъ лазаретахъ были удалены застрявшія пули. Случай № 208 принадлежитъ къ тѣмъ, у которыхъ пулю удалось прощупать. Пуля, проникшая въ срединѣ праваго виска и застрявшая въ области затылка была удалена на 15-ый день. № 209 — это вѣроятно единственный случай, когда пуля лежала слизко къ входному отверстію или же въ немъ самомъ. Пуля была удалена въ теченіе первыхъ дней. Оба раненыхъ выздоровѣли. Остались лишь явленія, которыя такъ же, какъ и въ аналогичныхъ случаяхъ, должны быть объяснены разрушеніемъ мозгового вещества или образованіемъ рубца въ послѣднемъ.

Изъ нашихъ наблюденій надъ раненіями съ застрявшими оболочечными пулями, мы можемъ вывести относительно леченія слѣдующее: первичное удаленіе пули должно выполнять только тогда, когда мы можемъ видѣть или ощупать её. Обыкновенно невозможно извлечь пулю черезъ входное отверстіе, вслѣдствіе того, что она проникаетъ слишкомъ далеко въ мозгъ, большею частью даже доходитъ до противоположной стѣнки черепа. Такъ какъ положеніе пули можетъ быть опредѣлено только съ помощью рентгеновскихъ снимковъ, то относящіяся сюда операціи могутъ и должны производиться лишь въ тыловыхъ лазаретахъ. Первичное дебридированіе входного пулевого отверстія необходимо только въ томъ случаѣ, если предполагается распространенное раздробленіе. Тогда дебридированіе должно производиться на тѣхъ же самыхъ основаніяхъ, какъ и при

другихъ огнестрѣльныхъ оскольчатыхъ переломахъ, — какъ можно раньше. При отсутствіи раздробленія — при отвѣсномъ раненіи, достаточно и асептической, окклюзивной повязки, какъ это доказали пользованные консервативно случаи. Во всякомъ же случаѣ застрявшая въ черепѣ пуля служитъ источникомъ постояннаго безпокойства для врача и раненаго. — Вторичныя вмѣшательства, вслѣдствіе нагноенія, не давали успѣшныхъ результатовъ, по крайней мѣрѣ, въ нашихъ случаяхъ. Положимъ, дѣло шло почти исключительно о тяжелыхъ поврежденіяхъ съ обширнымъ разрушеніемъ кости и мозга.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло съ вопросомъ о леченіи поврежденій отъ застрявшихъ частей артиллерійскихъ снарядовъ.

Въ общей части мы уже видѣли (стр. 16), что шрапнельныя пули застревали въ 41,9 % случаевъ. Изъ 34, относящихся сюда наблюденій, только два касались раненій мягкихъ частей (см. отдѣлъ о раненіяхъ мягкихъ частей). Въ двухъ другихъ случаяхъ, № № 337 и 339, имѣлись орбитальныя или же темпоро-орбитальныя поврежденія, о которыхъ будетъ говориться впослѣдствіи. Одинъ достопримѣчательный случай № 257 былъ сообщенъ при обсужденіи тангенціальныхъ поврежденій. Такимъ образомъ, на таблицѣ № 36 среди застрявшихъ артиллерійскихъ снарядовъ мы находимъ только 29 поврежденій шрапнелью. Сюда слѣдуетъ еще причислить два перелома черепа, причиненныхъ осколками гранатъ. Оба они являются единственными наблюдавшимися нами случаями застрявшихъ въ мозгу частей крупныхъ арт. снарядовъ (гранатъ) (№ № 327 и 328). Итакъ, будетъ обсуждаться всего 31 наблюденіе съ застрявшими частями арт. снарядовъ. Почти во всѣхъ изъ нихъ кромѣ раненія черепной капсулы было повреждено и содержимое черепа. Только въ четырехъ случаяхъ твердая мозговая оболочка осталась неповрежденной.

I. Изъ 31 раненыхъ только четыре не были оперированы. Одинъ изъ этихъ четырехъ случаевъ (№ 309), поступившій съ инфицированной раной на пятый день послѣ раненія, умеръ на слѣдующій день. Вскрытіе обнаружило дырчатое раненіе (см. снимокъ IV a и b) лобной

кости слѣва и въ мозгу круглый, пропускающій мизинецъ, пулевой каналъ, въ концѣ котораго на разстояніи приблизительно 6 *cm.* отъ входного отверстія находилась пуля. Операція не была произведена, вслѣдствіе того, что раненый былъ сданъ въ безсознательномъ состояніи съ исчезнувшимъ рефлексомъ зрачка. — Благопріятно протекъ случай № 306 при консервативномъ леченіи. Рентгеновское изслѣдованіе установило присутствіе шрапнельной пули внутри черепа. Случай не представлялъ существенныхъ разстройствъ, на этомъ основаніи не производилось никакого вмѣшательства (см. исходы, таб. № XV). У третьяго неоперированнаго, т. е. недебридированнаго (№ 307) раненаго, пуля проникла слѣва надъ ухомъ и половина ея была извлечена изъ-подъ кожи надъ proc. mast. [см. снимокъ V (II)], костная же рана оставлена въ покоѣ. Только впослѣдствіи было констатировано, что вторая половина сидитъ внутри черепа (см. снимокъ X). Раненый обнаруживалъ признаки инфекціи: температура, ригидность мускулатуры затылка и т. д. Но всё-таки казалось, что организмъ справится съ инфекціей. На долго-ли, этого мы, къ сожалѣнію, не знаемъ. О четвертомъ случаѣ, № 308, мы имѣемъ слишкомъ краткія свѣдѣнія и поэтому судить о немъ не можемъ. Весьма возможно, что пуля проникла черезъ сфеномаксиллярную впадину въ орбиту.

Въ оперированныхъ случаяхъ (25 поврежденій шрапнелью и 2 осколками гранатъ), за исключеніемъ №№ 318, 329 и 336, удавалось извлечь послѣ дебридированія застрявшія части снарядовъ. Это обстоятельство служитъ особенно важнымъ моментомъ въ вопросѣ о леченіи поврежденій артиллерійскими снарядами, въ частности многочисленныхъ поврежденій шрапнельными пулями. Оно же и обусловливаетъ существенную разницу между леченіемъ выше-названныхъ поврежденій и раненій оболочечной пулей. Опытъ учитъ, что живая сила шрапнельной пули обычно изсякаетъ послѣ пробитія черепной капсулы. Пулю находятъ въ области размозженія мозга на глубинѣ 2—3 стм. Изъ 25 случаевъ въ четырехъ, слѣдовательно не особенно рѣдко, пуля только вдавила кость, не повредивъ твердую мозговую оболочку и застревала въ мягкихъ частяхъ. Особенно заслуживаетъ вниманія случай

№ 310, приведенный уже при обсужденіи вопроса объ инфекціи огнестрѣльныхъ поврежденій черепа. Здѣсь пуля врѣзалась въ кость, увлекая съ собой части фуражки и могла быть удалена только съ помощью долота [см. снимокъ V (IV)]. Въ трехъ другихъ случаяхъ №№ 315, 316, 323 снарядъ свободно лежалъ въ мягкихъ частяхъ по сосѣдству съ мѣстомъ перелома. — Слѣдующее обстоятельство не безразлично для леченія застрявшихъ шрапнельныхъ пуль. Именно, часто шрапнельная пуля, ударяясь о кость, раскалывается на двѣ половины, изъ которыхъ одна проникаетъ внутрь черепа, а другая остается въ мягкихъ частяхъ (№№ 314 и 334). Иногда даже обѣ половины проникаютъ въ полость черепа, какъ мы это наблюдали въ двухъ случаяхъ, №№ 335 и 336. Въ неблагопріятномъ исходѣ послѣдняго вѣроятно была виновата вторая половина пули, неудаленная при операціи [см. снимокъ V (III)].

II. Согласно таблицѣ № 36 стр. 302 изъ 27 застрявшихъ частей артиллерійскихъ снарядовъ (оперированныхъ) — тринадцать первично удаленныхъ. Къ сожалѣнію, только три случая могли болѣе долгое время подвергаться нашему наблюденію (см. таблицу № XII b). Но, судя по исторіямъ болѣзни, можно разсчитывать и въ другихъ случаяхъ на благопріятное теченіе, въ особенности въ тѣхъ трехъ, гдѣ dura не была вскрыта. За исключеніемъ этихъ случаевъ и № 318, гдѣ пуля, проникнувшая черезъ лобъ, застряла въ правомъ глазномъ яблокѣ и вмѣстѣ съ послѣднимъ была удалена, при дебридированіи входного отверстія представлялась всегда одинаковая картина. Въ поверхностномъ очагѣ размозженія мозга пуля лежала между осколками кости и свертками крови, откуда, какъ уже раньше упомянуто, могла быть легко извлечена.

III. Вторично оперированные случаи (11) поступали на излеченіе не ранѣе третьяго дня послѣ раненія (таблица № 36, рубрика III b и таблица № XIII b). Три случая, умершіе въ лазаретахъ, были оперированы только въ концѣ первой недѣли. Изъ нихъ одинъ погибъ отъ тифа (перфорація). Débridement было сдѣлано въ теченіе второй недѣли послѣ раненія и расколотая на двѣ половины пуля удалена. Черезъ тринадцать дней вскрытіе обнаружило, что

рана въ мозгу „почти зажила.“ Случай № 336 могъ бы быть спасенъ ранней операціей; кромѣ того вторая половина шрапнели не удалена и только мѣсяцъ спустя вышла наружу съ выпячивающимися распадающимися мозговыми массами. Трудно рѣшить, могло-ли раннее вмѣшательство создать болѣе выгодныя условія въ случаѣ № 335, такъ какъ мы имѣли здѣсь очень тяжелое раненіе, осложненное переломомъ основанія черепа. — Весьма характерныя данныя представляетъ изъ выжившихъ случай № 330, гдѣ на шестой день послѣ травмы была вскрыта поверхностная, наполненная гноемъ полость, въ которой лежала слегка деформированная пуля и нѣсколько маленькихъ костныхъ осколковъ. Также и въ остальныхъ случаяхъ пули сидѣли поверхностно, раны оказались инфицированными и вслѣдствіе этого операція — ясно показанной. Короткій періодъ наблюденія мѣшаетъ намъ судить относительно исхода. Только одинъ случай № 329 наблюдался болѣе долгое время. Въ данномъ случаѣ пуля вошла въ область лба надъ лѣвымъ глазомъ, раздробила переднюю и заднюю стѣнки sinus frontalis и застряла въ подбородкѣ. Раненый былъ оперированъ приблизительно на третій день. Спустя три недѣли дефектъ въ кости былъ закрытъ пластикой.

IV. Въ заключеніе необходимо упомянуть три случая IV-ой рубрики b на таблицѣ № 36, которымъ въ другихъ лазаретахъ были удалены застрявшія шрапнельныя пули. Во всѣхъ трехъ случаяхъ имѣлись послѣдствія поврежденія, оставшіяся несмотря на удаленіе пули.

Какъ показываютъ только что приведенные случаи, мы не всегда можемъ разсчитывать, что удаленіе пули благотворно повліяетъ на явленія выпаденія. Но во всякомъ случаѣ данныя, полученныя при débridement этого рода раненій, даютъ намъ право предпринимать наивозможно скоро операцію. Поврежденія шрапнельными пулями мы никоимъ образомъ не можемъ сравнить съ застрявшими револьверными пулями въ мирное время. Въ послѣднихъ имѣются небольшія наружныя раны при обычно чистыхъ головныхъ покровахъ и отсутствіи загрязненія пулевого канала увлеченными частями головного убора (самоубійцы). Пули почти исключительно мелко-калиберныя. — Совершенно

иначе обстоитъ дѣло при военно-полевыхъ поврежденіяхъ шрапнелью. Здѣсь мы всегда имѣемъ дѣло съ загрязненной кожей. Наружная рана велика (японская шрапнель имѣетъ въ діаметрѣ 12,4 mm.), часто неправильной формы. Части головного убора легко увлекаются вглубь. Такимъ образомъ, опасность зараженія при названныхъ военно-полевыхъ поврежденіяхъ значительно больше, чѣмъ въ мирное время. Какъ показываютъ наши наблюденія и какъ уже неоднократно было упомянуто, пули лежатъ настолько поверхностно, что удаленіе ихъ и ими увлеченныхъ осколковъ не представляетъ особенной трудности. Конечно, возможны случаи, когда проникшее постороннее тѣло или костные осколки могутъ зажить внутри черепа. Съ другой стороны случается, что обладающая большей „пробойностью“ или проникающая черезъ тонкій участокъ кости, шрапнельная пуля прокладываетъ себѣ путь глубоко въ мозгу. Обычно же пуля лежитъ поверхностно; въ такомъ случаѣ, благодаря своевременному удаленію послѣдней возможно предотвратить инфекцію и освободить мозгъ отъ инсультирующаго его тѣла. — Повидимому, подобнымъ же образомъ складываются обстоятельства при наблюдаемыхъ изрѣдка въ лазаретахъ случаяхъ застрявшихъ осколковъ бризантныхъ снарядовъ.

Раненія основанія черепа.

I. Какъ показываетъ таблица № XIa, четырнадцать случаевъ пользовались консервативно.

Единственный изъ этихъ раненыхъ, умершій въ лазаретѣ, былъ доставленъ уже умирающимъ (№ 229).

Среди тринадцати раненыхъ, помѣченныхъ какъ живыхъ, въ девяти случаяхъ болѣе или менѣе опредѣленно можно полагать, что пуля не проникла въ черепную полость. О нѣсколькихъ изъ названныхъ случаевъ мы имѣемъ данныя позднѣйшаго излѣдованія (см. главу объ исходахъ). — Изъ четырехъ случаевъ, въ которыхъ дѣло шло, по всей вѣроятности, о проникающихъ поврежденіяхъ впослѣдствіи умерли двое. Одинъ изъ нихъ покончилъ самоубійствомъ (№ 226) годъ спустя послѣ раненія. Погибъ-ли другой (№ 219) отъ послѣдствій поврежденія мозга, намъ неизвѣстно, но это вполнѣ вѣроятно. Къ нагноенію, развившемуся вначалѣ на шеѣ,

могъ легко присоединиться менингитъ. Въ обоихъ этихъ случаяхъ больные подверглись операціи, вызванной въ одномъ случаѣ флегмоной на шеѣ, въ другомъ кровотеченіемъ изъ вѣтвей сонной артеріи, но черепныя раны не были дебридированы. Въ случаѣ № 219 дебридированіе раны головы не казалось необходимымъ, такъ какъ раны закрылись, а параличи изчезли. Раненый № 226 вначалѣ производилъ впечатлѣніе безнадежнаго случая. Въ послѣдующее время на переднемъ планѣ стояли послѣдствія тяжелаго поврежденія лицевыхъ костей и шейныхъ сосудовъ. Оба другихъ случая №№ 222 и 227, о которыхъ имѣются позднѣйшія свѣдѣнія поступили съ уже зарубцевавшимися ранами и не представляли никакихъ угрожающихъ симптомовъ за время наблюденія въ лазаретѣ.

Изъ случаевъ поврежденія основанія черепа дебридировано было только три.

II. Первично дебридированъ былъ одинъ случай (№ 230) въ которомъ входное пулевое отверстіе лежало въ правой височной кости, выходное — у лѣвой ноздри. Наблюдать раненаго пришлось короткое время.

III. Вторично оперированы (вслѣдствіе инфекціи) были два случая. Оба съ неблагопріятнымъ исходомъ. Здѣсь имѣлись распространенное раздробленіе кости и обширное размозженіе мозга. Раненые были доставлены — одинъ (№ 232) на пятый, другой (№ 231) на восьмой день послѣ раненія.

Такимъ образомъ, согласно нашимъ наблюденіямъ, бо́льшая часть поступающихъ на излеченіе раненій основанія черепа не нуждается въ débridement на томъ основаніи, что пулевой каналъ проходитъ внѣ полости черепа. При проникающихъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ, какъ напримѣръ №№ 230 и 232, зависитъ отъ положенія и состоянія раны, какой терапіи слѣдуетъ держаться. При обширныхъ раздробленіяхъ глазницы съ разрушеніемъ глаза, при поврежденіи носовыхъ проходовъ (пневматичныхъ полостей черепа) даже v. Bergmann совѣтуетъ не уклонятся отъ извлеченія нагроможденныхъ другъ на друга осколковъ кости.

Отсюда мы переходимъ къ обсужденію леченія послѣдней группы, намѣченной въ таблицѣ № 36.

Орбитальныя (орбито-темпоральныя) раненія.

Леченіе многихъ орбитальныхъ и орбито-темпоральныхъ поврежденій, такъ же какъ и нѣкоторыхъ случаевъ предыдущей группы, относится къ области леченія раненій лица. Насъ интересуетъ ихъ терапія въ томъ отношеніи, что цѣлый рядъ такихъ раненій сопряженъ съ прямымъ или косвеннымъ вскрытіемъ полости или раненіемъ содержимаго черепа. Поврежденіе сосѣднихъ пневматическихъ полостей черепа, раненіе и разрушеніе глазного яблока могутъ осложнить этотъ родъ раненій и сдѣлать его тяжелымъ по послѣдствіямъ.

I. На таблицѣ № 36 и № XIa четырнадцать случаевъ изъ наблюдавшихся нами поврежденій оболочечными пулями отмѣчены „неоперированными“. При этомъ нужно упомянуть, что три случая (№№ 233, 237 и 239) всѣтаки были оперированы. Въ №№ 237 и 239 была сдѣлана eviscératio resp. энуклеированъ поврежденный глазъ, у № 233 также энуклеированъ bulbus и расширено выходное пулевое отверстіе (въ os zygomat.) вслѣдствіе нагноенія. Къ „неоперированнымъ“ они причислены только потому, что не произведено débridement черепной раны.

Два раненыхъ изъ 14 умерли за время нашего наблюденія. Одинъ (№ 245), раненный поперекъ черезъ лѣвый глазъ и область праваго виска, умеръ приблизительно на девятый день. Другой № 246 — темпоро-орбитальное раненіе въ косомъ направленіи — погибъ жертвой менингита на 12-ый день. Въ приведеномъ случаѣ имѣлось, какъ выяснилось при вскрытіи, прямое поврежденіе нижней части лѣвой височной доли. Раненіе рѣшетчатой кости по всей вѣроятности повело въ обоихъ случаяхъ къ вторичной инфекціи.

Въ десяти, оставшихся въ живыхъ, случаяхъ, въ которыхъ не производились никакія операціи, два раза дѣло шло о битемпоральныхъ поврежденіяхъ (№№ 241 и 242), одинъ разъ объ орбитальномъ (№ 236), гдѣ пуля вышла въ области шеи, шесть разъ о темпоро-орбитальныхъ поврежденіяхъ (№№ 234, 235, 238, 240, 243, 244). Въ большинствѣ этихъ случаевъ можно исключить непосредственное поврежденіе мозга*). Явленія, принуждающія насъ въ другихъ

Примѣчаніе: *) поврежденіе мозга мы можемъ допустить, судя по ходу пулевого канала, въ случаѣ № 241 (сравн. Механика стр. 41).

случаяхъ къ оперативному вмѣшательству, отсутствовали, раненые были доставлены не ранѣе конца первой недѣли, нѣкоторые даже значительно позднѣе. Къ этимъ случаямъ мы еще вернемся при обсужденіи исходовъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа.

Дебридированіе произведено въ восьми случаяхъ названной группы.

II. Пять разъ сдѣлана первичная операція. Въ одномъ случаѣ № 249 была вскрыта черепная полость и поранена dura. Въ другихъ (см. таблицу № XII a) исторія болѣзни не даетъ возможности заключить, насколько вскрыта черепная полость пулей, нашедшей себѣ путь частью вдоль основанія черепа. Въ трехъ случаяхъ за дебридированіемъ послѣдовала энуклеація поврежденнаго глаза.

III. — Вторично оперированы были два случая. Одинъ изъ нихъ (№ 254), въ которомъ вѣроятно мозгъ былъ поврежденъ, оперированъ — вслѣдствіе инфекціи — на 13-ый день послѣ раненія (выходное пулевое отверстіе въ правомъ вискѣ, входное — въ лѣвой носовой кости). Здѣсь такъ же, какъ и въ упомянутыхъ выше случаяхъ, инфекція, по всѣмъ вѣроятіямъ, исходила изъ носовой полости. Раненый умеръ на слѣдующій день послѣ операціи. Болѣе счастливо протекъ другой случай № 252, и доставленное оперированнымъ орбитальное поврежденіе (№ 253), несмотря на то, что въ послѣднемъ позднѣе обнаружились признаки инфекціи.

Большая часть орбитальныхъ раненій не нуждается въ оперативномъ вмѣшательствѣ, кромѣ, можетъ быть, энуклеаціи, необходимой въ каждомъ случаѣ, гдѣ глазное яблоко повреждено самою пулею или осколками кости. Изъ этого правила исключаются случаи съ обширнымъ раздробленіемъ глазницы и около лежащихъ полостей, о которыхъ рѣчь была уже раньше (нашъ случай № 249). — Въ самыхъ невыгодныхъ условіяхъ находятся раненія въ поперечномъ направленіи, при которыхъ случается, что пуля пронизываетъ обѣ глазныя впадины и вскрываетъ лежащія по сосѣдству носовыя полости. Въ такихъ случаяхъ опасность вторичной инфекціи очень велика, а предотвратить ее оперативнымъ путемъ почти невозможно, по причинѣ глубокаго положенія пулевого канала. Здѣсь мы можемъ стараться предотвра-

тить неблагопріятный исходъ только съ помощью профилактическихъ мѣръ, какъ очистка носовой полости и т. п. — Если же пулевой каналъ черезъ глазницу проникаетъ въ лобную или височную долю мозга, то, смотря по состоянію костной раны (раздробленіе) надъ этой частью мозга, и слѣдуетъ съ нею обращаться.

О леченіи поврежденій орбиты артиллерійскими снарядами нельзя прибавить много къ сказанному. У насъ отмѣчены четыре подходящія сюда наблюденія[1]) (таблица № XI b и таблица № 36, рубр. I b). Одинъ случай (№ 340) окончился летально тотчасъ послѣ поступленія въ лазаретъ, на пятый день послѣ раненія. Дѣло шло объ обширномъ разрушеніи всей орбиты. Я не берусь рѣшить вопросъ, могло-ли раннее вмѣшательство оказаться спасительнымъ въ данномъ случаѣ. Изъ трехъ другихъ случаевъ въ № 339 шрапнельная пуля пробила наружную стѣнку лѣвой глазницы и проникла до праваго угла нижней челюсти. Bulbus былъ поврежденъ загнанными въ него осколками кости. Раненіе мозга исключено ввиду того, что не было никакихъ симптомовъ, указывающихъ на таковое. Въ двухъ другихъ случаяхъ, №№ 337 и 338, дѣло шло о снарядахъ, застрявшихъ въ орбитѣ. Въ случаѣ № 338 осколокъ былъ извлеченъ на пятый день изъ-подъ лѣваго глазного яблока. Какъ показалъ рентгеновскій снимокъ, въ случаѣ № 337 осколокъ лежалъ въ задней нижней части глазницы. При энуклеаціи разрушеннаго глаза осколокъ не былъ найденъ. Раненый не обнаруживалъ никакихъ угрожающихъ явленій. Судя по рентгеновскому снимку осколокъ застрялъ внѣ полости черепа. На основаніи этого не были предприняты дальнѣйшія попытки къ удаленію его.

---

1) Эти наблюденія тоже причислены къ „неоперированнымъ“, хотя въ двухъ изъ нихъ произведена энуклеація.

Здѣсь слѣдуетъ указать, что всего энуклеировано было 15 поврежденныхъ глазныхъ яблокъ*) (одинъ эвисцерированъ). Въ двухъ случаяхъ №№ 145 и 182 также предпринималась энуклеація съ цѣлью раскрыть пулевой каналъ, проходящій позади глазного яблока.

*) №№ 69, 194, 195, 233, 237, 239, 247, 248, 249, 251, 252, 253, 318, 337, 339. — Среди неопредѣленныхъ случаевъ энуклеація сдѣлана у № 379.

XIII. Къ прогнозу огнестрѣльныхъ поврежденій черепа.

Изъ нѣкоторыхъ данныхъ и таблицъ, приведенныхъ въ предыдущихъ главахъ (общая часть, глава о леченіи и инфекціи) мы уже получили нѣкоторое представленіе о прогнозѣ огнестрѣльныхъ переломовъ черепа. Здѣсь придется привести еще разъ нѣкоторыя изъ упомянутыхъ цифръ, чтобы получить болѣе полную картину объ интересующемъ насъ вопросѣ.

Изъ общаго числа 435 наблюдавшихся въ нашихъ лазаретахъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа умерло 98, то есть 22,5%. Изъ 380 огнестрѣльныхъ переломовъ черепа кончилось смертью также 98, такъ какъ между 55 поврежденіями мягкихъ частей не было ни одного смертельнаго случая. — Процентъ смертности огнестр. переломовъ равняется, такимъ образомъ, 25,7. Но это число должно разсматриваться, какъ несоотвѣтствующее дѣйствительности ввиду того, что при вычисленіи его были взяты всѣ случаи, даже съ короткимъ срокомъ наблюденія.

Распредѣляя смертельные случаи по роду оружія, причинившему раненіе, мы получаемъ слѣдующую картину:

На 254 поврежденія оболочечной пулей приходятся 68 умершихъ = 26,7%.

На 65 повр. шраннелью } 85 — 10 ум. } 14 = 15,3% } 16,4%
„ 20 „ гранатой } — 4 „ } = 20,0% }

„ 40 поврежденій, гдѣ родъ огнестрѣльнаго оружія остался неизвѣстнымъ — 16 умершихъ = 40,0%.

При такомъ сопоставленіи поразительнымъ является незначительный процентъ смертныхъ случаевъ среди поврежденій, причиненныхъ артиллерійскими снарядами, въ частности, шрапнелью. Если мы даже примемъ во вниманіе значительное число смертельныхъ случаевъ среди тѣхъ наблюденій, гдѣ родъ оружія остался неопредѣленнымъ, и распредѣлимъ это число соотвѣтственно отношенію между собой поврежденій оболочечной пулей и шрапнелью вообще, то всё-таки на поврежденія артиллерійскими снарядами при-

дется меньше смертныхъ случаевъ, чѣмъ на раненія оболочечными пулями. Раньше упомянутое обстоятельство, что нѣкоторые случаи наблюдались только въ продолженіе недолгаго времени, не можетъ достаточно объяснить эту разницу уже въ силу того, что допущенныя здѣсь ошибки равномѣрно распредѣляются на всѣ виды оружія. — Вышеуказанную разницу можно было-бы отчасти объяснить тѣмъ, что при поврежденіяхъ артиллерійскими снарядами, въ частности же шрапнелью, значительно чаще примѣнялось первичное дебридированіе. Въ самомъ дѣлѣ изъ поврежденій оболочечными пулями первично оперировано 26,1%, изъ поврежденій артиллерійскими снарядами — 40,6%. (Сравн. отдѣлъ о терапіи, таблица № 36, стр. 302.) — Такимъ образомъ, мы можемъ допустить, что небольшой процентъ смертности при раненіяхъ артил. снарядами объясняется болѣе благопріятными условіями, созданными первичной операціей. При этомъ надо еще имѣть въ виду, что очень распространенныхъ оскольчатыхъ переломовъ, причиненныхъ артиллерійскими снарядами, у попадающихъ въ лазареты, по крайней мѣрѣ, нами не наблюдалось. Мы уже видѣли въ отдѣлахъ о механикѣ и терапіи, что японскія шрапнельныя пули въ общемъ не обладали большой „пробойностью“. (Сравн. поврежденія съ застрявшими шрапнельными пулями стр. 333.) Также ихъ свойство объяснили тѣмъ обстоятельствомъ, что японскіе шрапнельные снаряды рвались, большею частью, на значительной высотѣ.

Ниже приведенная таблица № 39 показываетъ, какъ распредѣлялись смертельные случаи по отдѣльнымъ родамъ раненій оболочечными пулями и артиллерійскими снарядами.

Относительно этой таблицы № 39 нужно принять во вниманіе только что сказанное о поврежденіяхъ артиллерійскими снарядами. Иначе мы не будемъ въ состояніи уяснить себѣ, чѣмъ обусловливается незначительный процентъ (12,9%) смертельныхъ случаевъ при раненіяхъ съ застрявшими частями арт. снарядовъ. — Что же касается поврежденій оболочечными пулями, то мы видимъ, что наименьшее количество смертельныхъ случаевъ падаетъ на орбитальныя — 13,6%, наибольшее — на сегментальныя раненія — 35,1%. Относительно небольшой процентъ

Таблица № 39.

Родъ раненія:	Оболочечная пуля. Общее число.	Оболочечная пуля. Изъ нихъ умерло.	Оболочечная пуля. %	Артилл. снарядъ. Общее число.	Артилл. снарядъ. Изъ нихъ умерло.	Артилл. снарядъ. %
Тангенціальныя ран.	116	33	28,4	49*)	8	16,3
Сегментальныя „	37	13	35,1	2	1	50,0
Діаметральныя „	32	6	18,7	—	—	—
Раненія съ застряв. пулями . . .	30	10	33,3	31	4	12,9
Раненія основанія черепа . . .	17	3	17,6	—	—	—
Орбито-темпоральныя ран. . . .	22	3	13,6	4	1	25,0
	254	68	26,7	86	14	16,3

смертности при діаметральныхъ поврежденіяхъ можно объяснить тѣмъ, что послѣднія подвергаются, повидимому, рѣже инфекціи. (См. отдѣлъ объ инфекціи стр. 215.)

Приведенный въ началѣ этой главы, процентъ смертельныхъ случаевъ, именно 25,7%, который приходится на всѣ огнестрѣльные переломы черепа, даетъ намъ общее понятіе о смертности поступающихъ на излеченіе въ лазареты. Но слѣдуетъ прибавить, что позднѣе, въ теченіе первыхъ двухъ лѣтъ, еще 10,7% погибло отъ послѣдствій поврежденія (см. исходы стр. 361). Какова судьба остальныхъ, объ этомъ мы узнаемъ изъ слѣдующей главы. — Здѣсь же укажемъ, что только относительно пяти раненыхъ изъ бывшихъ на лазаретномъ излеченіи извѣстно про ихъ возвращеніе въ строй (№№ 4, 14, 47, 74, 187). Въ четырехъ случаяхъ были тангенціальныя раненія и одинъ сомнительный случай съ застрявшей пулей. Двое были ранены въ лобъ, трое — въ теменную область.

Всѣ приведенныя цифровыя данныя всё-таки не даютъ намъ настоящаго представленія объ опасности огнестрѣльныхъ поврежденій черепа по той причинѣ, что у насъ до сихъ поръ отсутствуютъ статистическія данныя объ оставшихся на полѣ сраженія съ поврежденіями черепа. Ввиду этого совершенно невозможно произвести полнаго сравненія смертности при поврежденіяхъ мало- и крупно-кали-

*) Между ними одно раненіе револьверной пулей.

бернымъ огнестрѣльнымъ оружіемъ. Согласно свѣдѣніямъ, сообщеннымъ Schaefer'омъ [1]) и Matignon'омъ [2]), половину всѣхъ оставшихся на полѣ брани составляли и въ манчжурской войнѣ раненые въ черепъ. За испано-американскую войну 1898-1901 года вычислено, что 76,8% огнестрѣльныхъ переломовъ черепа тотчасъ же кончались смертью. Принимая же въ расчетъ и смертельные исходы между поступившими въ лазареты, получался процентъ смертности въ 91,7% [3]).

Въ чемъ именно могъ измѣниться прогнозъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа, поступающихъ въ лазаретъ, со введеніемъ пуль малаго калибра?

v. Bergmann [4]) пишетъ въ 1880 г., что въ военно-полевыхъ госпиталяхъ приходится имѣть дѣло преимущественно съ желобовидными огнестрѣльными раненіями (по касательной). „Надъ такими военно-полевыми переломами обычно зіяетъ кожа въ ширину большого пальца. Простѣленные въ голову, или тѣ, у которыхъ пуля застряла въ мозгу, остаются на полѣ сраженія или умираютъ на первыхъ перевязочныхъ пунктахъ.“ Подобныхъ же воззрѣній, относительно прогноза поврежденій оболочечными пулями, держались Schrecker [5]) въ своей диссертаціи 1894 года и Mac Cormac [6]). Эти мнѣнія были подтверждены изслѣдованіями прусскаго военнаго министерства (Medicinal Abteilung) (1894). Опыты съ малокалиберными оболочечными пулями привели къ убѣжденію, что только немногія огнестрѣльныя поврежденія черепа, да и то только причиненныя на большихъ разстояніяхъ (2000 метровъ), будутъ поступать на излеченіе на перевязочные пункты [7]).

Въ 1901 году v. Bergmann [8]) снова подтвердилъ свой взглядъ на мрачный прогнозъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа. Онъ указываетъ, что поврежденія, пронизывающія

1) Archiv für klin. Chirur. Bd. 79. H. 4. Tab. VIII B.
2) „Enseignements médicaux.“ — pag. 229.
3) По Hildebrandt'y: — l. c. pag. 120.
4) „Kopfverletzungen“ — pag. 184.
5) „Zur Prognose der Kopfverletzungen.“ — Berlin.
6) „Some points“ etc. — Britisch. med. journ. 1894. 3 Aug. pag. 278.
7) l. c. pag. 423.
8) „Schusswunden des behaarten Kopfes.“ — Ärztl. Kriegswissen. pag. 199.

насквозь черепъ („durch und durch"), даже на разстояніи больше 1000 метровъ, не нуждаются болѣе во врачѣ и Schlick[1]) писалъ въ 1901 году, что прободающія огнестрѣльныя поврежденія мозга (и сердца) остаются смертельны, „какъ и прежде" и теперешнія раненія не представляютъ никакого отличія отъ прежнихъ, помимо менѣе значительнаго изувѣченія труповъ. По его мнѣнію перфорирующія огнестрѣльныя раненія мозга малокалиберными пулями ведутъ къ моментальной смерти раненаго, независимо отъ того, произошло-ли раненіе на близкомъ или далекомъ разстояніи. — На основаніи сравнительнаго изученія дѣйствія малокалиберныхъ пуль и Тиле[2]) приходитъ къ убѣжденію, что „такою ужасающей смертоносностью при попаданіи въ черепъ не обладала еще ни одна изъ старыхъ безоболочечныхъ свинцовыхъ пуль." — Весьма возможно, что приведенный взглядъ правиленъ для выстрѣловъ на близкомъ разстояніи (но даже и въ этомъ случаѣ не для всѣхъ, см. главу о механикѣ, стр. 41) но, какъ показываетъ опытъ послѣднихъ войнъ такое мнѣніе оказывается не вполнѣ подходящимъ для дистанцій, на которыхъ въ настоящее время происходятъ сраженія. Это подтверждается слѣдующей цитатой изъ руководства военно-полевой хирургіи Таубера. Послѣдній пишетъ[3]): „наконецъ въ современныхъ сраженіяхъ совпадаютъ и такія условія, при которыхъ огнестрѣльное поврежденіе человѣческой головы представляется наиболѣе благопріятнымъ для раненыхъ. — Условія эти суть: средняя дистанція выстрѣла, большая энергія панцырной пули и отвѣсное направленіе удара пули." — Черезъ нѣсколько страницъ онъ-же говоритъ[4]): „въ современныхъ войнахъ нерѣдко встрѣчаются такія огнестрѣльныя поврежденія черепа и головного мозга, которыя способны принять благопріятный исходъ." — Такія воззрѣнія Таубера основываются на свѣдѣніяхъ, полученныхъ за время южно-африканской войны. — Сообщеніями Küttner'a, Makins'a, Stevenson'a, Hildebrandt'a доказано, что на изле-

1) „Meine kriegs-chirurgische Erfahrungen u. s. w." — Deutsche Milit.-ärztl. Zeitschrift. H. 8 u. 9. 1901. Pag. 477.

2) „Итоги свѣдѣній" и. т. д. Русск. Хир. арх. 1902 г., стр. 352.

3) „Огнестр. поврежд." и т. д. 1903 г., стр. 73.

4) Ibidem., стр. 77.

ченіе попадаетъ гораздо большее число огнестрѣльныхъ поврежденій черепа чѣмъ можно было ожидать. Между ними даже такія, гдѣ пуля (оболочечная) пронизала черепъ приблизительно въ одномъ изъ большихъ діаметровъ. — Въ то же самое время констатировано, что преувеличены полученныя экспериментальнымъ путемъ данныя о разстояніи, начиная съ котораго можно ожидать, что пронизывающія раненія черепа не поведутъ къ смерти на полѣ сраженія.

Но тѣмъ не менѣе взглядъ на абсолютно неблагопріятный прогнозъ поврежденій черепа, причиненныхъ современнымъ огнестрѣльнымъ оружіемъ (малокалиберной оболочечной пулей) продолжалъ держаться. — Kirsch[1]) сообщаетъ въ 1906 году, что *огнестрѣльныя поврежденія черепа по касательной — почти единственныя раненія, поступающія на излеченіе.*

Мнѣ кажется, нашъ матеріалъ достаточно подтверждаетъ наблюденія, сдѣланныя частью уже во время южно-африканской войны. — Изъ 254 огнестрѣльныхъ переломовъ, причиненныхъ оболочечной пулей, *мы наблюдали въ 69 случаяхъ глубокія, пронизывающія поврежденія черепа.* Между ними насчитываемъ 32 *діаметральныхъ поврежденія.* Восемь (!) *изъ послѣднихъ были продольными раненіями* (Längsschüsse). — Что касается этихъ, то еще Веберъ[2]) пишетъ, основываясь на своихъ наблюденіяхъ во время южно-африканской войны: „*мнѣ не пришлось ни видѣть, ни слышать о случаѣ, гдѣ пуля проникла бы сквозь черепъ въ передне-заднемъ направленіи, и раненый остался бы въ живыхъ.*“ — Далѣе слѣдуетъ отмѣтить, что среди діаметральныхъ поврежденій нами наблюдались одиннадцать разъ поперечныя раненія (Querschüsse), девять разъ раненія въ косомъ направленіи (Schrägschüsse) и четыре вертикальныхъ. При этомъ среди 65 поврежденій шрапнелью встрѣтились только два сегментальныхъ раненія — (сравн. главу IV стр. 79). Кромѣ того нужно принять во вниманіе единогласное мнѣніе всѣхъ военно-полевыхъ хирурговъ эры

1) „Kriegschirurg. Erfahrungen im Hottentotten-Aufstande“. D. Milit.-ärztl. Zeitschrift. 1906. № 8.

2) „Объ огнестрѣльныхъ поврежд.“ и т. д. — Лѣтопись русской хирургіи, кн. 2 и 3, 1901 г., отд. оттискъ, стр. 22.

крупно-калиберныхъ пуль, что случаи, оставшіеся въ живыхъ при глубокихъ проникающихъ огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ, были большой рѣдкостью, если не считались прямо какъ ошибки въ наблюденіи [1]). На основаніи только что сказаннаго мы приходимъ къ убѣжденію, что со введеніемъ малаго калибра глубокія, пронизывающія поврежденія мозга значительно чаще поступаютъ на излеченіе въ лазареты. Раненые остаются въ живыхъ даже въ такихъ случаяхъ, которые прежде сопровождались моментальной смертью, вслѣдствіе тяжести раненія мозга. — Отдѣльныя наблюденія глубокихъ пронизывающихъ (діаметральныхъ) раненій шрапнелью не могутъ измѣнить этого факта. Между прочимъ Дьяконовъ [2]) сообщаетъ одинъ подходящій случай (№ 34, стр. 122) и дѣлаетъ изъ него заключеніе, которое вполнѣ противорѣчитъ нашему. Онъ констатируетъ, что между безоболочечнымъ снарядомъ стараго типа и шрапнельной пулей существуетъ большое сходство въ смыслѣ дѣйствія ихъ. — Въ силу того, что между поврежденіями шрапнелью попадаются и діаметральныя раненія, то по Дьяконову: „выживаніе больныхъ, получившихъ рану черепа шрапнельною пулею, столь мало вѣроятное по хирургическимъ взглядамъ недавняго прошлаго, но нисколько не удивляющее насъ въ настоящее время — должно служить вѣскимъ доводомъ въ пользу того, что не прогрессу въ устройствѣ пуль мы обязаны тѣми немногими пріятными ощущеніями, которыя заставляютъ вспоминать о гуманности среди весьма негуманной обстановки войны“. — Сравненіе японскихъ шрапнельныхъ пуль съ крупно-калиберными ружейными пулями не вполнѣ допустимо ввиду того, что разница въ калибрѣ и вѣсѣ различныхъ пуль стараго образца слишкомъ велика. — Привожу здѣсь небольшое сопоставленіе вѣса и калибра различныхъ пуль для иллюстраціи сказаннаго [3]).

Снарядъ:	Діаметръ:	Вѣсъ:
Японская шрапнельная пуля 1904/1905	12,4 mm.	10,2 gr.

1) Vergl. Bergmann: „Kopfverletzungen“. 1880. Pag. 433 и слѣд.
2) l. c. стр. 114, 115.
3) По Schjerning, Thöle, Voss. „Die Schussverletzungen“. — 1902. Pag. 53 и слѣд.

Снарядъ:	Діаметръ:	Вѣсъ:
Ружье „Крнка“ русск.-тур. война 1877/1878	15,24 mm.	35,5 gr.
Ружье „Snider“ русск.-тур. война 1877/1878	14,6 mm.	31,72 gr.
„Zündnadel-Gewehr“ Пруссія 1870/1871.	13,6 mm.	30,42—31,0 gr.

Эти цифры достаточно доказываютъ, что упомянутое сравненіе не выдерживаетъ критики ввиду того, что не только калибръ больше, но въ среднемъ и вѣсъ ружейныхъ пуль почти во всѣхъ европейскихъ арміяхъ между 1840 и 1888 годами въ два-три раза превосходитъ вѣсъ японскихъ шрапнельныхъ пуль.

Итакъ, другими словами, пр. Дьяконовъ хочетъ объяснить наблюдаемое во время послѣднихъ войнъ благопріятное теченіе глубокихъ проникающихъ огнестрѣльныхъ раненій черепа и мозга, главнымъ образомъ, улучшеннымъ способомъ леченія ранъ въ современной хирургіи. — Его мнѣніе однако расходится съ точными показаніями многихъ военно-полевыхъ хирурговъ стараго времени, которые заявляютъ, что имъ никогда не приходилось видѣть живымъ раненаго съ глубокимъ, пронизывающимъ поврежденіемъ черепа (von Bergmann, von Bruns). Изъ этого можно заключить, что раненые погибали отъ тяжести поврежденія мозга, прежде чѣмъ вообще могло быть примѣнено какое-либо леченіе — хотя-бы по нашимъ теперешнимъ понятіямъ и неподходящее. Что исключенія были возможны и при прежнихъ свинцовыхъ пуляхъ, навѣрное, никѣмъ не будетъ оспариваться. Такъ Тауберъ[1]) сообщаетъ объ одномъ, благополучно окончившемся, поперечномъ огнестрѣльномъ поврежденіи черепа изъ русско-турецкой войны. Но прежде такіе случаи являлись рѣдкими исключеніями, тогда какъ выше приведенныя цифры нашей статистики достаточно доказываютъ, что при поврежденіяхъ малокалиберными пулями (въ особенности, быть можетъ, 6,5 mm. ружья системы Arusaka) они не рѣдкость.

Такимъ образомъ, мы не можемъ согласиться,

1) l. c. стр. 76.

что прогнозъ даже при глубокихъ діаметральныхъ поврежденіяхъ („Volltreffer“) оболочечными пулями безъ исключенія сдѣлался еще болѣе неблагопріятнымъ, чѣмъ прежде, какъ это утверждаетъ Ohm[1]). Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ провести рѣзкую границу между раненіями на далекомъ и близкомъ разстояніяхъ (Fern- und Nahschüsse).

Что же касается прогноза отдѣльныхъ свѣжихъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа, поступающихъ на излеченіе, то само собою разумѣется, что онъ зависитъ прежде всего отъ обширности поврежденія мозга. Но и поврежденіе кости играетъ значительную роль въ силу того, что прободеніе черепного свода само по себѣ, даже при неповрежденной dura, приводитъ къ принципіальному различію въ прогнозѣ сравнительно съ непроникающими поврежденіями (Hoffmann[2]). Обширность и родъ поврежденія кости имѣетъ не малое вліяніе на тяжесть поврежденія мозга. Такъ во многихъ случаяхъ тангенціальнаго раненія съ сильнымъ раздробленіемъ кости мы находимъ, что мозгъ поврежденъ серьезнѣе, чѣмъ при нѣкоторыхъ діаметральныхъ раненіяхъ съ длиннымъ, но узкимъ пулевымъ каналомъ въ мозгу. Прогнозъ послѣднихъ, однако, тоже является сомнительнымъ. Это доказываетъ уже то обстоятельство, что подобныя поврежденія значительно уступаютъ въ численности тангенціальнымъ раненіямъ. При діаметральныхъ поврежденіяхъ вообще имѣются на-лицо, при близкой дистанціи выстрѣла, наиболѣе благопріятныя условія для развитія разрывного (гидродинамическаго) дѣйствія. Часто случается при діаметр. раненіи поврежденіе важныхъ для жизни центровъ или большихъ интрацеребральныхъ кровеносныхъ сосудовъ. Въ противоположность къ тангенціальнымъ прогнозъ діаметральныхъ раненій, поступающихъ въ лазареты, складывается болѣе благопріятно вслѣдствіе меньшей наклонности къ инфекціи. Это обстоятельство, т. е. частое возникновеніе инфекціи при тангенціальныхъ раненіяхъ и дѣлаетъ послѣднія столь

1) „Welchen Einfluss hat die Einführung d. modern. Infanterie-Geschosses“ u. s. w. Dissertation. Giessen. 1904.

2) „Ueber Friedens-Schussverletzungen.“ — Beiträge z. klin. Chir. 1907. Bd. 53. H. 3.

опасными, но отнюдь не болѣе распространенное, чѣмъ при глубоко проникающихъ раненіяхъ, поврежденіе сѣрой мозговой коры, какъ это полагаетъ Irvine[1]).

Хорошими показателями тяжести поврежденія мозга служатъ, какъ извѣстно, степень нарушенія сознанія и измѣненія со стороны пульса. — Что касается степени нарушенія сознанія въ отношеніи прогноза, то v. Bergmann[2]) подраздѣлилъ его въ своихъ III классическихъ категоріяхъ слѣдующимъ образомъ. Къ первой категоріи принадлежатъ самые тяжелые случаи, когда симптомы (мозгового давленія, сотрясенія мозга) или постепенно усиливаются, и больные погибаютъ, или же послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго существованія ихъ наступаетъ улучшеніе. Ко второй категоріи v. Bergmann относитъ такіе случаи, когда нарушеніе сознанія съ самаго начала не сильно развито, больные находятся въ состояніи сонливости, изъ котораго ихъ не трудно пробудить. Къ третьей категоріи причисляются случаи, протекающіе совершенно безъ нарушенія сознанія. Обѣ послѣднія группы даютъ хорошій прогнозъ (не считая опасности инфекціи). Таблицы приведенныя на страницѣ 87 и 89 весьма хорошо иллюстрируетъ сказанное. — На ряду со степенью нарушенія сознанія очень важныя указанія для прогноза можетъ дать намъ наблюденіе пульса. Частый, малый иногда и неравномѣрный пульсъ при совершенно утраченномъ сознаніи долженъ заставлять насъ опасаться самаго дурного и удерживать отъ оперативнаго вмѣшательства. Нужно держаться этого правила особенно на войнѣ; тамъ приходится особенно экономно тратить время, чтобы посвятить его тѣмъ раненымъ, которымъ можно еще помочь (сравн. наблюденіе № 90).

Прогнозъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа ставится еще въ связь съ направленіемъ пулевого хода и съ поврежденной областью. Желательно выяснить, какое вліяніе на прогнозъ имѣетъ то обстоятельство, пронизываетъ-ли пуля внутренность черепа въ сагиттальномъ или трансверсальномъ на-

1) „Illustrative cases...“ etc. Lancet. 1902. V. II; смотри и Stevenson „Report....“ Pag. 33.

2) „Ueber die Einheilung“ u. s. w. — Festschrift zur 100-jährigen Stiftungsfeier des Friedrich Wilhelm's Institutes. 1895.

правленіи и повреждена ли лобная, теменная, височная или затылочная часть головы. Какъ относительно перваго, такъ и второго пункта существуютъ самыя разнообразныя мнѣнія.

Въ частности, по вопросу о томъ, какое именно поврежденіе опаснѣе для раненаго, поперечное или продольное — имѣются рѣзко противорѣчащіе другъ другу взгляды. На основаніи опытовъ и наблюденій, произведенныхъ прусскимъ военнымъ министерствомъ (Medicinal-Abteilung[1]) экспериментаторы пришли къ предположенію, что пуля, пронизывающая черепъ въ поперечномъ направленіи — черезъ високъ (дѣло шло о выстрѣлахъ на близкомъ разстояніи), причиняетъ болѣе обширныя разрушенія, чѣмъ та, которая прободаетъ черепъ въ передне-заднемъ направленіи. Но тѣ же авторы высказываютъ мнѣнія, что, быть можетъ, этотъ выводъ обусловленъ только случайностью. Это соотвѣтствовало бы большой разнородности и неравномѣрности дѣйствія выстрѣла на близкомъ разстояніи (самоубійства). — Къ подобному же выводу приходитъ на основаніи своихъ наблюденій во время южно-африканской войны и Küttner[2]), Онъ получилъ такое впечатлѣніе, будто огнестрѣльныя раненія, пронизывающія черепъ въ трансверсальномъ направленіи опаснѣе, чѣмъ сагиттальныя. Рѣзко-противоположнаго мнѣнія держится Hildebrandt[3]). Послѣдній считаетъ сагиттальныя поврежденія болѣе невыгодными, чѣмъ трансверсальныя. Я позволяю себѣ присоединиться къ мнѣнію Hildebrandt'a уже на томъ простомъ основаніи, что поперечный діаметръ черепа короче продольнаго, сообразно съ этимъ, поврежденія мозга ceteris paribus являются менѣе тяжелыми. Вскрытіе мозгового желудочка при поперечныхъ раненіяхъ происходитъ не всякій разъ, но даже въ такомъ случаѣ поврежденіе не будетъ непремѣнно смертельнымъ (при маломъ калибрѣ), если, конечно, не послѣдуетъ кровотеченія въ желудочки. Кромѣ того, достаточно извѣстно, что поперечныя огнестрѣльныя раненія черезъ переднюю часть черепа (битемпоральныя раненія) при самоубійствахъ мирнаго времени не такъ уже рѣдко протекаютъ благополучно.

---

1) l. c. pag. 359.

2) Beiträge zur klinischen Chirurgie. XXVIII. Bd. H. 3, pag. 778.

3) Freie Vereinigung der Chirurgen. Berlins. 123. Sitzung. 10. III. 1902. Z. B. für Chir. № 19. 1902.

Къ опаснѣйшимъ огнестрѣльнымъ раненіямъ мы должны отнести вертикальныя раненія, что вполнѣ подверждаютъ Makins, Hildebrandt и Холинъ[1]). — Въ такихъ случаяхъ приходится опасаться поврежденія большихъ сосудовъ основанія черепа, но болѣе всего развитія инфекціи черезъ носо-глоточную полость (сравн. случай № 182). Относящійся сюда интересный случай описанъ Benda[2]). — Дѣло шло о вертикальномъ огнестрѣльномъ поврежденіи. Входное пулевое отверстіе находилось въ твердомъ небѣ. Пяти миллиметровая револьверная пуля зажила въ мозговыхъ оболочкахъ въ области парацентральной доли. Пулевой каналъ проходилъ въ косомъ направленіи черезъ носовую полость и правую лобную долю. Въ лобной долѣ мозга, каналъ представлялъ собою цилиндрическую полость, наполненную жидкимъ выдѣленіемъ, содержащимъ большіе желтовато-бѣлые хлопья. Полость эта отдѣлялась отъ прилегающей мозговой ткани гранулирующимъ пластомъ, толщиною въ 3 mm. Benda полагаетъ, что у этого раненаго, умершаго отъ чахотки, процессъ имѣлъ наклонность къ резорбированію и зарубцеванію. Benda считаетъ въ этомъ случаѣ особенно благопріятными условіями для заживленія несложное раненіе кости и мозговыхъ оболочекъ и направленіе пулевого канала. Вертикальное положеніе послѣдняго обусловило „самопроизвольное дренированіе“ („spontane Drainage“). — Мнѣ кажется до нѣкоторой степени сомнительнымъ, можно-ли на самомъ дѣлѣ чего-либо ожидать отъ такого дренированія.

Среди вертикальныхъ огнестрѣльныхъ поврежденій наиболѣе неблагопріятными считаются такія, въ которыхъ пуля проникаетъ черезъ среднюю и заднюю черепныя ямки. (Сравн. исторіи болѣзни №№ 179, 185.) Hildebrandt утверждаетъ, что выживаніе такихъ раненій еще никогда не наблюдалось. Среди нашихъ случаевъ имѣлся только одинъ (№ 179), который мы могли-бы разсматривать, какъ поврежденіе задней ямки. Раненый поправился, но впослѣдствіи умеръ отъ интеркурентнаго заболѣванія (воспаленіе легкихъ).

---

1) „Къ характеристикѣ пулевыхъ раненій.“ Русскій врачъ. 1905 № 5.

2) „Einige interessante Sektionsbefunde bei Schädelschüssen“. Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie. 1908. Bd. 95. H. 1—5.

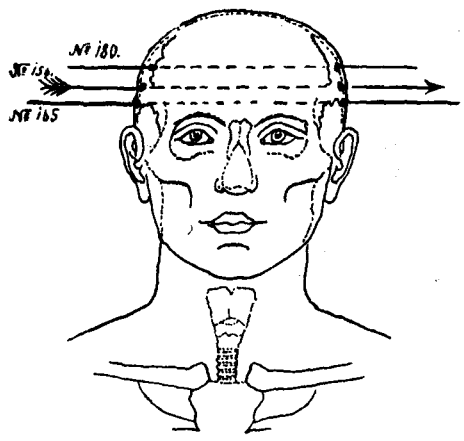
Что же касается опасности поврежденія отдѣльныхъ областей, то и въ этомъ вопросѣ мы наталкиваемся на нѣкоторыя противорѣчивыя мнѣнія.

Обычно поврежденія лобныхъ долей мозга разсматриваются, какъ менѣе опасныя въ сравненіи съ раненіями височныхъ или затылочныхъ долей, такъ какъ при первыхъ менѣе часты сопутствующія пораненія важныхъ для жизни центровъ. Для поврежденій въ мирное время имѣется скáла, выражающая опасность поврежденія отдѣльныхъ долей въ убывающемъ порядкѣ: високъ, затылокъ, темя, лобъ (Brun[1]). — На основаніи своихъ наблюденій за японо-китайскую войну 1894—1895 Haga[2]) пришелъ къ убѣжденію, что поврежденія передней части мозга ведутъ повидимому рѣже къ смерти, чѣмъ раненія задней части. Черезъ пять лѣтъ однако онъ пришелъ къ другимъ выводамъ и высказываетъ то мнѣніе[3]), что прогнозъ раненій затылка въ общемъ благопріятнѣе, чѣмъ поврежденія другихъ областей, напр. раненій въ лобъ. Меньшую опасность при раненіяхъ затылка Haga старается объяснить тѣмъ, что при послѣднихъ наблюдается только незначительное или совсѣмъ отсутствуетъ вліяніе гидро-динамическаго давленія, даже предполагая среднюю дистанцію выстрѣла. (Сравн. главу о механикѣ.) Съ другой стороны теченіе затылочныхъ поврежденій складывается болѣе благопріятно, благодаря тому обстоятельству, что въ случаѣ развитія инфекціи (мозговой абсцессъ) оттокъ гноя происходитъ при значительно лучшихъ условіяхъ, чѣмъ при огнестрѣльныхъ поврежденіяхъ лба, когда гной можетъ въ силу тяжести затекать въ области, лежащія ниже.

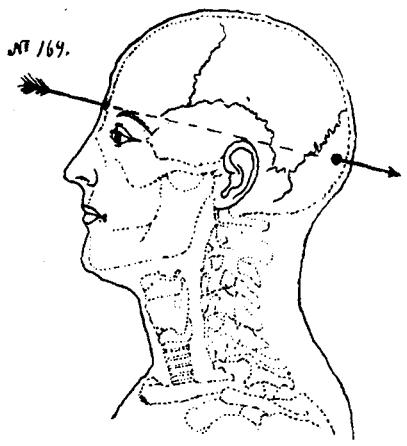
Наши свѣдѣнія повидимому не даютъ намъ права дѣлать подобныя заключенія. Одинъ взглядъ на таблицу № 4, стр. 14, убѣждаетъ насъ въ довольно равномѣрномъ распредѣленіи смертельныхъ исходовъ на случаи раненія различныхъ областей. — Также и послѣдующіе схематическіе рисунки № VII—XIII съ обозначеніемъ направленій, въ которыхъ произошло раненіе, и поврежденныхъ областей доказываетъ, какъ мнѣ кажется, наглядно, что малокалиберныя

1) l. c. pag. 195.
2) Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 55, pag. 266.
3) „Erfahrungen“ u. s. w. — Archiv f. klin, Chir. Bd. 74, pag. 559.

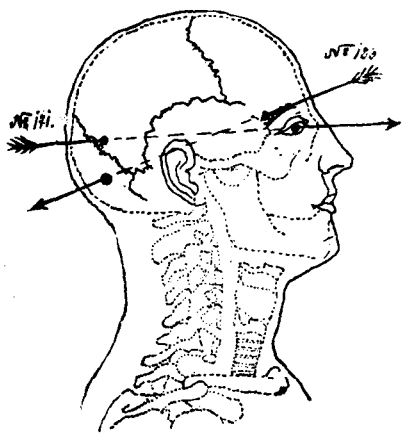
VII.



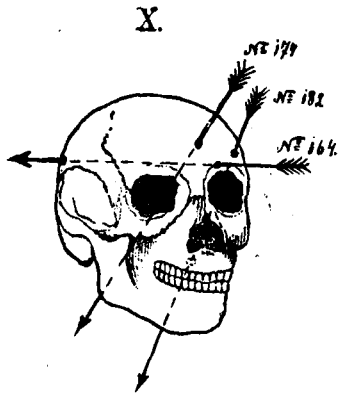
VIII.



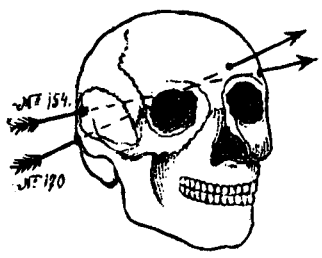
IX.



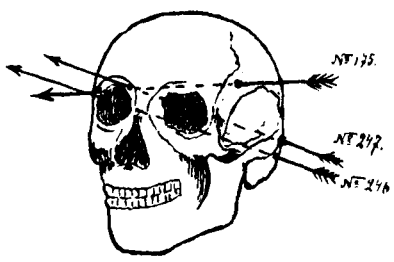
X.



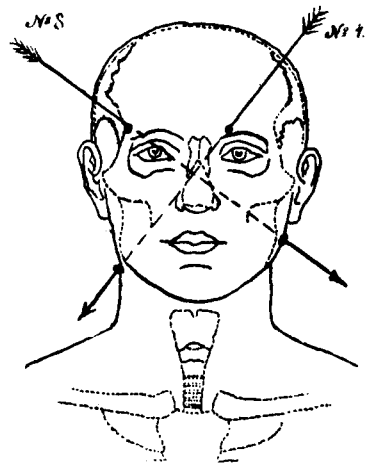
XI.



XII.



XIII.



пули могутъ пронизывать черепъ въ самыхъ разнообразныхъ направленіяхъ, не обусловливая непосредственной смерти раненаго. При этомъ многіе изъ раненыхъ могутъ даже оправиться отъ своихъ ранъ (см. исторіи болѣзни).

Прогнозъ поступающихъ на излеченіе огнестрѣльныхъ переломовъ черепа зависитъ, главнымъ образомъ, отъ развитія или отсутствія инфекціи. Но при этомъ, какъ кажется, направленіе пулевого канала и область раненія не играютъ никакой роли, за исключеніемъ поврежденій, затрогивающихъ носо-глоточную полость и среднее ухо. Допущенныя Haga болѣе благопріятныя механическія условія для оттока выдѣленій при поврежденіяхъ затылка, часто могутъ оказаться иллюзорными ввиду невозможности держать безпокойнаго раненаго въ одномъ желаемомъ положеніи. — Здѣсь мы не будемъ распространяться о томъ, что во время зимней кампаніи опасность инфекціи особенно велика (Цеге фонъ Мантейфель). — Насколько появленіе выпаденія мозга осложняетъ прогнозъ, можно видѣть изъ таблицы № 31 на стр. 225. Въ главѣ же о леченіи огнестрѣльныхъ переломовъ черепа нами разобранъ вопросъ — насколько мы въ состояніи улучшить прогнозъ многихъ изъ этихъ раненій съ помощью болѣе активной терапіи.

XIV. Объ исходахъ огнестрѣльныхъ раненій черепа.

Если получившій огнестрѣльное раненіе черепа не погибъ подъ тяжестью поврежденія мозга, не подвергался первичной или вторичной инфекціи или же успѣшно превозмогъ ее, то ему въ будущемъ грозитъ еще цѣлый рядъ опасностей. Достаточно указать только на позднія нагноенія въ формѣ мозгового абсцесса или менингита. За послѣднее время случаи такихъ осложненій были снова описаны цѣлымъ рядомъ авторовъ, какъ-то Fujisawa[1]), Bayertal[2]), Nonne[3]), Deroya и Potheau[4]), O'Hanlon[5]) Cantas[6]). Къ указаннымъ позднимъ осложненіямъ присоединяются еще постоянныя разстройства какъ-то: выпаденія фукцій разрушенныхъ мозговыхъ центровъ: параличи конечностей, афазія; травматическая эпилепсія (Jackson); появляющіяся во всѣхъ степеняхъ субъективныя недомоганія: головокруженіе, головная боль, и наконецъ, психическія разстройства. — Вслѣдствіе этого особенно интересно прослѣдить дальнѣйшую судьбу огнестрѣльныхъ поврежденій черепа и узнать, какія изъ появившихся послѣ раненія болѣзненныхъ явленій продолжаютъ существовать и прибавились-ли новые симптомы.

Изъ нашихъ исторій болѣзни и приведенныхъ въ главѣ о леченіи огнестрѣльныхъ поврежденій черепа таблицъ явствуетъ, что время наблюденія отдѣльныхъ случаевъ въ нашихъ лазаретахъ, къ сожалѣнію, не было настолько продолжительнымъ, чтобы дать возможность судить объ исходахъ.

1) „Ein Fall von Spät-Meningitis nach Schädelverletzung.“ Münch. Med. Wochenschrift. 1901. № 45.

2) „Ueber Spät-Meningitis nach Schädelverletzungen.“ Monatschrift für Unfallkunde. 1905. № 11.

3) „Meningitis purulenta sechs Iahre nach einer Kugel-Verletz.“ Aerztl. ver. Hamburg. 20. XI. 06. Приведено по Virehow-Hirsch.

4) „Abce's tardif du cerveau consecutif à une balle.“ La Bourgogne méd.Aoril — Juin. 1903.

5) Sur un cas de plaie du crâne et de l'encéphale. Resultats eloignés — Lyon. med. 17. IX, 05.

6) „Delayed resultats of a wound of the brain.“ New-Iork mer. jour. 21. I. 05.

Правда, небольшое число раненыхъ мы наблюдали всё-таки въ теченіе довольно долгаго времени (пять — шесть мѣсяцевъ). Но это время, конечно, недостаточно, чтобы получить представленіе объ окончательномъ исходѣ, служащемъ темой для настоящей главы. — Для полности всё-таки привожу здѣсь короткое обозрѣніе этихъ одиннадцати наблюденій. — Изъ 11 случаевъ одинъ (№ 305) умеръ отъ мозгового абсцесса и тромбоза синуса. При жизни раненый страдалъ эпилептическими припадками. Шесть раненыхъ обнаруживали различныя тяжелыя разстройства: № 10 — разстройство рѣчи и чувствительности, № 54 — гемипарезъ, контрактуры и нарушенія со стороны слуха, № 60 — психическое разстройство, № 86 — парапарезъ ногъ и судороги, № 142 — гемипарезъ, № 260 — гемиплегію. Четыре раненыхъ не имѣли никакихъ разстройствъ: №№ 74, 75, 88, 296. Между ними слѣдуетъ особенно отмѣтить одинъ № 75, перенесшій весьма тяжелое заболѣваніе (тромбозъ sinus transversi, нагноеніе въ artic. stern.-clav.). Какова дальнѣйшая судьба десяти названныхъ раненыхъ послѣ перваго полушарія, мнѣ, къ сожалѣнію, не удалось узнать.

Для полности обсуждаемаго вопроса надо упомянуть, что въ двадцати семи*) случаяхъ имѣются отмѣтки въ исторіяхъ болѣзни, что раненые, согласно позднѣйшимъ свѣдѣніямъ, выздоровѣли. Въ этой группѣ случаевъ отмѣчены 17 поврежденій оболочечной пулей и 10 — артиллерійскими снарядами. Помѣщенная ниже табличка № 40 показываетъ, какъ распредѣляются случаи по роду поврежденія и поврежденнымъ областямъ.

Къ этой таблицѣ необходимо замѣтить, что въ отмѣченныхъ на ней двухъ случаяхъ поврежденій съ застрявшими снарядами, послѣдніе были извлечены. О предполагаемой зависимости исхода огнестрѣльнаго раненія отъ поврежденной области я уже говорилъ въ главѣ о прогнозѣ.

Но и эти, только что приведенныя цифры, не могутъ служить достаточной иллюстраціей исходовъ, такъ какъ бо-

*) №№ 26, 27, 31, 32, 35, 47, 48, 51, 53, 77, 78, 81—156, 174—205, 249, 251, 264, 269, 270, 274, 275, 276, 279, 282, 284—329.

Таблица № 40.

Родъ ранения:			Область ранения:	
	Обол. пул.	Арт. снар.		
Тангенціальн. ран. .	12	9	Regio Frontalis	7
Діаметральн. „ .	2	—	„ Parietalis	10
Раненія съ застрявшими пул.	1	1	„ tempоro-frontalis	1
			„ tempоro-parietalis . . .	1
Орбито-темпоральн. раненія	2	—	„ parieto-occipitalis . . .	1
			„ Occipitalis	4
			„ Temporalis	1
			„ Orbito-temporalis	2

лѣе подробныя данныя о состояніи здоровья раненыхъ отсутствуютъ.

Съ цѣлью получить болѣе положительныя данныя о позднѣйшемъ состояніи здоровья раненыхъ въ черепъ, я предпринялъ зимой 1906—1907 года опросъ пользованныхъ въ свое время въ лазаретахъ Императрицы Маріи Феодоровны въ Гунчжулинѣ и Иверской общины въ Харбинѣ. Я разослалъ въ общемъ 93 опросныхъ листка раненымъ, адреса которыхъ удалось точно установить. Отвѣтовъ получено мною 68. Шесть отвѣтовъ изъ этихъ 68 пришлись на раненія мягкихъ частей черепа (см. таковыя стр. 28 и сл.). Одинъ отвѣтъ былъ полученъ отъ раненаго холоднымъ оружіемъ — саблей. Шестьдесятъ одинъ отвѣтъ приходится на случаи огнестрѣльныхъ переломовъ черепа. Къ нимъ можно прибавить еще четыре, сообщенные докторомъ Р. В. Бутцъ и профессоромъ Цеге фонъ Мантейфель. Въ общемъ мы располагаемъ данными о позднѣйшемъ состояніи здоровья 65 раненыхъ съ огнестрѣльными переломами черепа. Этими данными я и намѣренъ воспользоватся ниже.

Если мы примемъ во вниманіе, что опросы сдѣланы не ранѣе конца 1906 года, послѣднія же большія сраженія происходили во второй половинѣ февраля 1905 г., то слѣдовательно, полученныя данныя были собраны по меньшей мѣрѣ черезъ полтора, а во многихъ случаяхъ даже черезъ

два года послѣ раненія. Благодаря этому обстоятельству, приведенныя цифры могутъ намъ до нѣкоторой степени отвѣтить на вопросъ о дальнѣйшей судьбѣ раненыхъ въ черепъ.

Бо́льшая часть отвѣтовъ на опросные листки были составлены земскими и другими врачами, другая часть отвѣтовъ была получена изъ полковъ, въ которыхъ служили раненые и наконецъ, третья часть сообщена самими ранеными. — Къ первымъ двумъ изъ названныхъ категорій отвѣтовъ мы можемъ и должны относиться съ полнѣйшимъ довѣріемъ. Но данныя, сообщенныя самими ранеными должны, конечно, приниматься съ нѣкоторою осторожностью. Во всякомъ случаѣ опросные листики содержали столь просто и общепонятно составленные вопросы, что едва-ли возможно предполагать недоразумѣнія. Сообразно съ этимъ и отвѣты были составлены необыкновенно точно и разумно. На основаніи этого я не могу признать въ большинствѣ эти сообщенія недоказательными. Изъ отвѣтовъ я оставилъ безъ вниманія тѣ, которые были хоть мало-мальски неясны. Но, какъ я уже замѣтилъ, такіе случаи были рѣдки. Съ особенной осмотрительностью мы должны относиться къ отвѣтамъ, касающимся „работоспособности“. Тутъ скорѣе, чѣмъ на другіе вопросы дается раненымъ неблагопріятный отвѣтъ въ надеждѣ, можетъ быть, получить какую-либо матеріальную поддержку и т. д. Съ такой точки зрѣнія слѣдуетъ разсматривать и ниже сообщенныя данныя о нарушенной работоспособности.

Прежде чѣмъ перейти къ обсужденію результатовъ опроса, я приведу здѣсь еще двѣ таблицы, которыя могутъ намъ помочь получить правильное представленіе объ исходахъ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа. Первую таблицу я составилъ, основываясь на цифрахъ, сообщенныхъ Schaefer'омъ, фонъ-деръ Остенъ-Сакен'омъ и Свенсономъ. Согласно ей между возвратившимися въ строй и тамъ изслѣдованными лѣтомъ 1905 г. ранеными:

Изъ 215 тангенціальныхъ огнестрѣльныхъ поврежденій костей черепа — 167 безъ разстройствъ*); изъ 50 проникающихъ огнестрѣльныхъ

*) l. c. Pag. 982. Tabelle L.

повреждений костей черепа — 21 безъ разстройствъ. Фонъ деръ Остенъ-Сакенъ къ „неимѣющимъ разстройствъ“ причислялъ тѣхъ раненыхъ, которые ко времени анкеты, не жаловались на субъективное недомоганіе и не обнаруживали никакого функціональнаго дефекта. При этомъ мы находимъ, что среди легкихъ случаевъ, къ которымъ надо во всякомъ случаѣ отнести большую часть вернувшихся въ строй, 29% обнаруживали недомоганія. Этотъ процентъ удваивается, какъ только дѣло касается проникающихъ поврежденій.

Слѣдующую таблицу я составилъ на основаніи работы Brewitt „Untersuchungen über Spät-Resultate nach komplizierten Schädelbrüchen“ [1]). — Эти изслѣдованія опираются не только на одни огнестрѣльныя поврежденія, но, главнымъ образомъ, на различные сложные переломы черепа въ мирной практикѣ. Исходы послѣднихъ могли-бы во всякомъ случаѣ служить отчасти аналогіей и для огнестрѣльныхъ поврежденій черепа. Поэтому я и привожу слѣдующую таблицу (№ 41). — Надо однако замѣтить, что дѣло идетъ только о случаяхъ съ оставшимся открытымъ дефектомъ послѣ сложнаго перелома черепа.

Таблица № 41.

Фамилія автора.	Общее число изслѣдован. впослѣдств.	Безъ недомоганія.	Недомоганія средней степени.	Недомоганія до неработоспособности.	Эпилепсія.	Психическ. разстройст.
Francke (v. Bergmann) .	11	—	6	1	4	—
Beresowski (Kocher) . .	9	5	3	—	1	—
Brun (Krönlein)	41	14	14	7	5	1
Bunge (Кенигсбергская клиника)	10	3	3	3	1	—
Stieda (Клин. въ Halle)	5	1	—	4	—	—
Brewitt (Körte)	13	9*)	2	1	1	—
Общее число . .	89	32	28	16	12	1

1) Arch. für klin. Chirurgie. 1906. 79 Bd. Pag. 47—131.

*) Между ними 7 случаевъ поврежденія только tabulae externae или передней стѣнки sinus frontalis.

Таблица № XV.

Обзоръ случаевъ, о которыхъ имѣются позднѣйшія свѣдѣнія.

Номеръ исторіи болѣзни.	Параличи.		Судороги.		Разстройство рѣчи.		Измѣненія со стороны психики.		Головокруженіе		Головн. боль.		Состояніе ранъ.				Работоспособность.			Примѣчанія.
	Послѣ ранен.	По опр. листамъ.	Послѣ ранен.	По опр. листамъ.	Послѣ ранен.	По опр. листамъ.	Послѣ ранен.	По опр. листамъ.	Послѣ ранен.	По опр. листамъ.	Послѣ ранен.	По опр. листамъ.	Послѣ рам. прол. спин.мозг.и спм.	По опр. листамъ: Болѣзненность.	По опр. листамъ: Втянут. рубецъ.	По опр. листамъ: Пульсація.	Неспособные.	Мало способные.	Способные.	
1	+	+	—	—	—	—	+	—	+	—	—	+	—	+	+	—	—	—	+	
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—	+	—	—	+	—	—	+	—	
8	+	—	—	—	—	—	+	—	+	+	—	+	—	—	+	—	—	—	+	
28	—	—	—	—	—	—	+	—	+	+	—	+	—	—	+	—	—	+	—	
49	+[1]	+	—	—	+	—	+	—	+	+	+	+	—	+	+	—	—	—	+	
62	—	—	—	+	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—	
68	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—	+	—	+	+	—	—	+	—	
73	—	—	—	+	—	—	—	—	+	+	+	+	+	—	+	—	+	—	—	
76	—	—	+[2]	—	—	—	—	—	+	+	+	+	—	+	—	—	—	—	+	
80	+	—	+	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
82	+	—	—	+	—	—	—	—	—	+	—	+	—	—	+	—	—	+	—	
84	+	—	—	[3]	—	—	—	—	+	+	+	+	—	+	+	—	—	—	+	Утонулъ лѣтомъ 1905 (въ припадкѣ эпилеп.).
85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
117	—	—	—	—	—	—	—	—	+	+	+	+	—	—	+	—	—	+	—	
118	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	
119	—	—	—	—	—	+	+	+	—	+	+	+	—	—	+	—	—	+	—	
120	—	—	—	+	+	+	—	—	—	+	—	+	—	—	+	—	+	—	—	
122	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—	+	+	—	+	+	—	—	—	+	
123	+	+	—	+	—	+	+	—	+	+	+	+	—	+	+	—	—	+	—	
124	—	—	—	—	+	+	—	—	+	+	+	+	—	+	+	—	—	—	+	
133	+[1]	+	+	+	+	?	—	—	—	—	—	—	+	+	+	+	—	+	—	Умеръ 18. X. 05. отъ послѣдствій раненія.
157	—	—	—	+	—	—	—	—	—	+	—	+	—	+	+	—	—	+	—	
158	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Умеръ весною 05. отъ послѣдствій раненія.
161	—	[3]	—	—	—	—	+	+	—	+	+	+	+	—	+	—	—	+	—	
163	+	+	—	—	—	—	—	—	—	+	+	—	—	—	—	—	+	—	—	
179	+	—	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—	—	—	Умеръ 17. V. 06. отъ воспаленія легкихъ.
180	—	—	+	+	—	—	+	?	—	+	—	+	+	—	+	+	+	—	—	
181	+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+	—	+	—	—	
186	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
189	—	—	—	[5]	—	—	—	—	+	+	+	+	—	+	+	—	+	—	—	
194	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

[1] Послѣ ранен. черепа.
[2] Послѣ ранен. спины.
[3] Послѣ ранен. головы.
[5] Послѣ ранен. головы и спины.

191	+[1]	−	−	[7]	+	+	−	−	+	−	+	+	−	+	−	−	−	−	+	−
192	+	+	−	−	−	−	+	−	−	+	−	−	−	+	−	−	−	+	+	−
193	−	−	−	−	−	−	−	+	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
194	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
195	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
206	+[1]	−	−	+	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	−	−
207	+	−	−	+	−	+	−	−	+	−	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−
208	+	+	−	+	−	+	−	−	+	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−
209	+[1]	−	+[2]	+	−	−	−	−	+	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−
218	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
219	+	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
220	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
222	+[1]	−	−	−	−	−	−	−	+	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
224	−	−	−	−	−	+[8]	−	−	−	−	−	−	−	+	−	−	−	+	−	−
225	−	−	−	[10]	−	−	−	−	+	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−
226	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	+
233	−	−	−	+	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	−	−	−	−	−	−
235	−	−	−	[9]	−	−	−	−	+	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
238	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−
239	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−
240	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−
241	−	−	−	+	−	−	−	−	−	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−
243	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	+	+	−	−	−	−	−	−	−	−
244	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
253	−	−	−	+	−	−	−	−	−	−	+	−	−	−	−	−	−	−	−	−
259	+	−	−	−	−	−	−	−	−	+	+	−	−	−	+	−	−	+	−	−
277	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	+	−	−	−	+	−	−	+	−	−
288	−	−	−	+	−	−	+	−	−	+	+	+	+	−	+	−	−	+	−	−
293	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	+	−	−	+	+	−	−	−	−	−
295	+	−	−	+	+	+	−	−	+	+	+	−	−	+	+	−	−	−	+	−
304	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	+	+	−	−	+	−	−	+	−	−
306	−	−	−	−	−	−	+	−	−	−	+	−	−	+	+	−	−	+	−	−
321	−	−	−	−	−	−	−	−	+	−	+	−	−	−	+	−	−	−	−	−
339	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	+	−	+	+	+	−	−	−	−	−
65	22	8	5	19	9	9	15	7	14	41	25	38	9	15	29	4	26	15	8	

Умеръ 12. VI. 05. отъ менингита.

Умеръ 15. III. 06. въ припадкѣ эпил. судор.

Умеръ отъ послѣдств. раненія.

Повѣсился 12. III. 05.

Умеръ отъ тифа.

Кромѣ того:

1) Разстройство чувствительности.

2) Контрактуры.

3) Чувство стягиванія въ предплечьи.

4) Тоническія судороги разгибателей пальцевъ рукъ (при нѣкот. работахъ).

5) Онѣмѣніе рукъ и обморочное состояніе.

6) Четыре раза терялъ сознаніе; судорогъ не было.

7) При сжатіи въ кулакъ лѣвой руки сильное дрожаніе.

8) Припадки: отнимается языкъ и теряетъ сознаніе.

9) Бываютъ обморочныя состоянія.

10) Судорожныя подергиванія въ голени.

№№ истор. болѣзней неоперирован. печатаны жирнымъ шрифтомъ.

Теперь мы приступимъ къ обсужденію нашихъ позднѣйшихъ изслѣдованій. На таблицѣ № XV помѣчены всѣ относящіеся сюда случаи и въ то же время симптомы, констатированные послѣ поврежденія, сопоставлены съ данными позднѣйшаго изслѣдованія. — Кромѣ того нижеслѣдующая таблица № 42 показываетъ, какъ распредѣлялись изслѣдованные случаи по отдѣльнымъ родамъ раненій и оружію и въ скольких случаяхъ производилось дебридированіе.

Таблица № 42.

Родъ оружія. / Родъ раненія.	Оболочечная пуля.			Артил. снарядъ.			Общее число.
	Неоперир.	Оперир.	Общее число.	Неоперир.	Оперир.	Общее число.	
Тангенціальн. ран. . . .	3	10	13	1	4*)	5	18
Сегментальн. „ . . .	7	1	8	1	—	1	9
Діаметральн. „ . . .	4	3	7	—	—	—	7
Ран. съ застряв. пул. . .	7	5	12	1	1	2	14
Ран. основанія черепа . .	7	—	7	—	—	—	7
Орбито-темпоральн. ран. .	8	1	9	1	—	1	10
	36	20	56	4	5	9	65

Поразительно велико приведенное на таблицѣ № 42 число огнестрѣльныхъ поврежденій съ застрявшими пулями (14). Однако необходимо указать на то обстоятельство, что въ пяти случаяхъ пули были удалены, и два случая съ оставшимися пулями до времени позднѣйшаго изслѣдованія уже умерли отъ послѣдствій раненія. Такимъ образомъ, остается только семь случаевъ для обсужденія явленій, которыя можно было бы приписать присутствію пули внутри черепа. — Нуждается въ объясненіи и большое число неоперированныхъ по отношенію къ оперированнымъ случаямъ. Слѣдуетъ принять во вниманіе, что среди изслѣдованныхъ случаевъ имѣются 17 случаевъ поврежденій основанія черепа и глазнично-височныхъ, каковыя поврежденія относительно рѣже даютъ поводъ къ операціи (дебридированію). — (См. главу о леченіи стр. 334 и 336). Во всякомъ случаѣ таблица

*) Между ними одно раненіе револьверной пулей (№ 277).

№ 42 учитъ насъ, что между изслѣдованными имѣлись всѣ роды огнестрѣльныхъ поврежденій, даже до глубокихъ пронизывающихъ раненій, въ числѣ 16, включительно.

Изъ 65 изслѣдованныхъ случаевъ девять оказались умершими ко времени опроса. Двое изъ нихъ погибли отъ интеркурентныхъ заболѣваній: воспаленія легкихъ и тифа. Причина смерти остальныхъ стоитъ болѣе или менѣе въ непосредственной связи съ полученнымъ поврежденіемъ черепа. Присмотрѣвшись къ этимъ случаямъ ближе, мы находимъ, что два раненыхъ погибли во время эпилептическаго припадка (одинъ утонулъ, другой погибъ, вѣроятно, отъ апоплексіи). Въ четырехъ случаяхъ причину смерти нужно искать въ гнойныхъ процессахъ (абсцессъ, менингитъ). Дѣло касалось 1 разъ сегментальнаго, 1 разъ діаметральнаго раненія, раненія съ застрявшей пулей и поврежденія основанія черепа. Девятый случай окончилъ жизнь самоубійствомъ. Мы навѣрное не ошибемся, допустивъ, что и въ этотъ разъ смертельный исходъ стоялъ въ косвенной связи съ огнестрѣльнымъ поврежденіемъ мозга. Раненый въ этомъ случаѣ получилъ тяжелое поврежденіе черепа и лица, вначалѣ легко преодолѣлъ его и по выздоровленіи хотѣлъ даже поступить обратно въ строй. Въ дальнѣйшемъ теченіи обнаружились признаки психическаго разстройства. Но слѣдуетъ замѣтить, что въ этомъ случаѣ кромѣ огнестрѣльнаго поврежденія черепа предрасполагающимъ моментомъ для послѣдующаго психоза можно считать еще, пожалуй, перевязку art. carotis communis.

Если мы будемъ признавать въ семи приведенныхъ смертельныхъ случаяхъ послѣдствія огнестрѣльныхъ поврежденій черепа причиной смерти, то получимъ цифру послѣдующей смертности въ 10,7% (65:7).

О состояніи рубцовъ имѣются данныя въ 37 изъ нашихъ случаевъ. 15 разъ, т. е. въ 40,5% случаевъ существуютъ отмѣтки о болѣзненности рубца. Этотъ процентъ вполнѣ согласуется съ вычисленнымъ Englisch'емъ[1]). Послѣдній нашелъ въ 300 изслѣдованныхъ имъ случаяхъ

1) „The after effects of head injuries“ — Lancet, 1904, II. 20. 27, III. 5. —

40% болѣзненныхъ рубцовъ. — Особенно часто отмѣчено, что рубцы упруги и втянуты: въ 29 случаяхъ нашей статистики. — Выпячиваніе въ области рубца наблюдалось только четыре раза. — Также и пульсація рубца въ области костнаго дефекта, повидимому, встрѣчается не очень часто. Относящіяся сюда наблюденія отмѣчены только четыре раза; въ трехъ изъ нихъ имѣлось раньше выпаденіе мозга (см. таблицу № XV). Достойно вниманія, что Brun[1]), на основаніи своей обширной статистики черепныхъ поврежденій и ихъ дальнѣйшей судьбы, приходитъ къ убѣжденію, что втянутые рубцы, остающіеся послѣ размозженія кожи, черепа, мозговыхъ оболочекъ и мозга, менѣе и рѣже пульсируютъ, чѣмъ тѣ, которые остаются отъ открытыхъ переломовъ черепа безъ болѣе глубокихъ поврежденій. Послѣ такихъ поврежденій образуется болѣе нѣжный рубецъ; въ то время, какъ послѣ первыхъ развивается достаточное новообразованіе ткани и болѣе крѣпкій рубецъ. Я не берусь рѣшить, насколько эти наблюденія подходятъ и къ огнестрѣльнымъ поврежденіямъ. Во всякомъ случаѣ въ первые мѣсяцы зарубцевыванія можно часто констатировать пульсацію рубца (сравн. наши случаи №№ 48, 54, 133, 179, 260, 277, 295). То же самое находимъ мы у Дьяконова[2]). Изъ 34 случаевъ, въ которыхъ зарубцевавшіеся дефекты кости, причиненные огнестрѣльнымъ оружіемъ, изслѣдовались черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ полученія раны, въ 25 случаяхъ наблюдалась пульсація рубца. Оставлю безъ отвѣта, за неимѣніемъ подходящаго матеріала, вопросъ, проходитъ ли пульсація впослѣдствіи при уплотненіи рубца.

Достаточно извѣстенъ фактъ, что появляющіеся послѣ огнестрѣльныхъ раненій черепа параличи способны значительно улучшаться. Среди нашего матеріала мы также часто видѣли исчезновеніе двигательныхъ разстройствъ. — На таблицѣ № IIa и b особо помѣчены номера тѣхъ исторій болѣзни, въ которыхъ отмѣчены улучшеніе или исчезновеніе паралича. Мы видимъ, что изъ общаго количества 131 случаевъ разстройствъ двигательной сферы — 53 улучшились. Эти цифры уже сами по себѣ говорятъ за благо-

1) Beiträge zur klin. Chir. 1903. 38. Bd. Pag. 276.
2) l. c. pag. 148—153.

пріятный прогнозъ параличей, но можно думать, что de facto онъ еще лучше, и въ самомъ дѣлѣ часто парализованный раненый рано эвакуировался, а поэтому не отмѣчено на нашей таблицѣ № II, если онъ впослѣдствіи поправился отъ паралича. — Въ отдѣлѣ о леченіи огнестрѣльныхъ поврежденій черепа уже указано на то, что нами получено впечатлѣніе, какъ-будто въ оперированныхъ случаяхъ параличи проходили скорѣе, чѣмъ въ неоперированныхъ.

Наши послѣдующія изслѣдованія даютъ довольно хорошія поясненія по двумъ вопросамъ: 1) объ исчезновеніи параличей и 2) о вліяніи операціи (дебридированіе).

Изъ 22 случаевъ (въ сущности 21, случай № 219 нельзя считать на томъ основаніи, что раненый скоро погибъ, и о судьбѣ его параличей намъ ничего не извѣстно) съ параличами ко времени опроса послѣдніе обнаруживались только у восьми человѣкъ.

Итакъ, въ военно-полевыхъ лазаретахъ мы наблюдали въ 40,4 % (131 : 53) случаевъ улучшеніе паралича, при позднѣйшемъ же изслѣдованіи процентъ улучшенія возвысился до 61,9 % (21 : 13).

Изъ слѣдующаго сопоставленія можно вывести заключеніе о вліяніи дебридированія на исчезновеніе параличей:

Моторныя разстройства имѣлись:

	у неоперированныхъ:	у оперированныхъ:
при изслѣдованіи вскорѣ послѣ раненія	8	14
при позднѣйшемъ изслѣдованіи	4	4

Хотя эти цифры и не велики, онѣ всё-таки убѣдительно говорятъ въ пользу дебридированія. — Къ этому присоединяются еще и такія наблюденія, какъ № 82 — Ѳедоровъ, — когда параличъ, не улучшавшійся цѣлый мѣсяцъ, быстро прошелъ послѣ произведенной операціи. В. Б. Гюббенетъ[1]) утверждаетъ на основаніи своихъ наблюденій, что „выздоровленіе болѣе совершенно, или правильнѣе, послѣдующіе дефекты болѣе слабо выражены у тѣхъ раненыхъ, которымъ была сдѣлана операція, сравнительно съ тѣми, которые поправились безъ оперативнаго пособія.“ Подобныя

1) „Въ осажденномъ Портъ-Артурѣ“ стр. 303.

наблюденія извѣстны намъ и изъ мирной практики. Такъ напримѣръ, Brun[1]) пишетъ, что въ его случаяхъ исчезновеніе параличей наблюдалось, главнымъ образомъ, у оперированныхъ. Тѣ случаи, у которыхъ поправленіе плохо подвигалось впередъ, насколько можно было контролировать, всѣ принадлежали къ неоперированнымъ.

Разстройство рѣчи въ нашихъ случаяхъ, повидимому, проходило рѣже и медленнѣе, чѣмъ параличи конечностей. — На таблицѣ № XV мы находимъ среди изслѣдованныхъ изъ девяти случаевъ только въ трехъ улучшеніе афазіи. Всѣ эти три случая были дебридированы. Въ пяти случаяхъ ко времени позднѣйшаго изслѣдованія осталось разстройство рѣчи; изъ нихъ три случая были оперированы, два — неоперированы. Въ одномъ случаѣ судьба афазіи осталась не выясненной. Извѣстно, что параличи конечностей въ этомъ случаѣ прошли, но нельзя было установить, улучшилось-ли разстройство рѣчи. — По мнѣнію Custodis'a[2]), центръ рѣчи оказывается особенно чувствительнымъ и оправляется медленнѣе и по истеченіи такого промежутка времени, когда другіе параличи уже успѣли исчезнуть (послѣ операціи, Custodis говоритъ о кровотеченіяхъ изъ art. mening. med.). Сказанное подтверждается нашими исторіями болѣзни, напримѣръ №№ 10, 133, 206, 295. — v. Monakow[3]) держится, однако, того мнѣнія, что афазія, вызванная чисто мѣстными поврежденіями (травмы, оперативные дефекты) обычно или совсѣмъ проходитъ, или же остаются непоправимыми только отдѣльныя ея составныя части [затрудненная произвольная рѣчь (spontan Sprechen), затрудненія въ пониманіи, забываніе словъ (Wortvergessenheit), парафазія, и т. д.]. Согласно Brun'y[4]) травматическая афазія совершенно исчезаетъ въ среднемъ по истеченіи $1^1/_2$—2 мѣсяцевъ. Изъ 17 случаевъ онъ нашелъ только въ одномъ черезъ шесть лѣтъ легкій признакъ разстройства. Въ нашихъ случаяхъ изслѣдованныхъ впослѣдствіи еще оставались значительныя разстройства: въ одномъ случаѣ

---

1) l. c. pag. 400—401.
2) l. c. pag. 51.
3) l. c. pag. 901.
4) l. c. pag. 602.

по прошествіи приблизительно года со времени поврежденія (№ 206), въ другомъ — (№ 295) — $1^3/_4$ года, причемъ и въ послѣднемъ не наблюдалось существеннаго улучшенія. Улучшенія же разстройства рѣчи отмѣчались въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ со времени повреждения прошло два года.

Въ четырехъ случаяхъ позднѣйшимъ изслѣдованіемъ установлены разстройства рѣчи, которыхъ не было во время наблюденій въ военно-полевыхъ лазаретахъ, хотя дѣло шло о лѣвосторонних повреждениях. Въ нѣкоторыхъ изъ указанныхъ случаевъ (№№ 123, 207) мы, вѣроятно, имѣли дѣло съ поздно наступившей „Fernwirkung“ на центры рѣчи, въ остальныхъ — одинъ разъ, съ эпилептоиднымъ состояніемъ (№ 222), другой разъ, быть можетъ, съ явленіемъ, обусловленнымъ психическимъ разстройствомъ (№ 119).

Теперь обратимся къ разсмотрѣнію частичныхъ и общихъ припадковъ судорогъ — травматической эпилепсіи. При этомъ необходимо указать, что въ нѣкоторыхъ статистикахъ сюда относятъ только случаи съ ясно выраженными судорогами конечностей, въ другихъ же къ нимъ причислялись и эпилептоидныя состоянія, какъ-то: періодическое головокруженіе, сердцебіеніе, дрожаніе и т. п. Поэтому сообразно съ тѣмъ, гдѣ мы проводимъ границу, мы получаемъ весьма различныя цифры. На это указано v. Bergmann'омъ при обсужденіи данныхъ, собранныхъ во время франко-прусской войны 1870—1871 (см. ниже). Наши цифры трудно сравнить также и съ другими, напримѣръ, съ полученными изъ англійскаго рапорта о войнѣ съ бурами. Англичане считали, напримѣръ, эпилепсіей (Jackson) всѣ случаи первичныхъ приступовъ судорогъ послѣ поврежденія моторной области; v. Bergmann[1]) же находитъ нужнымъ отдѣлить эти и подобные случаи, принадлежащіе къ симптоматической эпилепсіи, отъ возникающихъ позднѣе, при зарубцевавшейся ранѣ, эпилептическихъ припадковъ.

Что же касается нашихъ случаевъ, то мы находимъ, что при позднѣйшемъ изслѣдованіи изъ 65 раненыхъ 19 страдали припадками судорогъ, т. е. 29,2% (прибавимъ къ этому, что изъ шести изслѣдованныхъ случаевъ огнестрѣльныхъ раненій мягкихъ частей одинъ имѣлъ

1) „Handbuch.“ — II. Aufl. I. 321.

также эпилептическіе приступы). Ужасающе большой процентъ! — Сравнивая наше число эпилептиковъ съ числами другихъ статистикъ, мы получаемъ слѣдующія цифры: среди пенсіонированныхъ 167 раненыхъ въ голову за время сѣверо-американской междоусобной войны 1862—1865 г. было 23 эпилептика[1]). — Послѣдніе распредѣляются слѣдующимъ образомъ: на 98 контузій черепныхъ костей приходятся 9 случаевъ, на 69 мелко-оскольчатыхъ переломовъ (съ послѣдующимъ извлеченіемъ осколковъ и секвестровъ) — 14 случаевъ. Такимъ образомъ на контузіи черепа приходится 9%, на оскольчатые переломы черепа — 20,2% случаевъ эпилепсій. — По „Sanitätsbericht für die deutschen Heere 1870—1871“ на 571 поврежденіе черепныхъ костей пришлось только 25 случаевъ эпилепсіи, т. е. 4,3%. v. Bergmann[2]), какъ уже упомянуто раньше, опредѣляетъ число эпилептиковъ по тому же отчету гораздо большимъ, а именно въ 26,7%. Онъ причисляетъ сюда всѣ случаи періодическаго головокруженія, затемнѣнія сознанія, дрожанія и пр., какъ эпилептоидныя состоянія.

Изъ 19 нашихъ раненыхъ, помѣченныхъ впослѣдствіи, какъ страдающихъ приступами судорогъ, только двое (№№ 133, 180) имѣли подобные припадки уже во время наблюденія ихъ въ нашихъ военно-полевыхъ лазаретахъ. У третьяго послѣ раненія появилась контрактура пальцевъ верхней конечности, въ которой впослѣдствіи обнаружились судороги.

Среди изслѣдованныхъ находится еще одинъ больной, (№ 82), у котораго сначала наблюдались приступы судорогъ; но впослѣдствіи ко времени анкеты онъ болѣе не имѣлъ подобныхъ припадковъ. Объ этомъ случаѣ я, для полности, буду говорить, прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію случаевъ, изслѣдованныхъ впослѣдствіи, въ связи съ прочими случаями эпилептическихъ судорогъ, которые мы наблюдали уже въ манчжурскихъ лазаретахъ. Такихъ наблюденій — семь (№№ 75, 82, 86, 133, 180, 257, 305). Между ними имѣются четыре тангенціальныхъ, два сегментальныхъ и одно діаметральное раненіе.

1) v. Bergmann: „Kopfverletzungen.“ — pag. 534.
2) „Handbuch“ . . . II. Aufl. I. pag. 315 — и Hildebrandt, l. c. pag. 115.

За исключеніемъ одного поврежденія лба во всѣхъ случаяхъ дѣло шло о поврежденіи теменной области. — Что касается срока возникновенія судорогъ, то только въ одномъ случаѣ (№ 257) послѣднія констатировались въ первые дни послѣ поврежденія. Въ остальныхъ случаяхъ появленіе припадковъ отмѣчено нами самое раннее $1^1/_4$ мѣсяца, обычно же $2^1/_4$ и $4^1/_4$ мѣсяца post traumam. Болѣе точныя данныя мы во всѣхъ случаяхъ привести не можемъ ввиду того, что мы недостаточно освѣдомлены о теченіи раненія до поступленія въ наши лазареты. — Въ трехъ случаяхъ нельзя было опредѣлить, къ какому типу принадлежали припадки. Въ остальныхъ четырехъ случаяхъ одинъ разъ имѣлся (№ 180) фаціальный, два раза — брахіальный (№№ 75 и 82) и одинъ разъ — круральный (№ 305) типъ травматической эпилепсіи. — Потеря сознанія наступала въ трехъ случаяхъ (№№ 75, 180, 305), причемъ въ № 305 не во время каждаго припадка. Совершенно безъ потери сознанія протекали припадки у № 82 и вначалѣ у № 133. Объ остальныхъ случаяхъ мы не имѣемъ свѣдѣній относительно потери сознанія. — Въ двухъ случаяхъ судороги оставались односторонними (№№ 75, 82). Три раза установлены общія судороги (№№ 133, 180, 305), въ двухъ изъ этихъ случаевъ имѣлись мозговые абсцессы (№№ 180, 305). Интересны наблюденія № 75 и 82, гдѣ припадки появились только послѣ вторичной операціи. Оперированъ одинъ случай (№ 75) на основаніи подозрѣнія мозгового абсцесса, другой разъ операція произведена съ цѣлью способствовать исчезновенію параличей (№ 82). Ни въ одномъ изъ обоихъ названныхъ случаевъ до операціи судорогъ не было, зато въ № 82 существовала гемиплегія. Послѣ операціи, произведенной $2^1/_4$ и $1^1/_4$ мѣсяца спустя послѣ раненія, при перемѣнѣ повязки, начались односторонніе судороги, которыя въ случаѣ № 75 неоднократно повторялись. Можно допустить, что тампонъ причинялъ въ этихъ случаяхъ раздраженіе, вызвавшее судороги. Kühn [1]) опубликовалъ случай трепанаціи на основаніи травматической эпилепсіи, въ которомъ пропитанный кровью, раз-

1) „Kasuistische Beiträge zur Hirn-Chirurgie“. — Lecnicki wiestnik. 1901. № 10. Приведено по Zentralblatt für Chirurgie. 1902. № 4.

бухшій тампонъ производилъ давленіе на окрестную мозговую ткань и вслѣдствіе этого способствовалъ усиленію эпилептическихъ припадковъ.

Возвратимся теперь къ обсужденію отдаленныхъ послѣдствій. Распредѣляя случаи съ припадками судорогъ по роду раненія мы получаемъ слѣдующую таблицу № 43.

Таблица № 43.

Родъ раненія.	Неоперир.	Оперирован.	Общее число.
При Тангенціальн. ран.	1	5	6
„ Сегментальн. „	2	1	3
„ Діаметральн. „	1	1	2
„ Ран. съ застряв. пул.	—	4	4
„ Орбито-темпор. ран.	3	1	4
	7	12	19

Въ разбираемыхъ нами наблюденіяхъ таблицы № 43 всѣ раненія, за исключеніемъ двухъ тангенціальныхъ, относятся къ раненіямъ оболочечной пулей. Сравнивая отдѣльныя цифры этой таблицы съ соотвѣтствующими данными таблицы № 42 стр. 360., мы замѣтимъ, что судорожные припадки распредѣляются довольно равномѣрно по всѣмъ родамъ раненій, за исключеніемъ раненій основанія черепа.

Слѣдующее сопоставленіе показываетъ, какъ распредѣляются случаи съ припадками судорогъ по области раненія черепа. Изъ 19 случаевъ была поражена:

Regio	parietalis:	5 разъ
„	parieto-frontalis:	1 „
„	parieto-occipitalis:	1 „
„	frontalis:	3 „
„	fronto-orbitalis:	1 „
„	temporalis:	5 „
„	tempоro-occipitalis:	1 „
„	tempоro-orbitalis:	2 „

Къ сожалѣнію, данныя въ нашихъ исторіяхъ болѣзни слишкомъ коротки, чтобы дать возможность болѣе точно

классифицировать припадки судорогъ. Въ двухъ случаяхъ поврежденій теменной области №№ 207, 209 мы, повидимому, имѣемъ дѣло съ частичными судорогами безъ потери сознанія. — Къ общимъ судорогамъ съ потерей сознанія мы можемъ причислить пять случаевъ раненій теменной области (№№ 84, 123, 133, 157, 180). Въ двухъ изъ нихъ такіе приступы наблюдались нами уже въ военно-полевыхъ лазаретахъ, какъ было упомянуто на стр. 366. Припадки, которые появлялись у № 180, вполнѣ подходили къ типу эпилепсіи Jackson'a. Судороги начинались въ одной половинѣ лица, переходили на руку, затѣмъ на ногу и, въ концѣ концовъ, дѣлались общими, при чемъ раненый терялъ сознаніе. Постэпилептическій парезъ или не существовалъ, или былъ настолько незначителенъ, что остался незамѣченнымъ. Имѣли-ли остальные случаи этой группы комплексъ симптомовъ Jackson'овской эпилепсіи, невозможно установить. Исключеніе представляетъ, можетъ быть, случай № 157, въ которомъ судорога начиналась всегда въ ногѣ. Отъ v. Bergmann[1]) мы знаемъ, что не всякая эпилепсія послѣ поврежденія головы должна непремѣнно начинаться комплексомъ симптомовъ Jackson'a; нѣкоторыя съ самаго начала могутъ имѣть общій характеръ. Но Nimier[2]) указываетъ на то обстоятельство, что при травматической эпилепсіи получается иногда впечатлѣніе, какъ-будто судороги общаго характера; на самомъ же дѣлѣ судороги начинаются съ одной половины тѣла и потомъ только переходятъ на другую и дѣлаются общими, но этотъ переходъ происходитъ такъ быстро, что его легко просмотрѣть.

Изъ случаевъ съ припадками судорогъ, не принадлежащихъ къ поврежденіямъ теменной области, три могутъ быть отнесены къ типу Jackson. (Таковы поврежденія темпоральной и темпоро-окципитальной областей №№ 76, 206, 208). Поразительны наблюденія, показывающія, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ судороги начинались въ обѣихъ ногахъ или рукахъ (№№ 76, 206, см. также № 120). Это обстоятельство въ сущности противорѣчитъ типу эпилепсіи Jackson'a. Согласно послѣднему судороги должны всегда начинаться на одной

1) „Handbuch". II Aufl. I. pag. 321.
2) l. c. pag. 283.

сторонѣ, чтобы затѣмъ, при достаточной силѣ припадка, перейти и на другую сторону. v. Monakow[1]), однако, указываетъ, что иногда и при эпилепсіи Jackson'a, судорогамъ одной конечности можетъ слѣдовать то же явленіе въ соотвѣтствующей конечности другой стороны. Такая судорога обѣихъ конечностей наступаетъ прежде, чѣмъ ею охватываются остальныя конечности. Обычно за указанными симметрическими, противорѣчащими обыкновенному порядку, судорогами слѣдуютъ общія конвульсіи. При чемъ послѣднія, по мнѣнію v. Monakow, могутъ иногда наступить настолько внезапно, что точное установленіе порядка судорогъ является невозможнымъ.

Объ остальныхъ девяти случаяхъ этой же группы, гдѣ поврежденіе не находилось приблизительно въ области моторной зоны (теменная кость), мы знаемъ только, что приступы судорогъ были общаго характера съ потерей сознанія. Немного сомнительнымъ является случай № 8, страдающій, согласно сообщеніямъ, ежедневными припадками судорогъ безъ потери сознанія. Во всякомъ случаѣ точно не установлено, были-ли это общія судороги всего тѣла. Намъ извѣстно, что сознаніе можетъ остаться яснымъ или только слегка затемняется, если припадокъ не слишкомъ силенъ и не охватываетъ всѣ конечности (v. Monakow).

Изъ нашихъ 19 раненыхъ, страдавшихъ травматической эпилепсіей, 12 были дебридированы до появленія припадковъ (см. таблицу № 43, стр. 368). Семь раненыхъ остались неоперированными. Отсюда мы видимъ, что, несмотря на операцію и удаленіе осколковъ кости и улучшеніе условій для заживленія раны, остается еще достаточно другихъ моментовъ послѣ поврежденія, которые могутъ обусловить появленіе травматической эпилепсіи. Несомнѣнный фактъ, что осколки кости, раздражающіе мозговую кору, играютъ важную роль, какъ возбудители судорогъ. Прекрасно иллюстрируетъ это случай Reinecke[2]). Онъ наблюдалъ одну больную съ ясно выраженнымъ, вдавленнымъ переломомъ, послѣ травмы головы. Спустя 19 лѣтъ послѣ поврежденія у названной больной обнаружились внезапно конвульсіи въ формѣ эпи-

1) l. c. pag. 578.

2) приведено по Münch. Med. Wochenschr. № 9. 1908. Sitzungsbericht des Aerzte-Vereins in Hamburg.

лепсіи Jackson'a. При трепанаціи найденъ былъ секвестръ, внезапное смѣщеніе котораго вслѣдствіе новой травмы, послужило поводомъ къ эпилепсіи. Послѣ операціи припадки болѣе не возобновлялись въ теченіе многихъ лѣтъ до самой смерти больной отъ туберкулеза легкихъ. При вскрытіи констатированы сильныя утолщенія durae и сращенія въ области мѣста поврежденія, которыя не причиняли, однако, при жизни ни головныхъ болей, ни припадковъ судорогъ. — Какъ мы видѣли, одна часть нашихъ случаевъ обнаружила эпилептическіе припадки, несмотря на удаленіе осколковъ, пуль и т. д. Въ такомъ случаѣ мы должны искать причину, вызывающую судороги, всё-таки въ сращеніяхъ, образованіи рубца (киста), которыя развиваются въ поврежденной области мозга, въ оболочкахъ мозга и между послѣдними и черепной крышкой, наконецъ и въ энцефалитическихъ процессахъ (между прочимъ не гнойнаго происхожденія). Во всякомъ случаѣ извлеченіе осколковъ, будь оно первично (случай № 133) или вторично, не можетъ совершенно предотвратить появленіе травматической эпилепсіи, такъ какъ мы можемъ оказать только незначительное воздѣйствіе на сращенія и на образованіе рубца. Нами наблюдалась эпилепсія даже въ случаяхъ, протекавшихъ безъ существенныхъ осложненій со стороны раны — (№№ 8, 84, 120, 123, 157, 207).

Изъ нашихъ наблюденій особый интересъ представляютъ два оперированные случая, въ которыхъ впослѣдствіи развилась травматическая эпилепсія (№№ 206, 295). Въ одномъ изъ этихъ случаевъ оставшійся послѣ дебридированія костный дефектъ былъ закрытъ посредствомъ пластики по Seydel-Czerny изъ tibia, въ другомъ — съ помощью образованія лоскута изъ мягкихъ покрововъ и надкостницы. Закрытъ дефектъ у одного раненаго приблизительно черезъ $4^1/_4$, у другого черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ поврежденія. Въ этотъ промежутокъ времени не проявлялось никакихъ припадковъ. Послѣдніе наступили однако-жъ впослѣдствіи, несмотря на закрытіе дефекта. — Какъ извѣстно, дефектъ въ костной капсулѣ черепа признается цѣлымъ рядомъ хирурговъ, между прочимъ и v. Bergmann'омъ [1]), за предрасполагающій моментъ для возникновенія травматической эпилепсіи. Въ про-

1) „Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten". 1899.

тивоположность этому Kocher (Березовскій) находитъ, что оставленіе открытымъ дефекта въ черепной капсулѣ является скорѣе благопріятнымъ, чѣмъ вреднымъ моментомъ. Разборъ этихъ принципіальныхъ разногласій завелъ-бы насъ слишкомъ далеко. Кромѣ того наши наблюденія не содержатъ новыхъ матеріаловъ къ вопросу за или противъ закрытія дефектовъ въ черепѣ. Въ случаѣ № 206 дѣло шло о застрявшей пулѣ (послѣднее очень вѣроятно, рентгеновскаго изслѣдованія не произведено), а въ случаѣ № 295 еще вопросъ, получилось-ли костное закрытіе дефекта, такъ какъ для пластики былъ взятъ только кожно-надкостничный лоскутъ. — Слѣдуетъ напомнить, что недавно Brewitt[1]), основываясь на наблюденіяхъ Körte, горячо выступилъ въ защиту первичнаго или вторичнаго закрытія дефектовъ при сложныхъ переломахъ черепа. Между 28 изслѣдованными впослѣдствіи случаями, въ которыхъ дефектъ былъ немедленно закрытъ посредствомъ реимплантаціи осколковъ кости, не имѣлось ни одного случая эпилепсіи. Двадцатьчетыре больныхъ не обнаруживали абсолютно никакихъ разстройствъ. Сравнивая съ этими цифрами данныя таблицы № 41 стр. 357, также почерпнутыя изъ работы Brewitt'a, мы увидимъ, что изъ 89 случаевъ съ оставленными открытыми дефектами — 12 случаевъ эпилепсіи. На основаніи этихъ цифръ и своихъ позднѣйшихъ изслѣдованій Brewitt приходитъ къ заключенію, что послѣ оставленнаго открытымъ дефекта черепа скорѣе развиваются впослѣдствіи различныя разстройства, чѣмъ послѣ закрытія отверстія. Поступая согласно послѣднему способу, т. е. закрывая дефектъ, можно уменьшить или избѣжать тяжелыхъ осложненій, угрожающихъ при открытомъ дефектѣ, какъ-то: мучительныя головныя боли, головокруженіе, эпилепсію.

На мой взглядъ сомнительно, слѣдуетъ-ли въ военно-полевой практикѣ думать о реимплантаціи осколковъ кости при рекомендуемомъ нами первичномъ дебридированіи, напр., тангенціальныхъ поврежденій. Такое мѣропріятіе становится возможнымъ только при наличности большихъ осколковъ кости, какъ напримѣръ, въ случаѣ № 81 — Богатовъ. Въ этомъ и подобныхъ случаяхъ однако мы имѣемъ дѣло съ

1) Archiv für klin. Chirurgie. 1906. 79. Bd. H. 1. pag. 47—131.

пулями, проникшими глубоко въ полость черепа и въ мозгъ. При этомъ реимплантированные осколки будутъ непремѣнно лежать надъ контуженной частью мозга, что весьма нежелательно при легко возможной инфекціи. Транспортированіе такихъ раненыхъ являлось, конечно, совершенно немыслимымъ. Вслѣдствіе этого я вполнѣ присоединяюсь къ мнѣнію Makins'a[1]), который говоритъ, что при условіяхъ военнаго времени не должно производить реимплантаціи. Stevenson[2]) также рекомендуетъ реимплантацію осколковъ кости или вытрепанированныхъ кусковъ исключительно при асептическихъ случаяхъ(?). Отсюда ясно, что такой способъ дѣйствій не можетъ имѣть широкаго примѣненія въ военно-полевой практикѣ. — Каждый хирургъ будетъ съ своей точки зрѣнія рѣшать, должны-ли мы впослѣдствіи приступать ко вторичному закрытію, на которомъ настаиваютъ между прочимъ проф. Дьяконовъ[3]) и Hildebrandt[4])

Среди нашихъ наблюденій имѣются еще два случая (№№ 276, 329), кромѣ выше-приведенныхъ, въ которыхъ дефекты черепа закрыты вторично посредствомъ костной пластики. Извѣстно, что больные выздоровѣли, но болѣе точныхъ свѣдѣній, къ сожалѣнію, нѣтъ. Дьяконовъ сообщаетъ объ одномъ случаѣ (№ 26 стр. 152), въ которомъ послѣ повторнаго дебридированія и вскрытія абсцесса, дефектъ былъ впослѣдствіи закрытъ кожнокостнымъ лоскутомъ. Спустя два года больной всё-таки страдалъ жестокими головными болями.

Нечего и напоминать о томъ, что дальнѣйшая судьба больныхъ съ травматической эпилепсіей очень печальна. Изъ 19 нашихъ наблюденій трое умерло ко времени опроса. Двое погибли во время припадка: одинъ утонулъ, другой погибъ, вѣроятно, отъ апоплексіи. О третьемъ извѣстно, что онъ „умеръ отъ послѣдствій поврежденія.“ Можетъ-ли отдѣльнымъ больнымъ принести пользу послѣдующая операція, это зависитъ всецѣло отъ характера случая. При нѣкоторыхъ поврежденіяхъ, причиненныхъ пулями малаго калибра нечего и думать о благотворномъ вліяніи операціи на

1) См. отдѣлъ о терапіи. стр. 272.
2) l. c. pag. 45.
3) l. c. pag. 154.
4) l. c. pag. 133.

рубцеваніе. Къ числу такихъ относятся, напримѣръ, діаметральныя раненія, имѣющія особенно длинный пулевой каналъ черезъ толщу мозга. Оперативное вмѣшательство здѣсь часто не будетъ имѣть желаннаго успѣха. Если намъ и удается вполнѣ освободить пораженный участокъ мозговой коры, то того же мы не въ состояніи сдѣлать въ отношеніи глубоко лежащихъ частей пулевого хода.

Въ связи съ случаями травматической эпилепсіи слѣдуетъ упомянуть еще о нѣкоторыхъ другихъ разстройствахъ, а именно: четыре раненыхъ (№№ 161, 189, 222, 235) жаловались на повторяющіяся обморочныя состоянія; у двухъ обнаружилось дрожаніе одинъ разъ руки — № 191, другой разъ предплечья — № 225; случай № 85 страдалъ тоническими судорогами разгибателей пальцевъ руки; на чувство „стягиванія“ предплечья, парализованнаго послѣ раненія, жаловался № 28. — Не берусь рѣшить, имѣемъ-ли мы право относить къ эпилептоиднымъ состояніямъ отдѣльныя изъ только что описанныхъ явленій, — какъ напримѣръ, припадки обмороковъ, дрожаніе, періодически появляющіеся приступы головокруженія, о которыхъ рѣчь будетъ ниже.

Теперь мы перейдемъ къ обсужденію субъективныхъ недомоганій у изслѣдованныхъ впослѣдствіи раненыхъ.

Главное мѣсто между этими недомоганіями занимаютъ жалобы на головокруженіе и головныя боли. Въ 32 случаяхъ опрошенные жаловались какъ на головныя боли, такъ и на головокруженіе. Мы вправѣ заключить, что оба эти симптома обнаруживаются обычно вмѣстѣ. И въ самомъ дѣлѣ головокруженіе отмѣчено въ 41 случаѣ, а головныя боли въ 38.

Жалобы на головокруженіе мы встрѣчаемъ у изслѣдованныхъ впослѣдствіи значительно чаще, чѣмъ при составленіи status'a болѣе или менѣе вскорѣ послѣ раненія. Само собой, мы должны быть особенно осторожны въ обсужденіи даннаго субъективнаго симптома. Не упуская этого изъ вида, привожу, что по нашимъ изысканіямъ 63% изслѣдованныхъ страдали головокруженіемъ. Brun и Englisch приводятъ менѣе значительный процентъ страдающихъ головокруженіемъ послѣ поврежденія черепа въ мирное

время. При позднѣйшемъ изслѣдованіи первый нашелъ головокруженіе въ 37,9%, второй въ 22% случаевъ.

Основываясь на нашихъ цифрахъ, мы не можемъ точно установить болѣе частое появленіе чувства головокруженія при опредѣленныхъ родахъ огнестрѣльныхъ поврежденій, напр. при застрявшихъ пуляхъ (см. главу о симптомахъ стр. 100) или при пораненіи опредѣленной области (основанія черепа, органа слуха) см. таблицу № 45). Среди изслѣдованныхъ раненыхъ, страдающихъ головокруженіемъ насчитывается 10 поврежденій основанія черепа (сюда причислены всѣ орбитальныя раненія). Свѣдѣнія о пораненіи органа слуха имѣются въ пяти наблюденіяхъ, два изъ нихъ относятся къ раненіямъ основанія черепа. Послѣднія считаются особенно подверженными припадкамъ головокруженія, вслѣдствіе часто сопутствующихъ поврежденій (сотрясеніе) лабиринта. Это обстоятельство можетъ, пожалуй, послужить объясненіемъ продолжительности названнаго недомоганія въ 13-ти нашихъ случаяхъ. При височныхъ и височно-затылочныхъ раненіяхъ (между нашими случаями 9, см. таблицу № 45) возможно также предположить поврежденіе, можетъ быть косвенное, лабиринта.

Оставляю безъ отвѣта вопросъ, имѣемъ-ли мы право выводить какія-либо заключенія изъ того факта, что на 25 неоперированныхъ приходится 16 оперированныхъ раненыхъ страдающихъ головокруженіемъ. Но при этомъ слѣдуетъ указать, что Brun [1]) при сложныхъ переломахъ черепа рѣже встрѣчалъ жалобы на головокруженіе, чѣмъ при подкожныхъ.

Относительно интенсивности головокруженія даются весьма различныя указанія. Между жалобами на легкіе приступы головокруженія и жалобами на постоянное чувство головокруженія (№№ 8, 124, 225, 277) имѣются разнообразные переходы. Часто раненые особенно жаловались на появленіе головокруженія припадками, напр. №№ 76, 85, другіе же на періодическое появленіе головокруженія (№№ 222, 304). Какъ причина, вызывающая головокруженія, часто указывается перемѣна положенія, въ частности, нагибаніе (№№ 117, 190, 208, 244, 293). Нѣкоторые раненые считали

1) l. c. pag. 641.

причиной ухудшенія перемѣну погоды (№№ 163—259), жару и физическій трудъ (№ 85).

На головныя боли жаловались 58,4% нашихъ опрошенныхъ раненыхъ. Число это до нѣкоторой степени совпадаетъ съ данными (51,6%) Brun'a[1]). — И здѣсь, какъ у жалобъ на головокруженіе, мы не замѣчаемъ никакой точной зависимости недомоганій спеціально отъ рода или области раненія (см. таблицы № 44 и 45). Противоположное утверждаетъ Brun, констатировавшій чаще всего жалобы на головную боль при поврежденіи затылка. Значительно чаще, чѣмъ при головокруженіи, мы встрѣчаемъ при жалобахъ на головную боль указаніе на то, что она постоянна. Изъ 38 наблюденій я могъ отмѣтить 16 разъ постоянныя головныя боли, въ то время, какъ среди 41 случая только четыре раза имѣлись свѣдѣнія о постоянномъ головокруженіи. Нѣтъ нужды повторять, что жалобы на силу головной боли могутъ быть очень различны. Попадаются однако свѣдѣнія объ особенно тяжелыхъ cephalalgiae, такъ напримѣръ въ случаѣ № 192 съ застрявшей оболочечной пулей.

Таблица № 44.

Субъективныя недомоганія у изслѣдованныхъ впослѣдствіи (распредѣленныя по роду огнестрѣльныхъ раненій).

Родъ раненія.	Головокруженіе.							Головная боль.						
	Оболочечн. пуля.			Артил. снарядъ.			Общее число.	Оболочечн. пуля.			Артил. снарядъ.			Общее число.
	Общее число.	Неоперирован.	Оперирован.	Общее число.	Неоперирован.	Оперирован.		Общее число.	Неоперирован.	Оперирован.	Общее число.	Неоперирован.	Оперирован.	
Тангенціальн. ран. .	7	2	5	5	1	4	12	6	2	4	5	1	4	11
Сегментальн. „ .	5	5	—	1	1	—	6	4	4	—	—	—	—	4
Діаметральн. „ .	4	3	1	—	—	—	4	3	2	1	—	—	—	3
Ран. съ застр. пул. .	7	3	4	2	1	1	9	8	5	3	2	1	1	10
Ран. основанія чер. .	4	4	—	—	—	—	4	3	3	—	—	—	—	3
Орбито-темпор. ран. .	6	5	1	—	—	—	6	7	6	1	—	—	—	7
Общее число . .	33	22	11	8	3	5	41	31	22	9	7	2	5	38

1) l. c. pag. 629.

Таблица № 45.

Субъективныя недомоганія у изслѣдованныхъ впослѣдствіи (распредѣленныя по области раненія).

Regio:	Головокруженіе.	Головная боль.
Frontalis	8	7
Fronto-temporalis	1	1
Fronto-parietalis	1	1
Temporalis	6	6
Tempоro-occipitalis	3	1
Occipitalis	2	2
Parietalis	10	9
Basilaris	4	3
Orbito-temporalis	4	5
Orbito-frontalis	1	1
Orbitalis	1	2
Общее число . . .	41	38

У названнаго раненаго постоянныя головныя боли усиливались до такой степени, что онъ сутками принужденъ былъ лежать въ постели.

Данныя, по которымъ можно заключить о локализаціи головной боли, имѣются и здѣсь очень рѣдко (см. „Симптомы“ стр. 102) напр. въ случаяхъ №№ 321, 122. Обычно онѣ бываютъ диффузны. Перемѣны положенія тѣла (нагибаніе), погоды (температура) имѣютъ такъ же, какъ и при головокруженіи, вліяніе въ смыслѣ ухудшенія недомоганій.

Далѣе, переходимъ къ разсмотрѣнію психическихъ разстройствъ, о которыхъ имѣются данныя въ опросныхъ листкахъ.

Въ главѣ о симптомахъ мы уже говорили о первичномъ психическомъ разстройствѣ. Теперь же намъ придется имѣть дѣло со слѣдами послѣдняго или со вторичными душевными разстройствами.

Численность душевныхъ разстройствъ, вызванныхъ поврежденіями головы, указывается весьма различно, она колеблется между 1,2% и 8% (Stolper[1]), сообразно тому,

1) „Die Geistesstörungen infolge von Kopfverletzungen.“ Vierteljahr. Schrift für ger. Med. und öffentl. Sanitätswesen. 1897. XIII. Bd. pag. 139.

разсчитывается-ли процентъ на всѣ случаи поврежденія головы или только на тяжелые изъ нихъ. Viedenz[1]) приводитъ, что среди 1542 душевно больныхъ, у 1,03% заболѣваніе было слѣдствіемъ поврежденія головы. „Sanitätsbericht“ за франко-прусскую войну 1870—1871 г. указываетъ только 13 душевно-больныхъ на 8985 поврежденій головы. Согласно Werner'y[2]) послѣднія данныя служатъ подтвержденіемъ правильности и другихъ наблюденій, что сравнительно съ большимъ числомъ поврежденій головы душевныя разстройства рѣдко являются какъ ихъ послѣдствія. — Промежутокъ времени послѣ травмы до появленія вторичныхъ душевныхъ разстройствъ чрезвычайно различенъ и колеблется между мѣсяцами и десятками лѣтъ (Stolper, Viedenz).

Формы, въ которыхъ проявляются вторичныя травматическія душевныя разстройства, указываются слѣдующія: травматическая деменція, манія съ сильной наклонностью къ насильственнымъ дѣйствіямъ, меланхолія, сопровождаемая временами припадками буйства и въ особенности состояніями боязни (Viedenz). Кромѣ этого слѣдуетъ еще упомянуть душевное разстройство при травматической эпилепсіи и neurasthenia traumatica.

Какія же изъ указанныхъ различныхъ картинъ заболѣваній имѣются среди нашихъ позднѣйшихъ изслѣдованій? Прежде всего считаю нужнымъ замѣтить, что число наблюденій невелико и данныя для опредѣленія сложныхъ картинъ болѣзни, къ сожалѣнію, слишкомъ не точны.

Въ пятнадцати изслѣдованныхъ впослѣдствіи случаяхъ болѣе или менѣе непосредственно за раненіемъ были констатированы слѣдующія измѣненія со стороны психики: 1) девять случаевъ обнаруживали апатію и амнезію; 2) 2 случая — меланхолически-ипохондрическія состоянія; 3) состоянія возбужденія — одинъ случай; и 4) слабоуміе — три. Позднѣйшимъ изслѣдованіемъ были обнаружены въ первой группѣ: страдающіе травматической эпилепсіей три случая (№№ 8, 123,

1) l. c. pag. 880.
2) l. c. pag. 165.

288), одинъ раненый страдалъ обморочными припадками и ослабленіемъ памяти (№ 161). Изъ двухъ раненыхъ второй группы одинъ погибъ, вѣроятно, отъ мозгового абсцесса или менингита; другой обнаружилъ своеобразныя разстройства рѣчи: невозможность громко говорить и неясность произношенія. Случай, принадлежащій къ третьей группѣ (№ 222), обнаруживалъ явленія, которыя, пожалуй, могутъ быть отнесены къ эпилептоиднымъ: періодическое головокруженіе, припадки разстройства рѣчи и потеря сознанія безъ судорогъ. Наконецъ, изъ трехъ больныхъ четвертой группы двое эпилептиковъ (№№ 180, 206). У третьяго (№ 192), повидимому, остались по истеченіи двухъ лѣтъ тѣ же разстройства, которыя обнаружены вскорѣ послѣ раненія.

Такимъ образомъ, у трехъ раненыхъ замѣчались слѣды первичнаго психическаго разстройства. Пять раненыхъ страдали травматической эпилепсіей, одинъ эпилептоидными припадками. (Одинъ случай, № 193, умеръ относительно рано). — Этимъ наблюденіямъ можно противопоставить 5 случаевъ, которые страдали послѣ раненія психическими разстройствами въ болѣе легкой формѣ (апатія, амнезія). Позднѣйшее изслѣдованіе этихъ раненыхъ частью обнаружило нѣкоторыя недомоганія (припадки головокруженія, головныя боли), но не дало какихъ-либо указаній на психическія разстройства.

Мы видимъ, что бо́льшая часть раненыхъ, страдавшая послѣ раненія психическими разстройствами, продолжаетъ страдать годами еще отъ этихъ разстройствъ. Brun[1]) нашелъ между своими случаями поврежденій черепа въ мирное время, изслѣдованныхъ впослѣдствіи, что изъ 24 больныхъ у 21 сохранились явные слѣды психическаго разстройства.

Изъ нашихъ случаевъ, изслѣдованныхъ впослѣдствіи, слѣдуетъ упомянуть три, которые могутъ быть причислены ко вторичнымъ психическимъ разстройствамъ. Мы приведемъ здѣсь, во-первыхъ, случай № 226, раненіе основанія черепа. Тяжело раненому пришлось перенести перевязку art. carotis communis и рожистое заболѣваніе, но, несмотря на это, онъ поправился настолько, что просился обратно

1) l. c. pag. 661.

на службу. Черезъ годъ же послѣ раненія онъ повѣсился въ „припадкѣ умопомѣшательства“. Къ сожалѣнію, невозможно было установить, когда и какія именно явленія душевнаго разстройства обнаружились въ данномъ случаѣ. Обыкновенно тяжелыя травмы черепа и влекутъ за собою душевныя разстройства. Здѣсь мы имѣемъ дѣло съ распространеннымъ раненіемъ основанія черепа (входное пулевое отверстіе въ верхней челюсти, выходное въ области proc. mastoideus), кромѣ того имѣлись еще другія огнестрѣльные раны на лицѣ и въ черепѣ. Къ этому надо прибавить еще нарушеніе кровообращенія мозга вслѣдствіе перевязки art. carotis. Послѣдняя вначалѣ не давала себя чувствовать, но на ряду съ послѣдствіями сотрясенія и контузіи мозга, возможно, что благопріятствовала развитію психическаго разстройства. — Слѣдующій случай (№ 190) касается раненія съ застрявшей оболочечной пулей, которая проникла въ затылокъ. Черезъ два года раненый обнаруживалъ признаки слабоумія: ослабленіе памяти и неспособность сужденія. — Какъ послѣдній приведу случай № 233. Раненый страдалъ эпилепсіей, вызванной огнестрѣльнымъ орбито-темпоральнымъ раненіемъ и кромѣ того травматической неврастеніей, по свидѣтельству пользовавшаго его врача. Въ связи съ этимъ (№ 233) случаемъ нужно назвать № 206, уже упомянутый нами раньше. Въ послѣднемъ послѣ раненія наблюдалось пониженіе умственныхъ способностей, затѣмъ обнаружилась травматическая эпилепсія и въ концѣ концовъ больной дошелъ до полнаго идіотизма. Онъ умеръ во время эпилептическаго припадка. — Въ какой зависимости въ предпослѣднемъ (№ 233) случаѣ находится душевное разстройство съ эпилепсіей, невозможно выяснить вслѣдствіе краткости замѣтокъ. Напротивъ того въ случаѣ № 206 психическое разстройство существовало еще до появленія припадковъ судорогъ, которыя вѣроятно способствовали съ своей стороны прогрессированію деменціи. — Типичное психическое разстройство при травматической эпилепсіи представляетъ случай огнестрѣльнаго раненія мягкихъ частей за № 395, въ которомъ мы видимъ ясно выраженное преэпилептическое „Dämmerzustand“ съ обманомъ чувствъ. Въ названномъ случаѣ мы имѣли дѣло съ тяжелой commotio cerebri (см. главу о раненіяхъ мягкихъ частей, стр. 30).

Теперь окинемъ еще разъ взглядомъ всѣ субъективныя жалобы и объективныя разстройства, начиная съ легкихъ головныхъ болей и головокруженій, до тяжелыхъ эпилептическихъ и душевныхъ разстройствъ, съ незначительныхъ слѣдовъ явленій выпаденія до постояннаго паралича конечностей. При этомъ намъ станетъ ясно, что на послѣдній, интересующій насъ въ этой главѣ, вопросъ — именно, на вопросъ о работоспособности раненыхъ, невозможно дать благопріятный отвѣтъ. — Въ началѣ этой главы мы уже указывали, съ какой осторожностью нужно относиться къ свѣдѣніямъ относительно работоспособности раненыхъ. Здѣсь я еще разъ указываю на это и прошу разсматривать нижеприведенныя цифровыя данныя, имѣя сказанное въ виду. Изъ 65 изслѣдованныхъ случаевъ въ 49 мы имѣемъ свѣдѣнія о степени ихъ работоспособности. Въ семи случаяхъ раненые не отвѣтили на соотвѣтствующій вопросъ. Девять же раненыхъ не были въ живыхъ ко времени опроса.

49 упомянутыхъ случаевъ распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

1) неспособныхъ къ труду . . . . . 26 чел.
2) съ пониженной работоспособностью 15 „
3) работоспособныхъ. . . . . 8 „

Между ранеными, оказавшимися неработоспособными мы видимъ (срв. таблицу № XV), что въ четырехъ случаяхъ существовали параличи; въ двѣнадцати судороги; въ четырехъ разстройства рѣчи; при чемъ одинъ разъ параличи наблюдались совмѣстно съ судорогами (№ 208), а три раза (№№ 120, 207, 295) разстройства рѣчи и судороги. Въ этихъ 16 случаяхъ вполнѣ объясняется неработоспособность объективными симптомами. — Въ остальныхъ десяти случаяхъ*) мы даже вполнѣ понимаемъ заявленіе о неработоспособности, такъ какъ дѣло касается тяжелыхъ раненій: три раза съ застрявшими оболочечными пулями, одинъ разъ раненіе основанія черепа об. пулей, одно тангенціальное раненіе револьверомъ, одно сегментальное раненіе и одно съ застрявшей и потомъ удаленной шрапнельной пулей. Наконецъ три случая падаютъ на орбито-темпоральныя раненія съ поврежденіемъ глазного яблока.

*) №№ 189, 190, 195, 225, 235, 238, 244, 277, 304, 321.

Что касается опрошенныхъ, заявившихъ только о пониженіи своей работоспособности, то мы видимъ у семерыхъ изъ нихъ слѣдующія недомоганія: въ двухъ случаяхъ имѣлись параличи, въ четырехъ — припадки судорогъ и въ трехъ — разстройства рѣчи, причемъ въ одномъ случаѣ (№ 123) совмѣстно всѣ три означенныхъ симптома. — Изъ восьми другихъ случаевъ*) въ трехъ имѣлись дефекты въ черепной капсулѣ (тангенціальныя раненія), въ одномъ — діаметральное раненіе съ припадками обмороковъ и сильнымъ пониженіемъ памяти (№ 161), въ другомъ — застрявшая об. пуля и поврежденіе глаза, въ двухъ — раненія основанія черепа и въ одномъ — орбито-темпоральное раненіе съ поврежденіемъ глаза. И въ этихъ случаяхъ мы должны будемъ согласиться съ тѣмъ, что работоспособность раненыхъ болѣе или менѣе понижена.

Болѣе всего насъ интересуютъ, конечно, работоспособные. Слѣдуетъ замѣтить, что среди 8 работоспособныхъ имѣются три офицера [изъ пяти офицеровъ**), фигурирующихъ вообще между нашими позднѣйшими изслѣдованіями]. Поразительно, что всѣ случаи принадлежатъ къ поврежденіямъ оболочечными пулями. Я отнюдь не отваживаюсь видѣть въ этомъ доказательство „гуманности“ (sit venia verbo) оболочечныхъ пуль, но полагаю, что дѣло идетъ просто объ игрѣ случая. Къ сожалѣнію, цифры вообще слишкомъ малы, чтобы говорить о вліяніи рода и области раненія на работоспособность. Но для полноты картины привожу здѣсь двѣ таблицы, которыя, можетъ быть, позволятъ до нѣкоторой степени судить объ этихъ соотношеніяхъ.

Таблица № 46 показываетъ, что работоспособные распредѣляются преимущественно на тангенціальныя и сегментальныя раненія. Среди діаметральныхъ раненій и случаевъ съ застрявшими снарядами мы не находимъ ни одного работоспособнаго. Присмотрѣвшись ближе къ раненымъ, которые свидѣтельствуютъ о своей работоспособности, мы замѣтимъ, что и тангенціальныя и сегментальныя поврежденія принадлежали къ числу легкихъ

*) №№ 49, 85, 161, 194, 218, 220, 239, 293.
**) Одинъ изъ нихъ умеръ.

Таблица № 46.

Родъ раненія.	Тангенціальн.					Сегментальн.					Діаметральн.					Ран. съ застряв. пул.					Ран. основанія черепа.			Орбито-темпоральныя.		
Родъ оружія.	об. п.		ар. сн.			об. п.		ар. сн.			об. п.		ар. сн.			об. п.		ар. сн.			обол. п.			обол. п.		
	Неопериров.	Оперирован.	Неопериров.	Оперирован.	Общее число.	Неопериров.	Оперирован.	Неопериров.	Оперирован.	Общее число.	Неопериров.	Оперирован.	Неопериров.	Оперирован.	Общее число.	Неопериров.	Оперирован.	Неопериров.	Оперирован.	Общее число.	Неопериров.	Оперирован.	Общее число.	Неопериров.	Оперирован.	Общее число.
Неработоспособные . .	1	1	—	3	5	1	—	1	—	2	1	2	—	—	3	3	3	—	1	7	2	—	2	6	1	7
Работоспособность понижена .	1	3	—	1	5	2	—	—	—	2	2	—	—	—	2	2	1	—	—	3	2	—	2	1	—	1
Работоспособные . .	1	2	—	—	3	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1

Таблица № 47.

Область раненія.	Работоспособные.	Работоспособность понижена.	Неработоспособные.	Общее число.
Regio frontalis	2	5	—	7
„ fronto-parietalis .	—	1	—	1
„ fronto-temporalis .	—	1	—	1
„ temporalis	4	2	—	6
„ parietalis	8	2	3	13
„ occipitalis	1	—	2	3
„ temporo-occipitalis	2	—	1	3
„ basilaris	2	2	1	5
„ orbito-temporalis .	5	1	1	7
„ orbitalis	1	1	—	2
„ orbito-frontalis . .	1	—	—	1
Общее число . .	26	15	8	49

и благопріятныхъ раненій и ни въ одномъ изъ нихъ мы не имѣли дѣла съ инфицированными случаями. Къ тангенціальнымъ раненіямъ относятся: случай (№ 80) съ навѣрное неповрежденной dura; въ № 6, гдѣ dura, вѣроятно, осталась цѣлой, и только въ третьемъ случаѣ имѣлось поврежденіе твердой мозговой оболочки и

одновременно мозга. При сегментальныхъ раненіяхъ мы, конечно, находимъ непосредственное поврежденіе мозга и его оболочки. Поразительно, однако, что всѣ три относящіеся сюда случая представляютъ поврежденія затылка. Изъ выше приведенныхъ случаевъ сегментальнаго раненія у двоихъ остались разстройства: одинъ страдалъ Hemianopsia inferior, другой — разстройствомъ рѣчи. На субъективныя недомоганія жаловались всѣ за исключеніемъ раненаго, потерявшаго глазъ при орбито-темпоральномъ раненіи. Этотъ свидѣтельствовалъ свою способность къ труду, несмотря на то, что во время его пребыванія въ лазаретѣ (Харбинъ) была констатирована начинающаяся атрофія зрительнаго нерва на другомъ глазу.

Мы видимъ, что и у большинства способныхъ къ труду раненыхъ имѣются на лицо оставшіяся послѣ поврежденія разстройства.

Такимъ образомъ мы должны считать исходъ огнестрѣльныхъ раненій черепа quo ad sanationem completam по меньшей мѣрѣ сомнительнымъ; введеніе оболочечныхъ малокалиберныхъ пуль, повидимому, не внесло никакихъ перемѣнъ въ этомъ отношеніи.

XV. Исторіи болѣзни.

Раненія костей и содержимаго черепа оболочечными пулями.

№№ 1—254.

Случаи тангенціальнаго раненія об. пулями

неоперированные, эвакуированные.

№№ 1—15.

№ 1. Харченко Илья. — 140-го Зарайскаго п.,

14. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею на разстояніи 2000 шаг.,

15. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Ляоянѣ,

17. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Раненъ, при стоян. на колѣнѣ. Послѣ раненія минутъ десять былъ безъ сознанія. Первую помощь получилъ черезъ 10 минутъ. Входъ: выше лѣваго теменного бугра. Выходъ: по средней линіи между буграми. Кость повреждена. Парезъ правой ноги. Подавленность настроенія. Головокруженіе. 17. VIII. 04 эвакуированъ на сѣверъ.

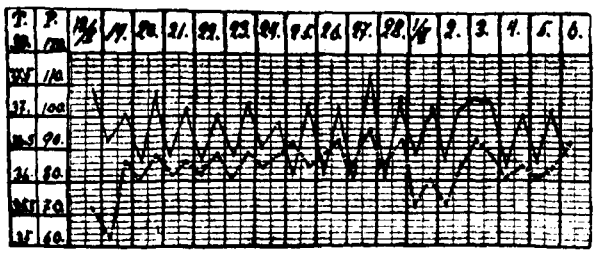
По наведеннымъ справкамъ 29. XII. 1906 Харченко живъ. На мѣстѣ входного и выходного отверстій болѣзненная опухоль. Правая нога парализована. Судорогъ не бываетъ. Жалуется временами на шумъ въ головѣ и головную боль припадками. Головокруженія нѣтъ. Работать не способенъ.

№ 2. Курцевъ Александръ. — 38-го Тобольскаго п.,
18. VII. 04 раненъ подъ Хайченомъ об. п.,
20. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
28. VII. 04 переведенъ.

V. r. parietalis dex. — Входъ: межушная линія на 4 пальца надъ meat. aud. ext. dext. Выходъ: средина между теменными буграми. Входъ и выходъ равны діаметру пули. Парезъ лѣвой руки, нижнихъ вѣтвей лѣв. facialis'a, легкій парезъ лѣв. ноги. Невнятность рѣчи. Движенія языка правильны. Сознаніе полное. Зрачки реагируютъ правильно. Теченіе: T° нормальна. 21. VII. — Изъ вых. отв. выдѣляется мозговое вещество. Временами судороги въ лѣвыхъ конечностяхъ. 24. VII. — Парезъ лѣв. ноги исчезаетъ. Судороги не повторяются. Парезъ n. facialis менѣе выраженъ. Пульсъ въ началѣ замедленъ, затѣмъ становится чаще. 25. VII. — Перемѣна повяз., раны покрыты струпомъ. 26. VII — Парезъ лѣвой руки держится. 28. VII. — Переведенъ въ Георгіев. общину по случаю закрытія лазарета. Раны покрыты сухимъ струпомъ. Самочувствіе хорошее.

№ 3. Калбунъ Иванъ. 28 л. — 58-го Пражскаго полка,
16. II. 05 раненъ об. пул. на разстояніи 200 ш.,
18. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Въ лѣвой теменной области на границѣ съ лобной желобообразная рана длиною въ 5 cm. Рана проникаетъ до кости, въ которой видна инфракція. Симптомовъ со стороны мозга нѣтъ. T° вечеромъ 37,4, пульсъ 72. — Теченіе: подъ сухой повязкой рана зажила. Пульсъ и T° см. кривую. 6. III. эвакуированъ.



№ 3.

№ 4. Коневъ Василій. 26 л. — 24-го Донского п. Доброволецъ,
1. XI. 04 раненъ об. п.,
2. XI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. XI. 04 выписанъ въ полкъ.

V. r. frontalis sin. — Послѣ раненія сознаніе потерялъ только на нѣсколько минутъ. Входъ: у внутренняго края лѣвой брови. Выходъ: съ правой стороны шеи на серединѣ задняго края muscul. sterno-cl-m. Изъ правой ноздри небольшое кровянистое выдѣленіе. Теченіе: Температура въ первое время по вечерамъ до 37,6. 3. XI. — Кровоподтеки и опухоль вокругъ лѣваго глаза. 7. XI. — Пулевыя отверстія затянулись. Жалуется на онѣмѣніе правой щеки. 16. XI. — Опухоль и кровоподтеки вокругъ лѣваго глаза исчезли. 20. XI.— Выпис. въ полкъ съ зарубцевавшимися ранами.

№ 5. Димитріевъ Ѳеодоръ. 23 л. — 140-го Зарайскаго п.,
13. VIII. 04 раненъ об. пулей на разстояніи 400 ш.,
21. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
10. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Послѣ раненія полсутокъ былъ безъ сознанія. До Ляояна несли на носилкахъ и везли на арбѣ. Когда пришелъ въ сознаніе, то замѣтилъ параличъ правой руки и ноги. Раненіе навылетъ лѣвой теменной области. Раны заживаютъ. Полный параличъ правой верхней и ослабленіе функціи правой нижней конечностей. T° нормальна. (Въ скорбномъ листѣ отмѣчено: „пуля прошла подкожно въ лѣвой теменной области, раздробленіе свода не констатируется"). 10. IX. 04 эвакуированъ на ст. Мысовую безъ перемѣны въ общемъ состояніи.

№ 6. Выдринъ Иванъ. 23 л. — 11-го В. С. С. П.
15. VIII. 04 раненъ об. пулей,
21. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
10. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Послѣ раненія былъ безъ памяти въ продолженіе одного часа. До Ляояна переправили на носилкахъ, затѣмъ въ санитарномъ поѣздѣ. — Раненіе лѣвой теменной области на вылетъ. Парезъ правой верхней и нижней конечностей. T° нормальна. (Въ скорбномъ листѣ отмѣчено: „снарядъ прошелъ подъ кожей головы, не поранивъ свода.") 10. IX. 04. — Больн. эвакуированъ на ст. Мысовую безъ особаго улучшенія въ общемъ состояніи. (В. упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 118, № 2).

По прибытіи въ Москву отмѣчено: очень малая подвижность кисти и пальцевъ правой руки. Ходитъ. Видитъ хуже чѣмъ до раненія.

По наведеннымъ справкамъ 29. XI. 06 Выдринъ живъ. На мѣстѣ входного отверстія втянутый рубецъ. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бываетъ. Жалуется на головокруженіе. Работать способенъ.

№ 7. П. Александръ. 29 л. — Поручикъ 23-го В. С. С. П.
17. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулей,
23. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
17. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. Входъ: на 2 cm. влѣво отъ средней линіи, 10 cm. впереди теменного бугра. Выходъ: около самаго теменного бугра. Кость повреждена. По ходу пулевого канала прощупываются неровности. Постоянная головная боль. Вялость. Раздражительность. Мнительность. Боязнь преслѣдованія. Теченіе: 30. VIII. — Самочувствіе значительно лучше, сталъ менѣе раздражительнымъ. 6. IX. — Позволено ходить. Сонъ и аппетитъ хорошіе. 14. IX сталъ болѣе общительнымъ. 17. IX. 04 эвакуированъ въ Никольско-Уссурійскъ. Самочувствіе хорошее. Сталъ спокойнѣе. Головные боли исчезли.

№ 8. Калемалькинъ Иванъ. 29 л. — 2-го В. С. С. П.
12. I. 05 раненъ при Сандепу об. пулей на разстояніи 150 шаговъ,
29. I. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
12. III. 05 эвакуированъ.

V. r. frontalis dex. — Сознаніе потерялъ не тотчасъ послѣ раненія, а пройдя съ версту пѣшкомъ. Было кровотеченіе изъ носу, рта и изъ ранъ. Въ первые два дня перевязанъ три раза. Много претерпѣлъ пока былъ доставленъ до желѣзной дороги, шелъ даже пѣшкомъ 15 в. Входъ: немного выше наружнаго конца правой брови. Выходъ: на лѣвой сторонѣ шеи, немного ниже мочки уха. Обѣ раны зарубцевались. Б. въ угнетенномъ состояніи. Головная боль и боль въ области глаза. Правымъ глазомъ ничего не видитъ, bulbus не пострадалъ. Теченіе: T° нормальная. Боли стихаютъ. 12. III эвакуированъ въ Россію значительно поправившимся. На правомъ глазу атрофія зрительнаго нерва. Visus = 0.

По наведеннымъ справкамъ 6. XI. 06 Калемалкинъ живъ. На лбу соотвѣтственно входному отверстію втянутый рубецъ. Почти ежедневно бываютъ припадки судорогъ, но безъ потери сознанія. Параличей нѣтъ. Жалуется на постоянное головокруженіе и головную боль. Къ работѣ мало способенъ.

№ 9. Антоновъ Арсеній. 24 л. — 139-го Моршанск. п. мл. унт.-оф.,
1. X. 04 раненъ об. пулей,
8. X. 04 поступилъ Л. И. О. въ Харбинѣ,
7. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. occipitalis sin. — Первую помощь получилъ на позиціи. Послѣ раненія былъ нѣкоторое время безъ памяти, нѣсколько дней не могъ говорить. Въ лѣвой затылочной области узкая рана, длиною въ 6,0 cm., частью гранулирующая. Рана проникаетъ черезъ кость черепа и задѣла не глубоко вещество мозга. Изъ раны выдѣляется гной и мелкіе осколки кости. T° нормальная. Зрѣніе нормально. При отвѣтахъ путается. — Теченіе: T° нормальна. Рана рубцуется хорошо. Отдѣляемаго мало. 18. X. — Отвѣчаетъ на вопросы вѣрно и быстро. Разсказы больного связны, иногда всё-таки (хотя рѣдко) отвѣчаетъ невпопадъ. 7. XI эвакуированъ въ Россію съ небольшой гранулирующей раневой поверхностью.

№ 10. Предатченко Андрей. — 140-го Зарайскаго п..
13. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулей,
20. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
14. X. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Входъ: на четыре пальца выше и впереди лѣваго наружнаго слухового прохода. Выходъ: на томъ-же уровнѣ на три пальца позади входа. Ранки чисты. Сильный инфильтратъ по ходу пулевого канала мѣшаетъ убѣдиться въ состояніи кости, здѣсь-же сильная болѣзненность. Парезъ праваго лицевого нерва и правыхъ конечностей. Силное пониженіе чувствительности на всей правой половинѣ тѣла. Зрачки равномѣрны, реагируютъ. Пульсъ замедленъ — около 58. Сознаніе вполнѣ ясное. Говорить не можетъ. Движенія языка нормальны. На всѣ вопросы отвѣчаетъ только „Я, Я,“ показывая при этомъ на языкъ и покачивая головою. Вполнѣ понимаетъ, что говорятъ, но отвѣчать не можетъ. Самъ повидимому понимаетъ, что ска-

занное имъ слово „Я“ не соотвѣтствуетъ тому, что хотѣлъ сказать. Повидимому безпокоится о томъ, что останется нѣмымъ. Вообще б. безпокоенъ, съ трудомъ удается удержать его въ постели. Настроеніе подавленное. — Теченіе: 20. VIII—28. VIII головная боль. Б. безпокоенъ, раздражителенъ (билъ сестру за то, что она не позволила ему встать.) Въ первые дни пульсъ замедленъ, съ 25-го учащается (76). Съ 31. VIII сталъ спокойнѣе, веселѣе, началъ смѣяться. Всякаго подходящаго къ койкѣ знаками проситъ присѣсть и старается разговаривать. 5. IX ранки зарубцевались, но больной не даетъ снимать повязки. T° все время нормальна, головная боль стихаетъ. 8. IX сталъ немного говорить, но слова выговариваетъ неясно, путаетъ буквы. 9. IX сказалъ свое имя и фамилію (Прдачка вмѣсто Предатченко.) Позволилъ снять повязку. Боится дотронуться до мѣста раненія. 14. IX говоритъ все, но выговариваетъ слова неясно, путая буквы, слова и т. п. Позволено ходить. 6. X. 04. — Эвакуированъ въ Россію. — Легкій парезъ праваго лицевого нерва. Пониженная чувствительность на всей правой половинѣ тѣла. Рѣчь неясная. Нѣкоторое ослабленіе умственныхъ способностей. (Б. упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 119, № 9). По прибытіи въ Москву отмѣчено: анестезія всей правой половины. Ходитъ съ мѣсяцъ. Говоритъ съ затрудненіемъ.

№ 11. К. Н. 39 л. — Капитанъ 11-го Семипалатинскаго п.,
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулей,
3. X. 04 въ 3. К. О. въ Иркутскѣ,
6. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Входъ: по средней лѣвой теменной области на 1 cm. влѣво отъ стрѣловиднаго шва. Выходъ: по средней линіи на палецъ впереди вѣнечнаго шва. На мѣстѣ отверстій стойкіе рубцы, межъ ними прощупывается желобъ длиною около 5 cm. Парезъ правосторонних конечностей, со спастическими явленіями. T° нормальна.

№ 12. Граудинъ Р. 29 л. — 147-го Самарскаго п. старшій унт.-оф.,
1. X. 04 раненъ при Шахэ об. пулей,
4. XI. 04 поступиль въ 3. К. О. въ Иркутскѣ,
11. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. parieto-occipitalis sin. — На границѣ теменной и затылочной кости слѣва зажившіе входъ и выходъ на разстояніи 1.5 cm. другъ отъ друга. Небольшой паразъ лѣвой руки. Головокруженіе и головная боль. Шумъ въ ушахъ. Значительное повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ. — Теченіе: T° нормальная. Головныя боли. 11. XI. 04 выписанъ. Комиссіей признанъ подлежащимъ увольненію на одинъ годъ, какъ страдающій анэміей послѣ огнестрѣльнаго раненія головы.

№ 13. Потаповъ Николай. 32 л. — 9-го Тобольскаго п.,
2. VI. 04 раненъ при Вафангоу об. пулей,
4. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
11. VII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Послѣ раненія свалился и былъ безъ сознанія; въ этомъ состояніи его донесли до перевязочнаго пункта версты за двѣ, а оттуда на линейкѣ доставленъ до станціи ж. д. — Въ лѣвой теменной области желобоватая рана, длиною въ 5 сантим., расположенная въ передне-заднемъ направленіи. Кость обнажена, повидимому цѣла. — Лѣвый зрачекъ расширенъ, но оба зрачка хорошо реагируютъ на свѣтъ. На лѣвое ухо ничего не слышитъ. Жалуется на тяжкія головныя боли и головокруженіе. Ходить не можетъ. T° 36,7—37,2. 10. VI зрачки одинаковой величины. Болей нѣтъ. T° нормальна. 18. VI жалобы на головокруженіе и шумъ въ головѣ и боли въ правой верхней конечности. Послѣдняя гораздо слабѣе лѣвой, но по словамъ больного, это было и до раненія въ голову. 22. VI изъ раны выдѣляется значительное количество гноя, ввиду чего 24. VI рана расширена. Два раза было обморочное состояніе. Съ 26. VI состояніе улучшилось, началъ ходить. Рана заживаетъ. 11. VII эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 14. Южаковъ Григорій. 33 л. — 9-го Тобольского п., фельдфебель.
11. VII. 04 раненъ при Дашичао об. пулею на разст. 250 шаг.,
13. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
1. VIII. 04 выписанъ въ строй.

V. r. parietalis dex. — Послѣ раненія появилось головокруженіе, но сознанія не терялъ. Прошелъ пѣшкомъ около четырехъ верстъ до перевяз. пункта, гдѣ наложена первая повязка. —

Въ правой теменной области на 6,5 сантим. выше верхняго края уха рваная рана покрововъ головы, длиною въ 5 сантим. По серединѣ раны имѣется обнаженное отъ надкостницы мѣсто. Кость повреждена, надтреснута. Рана чиста. — Самочувствіе хорошее, больной ходитъ. Небольшое головокруженіе. T° нормальна. 13. VII—1. VIII рана хорошо рубцуется. T° все время нормальна. Выписанъ въ строй съ зарубцевавшейся раной.

№ 15. N. N.

20. VIII. 04 раненъ об. пулею,
22. IX. 04 поступилъ,
30. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Раненіе лѣвой теменной области по касательной. Кость повреждена. Парезъ nerv. fac. dex. — Теченіе: парезъ проходитъ. T° 36,2—37,2. Пульсъ 60—86.

Случаи тангенціальнаго раненія об. пулями

неоперированные, умершіе.

№№ 16—20.

№ 16. Терка Станиславъ. — 4-го В. С. С. II.

? X. 04 раненъ при Шахэ об. пулей,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
4. X. 04 умеръ.

V. r. occipitalis dex. — Желобоватая рана на затылкѣ справа отъ средней линіи длиною въ 7 cm., шириною 1,5 cm. Изъ раны выпячивается размозженная мозговая ткань. Б. очень возбужденъ. Отвѣчаетъ на вопросы. T° 38,5. Пульсъ 115. X. 04 смерть. При вскрытіи обнаруженъ Meningo-encephalitis.

№ 17. Неизвѣстный.

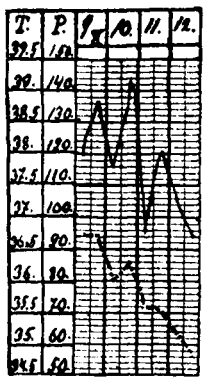
? раненъ об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 5173.
18. I. 05 умеръ.

V. r. frontalis. — Поступилъ въ безсознательномъ состояніи. На лбу пулевая (тангенціальная) рана. Умеръ, не приходя въ себя.

№ 18. N. N.

4(?) X. 04 раненъ при Шахэ об. пулею,
9. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
13. X. 04 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Въ полусознательномъ состояніи, на вопросы не отвѣчаетъ. Входъ: на четыре пальца выше верхушки лѣв. уха. Выходъ: соотвѣтственно правой теменной кости на два пальца отъ средней линіи въ области коронарнаго шва. Въ отверстіяхъ тампоны. Контрактура въ лѣвой рукѣ и ногѣ. Пульсъ 95, T° 38,0 — см. кривую. Теченіе: 10. X. мочится и марается подъ себя. 12. X. — Спастическія явленія въ правой рукѣ и ногѣ. Сознаніе помрачено. 13. X. 04—Внезапная смерть.



№ 18.

№ 19. Никитинъ Ѳеодоръ. 216-го Инсарскаго п.,
21. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
24. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
8. IX. 04 умеръ.

V. r. occipitalis sin. — Раненъ тремя пулями. Первую помощь получилъ черезъ пять часовъ. Входъ: въ лѣвой теменно-затылочной области. Выходъ: на 4 ст. влѣво отъ средней линіи, по линіи, проведенной черезъ наружный слуховой проходъ. Кость черепа раздроблена и вдавлена. Никакихъ мозговыхъ явленій. Раненіе на вылетъ мягкихъ частей правой голени. Раненіе на вылетъ живота, выдѣленіе кала изъ раны, перитонитъ. Теченіе: T° высокая. 2. IX. — Раны на черепѣ зажили. 8. IX. 04. — Смерть отъ перитонита.

№ 20. Коробъ Митрофанъ. — Козловскаго п.,
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею на разстояніи 40—50 шаг.,
30. VIII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
1. IX. 04 умеръ.

V. r. parietalis dex. — Входъ: въ правой теменной области близъ средней линіи; выходъ: на три пальца выше protub. occip. externa. Окружность ранъ безъ реакціи. Б. въ сознаніи, отвѣчаетъ разумно на всѣ вопросы. Настроеніе

плаксивое. T° 37,1, пульсъ 64. 1. IX. — Утромъ внезапно потерялъ сознаніе. Стерторозное, затрудненное, глубокое дыханіе. T° 36,0, пульсъ 64. Ціанозъ. Вечеромъ T° 40,5. пульсъ 120. Умеръ вечеромъ не приходя въ себя. Вскрытія не было.

Случаи тангенціальнаго раненія оболочечными пулями

оперированные, эвакуированные.

Первично-оперированные

№№ 21—54.

№ 21. Кутчѣевъ Матвѣй. 25 л. — 12-го Пензенскаго п.,
20. II. 05 раненъ об. пулею,
21. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
21. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. (?). Тангенціальное раненіе головы. Б. безъ сознанія. Операція: 21. II. — Большія трещины. Мозгъ поврежденъ. Удалено много осколковъ и кровяныхъ сгустковъ. 24. II. — Эвакуированъ.

№ 22. Неизвѣстный.
20. VIII. 04 раненъ об. пулею,
21. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 946.
21. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. fronto-parietalis sin. — Входъ: справа на лбу на границѣ волосистой части головы на три пальца вправо отъ средней линіи. Выходъ: слѣва на два пальца позади входа и на четыре пальца влѣво отъ средней линіи. Полное безсознательное состояніе. Параличей конечностей нѣтъ. Пульсъ замедленъ и полный. 21. VIII операція: широко раскрыто пораженное мѣсто, удаляются пять остроконечныхъ осколковъ, глубоко внѣдрившихся въ мозгъ. Мозговая ткань разрушена въ область величиной въ голубиное яйцо и болѣе. 22. VIII. — Пульсъ учащается. Сознаніе замѣтно прояснилось. Смотритъ какъ будто сознательно, но говорить не можетъ. 24. VIII. — Рана въ удовлетворительномъ состояніи. Отправленъ въ Харбинъ.

№ 23. Гулеге Павелъ. 24 л. — 139-го Моршанскаго пѣх. п.,
17. II. 05 раненъ об. пулей,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
21. II. 05 эвакуированъ.

V. r. occipitalis dex. — Входное отверстіе: на 1 палецъ отъ средн. линіи въ правой затылочной области: выходное: на 2 пальца вправо на уровнѣ верхняго края уха. Больной въ сознаніи. Параличей нѣтъ. — Операція: найденъ оскольчатый переломъ, съ внѣдреніемъ нѣсколькихъ осколковъ въ твердую мозговую оболочку, которая продырявлена въ 3-хъ мѣстахъ. Извлечены осколки. Тампонація. 19. II. — Состояніе хорошее. T° нормальна. Пульсъ 72. 20. II. — Рана чиста. Самочувств. удовлетв. 21. II. — Отправленъ съ санитарн. поѣздомъ на сѣверъ.

№ 24. Костинъ Павелъ. 25 л. — 122 Тамбовскаго п.,
20. II. 05 раненъ об. п.,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. frontalis. — По срединѣ лба имѣется два отверстія, отстоящія другъ отъ друга на 4 cm., чувствуется раздробленіе кости. Параличей нѣтъ. Сознаніе полное. — Операція: найденъ оскольчатый переломъ, много осколковъ, внѣдрившихся въ мозговое вещество, и довольно значительное внутримозговое кровоизліяніе. Тампонація. 22. II. — Самочувствіе хорошее. Повязка суха, чиста. Пульсъ 80. T° 37,0—37,3. 24. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 25. Скоробогатько Герасимъ. 30 л. — Пензенскаго п.,
19. II. 50 об. п.,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Пуля прошла по касательной въ области лѣваго теменного бугра. — Débridement: Удалено нѣсколько осколковъ, внѣдрившихся въ мозговое вещество. — Параличей нѣтъ. 22. II. — Общее состояніе удовлетворительно. 24. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 26. А. Николай. 25 л. — Подпоручикъ 99-го Ивангородск. п.,
22. II. 05 подъ Мукденомъ об. п.,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. occipitalis sin. — Потерялъ сознаніе. Была рвота. — Входное отверстіе на 5 cm. выше лѣваго proc. mastoid., немного позади. Выходное на 3 cm. отъ затылочнаго бугра, той-же стороны. Состояніе подавленное. Жалуется на сильную головную боль. Параличей нѣтъ. — Операція: Широкій разрѣзъ. Оскольчатый переломъ черепа, съ поврежденіемъ мозга. Тщательно удаляютъ осколки и загрязненіе пулевого канала волосами и шерстью (папахи.) Тампонація. 22. II. — Самочувствіе удовлетв. Больной ходитъ, куритъ, разговариваетъ съ прибывающими ранеными, интересуясь ходомъ битвы. T° нормальна. Боли нѣтъ. Повязка держится хорошо. 24. II. — По настоятельной просьбѣ отправленъ съ послѣднимъ санитарнымъ поѣздомъ на сѣверъ вмѣстѣ съ персоналомъ лазарета, не оставшимся въ М. Достигъ Харбина на 6 день въ удовлетв. состояніи. — Выздоровѣлъ.

№ 27. Г. Владиміръ. 35 л. — Начальникъ штаба 25 дивизіи.
22. II. 05 раненъ об. п.,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. frontalis dex. — Потерялъ сознаніе, очнулся черезъ $^1/_2$ часа и самъ пошелъ на перевяз. пунктъ. Параличей нѣтъ. Жалуется на головокруженіе. Рана въ верхней части правой половины лба. Пуля прошла по касательной, раздробила кость. При операціи удалены остроконечные осколки tabulae vitreae, продырявившіе твердую мозговую оболочку, которую не вскрываютъ. Тампонація. 23. II. — Состояніе вполнѣ удовлетв. T° нормальна. 24. II. — По настоятельной просьбѣ эвакуированъ вмѣстѣ съ персоналомъ и другими ранеными. Достигъ Харбина благополучно на 6 день. Выздоровѣлъ.

№ 28. Ѳ. Михаилъ. — Генералъ-маіоръ,
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. п.,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Въ полусознательномъ состояніи. Сонливъ, на вопросы не отвѣчаетъ. Параличъ правой руки и ноги и лѣваго лицевого нерва. Вѣки распухшія, подъ глазами кровоподтеки. Пульсъ 70. Въ задней теменной области съ лѣвой стороны входное отверстіе неправильной формы съ ушибленными краями. Изъ отверстія выступаетъ наружу разрушенная мозговая ткань. На 4 пальца кзади — выходное отверстіе. Вся область отечна. При пальпаціи чуствуется оскольчатый переломъ черепа. — Операція: продольный разрѣзъ, — широко вскрытъ пораженный участокъ и весь ходъ пулевого канала, причемъ вынуто 5 осколковъ, внѣдрившихся въ мозгъ. 3 шва. 21. VIII. — Больной въ полномъ сознаніи. Чувствуетъ себя хорошо. Вставалъ. Параличъ ноги почти пропалъ; рукой плохо владѣетъ. Разговариваетъ толково. T° нормальна. 22. VIII. — Рана чиста. Швы не сняты. Перемѣна фитиля. 24. VIII. — Отправленъ въ Харбинъ. 15-го Августа 1906 больной явился къ Д-ру Бутцъ въ СПБ. — Дефектъ черепа соотв. трепанированному мѣсту. Рубецъ безболѣзненъ. Память и умственныя способности нормальныя. Рукой и ногой владѣетъ хорошо. Жалуется лишь на являющееся по временамъ чувство стягиванія въ предплечьѣ.

№ 29. Сычевъ Сергѣй. 23 л. — 34. В. С. С. П.
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. п.,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-occipitalis dex. — Входное отверстіе: на границѣ лобной и височной области справа; выходное: на затылкѣ тоже съ правой стороны. Пульсъ замедленъ. Состояніе полусознательное. Была рвота. Парезъ лѣвой руки и ноги. Трепанація: Удалено много осколковъ со стороны tabulae internae. Тампонація. 21. VIII — Особенныхъ перемѣнъ нѣтъ. T° нормальна. Самочувствіе удовлетворительное. 24. VIII. — Рана въ хорошемъ состояніи. Паретическія явленія повидимому проходятъ. Отправленъ въ Харбинъ.

№ 30. Егоровъ Василій. 26 л. — 5-го В. С. С. П.
27. II. 05 раненъ,
27. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
27. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. frontalis dex. — Доставленъ японцами въ Крестов. лазаретъ. Пуля прошла по касательной въ лобной области, вскрыла лобную пазуху, раздробила заднюю стѣнку, повредила твердую мозговую оболочку и мозговое вещество. Параличей нѣтъ. Сильная головная боль. — Débridement: Удалены осколки. Тампонація. — Дальнѣйшее теченіе раненія благопріятное. Рана грануллируетъ хорошо и къ 3. III отмѣчено: больной ходитъ по палатамъ, гуляетъ на свѣжемъ воздухѣ. Чувствуетъ себя хорошо. 11. III. отправленъ въ Дальній.

№ 31. Смирновъ Иванъ. — 55-го Подольскаго п.,
25. II. 05 раненъ об. п.,
26. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
26. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parietalis sin — Раненъ въ лѣвую теменную область, справа налѣво, на границѣ съ лобной костью. Входное и выходное отверстія другъ отъ друга на 2 пальца. 26. II. débridement. Дальнѣйшее теченіе благопріятное. 11. III. отправленъ въ Дальній. — Поправился.

№ 32. Меньшой Григорій. 28 л. — 54-го Житомірскаго п.,
25. II. 05 раненъ,
25. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
25. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. occipitalis dex. — Раненъ во время отступленія въ затылокъ. Входное отверстіе на разстояніи 10 cm. отъ выходного. Сознаніе помрачено. Параличей нѣтъ. Пульсъ 48. T° 36,8. — Операція: Найденъ оскольчатый переломъ, между вх. и вых. отверстіями dura m. разорвана, мозговое вещество размозжено. Тампонація. 26. II. состояніе удовлетворительное. Жалуется на головную боль. Ходитъ около постели. T° не повышена. Пульсъ 64. Состояніе постепенно улучшалось, рана заживала безъ осложненій и 11. III. больного отправили въ плѣнъ въ Дальній. — Больной поправился.

№ 33. Никитинъ.
24/25. II. 05 въ ночь раненъ об. п.,
24/25. II. 05 въ ночь поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
25. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parieto-occipitalis s/d. — Полусознательное состояніе. Параличей не наблюдалось. Входное отверстіе на границѣ лѣвой теменной и затылочной областей, на 2,5 пальца влѣво отъ срединной линіи; выходное на границѣ правой теменной и затылочной областей на 3 пальца отъ средн. линіи. Débridement: 25. II. — Оскольчатый переломъ между отверстіями, поврежденіе мозга на всемъ протяженіи. Послѣоперацiонное теченіе удовлетв. Жалуется только на сильныя головныя боли и безсонницу. 11. III отправленъ въ Дальній.

№ 34. Олейникъ Алексѣй.

18. II. 05 об. пулею,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 5852.
18. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. fronto-occipitalis sin. — Входъ: спереди на границѣ лѣвой лобной и височной костей, на три пальца выше arc. zygomat. Выходъ: въ лѣвой затылочной области. Параличъ правой руки и ноги. Больной въ полусознательномъ состояніи. 18. II операція: оскольчатый переломъ на всемъ протяженіи пулевого канала. Осколки разорвали твердую мозговую оболочку и внѣдрились въ вещество мозга, ихъ удаляютъ. Тампонація. Теченіе благопріятное. Къ 29. II больной уже двигалъ правой рукой. 6. III начались движенія ноги. 11. III въ хорошемъ состояніи оставленъ на попеченіе японцевъ, параличи прошли.

№ 35. Лудборжъ Бартуль. 34 л. — 99-го Ивангородскаго п.,
17. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ.
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. temporo-parietalis sin. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. При поступленіи сознаніе ясное. Входъ: въ лѣвой теменно-височной области спереди. Выходъ: на пять сантим. позади входа. Правая рука и нога парализованы. — 18. II операція: найденъ оскольчатый переломъ, dura и мозгъ повреждены на всемъ протяженіи раны. Осколки удалены. Теченіе благопріятное. 1. III больной ходитъ безъ посторонней помощи. Правая рука еще бездѣйствуетъ, возстановились только движенія въ

плечѣ. 11. III оставленъ на попеченіе японцевъ. — Выздоровѣлъ.

№ 36. Галіевъ Войсъ. 28 л. — 243-го Златоустскаго п.
17. II. 05 раненъ об. п.,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ.
11. III. 05 оставленъ въ пл.

V. r. parieto-occipitalis dex. — Входное отверстіе: въ правой теменной области на границѣ лобной кости, немного вправо отъ срединной линіи. Выходное — въ затылочной области на 3 пальца впереди бугра. Сильная головная боль. Параличъ лѣвой руки и ноги. — Операція 18. II: найденъ оскольчатый переломъ, dura разорвана, мозгъ размозженъ на всемъ протяженіи. Извлечены осколки. Тампонація. 20. II общее состояніе удовлетв. Пульсъ 64. T° нормальна. 24. II рана чиста, мозгъ пульсируетъ, немного пролябируетъ. 28. II. пролапсъ въ куриное яйцо, покрывается грануляціями. 1. III рана грануліруетъ хорошо. Дальнѣйшее теченіе благопріятное. 11. III оставленъ на попеченіе японцевъ. Выпаденіе мозга значительно уменьшилось. Рана пышно грануліруетъ, стянулась. Самочувствіе хорошее. Параличи еще попрежнему.

№ 37. Витомскій Іосифъ. 28 л. — 17-го Россійскаго стрѣл. п.,
16. II. 05 раненъ,
17. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
17. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parietalis sin. — Входное отверстіе: въ лѣвой теменной области на 2 пальца влѣво отъ срединной линіи: выходное: на четыре пальца кзади у самой срединной линіи. Больной въ сознаніи, но общее состояніе подавленное. Ноги сведены, по временамъ клоническія судороги. T° 37,7. Пульсъ 52. — Операція: оскольчатый переломъ и поврежденіе продольнаго синуса у выходного отверстія, удалено много осколковъ и сгустковъ крови. Тампонація. 20. II. — Параличъ правой руки и ноги. Жалуется на сильную головную боль. T° 37,2—37,5. Пульсъ 60. 22. II. — Состояніе лучше. Лежитъ спокойно, кричитъ по временамъ младенческимъ голосомъ (папа, мама) проситъ сестру „переверни.“ 24. II. — Рана въ удовлетв. состояніи. Ѣстъ, пьетъ хорошо.

26. II перенесъ треволненія послѣднихъ дней (пожары) хорошо. Параличи попрежнему. 1. III съ помощью сидитъ въ постели. Много плачетъ. 10. III рана гранулируетъ хорошо. Небольшой пролапсъ мозга сохранился. Общее состояніе удовлетворительное. Спокоенъ. Оставленъ на попеченіе непріятеля.

№ 38. Шелаберди Несторъ. 24 л. — Пензенскаго п.,
20. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parietalis dex. — Пуля прошла по касательной въ области праваго теменного бурга. Débridement. — Оскольчатый переломъ. Удалено много осколковъ и кровяныхъ сгустковъ. Dura цѣла. Тампонація. 22. II состояніе довольно хорошее. Пульсъ 90. T° 37,4—37,7. 24. II остался въ плѣну. 1. III рана гранулируетъ хорошо. Параличей нѣтъ. Общее состояніе удовлетв. T° нормальна. 10. III оставленъ на попеченіе японцевъ.

№ 39. Рублевъ Николай. 35 л. — 1-го В. С. С. П.
22. II. 05 раненъ об. п.,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. occipito-parietalis d/s. — Въ полусознательномъ состояніи. Входное отверстіе пулевой раны на границѣ правой теменной и затылочной области на $2^1/_2$ пальца отъ срединной линіи. Выходное: въ области лѣвой теменной на $2^1/_2$ cm. отъ срединной линіи. Параличъ правой ноги. Пульсъ 52. Операція: Найденъ оскольчатый переломъ и размозженіе мозга на всемъ протяженіи раны, сильное кровоизліяніе. Débridement. Тампонація. 23. II. — Общее состояніе удовлетворительное. Пульсъ 70. T° не повышена. 24. II. — Остается въ плѣну. 28. II. — Рана гранулируетъ нормально. Самочувствіе хорошее. Начинаетъ двигать ногой въ колѣнѣ, поднять не можетъ. 1. III. — Тоже. 10. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ въ хор. состояніи. Параличъ почти совсѣмъ прошелъ.

№ 40. Булавкинъ Ѳеодоръ. 27 л. — Тамбовскаго п.,
20. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,

20. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. frontalis sin. — Входное отверстіе: на срединной линіи лба на $1^1/_2$ пальца выше брови. Выходное: на 4 cm. влѣво отъ входного. На протяженіи пулевого канала вдавленіе. Параличей нѣтъ. Жалуется на сильную головную боль, сознанія не терялъ. — Операція: Оскольчатый переломъ съ вдавленіемъ нѣсколькихъ осколковъ tabulae vitreae въ мозговое вещество. Débridement. Тампонація. 22. II. — Самочувствіе хорошее. Общее состояніе удовлетв. Пульсъ 84. T° 37,2—37,6. 24. II. — Остается въ плѣну. 28. II. — Рана гранулируетъ хорошо. Больной ходитъ, помогаетъ товарищамъ, жалобъ нѣтъ. 10. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ съ хорошо гранулирующей раной.

№ 41. Доспѣховъ Алексѣй. 26 л.,
20. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. fronto-parietalis sin. — Въ безсознательномъ состояніи, такъ что первоначально значился „неизвѣстнымъ.“ Входное отверстіе: на $2^1/_2$ пальца кзади отъ наружнаго края лѣвой брови. Выходное: на 3 пальца кзади отъ верхняго края лѣвой ушной раковины. Параличъ правой руки и ноги. — Операція: Широкій разрѣзъ. На всемъ протяженіи раны обширное раздробленіе кости лобной и теменной. Удалено много осколковъ. Мозговое вещество размозжено на протяженіи перелома, отдѣляется клочьями. Тампонація. 22. II. — T° 38,5. Безъ сознанія. Безпокоенъ. 24. II. — Смотритъ сознательнѣе. Рана чище. 28. II. Назвалъ свою фамилію. Начинаетъ припоминать прошлое. Параличъ попрежнему. 10. III. — Оставленъ въ плѣну съ хорошо гранулирующей раной.

№ 42. Геллеръ Гойса. 27 л. — 243-го Златоустскаго п.,
20. II. 05 раненъ,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parietalis dex. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. Параличей нѣтъ. Жалуется на сильнѣйшую головную боль. По-

терялъ много крови. Входное отверстіе: по срединной линіи, въ теменной области немного вправо отъ мѣста пересѣченія сагиттальнаго шва съ линіей, соединяющей оба уха. Выходное отверстіе на 10 cm. кзади. Подъ кожею чувствуется раздробленіе костей, сильная болѣзненность и отечность сосѣдней области. T° нормальна. 20. II. Операція: констатированъ оскольчатый переломъ кости черепа, находящейся между входн. и выходн. отверстіями. Осколки удалены, раскрытъ пулевой каналъ въ размозженномъ мозгу и найдено значительное кровоизліяніе изъ раненаго продольнаго синуса. Выдѣляются сгустки свернувшейся крови и мозговое вещество. Тампонація. 21. II. — Состояніе удовлетв. Пульсъ 72. T° 36,8—37,0. 24. II. — Перенесъ хорошо вчерашнюю суматоху и удручающія сцены отступленія и частичной эвакуаціи госпиталя. 26. II. — Въ плѣну. Перевязка. Рана въ удовлетв. состояніи. 28. II. — Тоже. 1. III. — Жалуется по временамъ на сильныя головныя боли. T° нормальна. 10. III. — Рана гранулируетъ; оставленъ въ плѣну.

№ 43. Рачковскій Иванъ. 25 л. — Юрьевскаго п.,
20. II. 05 раненъ об. п.,
20. II. 05 въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. temporo-occipitalis sin. — Входное отверстіе: въ лѣвой височной области на 2 пальца выше верхняго края ушной раковины. Выходное: въ лѣвой затылочной области. Параличъ правой руки и ноги. Полусознательное состояніе. Рана сильно загрязнена глиной и пескомъ. Волосы сбриты, голова тщательно вымыта. — Операція (подъ хлороформомъ): констатируется оскольчатый переломъ, удалено 5 остроконечныхъ осколковъ, внѣдрившихся въ мозговое вещество, разрушенное на всемъ протяженіи между отверстіями. Тампонація. 21. II. — Общее состояніе удовлетв. 23. II. — T° нормальна. При перевязкѣ мѣняютъ только наружную марли. 24. II. — Состояніе удовл. Сильно волнуется, видя приготовленія къ частичной эвакуаціи госпиталя. Сознаніе полное. 26. II. — Хорошо перенесъ треволненія послѣднихъ дней. — Въ плѣну. — Рана гранулируетъ хорошо. 30. II. — Начинаетъ немного двигать правой рукой, нога неподвижна. Рана въ удовлетв. сост. T° нормальна. 2. III. — Безъ особенныхъ перемѣнъ. 10. III. — Оставленъ въ плѣну. Рана стягивается хорошо. Небольшое выпячиваніе пульсирующаго мозга, покрытое пышными

грануляціями, видимо уменьшилось. Общее состояніе удовлетвор. Рука немного лучше, нога попрежнему парализована. T° нормальна. Пульсъ 76.

№ 44. Атрощенко Михаилъ. 26 л. — Ивангородскаго п.,
17. II. 05 раненъ об. п.
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. occipitalis sin. — Входное отверстіе: на 1 палецъ вправо отъ срединной линіи въ затылочной области; выходное: на 3 пальца книзу. Параличей нѣтъ. Жалуется, что плохо видитъ. — Операція: оскольчатый переломъ, удалено 4 осколка, прорвавшихъ dura mater. Тампонація. 20. II. — Самочувствіе хорошее. T° нормальна. Бродитъ по лазарету, вступаетъ въ разговоръ съ поступающими съ поля битвы ранеными. 22. II. — Рана чиста. 27. II. — Остается въ плѣну съ прочими тяжело-ранеными, эвакуація которыхъ считается нежелательной. 28. II. — Поправляется. Рана рубцуется правильно. 10. III. — Оставленъ съ почти закрывшейся раной въ удовл. общемъ состояніи на попеченіе японцевъ.

№ 45. Шапкинъ Леонтій. 31 г. — Орловскаго п.,
1. X. 04 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
1. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
1. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 эвакуированъ.

V. r. fronto-occipitalis. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе, очнувшись кое-какъ перевязалъ себя и самъ отправился въ тылъ. Была рвота. Входное отверстіе: въ области лба, на границѣ волосъ; выходное: на затылкѣ. Жалуется на головокруженіе, параличей нѣтъ. 1. X. Трепанація: Разрѣзъ въ 12 cm. Удалены осколки, глубоко внѣдрившіеся въ мозгъ. Тампонація. 4. X. — Состояніе удовлетв. 10. X. — Рана чиста, грануляруетъ хорошо. T° нормальна. 15. X. — Состояніе вполнѣ хорошее. 16. X. — Эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 46. Ѳедоровъ Иванъ. 24 л. Петровскаго пѣх. п.,
25/26. X. 04 въ ночь раненъ об. п.,
26. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,

26. X. 04 оперированъ,
28. XII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Чувствовалъ себя нездоровымъ еще за 6 дней до раненія. Больной вялъ. Жалуется на головную боль. Въ лѣвой теменной области соотв. бугру имѣется пулевая рана на вылетъ. Входное и выходное отверстія другъ отъ друга на разстояніи 4 cm. — Операція: Разрѣзомъ отверстія соединены, причемъ обнаружена рана въ кости. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ произведенъ débridement. Кость раздроблена, осколками tabulae vitreae помята твердая мозговая оболочка. Тампонъ. Швы. Больной вялъ. Языкъ суховатъ. 29. X. бредитъ. Пульсъ 120. Лихорадитъ, селезенка немного увеличена. 1. XI рана чиста. 5. XI селезенка прощупывается. Лихорадка — до 11. XI, когда сильно потѣлъ и T° стала понижаться. 19. XI отмѣчено: T° нормальна. Тифъ закончился. Съ этихъ поръ сначала медленно, потомъ быстрѣе сталъ поправляться. 28. XII отправленъ въ Харбинъ выздоровѣвшимъ.

№ 47. Каракейси Сулема. — Дагестанецъ.
14. X. 04 раненъ об. п.,
15. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
15. X. 04 оперированъ,
10. XII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Въ лѣвой теменной области на 1 палецъ отъ срединной линіи имѣется продольная рана въ 4 cm. длиною. Прощупывается сломанная кость. Правосторонній параличъ. Операція: Обнаруженъ переломъ черепной крышки во всю толщу ея, осколки tabulae vitreae вдавлены въ вещество мозга. Dura mater разорвана. Тампонація. 16. X. — Рана гноится. Состояніе хорошее. Мозговыхъ явленій нѣтъ. T° 37,7. 18. X. — Рана чиста, наклонность къ образованію мозговой грыжи. Гемиплегія менѣе выражена. Въ рукѣ возстановляются движенія. 20. X. — Улучшеніе замѣтное. 23. X. — Двигаетъ ногой порядочно; въ голено-стопномъ суставѣ и въ пальцахъ движенія слабѣе. Въ рукѣ движенія больше. Пальцами двигаетъ свободно. Спокоенъ. 27. X. — Рана стягивается. Движенія конечностей возстановились. 6. XI. — Рана выполнилась грануляціями, выпаденіе мозга почти исчезло. 25. XI. — Ходитъ по палатамъ. 7. XII. — Рана почти совсѣмъ зарубцевалась. Общее состояніе хорошее. 10. XII. — Отправленъ въ Харбинъ. Выздоровѣлъ. Во

время Мукденскаго боя въ февралѣ 1905 явился въ лазаретъ. Пріѣхалъ верхомъ, совершенно здоровымъ, чтобы снова поступить въ ряды сражающихся.

№ 48. Подисараевъ Никита. 34 л. — 121-го Пензенскаго п., мл. унт.-офиц.,
4. X. 04 раненъ подъ Шахэ об. п.,
5. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
5. X. 04 оперированъ,
28. XII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis s/d. — Въ теменной области — входное и выходное отверстія, которыя находятся другъ отъ друга на разстояніи 6 cm. Раны расположены въ косопоперечномъ направленіи. Сознаніе затемненное. Правосторонній параличъ. 5. X. — Операція: Обнаруженъ переломъ, твердая мозговая оболочка разорвана, мозгъ соотвѣтственно перелому разрушенъ. Вдавленные въ мозгъ осколки извлечены. Тампонація. 8. X. — Больной пришелъ въ себя. Жалуется на головную боль. T° нормальна. 10. X. — При перевязкѣ обнаруженъ довольно большой пролапсъ мозга. Парезъ правыхъ конечностей остается. 15. X. — Выпячиваніе мозга и парезъ исчезли. 18. X. — Снова замѣтно выпаденіе мозгового вещества, покрытаго пышными грануляціями. Общее состояніе удовлетворительно. 12. XI. — Рана медленно уменьшается. 8. XII. — Больной поправился, ходитъ, владѣетъ рукой. Пролапсъ втянулся, осталась небольшая гранулир. рана. 22. XII. — Все зажило. 28. XII. — Въ Харбинѣ. — Выздоровѣлъ. — (Больной упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 150, № 15). По прибытіи въ Москву отмѣчено: въ теменной области желобоватая рана. Правый конецъ раны на 5,25 cm. кверху отъ ушной раковины и на 4,5 cm. кзади отъ ушной линіи, лѣвый конецъ на 3 cm. влѣво отъ срединнаго шва и по ушной линіи; направленіе раны слѣва направо, спереди назадъ. На правой трети раны пульсирующее мѣсто. Слабость въ правой рукѣ и ногѣ, не можетъ еще поднимать правую руку кверху.

№ 49. Стракодонскій Антонъ. 33 л. — Семипалатинскаго п.,
2. X. 04 раненъ об. п.,
3. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
3. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 эвакуированъ,
17. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
17. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. frontalis sin. — Послѣ раненія былъ безъ памяти. Первую повязку наложилъ санитаръ на позиціи. 25 верстъ везли на китайской арбѣ до Мукдена. — Раненъ въ область лба выше переносицы, и въ лѣвую голень. Первая пуля прошла по касательной и раздробила кость надъ глазомъ. Параличей нѣтъ. Жалуется на головную боль. Въ памяти. Область глаза распухла. T° повышена. 3. X. — Débridement: Рана широко раскрыта, найдено поврежденіе твердой мозговой оболочки и вынуто 3 костныхъ осколка, внѣдрившихся въ мозгъ. Тампонація. 7. X. — Самочувствіе удовлетворительное. Видъ раны хорошій. 12. X. — Рана хорошо гранулируетъ. Пульсація ясная. Общее состояніе вполнѣ удовлетв. T° нормальна. 16. X. — Отправленъ въ Харбинъ. При поступленіи въ Л. И. О., 17. X, на лбу надъ лѣвой бровью гранулирующая рана длиною въ 6 cm., съ небольшимъ выдѣленіемъ. Верхнее лѣвое вѣко сильно отечно. Глазъ не поврежденъ. Больной въ сознаніи, очень угнетенъ, обстоятельства ранения не помнитъ (Амнезія.) Головокруженіе; T° 38,1. Теченіе: въ теченіе нѣсколькихъ дней температура повышена, затѣмъ она спускается до нормы. Раны рубцуются. Самочувствіе постепенно улучшается, начинаетъ ходить. 17. XI. — Эвакуированъ въ Россію.

По наведеннымъ въ концѣ 1906 г. справкамъ Стракодонскій живъ. На лбу неболѣзненный, втянутый рубецъ. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бываетъ. Говоритъ свободно. Жалуется изрѣдка на головокруженіе и временами на головную боль. „Мозжитъ кость повыше холки лѣвой ноги отъ раны.“ Работоспособность немного уменьшена.

№ 50. Сакычъ Никита. 30 л. — 60-го Самарскаго п.,
17. II. 05 раненъ об. п.,
19. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
19. II. 05 оперированъ,
21. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Входное отверстіе по срединной линіи (на макушкѣ) на мѣстѣ пересѣченія линіи, соединяющей оба наружн. слуховыя отверстія; выходное: въ задней части правой теменной области на 7 cm. вправо отъ срединной линіи. Парезъ праваго лицевого нерва и парезъ лѣвой руки. Сознаніе полное. — Операція: Оскольчатый переломъ, удалено нѣсколько осколковъ, прорвавшихъ твердую мозговую оболочку и

внѣдрившихся въ мозгъ. Тампонація. 21. II. — Эвакуированъ въ удовлетв. состояніи въ Харбинъ.

№ 51. Шумковъ Димитрій. 23 л. — 139-го Моршанскаго п.,
14. II. 05 раненъ об. п.,
16. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
16. II. 05 оперированъ,
19. II. 05 эвакуированъ.

V. r. occipitalis dex. — Въ затылочной области на 1 палецъ отъ правой ушной раковины, косопоперечная огнестрѣльная длиною въ 4 cm. рана. Черепъ пораженъ по касательной. — Операція: Оскольчатый переломъ. Dura цѣла. Удалены осколки tabulae vitreae. Тампонація. 17. II. — Состояніе удовлетворительное. Мозговыхъ явленій нѣтъ. 19. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ. — Выздоровѣлъ.

№ 52. Р. Владимиръ М. 32 л. — Поручикъ 3-го В. С. С. П.
2. VI. 04 раненъ подъ Вафангоу об. пулею,
4. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
4. VI. 04 оперированъ,
30. VI. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — При раненіи почувствовалъ сильный ударъ, при чемъ раздался, какъ говоритъ, даже звонъ. Больной сознанія не терялъ, но упалъ. Было сильное кровотеченіе. Первая повязка наложена тотчасъ. Сначала пѣшкомъ, потомъ верхомъ добрался до перев. пункта, гдѣ сдѣлана вторая перевязка. На другой день, 3. VI, былъ перевязанъ въ Ванзелинѣ. Въ лѣвой теменной области входъ и выходъ на разстояніи двухъ пальцевъ другъ отъ друга. Окружность нѣсколько чувствительна, инфильтрирована. Жалуется на головокруженіе и шумъ въ ушахъ. — 4. VI. — Сдѣланъ débridement. Теченіе: рана на головѣ чиста и хорошо заживаетъ. По временамъ головная боль. Страдаетъ ревматизмомъ. 20. VI. — Рана зажила. 30. VI. — Отправленъ въ Харбинъ.

№ 53. Петровъ Алексѣй. — 53-го Волынскаго п.,
22. II. 05 раненъ об. п.,
24. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
24. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. occipitalis sin. — Пуля прошла слѣва направо на 1 палецъ ниже затылочнаго бугра. Débridement, 24. II:

оскольчатый переломъ, между отверстіями разорвана dura, размозженъ мозгъ. Тампонація. — Параличей нѣтъ. Рана зажила хорошо. 11. III. — Отправленъ въ Дальній. — Поправился.

№ 54. Грабъ Наумъ. 38 л. — Елецкаго п.,
1. X. 04 раненъ об. п.,
3. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
3. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Раненъ въ верхнюю часть правой теменной области, по касательной. Потерялъ сознаніе. Была рвота, теперь головокруженіе. Плохо слышитъ. Лѣвой рукой и ногой не владѣетъ. Параличъ лѣв. fac. Потеря чувствительности съ лѣв. стор. — Трепанированъ: рана вскрыта на всемъ протяженіи, удалены осколки, мозговое вещество сильно пострадало. Тампонація. 5. X. — Была рвота. Изъ раны выпячивается часть мозга. Замѣтна пульсація. T° нормальна. 7. X. — Тоже. Общее состояніе безъ перемѣнъ. 16. X. — Эвакуированъ въ Харбинъ съ хорошо гранулирующей раной. — (Больной упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 149. № 6 и стр. 153, № 28.) По прибытіи въ Москву отмѣчено на сборномъ пунктѣ (Ф. А. Голубевъ): Въ правой лобно-теменной области длинный рубецъ (10 cm.) съ довольно обширнымъ желобомъ въ кости; верхне-задній конецъ рубца на 4,5 сант. вправо отъ стрѣлов. шва и на 2,75 сант. кпереди отъ ушной линіи, а нижне-передній на 4,5 сант. выше средины правой скуловой дуги на волосистой части лба, на уровнѣ края. На срединѣ рѣзкая пульсація. Былъ параличъ лѣвой ноги и руки и чувствительности. Ногою не дѣйствовалъ мѣсяца полтора. Теперь нога здорова. Рука еще плохо дѣйствуетъ. Парезъ лѣвой половины лица. Зрѣніе было ослаблено, теперь ничего. Есть головокруженіе. — При поступленіи въ Голицынскую больницу въ Москвѣ найдено (Г. И. Прибытковъ) 16 янв. 1905 г.: пальцы лѣвой руки сгибаетъ несвободно. Кисть не сгибается и не разгибается; пронація и супинація невозможны. Сгибаніе въ локтѣ небольшое. Всѣ движенія лѣв. ногой слабы и ограничены. При глотаніи пища попадаетъ въ гортань и носоглотку. Слухъ потерянъ на оба уха. Походка шаткая. Въ больницѣ оставался до 17 февр. и вышелъ съ нѣкоторымъ улучшеніемъ общаго состоянія и движеній въ конечностяхъ.

Случаи тангенціальнаго раненія оболочечными пулями
оперированные, эвакуированные.
Вторично-оперированные.
№№ 55—82.

№ 55. Шляпинъ Григорій. — 214-го Мокшанскаго п.,
26. IX. 04 раненъ об. п.,
4. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
4. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Пуля пробила съ справой стороны теменную кость по касательной, образуя жолобъ, наружные мягкіе покровы цѣлы, входное и выходное отверстія небольшія. Парезъ лѣвой руки и ноги. — Трепанированъ 4 октября: Удалены внѣдрившіеся въ мозгъ осколки tabulae vitreae, вскрытъ раневой каналъ, рана затампонирована. 14. X. — Рана очищается, хорошо гранулируетъ. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительное. Движенія руки и ноги улучшились. 16. X. — Эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 56. Кудрявицкій Абрамъ. 31 г. — Красноярскаго п.,
2. X. 04 раненъ об. пулею при Шахэ,
5. X. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
7. X. 04 оперированъ,
26. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. parieto-occipit. sin. — Страдаетъ ослабленіемъ памяти. Сознаніе ясное. Въ лѣвой теменно-затылочной области за ухомъ немного выше верхняго его края входъ и выходъ на разстояніи приблизительно 4 cm., оба малы; между ними болѣзненная припухлость. Пульсъ 68. T° 37,3. 7. X. — Операція: Дугообразный разрѣзъ. Вдоль пулевого канала lamina externa вдавлена. Костная рана расширена, удалены осколки обѣихъ пластинокъ. Dura въ двухъ мѣстахъ незначительно надорвана, еле замѣтно пульсируетъ, темнаго цвѣта. Dura раскрыта на всемъ протяженіи костной раны, изъ подъ нея удаляются кровяные сгустки и разрушенное мозговое вещество. Полость величиною въ сливу тампонируется. — Теченіе: T° нормальна, пульсъ тоже. Вялыя грануляціи и медленное рубцеваніе. 6. XI. — Полость медленно уменьшается. — Общее состояніе хорошее.

№ 57. Бритиковъ Романъ. 26 л. — старшій унт.-оф. 34-го Сѣвскаго п.,
18. VII. 04 раненъ об. пулею,
21. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
21. VII. 04 оперированъ,
25. VII. 04 переведенъ.

V. r. occipito-parietalis sin. — Входъ и выходъ на разстояніи 2 пальцевъ въ лѣвой затылочной области, равны калибру пули, между ними припухлость. Изъ обоихъ отверстій выдѣляется размягченное мозговое вещество и цереброспинальная жидкость. Больной въ сознаніи, говоритъ разумно. Параличей нѣтъ. 21. VII. — Débridement: Полулунный разрѣзъ съ основаніемъ книзу. Желобообразная рана черепа длиною въ 4, шириною въ одинъ cm., изъ нея выпячивается распадающаяся мозговая ткань и кровяные сгустки. Осколки кости отвѣсно внѣдрились въ размягченное мозговое вещество, по расширеніи костной раны ихъ удается удалить. При удаленіи размягченныхъ частей мозга острой ложкою раненъ синусъ. Тампонація. 25. VII. — Переведенъ въ лазаретъ Кр. Кр. д-ра Бочкарева. При перем. пов. кровотеченія не было.

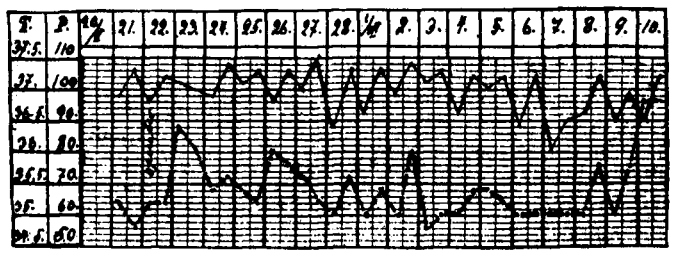
№ 58. Петренко Алексѣй. 25 л. — 35-го В. С. С. П.
18. VIII. 04 раненъ об. п.,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-parietalis dex. — Входное отверстіе: на границѣ теменной и височной области; выходное 5 cm. кзади. Рана грязновата съ гнилостнымъ запахомъ. Параличъ лѣвой руки и ноги. Въ полусознательномъ состояніи. Пульсъ замедленъ. — Операція: широкій разрѣзъ, при чемъ срѣзаютъ ушибленные и покрытые налетомъ края. Удалено 5 осколковъ, внѣдрившихся въ мозгъ и разрушившихъ область величиною въ голубиное яйцо. 21. VIII. — Состояніе лучше. На вопросы отвѣчаетъ. T° 37,8. 22. VIII. — Рана чиста, безъ запаха. Общее состояніе безъ перемѣнъ. T° нормальна. 24. VIII. — Отправленъ въ Харбинъ.

№ 59. Ярославцевъ Иванъ. 29 л. — 9-го В. С. С. П.
17. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ на разстояніи 400 m. об. пулею,

20. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
22. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Желобообразная рана длиною въ восемь, шириною въ одинъ cm., начинающаяся въ лѣвой теменной области на границѣ съ лобной костью и идущая назадъ и вправо до заушной линіи. Кость повреждена. Параличъ конеч-



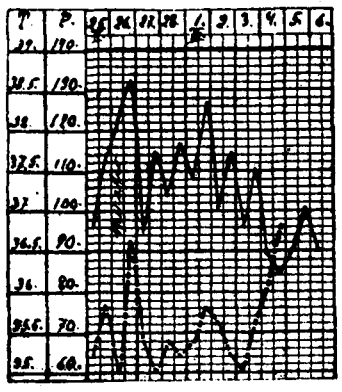
№ 59.

ностей кромѣ правой руки. Стулъ задержанъ. Мочится правильно. T° 37,3, пульсъ 56. Рана гноится. — 22. II операція. — Послѣ операціонное теченіе благопріятное, температура не превышала 37,5, пульсъ отъ 60—72. Эвакуированъ 11. III.

№ 60. Каменченко Кузьма. 37 л.,
? раненъ об. пулею,
25. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
26. II. 05 оперированъ,
6. III. 05 эвакуированъ въ Харбинъ,
9. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
9. VIII. 05 эвакуированъ въ Россію.

V. r. temporalis sin. — Тангенціальное раненіе лѣвой височной области. Сознаніе полное. Параличей конечностей нѣтъ. Когда говоритъ, то недостаетъ словъ. 26. II. — T° 38,0—38,6. Сдѣлана операція: Найдена небольшая полость въ мозгу, въ ней размягченная мозговая ткань и осколки кости. T° и пульсъ — см. кривую. 6. III. — Эвакуированъ съ нормальной температурой и въ удовлетворительномъ общемъ состояніи. Поступилъ 9. III. въ Л. И. О. въ полусознательномъ состояніи. На 2 cm. выше корня ушной раковины слѣва мозговая грыжа, величиною въ орѣхъ, пульсирующая. Кожная рана длиною въ 4—5 cm., костная cm. три длины и два ширины

Необильное серозно-гнойное выдѣленіе. Сильно подавленное состояніе. Временами возбужденъ. Головная боль. Полная амнезія. Выговариваетъ только слово „больно“. T° 37,3—37,2. — Теченіе: больной успокаивается. 6. III. — Выговариваетъ большее число словъ. Больной называетъ свое имя и фамилію, больше ничего связнаго, кромѣ отдѣльныхъ словъ. Не помнитъ имени жены, села, губерніи, гдѣ живетъ, ни названія своего полка. Аграфія и алексія (хотя грамотенъ). Головокруженіе. T° въ общемъ нормальная. Нѣсколько разъ, впрочемъ, повышалась (14, 16, 22. III.) до 37,5—37,8 причемъ увеличивались боли въ головѣ и было замѣтно увеличеніе выпаденія мозга. Съ средины апрѣля началъ ходить, жалуется, что „голову кружитъ въ одну сторону.“ Память постепенно возстановляется, вспомнилъ мѣсто родины, родныхъ, но производитъ впечатлѣніе слабоумнаго. 12. V. — Выпаденіе мозга исчезло. Образовался плотный, непульсирующій рубецъ. 9. VIII. 05 эвакуированъ въ Россію. Парезъ nerv. facialis. Временами головныя боли и часто головокруженіе. Слабоуміе. Частичная амнезія.

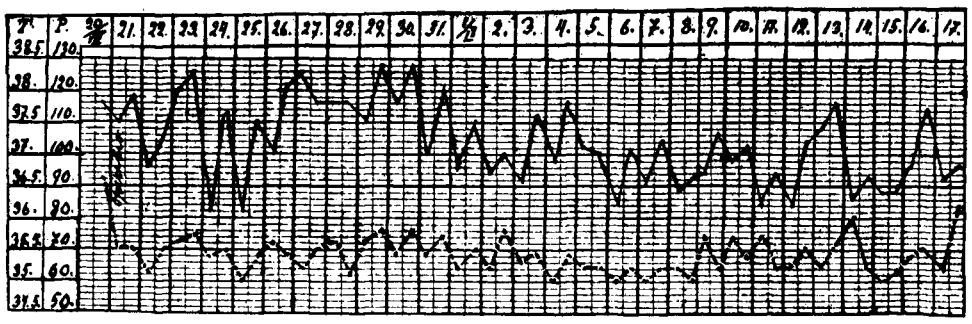


№ 60.

№ 61. К. Константинъ. — Поручикъ 124-го Воронежскаго п.,
18. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. п.,
20. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
21. VIII. 04 оперированъ,
3. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Входъ: на границѣ волосистой части лба, 2,0 cm. влѣво отъ средней линіи. Выходъ: соотвѣтствуетъ линіи, проведенной черезъ наружный слуховой проходъ, въ области лѣвой теменной кости на 6,0 cm. влѣво отъ средней линіи. Входъ и выходъ на разстояніи 7,0 cm., изъ обоихъ выдѣляется размозженное мозговое вещество, масса осколковъ, въ особенности у выходного отверстія. Параличъ правой руки, ноги и nerv. facial. Аграфія, алексія и афазія. Сознательно относится къ окружающему, судя по выраженію глазъ. T° 38,2. Пульсъ 92. — 21. VIII. 04. — Операція: Входъ и выходъ соединяются раз-

рѣзомъ. Желобоватая рана черепа. Осколки частью пододвинуты подъ края костной раны. Dura разрушена. Мозговая ткань размозжена на глубину 5 сант. Полость разрушенія выполнена мозговымъ débris, сгустками и осколками. Полость очищается и тампонируется. Края кожной раны сближены швами. — Теченіе: въ началѣ больной очень безпокоенъ. До 31. VIII T° повышена — 38,5, пульсъ замедленъ — около 70. 28. VIII. — Перемѣна тампоновъ. Рана чиста. Понемногу больной успокаивается, параличи



№ 61.

медленно улучшаются. Понимаетъ что говорятъ, ничего выговорить не можетъ. 10. IX. — Начинаетъ двигать правой ногой. 12. IX. — Начинаетъ повторять нѣкоторыя слова, сказанныя сестрой: „да, нѣтъ, Анна“. 14. IX. — Пишетъ лѣвой рукой, но не находитъ всѣхъ буквъ. Бываютъ головныя боли, которыя исчезаютъ послѣ перемѣны повязки. 3. X. — Больной эвакуированъ на сѣверъ. Рана затянулась, только на мѣстахъ, гдѣ были тампоны, — грануляціи. Самочувствіе хорошее. T° и пульсъ нормальны. Параличи менѣе выражены, но еще существуютъ. По свѣдѣніямъ больной благополучно эвакуированъ въ Россію.

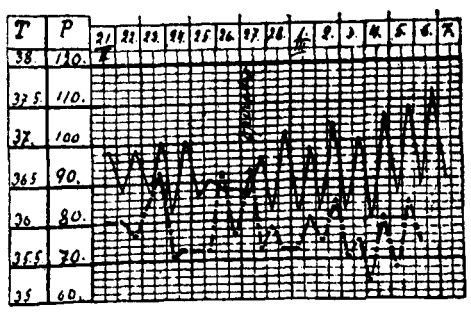
№ 62. Брюхановъ Григорій. 29 л. — 12-го Барнаульскаго п. Младшій унт.-оф.,
26. VI. 04 раненъ подъ Кайчжоу об. п.,
29. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
29. VI. 04 оперированъ,
17. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Больной не въ состояніи отвѣтить на предлагаемые вопросы, но повидимому понимаетъ. На предложеніе открыть ротъ, показать языкъ и т. п., все это продѣлы-

ваетъ. Полный моторный и сенсорный параличъ правой руки и ноги. Зрачки расширены, реакція есть. На 4 пальца выше верхняго края лѣваго уха и на 4 пальца влѣво отъ сагиттальной линіи, на уровнѣ линіи, проведенной отъ лѣваго наружн. слухового отверстія кверху, имѣется рана ружейной пули съ раздробленіемъ лѣвой теменной кости. T° 37,7. Пульсъ 88. — Операція: Подъ хлороформомъ широкій разрѣзъ. Констатируется оскольчатый переломъ теменной кости. Удалены осколки, расширена рана твердой мозговой оболочки и вскрытъ мозговой нарывъ величиной въ голубиное яйцо. Все промыто борнымъ растворомъ, затампонировано. Асептическая повязка. 1. III. — Особенныхъ перемѣнъ нѣтъ. Выкурилъ папиросу. T° 37. П. 92. 2. VII. — Начинаетъ съ трудомъ произносить нѣкоторыя слова. Сказалъ свое имя. Зрачки сузились. 3. VII. — T° нормальна. 4. VII. — Перемѣна тампона. Разговариваетъ. Съ 8. VII начинаетъ двигать ногой, сгибать въ колѣнѣ. Правая рука безъ движенія. Рана гранулируетъ хорошо. 5. VII. — Начала возстановляться чувствительность въ правой рукѣ. Читаетъ газеты. 10. VII. — Сидитъ и встаетъ безъ посторонней помощи. 17 августа эвакуированъ въ Харбинъ. По свѣдѣніямъ выздоровѣлъ, съ парезомъ правой руки.

№ 63. Сапейнъ Федоръ. 33 л. — 4-го Верхнеудинскаго п.,
? раненъ об. пулею,
21. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
27. II. 05 оперированъ,
9. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Въ правой теменной области не далеко отъ средней линіи входъ и выходъ на разстояніи 4—5 cm. другъ отъ друга, между ними болѣзненная припухлость. Жалуется на сильныя головныя боли. На вопросы отвѣчаетъ толково. T° и пульсъ — см. кривую. Пульсъ повременамъ учащается. — 27. II. — Операція: входъ и выходъ соединяются разрѣзомъ. Подъ мягкими



№ 63.

покровами лежитъ выпятившееся мозговое вещество. Въ кости желобообразная рана, въ которой отвѣсно торчатъ осколки кости. Въ мозгу полость разрушенія величиною въ грецкій орѣхъ, въ ней лежатъ костные осколки. Размягченныя массы и осколки удаляются. Тампоны. — Течение благопріятное.

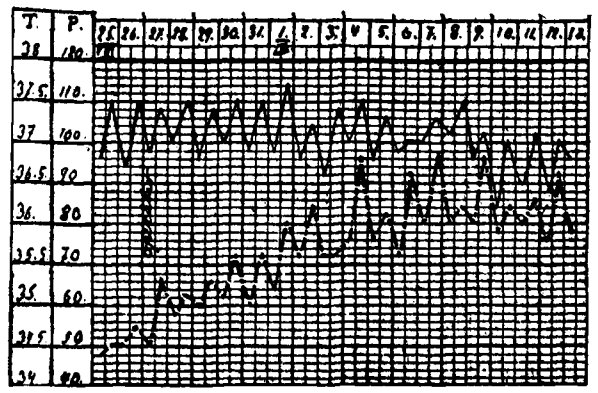
№ 64. Рутковскій Францъ. — мл. унт.-оф. 4-го В. С. С. II.
12. I. 05 раненъ об. пулею,
17. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
17. I. 05 оперированъ,
15. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Въ правой теменной области продолговатая рана съ равными краями. Сознаніе ясное, но больной сонливъ и вялъ. Легкій парезъ лѣвой верхней конечности. Пульсъ малый. T° 37,6. 17. I. — Операція: рана расширена. Обнаруживается переломъ черепного свода. Костная рана расширена. Удаляются осколки кости и металлическія инородныя тѣла небольшой величины, повидимому части ружейной пули. Dura mater обнажена, въ ней небольшое отверстіе. Тампоны. — Теченіе: рана гноится. Парезъ лѣвой руки исчезъ къ 21. I. Больной апатиченъ, жалуется изрѣдка на головную боль. 15. II. — Отправленъ въ Харбинъ съ хорошо гранулирующей раной. Ходить еще не можетъ изъ-за головокруженія. T° нормальна.

№ 65. Байковъ Алексѣй. — 31 г., — мл. унт.-оф. 138-го Болховск. п.,
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
24. VIII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
27. VIII. 04 оперированъ,
13. IX. 04 эвакуированъ,
7. X. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
15. X. 04 эвакуированъ въ Россію.

V. r. fronto-parietalis dex. — Входъ и выходъ въ правой лобно-теменной области. Входъ по средней линіи, выходъ на четыре пальца вправо и немного позади. Раны равны калибру пули, между ними припухлость (haematoma). При надавливаніи вытекаетъ изъ выход. отв. мозговое вещество. Легкій парезъ лѣвыхъ конечностей. T° по вечерамъ до 37,5, пульсъ 48—50. 27. VIII. — Операція: Дугообразный разрѣзъ. Кость на всемъ протяженіи пулевого канала разрушена. Въ мозгу полость разру-

шенія величиною въ лѣсной орѣхъ, она выполнена распадающейся мозговой капицей. При удаленіи послѣдней извлечены три небольшихъ костныхъ осколка. Тампоны. 28. VIII. — Пульсъ ускорился. Самочувствіе хорошее. 31. VIII. — Удаленъ тампонъ, мозгъ пульсируетъ. 3. IX. — 13. IX. — Видъ раны хорошій, гра-

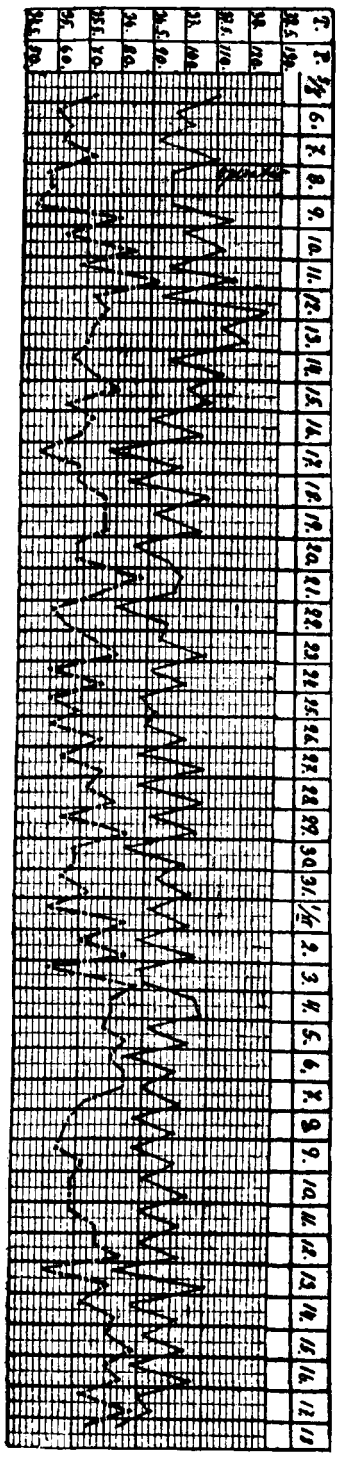


№ 65.

нуляціи свѣжи. 13. XI. — Эвакуированъ. — При поступленіи 7. X. 04 въ 3 К. О. въ Иркутскѣ имѣется на границѣ теменной и лобной области глубоко-втянутый, сросшійся съ костью рубецъ, длиною въ 15 сантим. Въ передней части рубца нѣсколько маленькихъ свищевыхъ отверстій. T° нормальна. Головокруженіе и головныя боли. — Свищи заживаютъ. 15. X. 04 — Эвакуированъ.

№ 66. Бутовичъ Павелъ. 26 л. Мл. унт.-оф. 4-го В. С. С. II.
1. X. 04 раненъ об. пулею,
5. X. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
8. X. 04 оперированъ.
18. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Въ правой теменной области желобообразная рана мягкихъ частей и кости, довольно узкая. Въ глубинѣ раны виденъ пульсирующій мозгъ, покрытый сгустками запекшейся крови. Легкій парезъ лѣвой руки и лѣв. facialis'a. T° 37,5. Пульсъ 72. 6. X—7. X. — T° 36,9 и 37,5. Пульсъ 62—72. 8. X. — Операція: Расширеніе раны. Изъ костной раны выпячиваются сгустки крови. Маленкіе костные осколки лежатъ поверхностно. Въ мозгу полость величиною въ грецкій

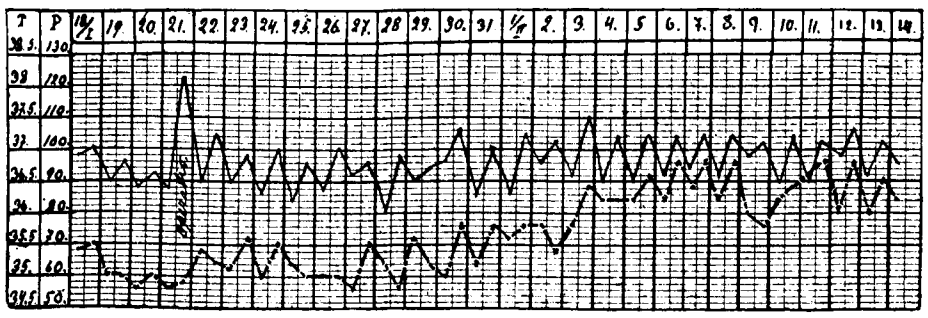


№ 66.

орѣхъ, выполненная размягченной мозговою тканью и небольшими осколками, послѣ ихъ удаленія полость тампонируется. 9. X — 13. X. — Головныя боли. 13. X. — Перем. повяз. 14—15. XI. — Рана очищается, хорошо грануируетъ, уменьшается. — При эвакуаціи дефектъ длиною въ 1,5 сантим., шириною въ полсантим. Пульсъ и T° нормальны.

№ 67. Матишовъ Никита. 24 л. — Ефр. 2-го В. С. С. П.
15. I. 05 раненъ об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
21. I. 05 оперированъ,
27. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis. — Входъ и выходъ на разстояніи 3 сантим. другъ отъ друга на макушкѣ по линіи, соединяющей оба уха. Входное отверстіе по средней линіи. Изъ обѣихъ ранъ выдѣляются гнойно-распавшіяся мозговыя массы. Между отверстіями прощупывается дефектъ кости, окружность припухла. Отъ 18. I до 20. I. — T° 36,4—36,9, пульсъ 56—68. 21. I. — T° 38,1, пульсъ 58. — Операція: дугообразный разрѣзъ. На протяженіи пулевого канала оскольчатый переломъ черепа, обѣихъ пластинокъ. Рана расширяется. Мозгъ разрушенъ въ области величиною въ лѣсной орѣхъ. Осколки кости, внѣдрившіеся въ мозгъ, удалены, при извлеченіи одного изъ нихъ наступаетъ кровотеченіе изъ продольнаго синуса. Тампоны. 22. I. — Головныя боли, много спитъ. 22. I. — 26. I. — Пульсъ



№ 67.

учащается. Общее состояніе улучшилось. 30. I. — Удаленъ тампонъ, кровотеченія изъ синуса нѣтъ. 1. II. — 10. II. довольно сильное выдѣленіе изъ раны. T° и пульсъ нормальны до эвакуаціи 27. II.

№ 68. Бобокъ Кондратій. 21 г. — 17-го В. С. С. II.
21. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. п.,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
28. VIII. 04 оперированъ,
26. X. 04 эвакуированъ.

V. r. frontalis. — Послѣ ранения потерялъ сознаніе. Входъ и выходъ въ лобной области, по направленію стрѣловиднаго шва, на разстояніи 4 cm. другъ отъ друга. Раны нѣсколько гноятся. Подъ кожей удается прощупать раздробленіе кости. 28. VIII произведена операція. — Теченіе: T° все время нормальна. Рана заживаетъ безъ осложненій. 26. X. 04. — Эвакуированъ на ст. Мысовую.

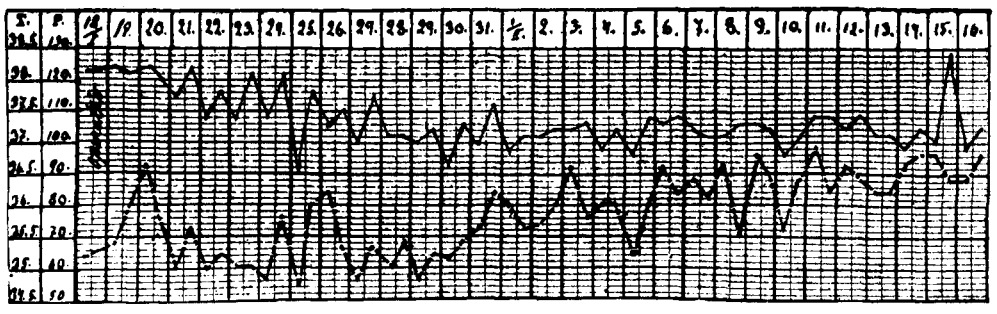
По наведеннымъ справкамъ 11. I. 07 — Бобокъ живъ. На лбу втянутый болѣзненный рубецъ. Раза два въ недѣлю бываютъ общія судороги всего тѣла, при чемъ теряетъ сознаніе. Параличей нѣтъ. Жалуется на головокруженіе и головную боль припадками. Работаетъ съ большимъ усиліемъ.

№ 69. Н. Николай. Подпоручикъ. — 216-го Инсарскаго п.,
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. п.,
24. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
25. VIII. 04 оперированъ,
3. X. 04 эвакуированъ.

V. r. frontalis dex. — Раненъ лёжа. Сознаніе потерялъ на короткое время. Первую помощь получилъ черезъ часъ. — Желобоватая рана длиною въ 10 сант. въ косомъ направленіи отъ праваго уха до внутренняго угла праваго глаза, снизу вверхъ. Правое глазное яблоко повреждено, T° высокая. 25. VIII. — Рана расширяется, извлекаются осколки скуловой дуги и лобной кости. Dura mater не повреждена. Правый глазъ энуклеируется. — Теченіе: Рана нагнаивается. Край костной раны секвестрируется. T° по вечерамъ между 38,0—40,0, при этомъ пульсъ отъ 72—94. Притупленіе надъ лѣв. верхушкой, хрипы въ верхушкахъ обоихъ легкихъ, кашель. 3. X. 04. — Эвакуированъ на сѣверъ. Самочувствіе хорошее. Рана значительно уменьшилась, гранулируетъ. По вечерамъ T° еще повышается. Явленія со стороны легкихъ безъ измѣненій.

№ 70. Абрагимовъ Ахмадьянъ. — 19-го В. С. Ć. П.
13. I. 05 раненъ при Сандепу об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
18. I. 05 оперированъ,
17. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Въ области правой теменной кости впереди ламбдоиднаго шва на 0,5 cm. отъ средней линіи косая рана длиною въ 3,0 cm. Въ глубинѣ раны обнаженная вдавленная кость. Сознаніе слегка помрачено. Пульсъ 64. T° 38,1,



№ 70.

(см. кривую.) 18. I. — Сдѣлана операція. Показаніемъ служило свойство раны. T° и пульсъ — см. кривую. Кость черепа раздроблена и вдавлена въ область величиною въ серебр. рубль. Въ dura mater рана длиною въ 0,5 cm. Dura пульсируетъ. Осколки удалены. Края костной раны сглажены. — Теченіе: послѣ опе-

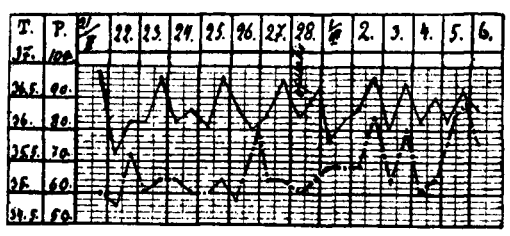
раціи сознаніе прояснилось. 24. I. — Общее состояніе удовлетворительное. Рана покрыта легкимъ гнойнымъ налетомъ. 30. I. — Рана хорошо гранулируетъ. 17. II. 05. — Эвакуированъ на сѣверъ въ хорошемъ общемъ состояніи.

№ 71. Сулинъ Лука. — Казакъ,
? I. 05 раненъ об. п.,
20. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. I. 05 оперированъ,
18. II. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Больной въ сознаніи. Не помнитъ, когда раненъ. — Входное отверстіе огнестрѣльной раны на 3 пальца кзади отъ наружнаго края лѣвой брови, на уровнѣ послѣдней. Выходное — на 4 пальца позади отъ верхняго края лѣвой ушной раковины. 20. II. — Операція: оба отверстія раны соединены разрѣзомъ. На протяженіи всей раны оскольчатый переломъ черепа. Dura mater разорвана. Мозговое вещество размозжено и въ него вдавлены осколки кости. Синусъ пораненъ. Сгустки крови и осколки удалены; кровотеченіе изъ синуса остановлено тампонаціей. 21. — Жалуется на головную боль. Пульсъ хорошій. T° 36,3—37,6. 23. — Рана чиста. Самочувствіе удовлетворительно. T° 37,3—38°. 26. — Развился небольшой пролапсъ мозга. Паралича нѣтъ. 28. — T° 36,0—37,2. Грыжа in statu quo. 1. II. — Рана гранулируетъ хорошо. 2.—3. II. — Больной выглядитъ хорошо. смотритъ веселѣе. Аппетитъ хорошій. Пульсъ удовлетворит. Съ 5. II. постепенное улучшеніе. 18. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ поправившимся.

№ 72. Пелинъ Евгеній. 39 л. — Мл. унт.-оф. 284-го Чембарск. п.,
16. II. 05 раненъ об. п.,
21. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
28. II. 05 оперированъ,
9. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Входъ и выходъ въ лѣвой теменной области, близъ средней линіи, на разстояніи 2—3 cm. другъ отъ друга. Параличъ правой голени и стопы, парезъ лѣвой голени и стопы. Сильныя головныя боли. T° 36,9, пульсъ 60. Съ 21. II—27. II. температура не выше 36,8, пульсъ около 60. Раны гноятся. 28. II. — Операція: желобообразная рана кости.



№ 72.

Удаляются мелкіе осколки кости и распавшіяся мозговыя массы. Тампоны. — Послѣопераціонное теченіе благопріятное. Пульсъ ускорился — 84. 9. III. — Эвакуированъ.

№ 73. Издебскій Александръ. 19-го В. С. С. П.

20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. п.,
24. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
28. VIII. 04 оперированъ,
13. IX. 04 эвакуированъ.

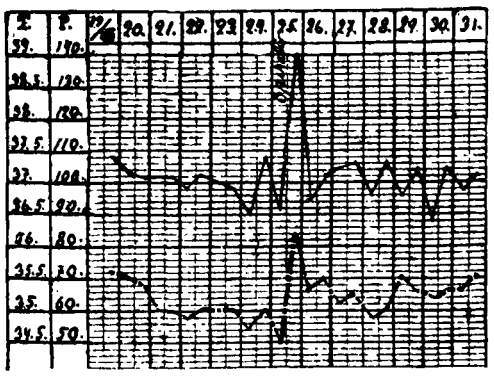
V. r. occipitalis sin. — Раненъ стоя. Раненъ въ голову и лѣвую ногу. — Входъ: на полтора cm. ниже protub. occip. ext. Выходъ: у основанія proc. mast. sin. Больной сонливъ, жалуется на головокруженіе. 28. VIII. — Операція (показаніемъ служили T° 37,8 и замедленн. пульсъ): желобообразная рана черепа. Удаляются осколки. Dura не ранена. Тампоны. — Теченіе: T° въ первые дни около 37,0, затѣмъ было нѣсколько дней по вечерамъ повышеніе, а ко времени эвакуаціи она пришла къ нормѣ. Пульсъ 72—102. Общее состояніе хорошее. 13. IX. — Эвакуированъ на сѣверъ.

По наведеннымъ справкамъ въ концѣ 1906 г. Издебскій уволенъ въ запасъ и проживаетъ въ г. Никольско-Уссурійскѣ.

№ 74. Г. Евгеній А. 25 л. — Подпоручикъ 3-го В. С. С. П.

? VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
19. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
25. VIII. 04 оперированъ,
13. IX. 04 эвакуированъ,
16. IX. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
8. XI. 04 выписанъ.

V. r. frontalis sin. — Раненъ стоя. Былъ безъ сознанія. — Входъ: на границѣ волосистой части лба, соотвѣтственно наружному углу лѣваго глаза. Выходъ: въ волосистой части, соотвѣтствуетъ внутреннему углу праваго глаза. Выходъ больше входа, изъ обоихъ выдѣляется кровянистая жидкость. Въ окружности и по направленію пулевого канала сильная припухлость, черезъ которую нельзя рѣшить о состояніи кости. T° 37,4. П. 72. Значительный отекъ вѣкъ обоихъ глазъ. Настроеніе приподнятое.—Теченіе: пульсъ становится медленнѣе. T° повышается. 25. VIII. 04. — Операція: кость раздроблена въ видѣ желоба. Осколки сдвинуты. На глубинѣ 4,0 сантим. извлекается много осколковъ изъ мозговой ткани. Наружная рана уменьшена швами. Тампоны. — Гладкое теченіе. Пульсъ и T° съ 31. VIII норм. Самочувствіе хорошее. 3. IX. — Перемѣна тампоновъ. Больной въ очень веселомъ настроеніи, шутитъ, причемъ шутки имѣютъ эротическое направленіе. 18. IX. 04. — Эвакуированъ на сѣверъ въ Иверск. лаз. въ Харбинѣ, откуда выписанъ 8. XI. 04. — Рана зажила, со стороны нервной системы и психики все нормально. Больной возвращается въ строй.



№ 74.

№ 75. Свистуновъ Г. 31 г. — 18-го В. С. С. П. старшій унт.-оф.,
22. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулей,
оперированъ на девятый день въ Харбинѣ,
12. IV. 05 поступилъ въ 3. К. О. въ Иркутскѣ,
5. V. 05 оперированъ,
15. X. 05 эвакуированъ.

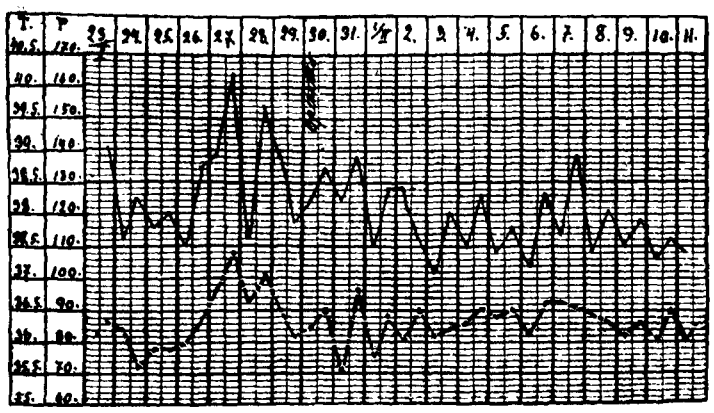
V. r. parietalis sin. — Былъ полдня безъ сознанія. Сейчасъ послѣ раненія слабость въ правой рукѣ и онѣмѣніе правой ноги. Черезъ девять дней послѣ раненія въ Харбинѣ дѣлали трепанацію. Сказали, что раненіе было на вылетъ. Около 4. IV., во время ѣзды въ санитарномъ поѣздѣ, боль и опу-

холь въ лѣвомъ плечѣ и около лѣвой ключицы. При поступленіи въ З. К. О.: въ лѣвой теменной области чистая, почти зажившая, гранулирующая рана, длиною въ 3 сантим. Параличей нѣтъ. Головная боль и головокруженіе. Пульсъ 120. Въ области art. sterno-clavicul. sin. болѣзненная флуктуирующая опухоль, круглой формы. Движенія въ плечѣ причиняютъ сильную боль. — Теченіе: T° повышается вечеромъ до 39,0. — 16. 4 раскрытъ подъ эфирн. нарк. art. stern.-clav. Выходитъ около чайной ложки густого гноя. Суставъ разрушенъ. Резецируется суставной конецъ ключицы, пропитанный гноемъ и обнаженный отъ хряща. — 18. IV. — Общее состояніе лучше. Рана на головѣ подживаетъ. Головная боль и головокруженіе продолжается. По вечерамъ T° поднимается до 39,5. Пульсъ 102—108. Рана ключицы чиста. Рубецъ на головѣ линейный, воспалительныхъ явленій нѣтъ. — 2. V. — Сильная головная боль, боль въ лѣвомъ ухѣ. 4. V. — Сильная боль за лѣвымъ ухомъ и на лѣвой сторонѣ шеи. Кожа за лѣвымъ ухомъ отечна. Лимфатическія железы здѣсь припухли и очень болѣзнены. Больной сильно осунулся. 5. V. — Подъ эфирн. нарк. иссѣченъ рубецъ на головѣ. Отверстіе въ кости расширено долотомъ. Удалено нѣсколько секвестровъ, лежащихъ въ грануляціяхъ между костью и твердой мозговой оболочкой. Dura въ одномъ мѣстѣ утолщена и дрябла. По вскрытіи dura поверхность мозга оказалась покрытой грануляціями и молодой рубцовой тканью. Пробные проколы въ разныхъ направленіяхъ остались безъ результатовъ. Рана затампонирована. Наложено нѣсколько швовъ. Сдѣлана трепанація надъ sinus transversus за proc. mast. При пункціи въ sinus'ѣ оказался гной. Обнажено больше половины горизонтальной части sinus'а (около 4 сантим.), сдѣланъ широкій разрѣзъ въ задней стѣнкѣ его и удаленъ нагноившійся тромбъ. Тампонація. Затѣмъ перевязана vena jugul. interna. Рана зашита и вставленъ тампонъ. — Послѣ операціи T° быстро спадаетъ къ нормѣ. Головная боль прошла. Параличъ правой ручной кисти и пальцевъ. Движенія предплечья и плеча ослаблены. 12. V. — Зашитая часть раны на головѣ зажила per primam. 16. V. — Появились движенія въ пальцахъ правой руки. Раны быстро уменьшаются. Общее состояніе хорошее. При укорачиваніи тампоновъ (раны черепа) почти каждый разъ являются судороги въ правой рукѣ. 22. V. — Появились судороги въ правой рукѣ, перешедшія и на правую нижнюю конечность. Больной потерялъ сознаніе. Припадокъ продолжался 4 мин. 24. V. рана

черепа оставлена безъ тампоновъ. 27. V. — Судороги въ правой рукѣ въ продолженіе 2—3 минутъ. Сознанія не потерялъ. 6. VI. — Подвижность пальцевъ и ручной кисти увеличиваются. Судороги не повторялись. Общее состояніе значительно улучшилось. 15. VI. — Раны на головѣ и на шеѣ окончательно зажили. Рана за proc. mast. быстро уменьшается, въ ней остается одно время свищъ, который закрылся. 23. VIII. Жалобы на головокруженіе и парезтезію въ правой рукѣ. 15. IX. 05. — Выписанъ. Жалобъ нѣтъ. Самочувствіе хорошее. Всѣ раны зарубцевались. Припадковъ больше не было.

№ 77. Езерскій Хеліодоръ. — 2-го В. С. С. П., Ефр.,
20. I. 05 раненъ об. пулею,
23. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
30. I. 05 оперированъ,
5. III. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Входъ: на полтора пальца выше и позади наружнаго угла лѣвой брови въ височной области. Выходъ: на 4 пальца позади сосцевиднаго отростка слѣва.



№ 76.

Сознаніе сохранено. Параличей нѣтъ. Сильная головная боль. Рана на вылетъ мягкихъ частей праваго плеча. — Теченіе: T° высокая. Пульсъ не замедленъ (см. кривую). Сильная головная боль, особенно въ лѣвомъ вискѣ. Обильное гноетеченіе изъ лѣваго уха. Otitis media purul. chron. sin. Прободеніе барабанной перепонки. Раны покрыты сухимъ струпомъ. На основаніи высокой T° — до 40,2 и гноетеченія 30. I. 05 — операція: Входъ

и выходъ соединены разрѣзомъ, у входного вытекаетъ гной. Входное отверстіе въ черепѣ представляетъ желобоватую рану до основанія уха. Затѣмъ идетъ трещина въ кости; соотвѣтственно выходному отв. рана кости также имѣетъ желобообразную форму. На протяженіи всего пулевого канала костная рана расширяется. Соотвѣтственно передней части пулевого канала dura сильно повреждена и мозговая ткань размозжена и пропитана гноемъ. Sin. transv. не поврежденъ. Полость средняго уха вскрыта. Она наполнена гноемъ и грануляціями. Тампоны. — Теченіе: головныя боли стихаютъ. T^0 и пульсъ (см. кривую) съ 11. II — безъ особенностей. 5. II. — Замѣчается выпаденіе мозга въ передней части раны. Рана хорошо гранулируетъ. Жалобы на постоянный шумъ въ лѣвомъ ухѣ. 5. III. 05. — Эвакуированъ на сѣверъ. Выпаденіе мозга исчезло. Соотвѣтственно операціонной ранѣ гранулирующая поверхность въ два пальца ширины. Самочувствіе хорошее. Жалобы на шумъ въ лѣвомъ ухѣ, слухъ этого уха потерянъ.

По наведеннымъ справкамъ 18. XI. 06 — Езерскій живъ. Надъ лѣвымъ ухомъ рубецъ длиною около 18 cm., ему соотвѣтствуетъ дефектъ въ подлежащихъ костяхъ черепной крышки, идущій отъ края лобной кости до затылочной. На мѣстѣ сосцевиднаго отростка „тарелкообразное“ вдавленіе, діаметромъ въ 3,0 cm. Часто бываютъ судороги, начинающіяся въ обѣихъ ногахъ, при этомъ иногда теряетъ сознаніе и падаетъ. Говоритъ вполнѣ ясно. Параличей конечностей нѣтъ. Жалуется на головокруженіе припадками, на постоянную головную боль и шумъ въ ушахъ. На лѣвое ухо — полная глухота. Работать не способенъ (сообщено врачомъ).

№ 77. Хамыдяновъ Галима. 33 л. — 33-го В. С. С. II.
(?) I. 05 раненъ подъ Сандепу об. п.,
25. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
25. I. 05 оперированъ,
20. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Когда раненъ, не можетъ сказать, такъ какъ не вполнѣ въ сознаніи. Повторяетъ слова иногда по нѣсколько разъ. Входное отверстіе — 12 cm. отъ переносья, выходное — на 17,5 cm., оба отстоятъ на 2 cm. влѣво отъ срединной линіи. На затылкѣ ссадины. Раны гноятся. T^0 37,7 — 37,8—38,0. — Безъ наркоза операція (больной лежалъ совершенно спокойно): удалены изъ глубины осколки и вскрытъ на-

рывъ въ лобной долѣ слѣва. На лѣвой рукѣ кромѣ того отморожены пальцы. На спинѣ и крестцѣ пролежни (congelationes?) 27. I. — Рана гноится. Пульсъ хорошій. T° 38—38,5. Отвѣчаетъ на вопросы осмысленнѣе. 29. I. — Изъ глубины выдѣляется еще гной, общее состояніе лучше. 1. II. — Состояніе тяжелое. T° 39,3—39,9. Пульсъ 100. 4. II. — Пролежни очистились, раны на пальцахъ подживаютъ. Перевязывается каждодневно. 7. II. — Вскрытъ большой гнойникъ на правомъ бедрѣ. Рана мозга чище, мало гноится. 10. II. — Рана головы хорошо гранулируетъ. Общее состояніе значительно лучше. 12. II. — Больной совершенно поправился. Говоритъ свободно. Рана въ удовлетв. состояніи. 16. II. — Улучшеніе постепенно прогрессируетъ. 18. II. — Общее состояніе хорошее. 20. II. — Отправленъ въ Харбинъ. — По частн. свѣдѣн. выздоровѣлъ.

№ 78. Елисѣевъ Семенъ. 22 л. — 2-го В. С. С. II.
2. VI. 04 раненъ подъ Вафангоу об. п.,
4. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
10. VI. 04 оперированъ,
6. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Почувствовалъ сильный ударъ въ голову, потерялъ сознаніе. Когда пришелъ въ себя, не могъ владѣть правой рукой, но шелъ верстъ 5. Жалуется на шумъ въ ушахъ. — Выходное отверстіе: въ задней лѣвой части теменной области, прибл. на границѣ съ затылочной и на 2 пальца влѣво отъ срединной линіи; входное — на границѣ лобной кости. Мѣсто чувствительно къ давленію. Слухъ съ лѣвой стороны нѣсколько пониженъ. Парезъ лѣваго лицевого нерва. Двигать правой рукой не можетъ. Пульсъ 70, T° 38. — Состояніе 10. VI ухудшилось. Утромъ T° 37,4. Пульсъ 56, говоритъ съ трудомъ, языкъ плохо ворочается. Парезъ facialis'a замѣтнѣе. Область раненія красновата, припухши. Операція: широкій разрѣзъ; констатированъ оскольчатый переломъ черепа по касательной, по удаленіи осколковъ и вскрытіи полости черепа, на всемъ протяженіи предлежитъ помятая у входного и выходного отверстій, разорванная dura. По вскрытіи ея предлежитъ пулевой каналъ, наполненный мутнов. жидкостью и мозговымъ débris. Тампон. Къ вечеру улучшеніе общаго состоянія. Пульсъ 76. T° 37. 14. VI. — Незначительное выпячиваніе пульсирующаго мозга. 15. VI. — Говоритъ значительно лучше. 24. VI. — Начинаетъ двигать рукой.

27. VI. — Рана гранулируетъ хорошо, быстро уменьшается. Движенія руки значительно лучше. 6. VIII. — Отправленъ въ Харбинъ. Выздоровѣлъ.

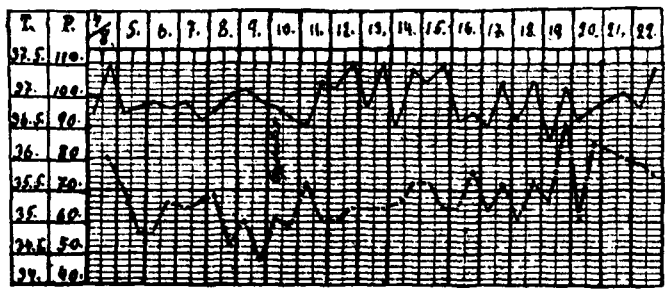
№ 79. Руссовъ Ѳедоръ. 24 л. — 2-го Стрѣлк. дивизіона 2-ой батар.,
12. I. 05 раненъ об. п.,
31. I. 05 въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
31. I. 05 оперированъ,
12. II. 05 эвакуированъ.

V. r. fronto-temporalis sin. — Жалуется на сильную головную боль. У наружнаго края верхняго лѣваго вѣка струпъ. На 6 cm. выше proc. mastoid. sin. грязное, рваное отверстіе, по направленію къ глазу припухлость кожи. Операція: широкій разрѣзъ, найденъ обширный оскольчатый переломъ со вдавленіемъ 3 осколковъ, dura разорвана, мозгъ поврежденъ. T° 37,3. Пульсъ 90. 1. II, — Больной довольно спокоенъ. T° 38,7. 2. II. — Рана чиста, легко кровоточитъ. Самочувствіе лучше. T° 36,6—37,1 4—7. II. — Состояніе постепенно улучшается. Рана гранулируетъ хорошо. Мозгъ пульсируетъ. Отеки прошли. Больной ходитъ съ посторонней помощью. T° нормальна. 12. II. Отправленъ въ Харбинъ поправившимся.

№ 80. Марковскій Василій. 30 л. — 4-го В. С. С. II.
30. IX. 04 раненъ об. п. подъ Янтаемъ,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
10. X. 04 оперированъ,
16. XII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — 15 мин. былъ безъ сознанія, была рвота. Помощь получилъ черезъ полчаса. — На 2 cm. вправо отъ средней линіи параллельно сагиттальному шву желобоватая рана, длиною въ восемь cm. Края раны выворочены, покрыты запекшейся кровью,въ заднемъ углу видны клочки шерстяной ткани, въ глубинѣ лежатъ осколки кости. Параличъ лѣвой ноги, контрактура сгибателей пальцевъ стопы. Парезъ лѣвой руки. Сознаніе ясное. Пульсъ и T° нормальны. При первой перевязкѣ въ лазаретѣ свободные осколки и инородныя тѣла удаляются изъ раны. — Теченіе: лѣвой рукой владѣетъ лучше. 8—9. X. Является рвота, головокруженіе. Пульсъ замедленъ— 48, напряженъ.

На основаніи этихъ симптомовъ 10. X. 04 — операція: костная рана увеличивается, удаляются нѣсколько осколковъ, пододвинутыхъ подъ края костн. раны. Dura не вскрыта, пульсируетъ. Sinus longitudinalis не раненъ. 12. X. — Движенія лѣвой ноги и руки быстро возстановляются. Остается только параличъ nerv. peronei. Въ первое время послѣ операціи жалуется на головную



№ 80.

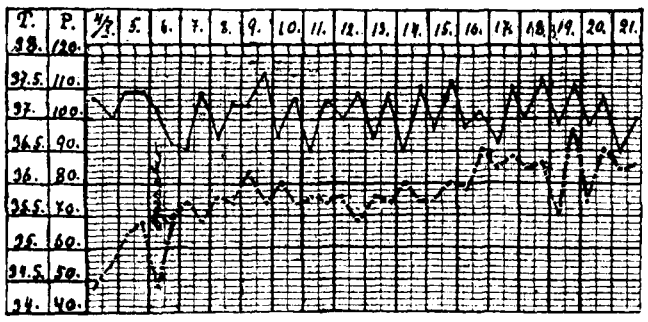
боль, головокруженіе и тошноту. 16. XI. 04 — эвакуированъ на сѣверъ. Самочувствіе прекрасное. Ходитъ свободно. Пульсъ и T° нормальны. Рана закрылась.

По наведеннымъ справкамъ въ концѣ 1906 г. Марковскій живъ. Въ правой теменной области глубоко втянутый рубецъ длиною въ $1^1/_4$ вершка, глубиною въ $^1/_4$ вершка. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бываетъ. По временамъ жалуется на головную боль и головокруженіе. Работать способенъ.

№ 81. Антоній Б. 19 л. — Подпоручикъ Нѣжинскаго п.,
2. X. 04 раненъ об. пулею при Шахэ,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
6. X. 04 оперированъ,
18. XI. 04 эвакуированъ въ Харбинъ.

V. r. parietalis dex. — Былъ послѣ раненія безъ сознанія. Перевязанъ тотчасъ. — Входъ: по средней линіи на темени на границѣ волосъ. Выходъ: на границѣ теменной и затылочной кости, на три пальца вправо отъ средней линіи. Входъ и выходъ равны калибру пули. Параличъ лѣвой руки и ноги. Много спитъ, въ промежуткахъ сознаніе ясное. Пульсъ 58, напряженный. T° 37,3. Вслѣдствіе симптомовъ наростающаго давленія на мозгъ, помраченія сознанія и замедленія пульса (48) 6. X сдѣ-

лана операція: Соединены разрѣзомъ входное и выходное отверстія. Сводъ черепа на всемъ протяженіи между входнымъ и выходнымъ раздробленъ. Осколки обнаружены отчасти отъ надкостницы. Сдвинуты одинъ на другой. Большихъ осколковъ шесть. Длина самаго большого 6 cm., ширина 4 cm.; другихъ трещинъ нѣтъ. Мозговыя оболочки и мозговое вещество поранены на протяженіи раненія кости, довольно много кровяныхъ сгустковъ. Осколки и сгустки удаляются. Края костной раны сглаживаются. Края раны мягкихъ покрововъ сближаются швами. Тампоны. — Теченіе: сознаніе полное. Сильная головная боль. Частая зѣвота. Сонливость. 12. X. — Сильные кровоподтеки (субконъюнк-



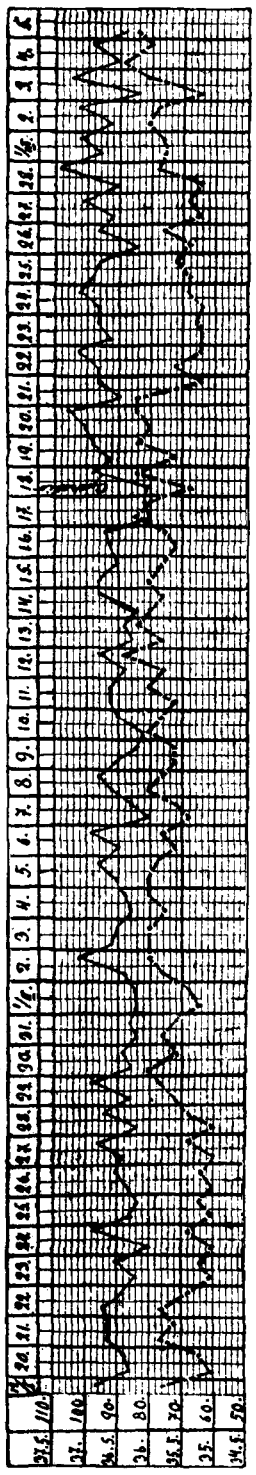
№ 81.

тивальные) праваго глазного яблока и вѣкъ. 14. X. — Перем. тампоновъ. 16. X. — Небольшое выпаденіе мозга, которое по истеченіи пяти недѣль исчезло. Рана хорошо рубцевалась. Стулъ задержанъ, удается только послѣ клизмы. T° и пульсъ нормальны (см. кривую). Боли въ парализованной рукѣ и ногѣ. 18. XI. 04 — эвакуированъ съ параличемъ лѣвыхъ конечностей, но хорошимъ общимъ состояніемъ въ Харбинъ. Кровоподтеки глаза уменьшились. 21. XI. — Прибылъ въ лаз. В. Кн. Бориса въ Харбинѣ. 5. XII. — Эвакуированъ въ Каинъ съ закрывшейся раною на мѣстѣ трепанаціи и съ значительно улучшившимся параличемъ ноги. Недѣли черезъ три, судя по письму больного, подъѣзжая къ Москвѣ, ходилъ съ костылемъ, а по пріѣздѣ въ Каинъ ходитъ безъ костыля (Сообщеніе Д-ра А. Глѣбовскаго).

№ 82. Ѳедоровъ Павелъ. 35 л. — Шт.-капитанъ 3-го В. С. С. П.
14. I. 05 раненъ при Сандепу сб. пулею,
19. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,

18. II. 05 оперированъ,
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — На лѣв. теменной кости въ области центр. извилинъ 2,0 cm. отъ средней линіи, параллельно ей и 4,0 cm. другъ отъ друга, входъ и выходъ = калибру пули. Покрыты сухимъ струпомъ. Параличи правой руки и ноги. Говоритъ сильно запинаясь, не находитъ словъ. Все, сказанное ему, повторяетъ. Сознаніе сохранено. T° нормальна. Пульсъ немного замедленъ. Раны мягкихъ частей лѣв. руки и прав. ноги. — Теченіе: самочувствіе хорошее. Говоритъ живѣе. Раны зарубцевались. 14. II. Пульсъ и T° — см. кривую. Такъ какъ параличъ не улучшается, то 18. II. 05 сдѣлана операція: подковообразный лоскутъ; обнаруживается желобоватая рана черепа на всемъ протяженіи пулевого канала (4 cm.). Она выполнена довольно плотною тканью. Черепная кость вдавлена. Подъ ней dura mater повреждена соотвѣтственно желобу въ кости. Въ ранѣ dura лежатъ костные осколки, которые плотно срослись съ краями ея. Въ мозгу полость величиной съ грецкій орѣхъ, выполненная массою костныхъ осколковъ, длиною до 2,0 cm., и организовавшимся сгусткомъ. Полость выстлана сумкой, которая удаляется вмѣстѣ съ содержимымъ. Вводится тампонъ. Наружная рана уменьшается швами. — На второй день послѣ операціи появляется движеніе въ правой ногѣ, а 24. II движеніе въ правомъ плечѣ. 21. II. — Мѣняются верхніе слои повязки (!) (см. кривую.). Послѣ удаленія и перемѣны тампоновъ 24. II появляются клоническія судороги правой стороны. Тотчасъ послѣ удаленія тампона изъ полости въ



№ 82.

мозгу, тампонъ выходитъ легко, клоническія судороги въ пальцахъ правой руки. Судороги переходятъ на всѣ мышцы правой верхней конечности, затѣмъ на мускулы прав. стороны лица, шеи, туловища и прав. нижн. конечности. Сознанія не терялъ, но не могъ говорить. Въ рану вложенъ небольшой поверхностный тампонъ. Судороги не проходятъ вполнѣ, а только уменьшаются въ силѣ. Главнымъ образомъ подергиванія въ правой рукѣ и въ правыхъ лицевыхъ мускулахъ. Послѣ окончательнаго удаленія тампона (черезъ часъ, приблизительно, послѣ перв. перевязки) судороги окончательно прекращаются. Сталъ очень плохо говорить. Правой ногой и рукой не двигаетъ. 25. II. — Движенія конечностей и рѣчь возстановились въ размѣрахъ до 24. II. 27. II. — Удалены тампоны. 3. III. — Начинаетъ ходить. 6. III. — Эвакуированъ на сѣверъ. Самочувствіе прекрасное. Рана послѣ операціи почти зажила. Больной впослѣдствіи (по окончаніи войны) показывался проф. Цёге фонъ Мантейфель. Состояніе его здоровья было хорошее. Припадковъ и судорогъ не было.

Случаи тангенціальнаго раненія об. пулями,

оперированные до поступленія въ лазареты №№ 83—88.

№ 83. Богаутиновъ Хазитимъ. 28 л. — 283 Бугульминск. п.,
15. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
18. II. 05 поступилъ въ лазаретъ въ Тѣлинѣ,
19. II. 05 оперированъ,
27. II. 05 эвакуированъ въ Харбинъ,
4. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
16. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parieto-occipitalis. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ; нѣкоторое время (съ недѣлю) было звачительное ослабленіе зрѣнія; головокруженіе все время. Параличей не было. 19. II дѣлали операцію. — При поступленіи въ Л. И. О. имѣется на границѣ затылочной и теменной костей трепанаціонное отверстіе, продолговатой формы, длиною въ 3 сантим. Dura повидимому не повреждена. Головокруженіе. Слухъ и зрѣніе хороши. T^0 нормальна. 16. III. — Эвакуированъ въ Читу.

№ 84. А. Борисъ. 34 л. — Подполковникъ Генер. Штаба,
14. I. 05 раненъ подъ Сандепу об. пулею,
16. I. 05 оперированъ въ лаз. Георг. общ. въ Мукденѣ,
26. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
1. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Послѣ ранения потерялъ сознаніе, когда очнулся замѣтилъ параличъ лѣвой ноги и руки. — 16. I. — Оперированъ въ Георг. общ. 26. II. — При поступленіи разстройства функціи нѣтъ. Въ правой теменной области гранулирующая рана. Самочувствіе прекрасное. Пульсъ и T° нормальны. — 1. III. 05 эвакуированъ въ Россію. Плотный рубецъ. — Лѣтомъ 1905 года утонулъ, катаясь на лодкѣ, во время припадка судорогъ (по частнымъ свѣдѣніямъ).

№ 85. Шаповаловъ Корнѣй.
22. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
26. II. 05 оперированъ,
7. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
31. III. 05 эвакуированъ.

V. reg. frontalis. — Послѣ ранения часа два былъ безъ памяти. Параличей, парезовъ не было, такъ-же какъ и уклоненій со стороны рѣчи, слуха и зрѣнія. — 26. II сдѣлана трепанація. При поступленіи констатируется не глубокая рана, мозгъ не виденъ. — Теченіе: рана хорошо рубцуется, T° нормальна. 31. III эвакуированъ въ Россію. Рана зажила. Со стороны нервной системы уклоненій отъ нормы нѣтъ.

По наведеннымъ справкамъ 4. III. 08 Шаповаловъ живъ. На лбу втянутый рубецъ, длиною въ $1^1/_4$ вершка, ему соотвѣтствуетъ мягкій участокъ въ черепной крышкѣ. Легкіе толчки въ мягкое дно рубца отражаются въ области затылка. Параличей нѣтъ. Бываютъ приступы головокруженія и общей слабости, вызываемые тяжкой работой и вліяніемъ солнца въ лѣтнее время. Нѣкоторыя работы: рубка дровъ, витье веревокъ и т. п. вызываютъ „тоническія судороги разгибателей пальцевъ рукъ“ (сообщено врачемъ). Къ тяжелой работѣ не способенъ.

№ 86. С. Михаилъ. 35 л. — Поручикъ 18-го В. С. С. П.
18. VII. 04 раненъ подъ Сенюченомъ об. пулею,
20. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
25. VII. 04 эвакуированъ въ Харбинъ,

? оперированъ въ Харбинѣ,
3. XII. 04 поступилъ въ 3. К. О. въ Иркутскѣ,
11. XII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Раненъ стоя, первую помощь получилъ тотчасъ. — Раненіе правой теменной области, на вылетъ, кость повреждена. Парезъ лѣвой ноги и руки. T° нормальна. 25. VII. — Эвакуированъ по случаю закрытія лазарета. Въ Харбинѣ въ Елизаветинской общинѣ сдѣланъ débridement. 3. XII. — Поступилъ въ 3. К. О. въ Иркутскѣ съ косопродольной, гранулирующей раною въ правой теменной области. Paraparesis spastica inferior, по преимуществу лѣвой нижней конечности. 5. XII. — Были судороги. Жалуется на безпокойный сонъ и головную боль. T° нормальна. Выдѣленіе изъ раны незначительное. 11. XII. — Эвакуированъ.

№ 87. Меркуловъ Н. — 137-го Нѣжинскаго п.
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. п.
? оперированъ,
3. X. 04 поступилъ въ 3. К. О. въ Иркутскѣ,
3. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Надъ правымъ ухомъ гранулирующая рана (повидимому расширенная разрѣзомъ). Дно раны приращено къ кости. По срединѣ раны свищъ, выдѣляющій гной. Плохо слышитъ. Даетъ сбивчивые отвѣты, повидимому умственная дѣятельность пострадала. — Теченіе: T° нормальна. Пульсъ 75. Грануляціи вялыя. Головная боль въ лѣвомъ вискѣ. Ходъ часовъ слышитъ на правомъ ухѣ на разстояніи 7 пальцевъ, слѣва хуже. Слышитъ, что говорятъ, но не разбираетъ. Амнезія. 18. X. — Рана заживаетъ. Черезъ свищъ зондъ попадаетъ въ небольшую полость, гдѣ ощупывается маленькій секвестръ. По временамъ головныя боли. 3. XI. 04 — эвакуированъ. Остался маленькій свищъ съ незначительнымъ выдѣленіемъ.

№ 88. Поздѣевъ О. 25 л. — 85-го Выборгскаго п.
1. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулей,
? оперированъ,
10. IV. 05 поступилъ въ 3. К. О. въ Иркутскѣ,
13. VIII. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Былъ безъ памяти послѣ раненія. Дѣлали операцію. Пальца на два выше правой ушной рако-

вины гранулирующая рана, длиною около 6 cm., шириною около 2 cm. Грануляціи гипертрофическія, вялыя, покрытыя сѣрымъ налетомъ, болѣзненны. Пульсаціи раны нѣтъ. Параличей нѣтъ. Пульсъ 54, полный. Зрачки равномѣрны, реагируютъ хорошо. Настроеніе удрученное. Выраженіе лица тупое. Сильная головная боль. Внутренніе органы нормальны. Произведена пробная пункція безъ результата, при этомъ констатировано, что дефектъ въ кости значительно меньше, чѣмъ объемъ наружной раны. Окружность раны отечна и болѣзненна. — Теченіе: сильныя головныя боли по вечерамъ. Пульсъ 60—84. 17. IV. — Общее состояніе значительно поправилось. Сталъ веселымъ, разговорчивымъ. Рана чище. Головная боль меньше. Шумъ въ правомъ ухѣ. 30. IV. — T° нормальна. Рана рубцуется. На мѣстѣ костнаго дефекта черепа видна пульсація. Общее состояніе хорошее. 24. V. — Рана зарубцевалась, остался небольшой свищъ. T° нормальна. 25. VI. — Оставленъ безъ повязки, рана почти зажила, кромѣ небольшого свища, имѣющаго мало наклонности къ заживленію. 13. VIII. 05. — Рана зажила окончательно. Плотный рубецъ, не болѣзненный. Дефектъ въ кости остался. Никакихъ мозг. явленій нѣтъ. Общее состояніе хорошее. Выписывается.

Случаи тангенціальнаго раненія оболочечными пулями

оперированные, умершіе.

Первично-оперированные.

№№ 89—91.

№ 89. Айдайчукъ Павелъ. 30 л. — 216-го Инсарскаго п.,
20. II. 05 раненъ об. пулею,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
21. II. 05 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Безъ сознанія. — Пуля прошла черезъ лѣвый теменной бугоръ. Сильное раздробленіе кости, поврежденіе мозга. 20. II. — Сдѣланъ débridement. 21. II. — Смерть.

№ 90. Диминевъ.

22. II. 05 раненъ об. пулею,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 6599,
23. II. 05 оперированъ,
23. II. 05 умеръ.

V. r. parieto-occipitalis. — Доставленъ въ безсознательномъ состояніи. Не реагируетъ. — Входъ: по средней линіи на одинъ палецъ позади границы лобной и теменной областей три cm. въ діаметрѣ, изъ него выпячивается мозговое вещество. Выходъ: въ затылочной области. 23. II. — Операція. Входъ и выходъ соединены, извлечено много осколковъ. Тампонація. 23. II не приходя въ себя скончался.

№ 91. Маринчукъ Иванъ. — 1-го В. С. С. П. Заурядъ-прапорщ.

22. II. 05 раненъ об. п.,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
28. II. 05 умеръ.

V. r. occipitalis sin. — Доставленъ съ поля битвы безъ сознанія. — Входное отверстіе: у основанія лѣваго сосцевиднаго отростка; выходное — на 2 пальца отъ срединной линіи въ правой затылочной области на уровнѣ линіи, соединяющей верхніе края ушей. — Операція: оскольчатый переломъ. Осколки глубоко внѣдрились въ мозговое вещество, разрушенное на большомъ протяженіи. Тампонація. 24. II. — Въ сознаніе не приходитъ. Мечется, кричитъ. Остался въ плѣну. 28. II. — Скончался. — Вскрытія не было.

Вторично — оперированные.

№№ 92—114.

№ 92. Ковалевскій Вячеславъ. — 11-го Псковскаго п.,

? раненъ об. пулею,
6. XI. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
6. XI. 04 оперированъ,
10. XI. 04 умеръ.

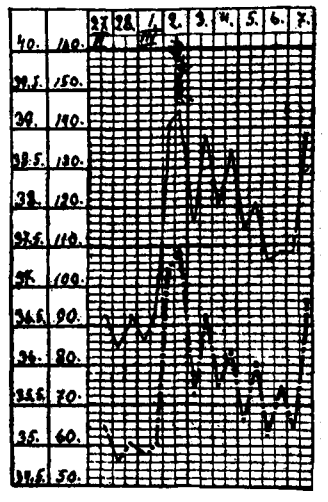
V. r. parietalis sin. — Больной безъ сознанія. Въ лѣвой теменной области спереди назадъ по касательной рана длиною въ пять, шириною отъ 2—3 cm., кость раздроблена. На днѣ раны виденъ размозженный и загрязненный мозгъ. Выдѣленіе съ гангренознымъ запахомъ. Кровоподтеки лѣваго глаза.

Полупараличъ лѣвыхъ конечностей. Лѣвой ногой и рукой почти совсѣмъ не дѣйствуетъ. Колѣнный и пупилярный рефлексы сохранены. Пульсъ частый и малый. Мочится, испражняется подъ себя. 6. XI. — Операція: сильное раздробленіе лѣвой теменной кости. Отъ костной раны идутъ трещины по направленію къ затылку, къ глазницамъ и въ правую сторону, образуя довольно большіе обломки, изъ которыхъ одинъ, совершенно свободный, извлекается изъ задней части раны. Обломки отчасти надвинуты одинъ на другой. Въ мозгу — полость разрушенія, распространяющаяся вглубь приблизительно на 5 cm. Инородного тѣла въ глубинѣ прощупать не удается. Dura вскрыта на всемъ протяженіи костной раны. T° 39,2, пульсъ 136. 7. XI. — Пульсъ полнѣе и медленнѣе. Ночь провелъ спокойно. Открываетъ глаза, но въ сознаніе не приходитъ. Часто мочится. Зубы стиснуты, такъ что невозможно кормить больного. 8. XI. — 10. XI. T° между 37,7—39,2, пульсъ около 120. 10. XI. — Смерть въ 12 час. дня.

№ 93. Капустяненко.

? раненъ об. пулею,
27. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
2. III. 05 оперированъ,
8. III. 05 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Входъ и выходъ, равные калибру пули, въ лѣвой теменной области на разстояніи двухъ пальцевъ. Одна рана близъ средней линіи, другая влѣво отъ нея; изъ первой при бритьѣ выходитъ костный осколокъ. Правосторонній параличъ. По асептической пов. гладкое теченіе до 2. III., въ этотъ день утромъ ознобъ (см. кривую). Вечеромъ операція: найдено желобоватое раненіе черепа, соотвѣтственно ему мозгъ разрушенъ и размягченъ. Въ полости размягченія костные осколки. 6. III. — Перем. пов. Тампонъ удается легко перемѣнить. 7. III. — Вечеромъ ознобъ. 8. III. — Смерть.



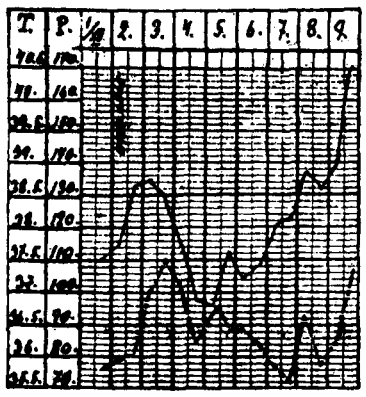
№ 93.

№ 94. Курешко Сидоръ. — 33-го Елецкаго п.,
? VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
20. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
27. VIII. 04 умеръ.

V. r. parieto-occipitalis d/s. — Входъ: на 0,5 cm. вправо отъ средней линіи и на 4 cm. позади линіи, проведенной черезъ proc. mast. Выходъ: на 2,5 cm. влѣво отъ средней линіи и на 1 cm. позади входного. — Операція: 20. VIII. — Кость черепа разрушена въ видѣ желоба между входн. и выходн. отверстіями, здѣсь найдена часть пули и оболочки. Мозговыя оболочки и мозгъ повреждены, послѣдній на глубину 6—8 cm. Осколки черепа сдвинуты вглубь. Въ полости разрушенія распадающаяся мозговая ткань съ запахомъ. — Теченіе: 20.—23. VIII. — T° до 38,5. Пульсъ 65—80. 23. VIII. — Перем. пов., выдѣляется гной съ сильнымъ запахомъ. 24. VIII. — T° 36,0—36,5. Пульсъ 68—94. 27. VIII. 04. — Умеръ.

№ 95. Хороменко. 36 л. — Житомірскаго п. рядовой,
30. XI. 04 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею на разстояніи не болѣе 400 шаговъ,
1. XII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
2. XII. 04 оперированъ,
9. XII. 04 умеръ.

V. r. frontalis dex. — Входъ и выходъ (ближе къ средней линіи) продолговатой формы, находятся надъ правымъ глазомъ на разстояніи 6 cm. другъ отъ друга, изъ нихъ сочится кровь, смѣшанная съ мозговою тканью. Между пулевыми отверстіями крепитація. Окружность ранъ и праваго глаза отёчны. Больной въ полузабытьи, отвѣчаетъ на вопросы толково. T° 37,5. Пульсъ 76. — 2. XII. — Операція: лоскутообразный разрѣзъ. Желобоватая рана черепа, много осколковъ, которые лежатъ поверхностно. Изъ раны выпячивается смѣшанное съ кровяными густками мозговое ве-



№ 95.

щество. Костная рана увеличивается долотомъ. Отъ задняго конца раны (вых. отв.) тянется по направленію къ уху узкая трещина. Въ лобной долѣ мозга полость величиною въ вол. орѣхъ, наполненная разрушенною мозговою тканью и осколками (5) кости, изъ которыхъ наибольшій 1 cm.^{2} Тампонъ. — Теченіе: 4. XII. — Состояніе удовлетворительное. 7. XII. — Перем. тамп. Появилось выпаденіе мозга, нагноеніе въ наружной ранѣ. T^0 съ 7. XII. начинаетъ подыматься (см. кривую). 9. XII. — Смерть. — Вскрытіе: Meningitis purul. Encephalitis правой лобной доли. Трещина, исходящая изъ задняго угла костной раны (выход. отв.), идетъ полукругомъ параллельно sut. pariet. temp. къ заднему нижнему углу ossis pariet. d. (см. снимокъ № I).

№ 96. Неизвѣстный.

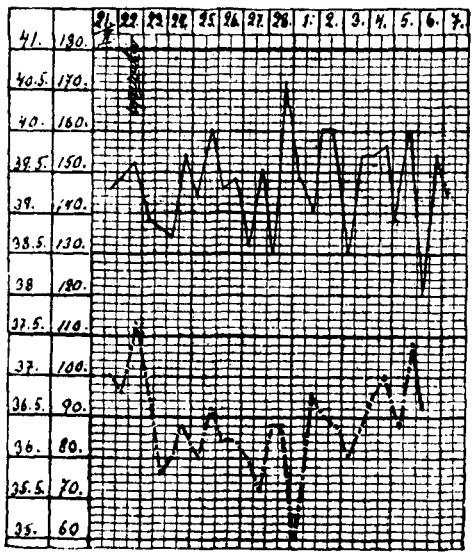
3. X. 04 раненъ об. п. у Путиловской сопки,
5. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
5. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Въ лѣвой теменной области имѣется огнестрѣльная рана, пулевая. Входное и выходное отверстія находятся другъ отъ друга на разстояніи 8 cm. Больной безъ сознанія. Правосторонній параличъ. Температура повышена. — 5. X. — Операція: на всемъ протяженіи между входнымъ и выходнымъ отверстіями имѣется оскольчатый переломъ черепа, заходящій немного въ височную область. Твердая мозговая оболочка разорвана, осколки кости вдавлены въ вещество мозга, послѣдній значительно размозженъ, отчасти гнойно распадается. Осколки извлечены. Тампонація. 8. X. — Больной сильно возбужденъ. Безъ сознанія. Бредитъ. 10. X. — Значительное выпаденіе мозгового вещества, отдѣлявшагося при перевязкахъ клочьями. Не приходя въ сознаніе больной скончался 16 октября. — При вскрытіи констатируется гнойный энцефалитъ.

№ 97. Карунта Иванъ. 33 л. — 23-го В. С. С. П.

? раненъ об. пулею,
21. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
22. II. 05 оперированъ,
7. III. 05 умеръ.

V. reg. parietalis dex. — Въ правой теменной области близъ средней линіи желобообразная рана, длиною въ пять,



№ 97.

шириною въ одинъ сант. Костные осколки торчатъ отвѣсно изъ раны, изъ которой вытекаетъ мозговое вещество. T⁰ 39,3, пульсъ 100. 22. II. — Рана расширена. Констатируется гнойный распадъ размозженной мозговой ткани. Удалены осколки кости и распавшіяся массы. Тампоны. 28. II. — Перемѣна тампона, гнойный распадъ продолжается. T⁰ высокая, пульсъ сравнительно медленный (см. кривую). 7. III. — Смерть.

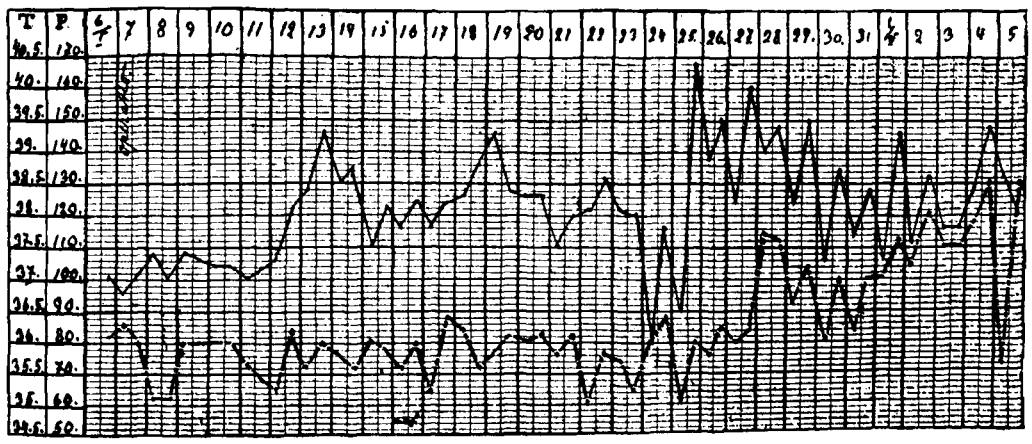
№ 98. Пермѣновъ Фролъ. 27 л. — Ефр. 33-го В. С. С. П.
12. I. 05 раненъ подъ Сандепу об. пулею,
20. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. I. 05 оперированъ,
4. II. 05 умеръ.

V. r. parietalis s/d. — Входъ: въ лѣвой теменной, выходъ — въ правой теменной области, между отверстіями разстояніе въ 3 сант. Направленіе пулевого канала косопоперечное, спереди назадъ. Параличъ лѣвой руки и обѣихъ ногъ. Ригидность мышцъ обѣихъ ногъ. Больной въ сознаніи, возбужденъ, раздражителенъ. Не помнитъ, когда раненъ и пр. Пульсъ удовлетворительный. T⁰ 36,7. 20. I. — Операція: оскольчатый переломъ черепа на всемъ протяженіи раны. Dura mater разорвана. Осколки вдавлены въ вещество мозга, послѣдній размозженъ на мѣстѣ перелома. Продольный синусъ раненъ. Удалены сгустки крови и осколки. Тампоны. 21.—22. I. — Больной въ сознаніи. Отвѣчаетъ здраво, но не сразу, говоритъ быстро, какъ бы торопясь. T⁰ нормальна. 23. I. — Незначительное выпячиваніе мозга. Рана чиста. Съ 26. I T⁰ понемногу подымается. Больной раздражителенъ. 27. I. — Выпаденіе мозга значительно увеличилось. Больной возбужденъ, по временамъ кричитъ. 28.—30 I.

выпаденіе увеличивается. На вопросы не отвѣчаетъ, не реагируетъ. Время отъ времени кричитъ. Марается подъ себя. T° высокая, до 39,5. 31. I. — Выпавшее мозговое вещество отдѣляется клочьями. Пульсъ учащенный, напряженный. 1.—4. II. — Больной спокойнѣе, но безъ сознанія. T° высокая. Распадъ пролапса. 4. II. — T° 41,0—40,5. Пульсъ напряженъ. Безсознательное состояніе продолжается. Смерть. — Вскрытіе: на сводѣ мозга и въ меньшей степени на основаніи имѣется островками гной. Желудочки свободны отъ гноя. Отечность мозга.

№ 99. Опальковъ Кузьма. 33 л. — 121-го Пензенскаго п.,
3. I. 05 раненъ об. пулею,
6. I. 05 въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
7. I. 05 оперированъ,
7. II. 05 умеръ.

V. r. parietalis dex. Былъ безъ сознанія. — Входъ = 0,8 cm., слѣва въ углу между сагиттальнымъ и ламбдоиднымъ швомъ. Выходъ: длиною въ 4,0 cm., шириною въ 1,5 cm., вправо отъ вход. на разстояніи 6,0 cm. Края раны рваные. Въ глубинѣ



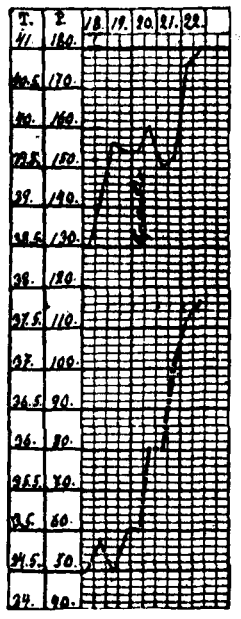
№ 99.

видны осколки. Парезъ лѣвой нижней конечности, въ меньшей мѣрѣ верхней. Видитъ все въ туманѣ. Сознаніе сохранено. Пульсъ 82, T° 37,0. — Предполагаемое раненіе синуса, свойство раны и подозрѣніе въ инфекціи послужило показаніемъ къ операціи 7. I. 05: входное отверстіе соединяется съ выходнымъ. Желобоватая рана кости. Много мелкихъ осколковъ. При уда-

леніи осколковъ изъ увеличенной костной раны замѣчается, что одинъ осколокъ внѣдрился въ sinus longitud.; по его удаленіи обильное кровотеченіе. Мозговая ткань сильно размозжена. Тампоны. Края раны мягкихъ покрововъ сближаются двумя швами. — Теченіе: вначалѣ полное сознаніе. T° нормальна. Пульсъ немного замедленъ (см. кривую). Не можетъ произвольно мочиться, стулъ задержанъ. Головная боль, безпокоенъ. 10. I. — При первой перевязкѣ замѣчено выпаденіе мозга. Тампоны сильно пахнутъ. Швы удалены. Выпаденіе увеличивается и распадается. Больной много спитъ. T° подымается. Пульсъ медленный. 12. I. — Параличъ лѣвой руки. Съ 17. I истеченіе liq. cerebr. spin. 21. I. — Вмѣстѣ съ распавшейся мозговою тканью изъ глубины выходятъ мелкіе костные осколки. Съ 21. I полная апатія. Ригидность затылочныхъ мышцъ, лежитъ съ закинутою назадъ головою. Съ 1. II не отвѣчаетъ на вопросы. Пульсъ ускоренъ и слабъ. Больной очень осунулся. 7. II. 05. — Смерть. — При вскрытіи черепа обнаружено: соотвѣтственно выпавшимъ частямъ мозга encephalitis. Размягченіе распространяется вглубь до праваго бокового желудочка, куда произошло прободеніе. Meningitis baseos cranii.

№ 100. Батковъ Михаилъ. 24 л. — 20-го В. С. С. П.

15. I. 05 раненъ об. п. на разстояніи 50 шаговъ,
18. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
20. I. 05 оперированъ,
22. I. 05 умеръ.



№ 100.

V. r. frontalis. — По срединѣ лба на одномъ уровнѣ двѣ раны одинаковой величины, приблизительно на разстояніи двухъ пальцевъ другъ отъ друга, изъ нихъ выдѣляются осколки и размягченная мозговая ткань. T° высокая, пульсъ медленный (см. кривую). 20. I. — Операція: разрѣзъ въ видѣ лоскута. Желобообразная рана кости, шириною въ одинъ сант. Соотвѣтственно входу и выходу пули — полости размягченія въ мозгу, а между ними какъ бы неповрежденная область. Изъ глубины вытекаетъ прозрачная мозговая жидкость. Справа полость размяг-

ченія идетъ по направленію къ глазницѣ. Удаляются осколки разной величины, внѣдрившіеся въ мозгъ. Тампоны. — Теченіе: Больной очень апатиченъ. 21. I. — Припадокъ лѣвосторонних судорогъ, начинающихся съ Nystagmus'a, затѣмъ переходящихъ на facialis sin., верхнюю и нижнюю лѣвыя конечности. 22. I. — Смерть.

№ 101. Хасимордань Ахметъ. 24 л. — 19-го В. С. С. П.
13. I. 05 раненъ подъ Сандепу об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
18. I. 05 оперированъ,
20. I. 05 умеръ.

V. r. temporo-occipitalis sin. — Позади лѣваго уха, на уровнѣ его верхушки, одна рана; другая на 4 cm. сзади и немного ниже. Раны почти одинаковой величины = 0,8 cm. Изъ передней раны выходитъ костный осколокъ. Изъ обѣихъ ранъ выдѣляется серозно-гнойная жидкость. Больной въ полусознательномъ состояніи. T° 38,9. Пульсъ 120. 18. I. — Операція, показаніемъ къ которой послужило нагноеніе. На всемъ протяженіи пулевого хода — желобоватая рана черепа. Мозговая ткань размозжена на всемъ протяженіи раны и вглубь. Тампоны. — Теченіе: больной очень безпокоенъ. Повязка очень сильно промокаетъ отъ liq. cereb. spin. T° до 39,3, пульсъ частый. 20. I. — Смерть.

№ 102. Жарновой Кириллъ. 39 л. — Подольскаго п.,
12. I. 05 раненъ об. пулею.
18. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
19. I. 05 оперированъ,
22. I. 05 умеръ.

V. r. parietalis dex. — Входъ: въ правой теменной области позади коронарнаго шва, соотвѣтственно границѣ правой средней и нижней трети его; выходъ: съ той-же стороны немного впереди отъ ламбдоиднаго шва на 2,5 сант. отъ средней линіи. Мягкіе покровы черепа отёчны. Отёкъ лица, особенно лѣвой стороны и лѣвыхъ вѣкъ. Зрачки реагируютъ хорошо. Больной въ полузабытьи, но отвѣчаетъ разумно на вопросы. Параличъ правой верхней и парезъ правой нижней конечностей. Hyperalgesia кожи затылка и шеи. Гипералгетическая зона распространяется вверхъ до волосистой части затылка и нижней челюсти, внизъ до spina scapulae и вторыхъ рёберъ. — T° 39,7, пульсъ 90 — см. снимокъ № IX. — 19. I. — Операція: обѣ раны соединены

разрѣзомъ. Между костными ранами цѣлый рядъ трещинъ. Костные обломки удаляются. Мозгъ пострадалъ сравнительно мало. Тампоны. 20. I. — Больной апатиченъ, но при себѣ, повязка сильно промокаетъ. 21. I. — Не реагируетъ, сильно храпитъ. T° между 38,0—37,0, пульсъ около 80. 22. I. — Смерть.

№ 103. Будау Эмануилъ. 28 л. — 284-го Чембарскаго п.,
17. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
22. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
23. II. 05 оперированъ,
23. II. 05 умеръ.

V. r. occipitalis sin. Были сильныя головныя боли первые три дня послѣ раненія. На третій день была рвота. — Входъ = калибру пули, на два пальца позади лѣваго уха, серозное выдѣленіе. Выходъ: на одинъ палецъ влѣво отъ prot. occip. ext., здѣсь сдѣланъ, повидимому, крестообразный разрѣзъ; изъ раны выдѣляется гной. Сознаніе слегка помрачено. Еле держится на ногахъ. T° 39,5. Пульсъ 100. 23. II. 05 сдѣлана операція, — показаніемъ служило нагноеніе. Черепная кость между входомъ и выходомъ раздроблена. Всѣ осколки удаляются. Мозговая ткань размозжена. Въ глубинѣ костныхъ осколковъ нѣтъ. — Послѣ операціи больной пришелъ въ себя. Скоро наступило сильное безпокойство. Дыханіе типа Чэнъ-Стока. T° 40,1. Вечеромъ 23. II. 05 смерть.

№ 104. Неизвѣстный.
? раненъ об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 5166,
18. I. 05 оперированъ,
2. II. 05 умеръ.

V. r. temporo-occipitalis sin. — Входъ: на три сант. выше лѣваго уха. Выходъ: на девять сант. позади лѣв. сосцевиднаго отростка и немного выше этого уровня. Сознаніе не полное. Больной говоритъ непонятно, повторяетъ только „чего изволите.“ T° 37,2. 18. I. — Операція: оскольчатый переломъ на всемъ протяженіи. Осколки удалены, такъ-же какъ сгустки и разрушенныя части мозговой ткани. Мозгъ пульсируетъ. 19. I. — 22. I. — T° по вечерамъ до 37,6. 23. I. — Выпаденіе мозга. 25. I. — Выпавшая часть мозга омертвѣваетъ. 27. I. — Больной вялъ. T° 39,1. 30. I. — Пролапсъ увеличился, особенно

въ задней части раны. 31. I. — Больной безпокоенъ, въ полусознаніи. Срываетъ повязку. T° 38,9. 1. II.—2. II. Пролапсъ увеличивается. Больной безъ сознанія, сталъ спокойнѣе. T° 38,5—38,9. Пульсъ нитевидный. 2. II. — Смерть.

№ 105. Синьковъ.

? раненъ подъ Сандепу об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 5155,
18. I. 05 оперированъ,
29. I. 05 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Входъ: слѣва на границѣ лобной и теменной костей, на пять cm. отъ средней линіи и на 11 cm. отъ верхняго края уха; выходъ: на границѣ теменной и затылочной костей слѣва на пять cm. отъ ср. л. — Параличъ правой руки и парезъ лѣваго facialis'a. Больной не можетъ говорить. T° 37,7. 18. I. — Операція: оскольчатый переломъ на всемъ протяженіи пулевого хода. Удалены осколки, дефектъ большой. Мозгъ значительно поврежденъ. 19. I. — 22. I. T° высокая: 38,1—38,6. 23. I. — Выпаденіе мозга. T° 38,0—37,5. 25. I. — Выпавшія части мозга омертвѣваютъ. Больной кашляетъ, много мокроты. 26. I. — Б. безъ сознанія. T° до 40,0. 27. I. — Пролапсъ увеличивается поверхность его кровоточитъ. Дыханіе затруднено. Пульсъ малъ. Появилась икота. Въ сознаніе не приходилъ. 29. I. — Скончался.

№ 106. Неизвѣстный.

? раненъ об. пулею,
20. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 5195,
20. I. 05 оперированъ,
28. I. 05 умеръ.

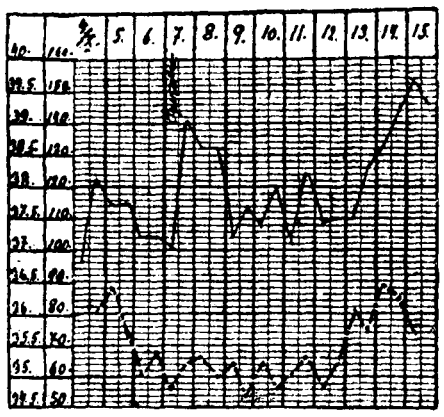
V. r. parietalis sin. — Входъ: на границѣ затылочной и теменной области, семь cm. влѣво отъ средней линіи. Выходъ: на границѣ лобной и теменной области на четыре cm. влѣво отъ ср. л. Выходн. отв. длиною въ три cm. въ продольномъ направленіи, изъ него выходятъ мозговыя массы. Все лицо и часть головы съ кровоподтеками. Параличъ правой ноги, руки и лицевого нерва. Больной безъ сознанія. T° 38,4. 20. I. — Операція: оскольчатый переломъ на всемъ протяженіи. Удалены осколки на протяженіи 10 cm. длины и 7 ширины. — Послѣ операціи больной сначала кричитъ, затѣмъ успокаивается. 23. I. — Выпаденіе мозга,

значительной величины. Отдѣляются размягченныя массы мозга. T° 39,7—38,4. 24. I. — 28. I. — Больной слабѣетъ. Выпавшія мозговыя массы омертвѣваютъ. T° высокая, около 39,0, пульсъ нитевидный. 28. I. — Скончался не приходя въ себя.

№ 107. N. N.

1 (?) X. 04 раненъ об. пулею при Шахэ,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ, №309,
7. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 умеръ.

V. r. parieto-occipitalis sin. — Входъ: на три пальца выше верхушки лѣваго уха. Выходъ: на томъ-же уровнѣ на пять ст. кзади, желобоватой формы, длиною въ три ст. — Амнезія. Больной въ полусознательномъ состояніи. Параличей нѣтъ. T° 36,8. Пульсъ около 68.—Теченіе: пульсъ становится медленнымъ. T° до 38,0. Сознаніе не проясняется. 7. X. — Операція: кость черепа между входнымъ и выходнымъ отверстіями раздроблена. Въ глубинѣ костной раны видны осколки и размозженная мозговая ткань. Рана очищается. Рана мягкихъ покрововъ уменьшается швами. Теченіе: T° около 38,0, пульсъ около 60 (см. кривую). Больной безпокоенъ. 9. X. — Рана гноится, всѣ швы удалены. Съ 11. X — выпаденіе мозга. Сознаніе прояснилось. Выпавшія части мозга омертвѣваютъ. 14. X. — Безъ сознанія, рвота. 15. X. — Пѣна у рта. T° повышается. Повязка сильно промокаетъ. 16. X — утромъ смерть. — При вскрытіи обнаруженъ Meningitis purulenta, encephalitis.



№ 107.

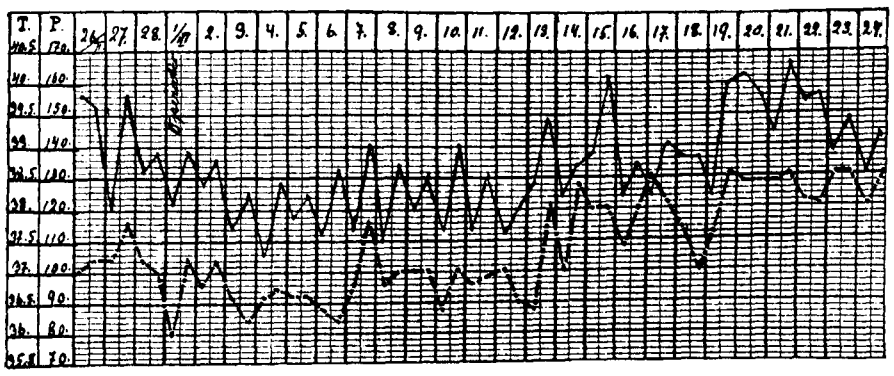
№ 108. С. Николай. — 36-го В. С. С. II. Капитанъ,
12. I. 05 раненъ подъ Сандепу об. п.,
19. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
19. I. 05 оперированъ,
31. I. 05 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. При поступленіи больной въ сознаніи. Параличъ правой руки и ноги. — Входное отверстіе: на границѣ теменной и затылочной областей на 3 cm. влѣво отъ срединной линіи. Выходное: длиной въ 7 cm., немного вправо отъ срединной линіи на 7 cm. отъ переносья. Раны гноятся, T° повышена — 40°. 19. I. — Операція: оба отверстія соединены разрѣзомъ. Найденъ оскольчатый переломъ на всемъ протяженіи. Осколки внѣдрились въ мозговое вещество. Нагноеніе. Пулевой каналъ широко вскрытъ. Тампонація. T° 39,5. Къ вечеру пульсъ 100. T° повышена. — 39,2. 21. I. — Общее состояніе тяжелое. T° 40. 25. I. — Нѣкоторое улучшеніе. Говоритъ яснѣе. 27. I. — Видъ раны удовлетв. Аппетитъ хорошій. На вопросы отвѣчаетъ разумно, но не сразу. — Съ 29. I наступило рѣзкое ухудшеніе и 31. I. смерть.

№ 109. Климовъ Иванъ. 22 л. — 47-го Лифляндск. п.

23. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею на близкомъ разстояніи,
25. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
1. III. 05 оперированъ,
25. III. 05 умеръ.

V. r. parietalis dex. — Раненъ стоя во время атаки. — Входъ = 0,8 cm., круглый, на 6,0 cm. выше праваго уха, изъ него выдѣляется кровянистая жидкость и мозговое вещество.



№ 109.

Выходъ = 1,5 cm., продолговатый, на 2 пальца выше prot. occip. ext., немного вправо отъ средней линіи, изъ него вытекаетъ кровь и мозговое вещество. Отёкъ мягкихъ покрововъ затылка и

въ меньшей мѣрѣ передней части головы. Контузія праваго глаза и уха. Сознаніе слегка помрачено. Спастическая контрактура лѣвой верхней конечности, пассивныя движенія затруднены въ лѣвой рукѣ. Сухожильные рефлексы повышены. Легкое моторное безпокойство. Пульсъ 100. T° 39,8. — Теченіе: безпокоенъ, жалуется на сильную головную боль, пульсъ частый, T° высокая. Вначалѣ операція не произведена, ибо случай считался безнадежнымъ, но такъ какъ выдѣленіе изъ ранъ увеличилось и начало пахнуть, а между пулевыми отверстіями обнаружена крепитація, то сдѣлана 1. III. 05 операція. — Входъ и выходъ соединены разрѣзомъ. Черепъ между ними раздробленъ. Dura вскрыта. Мозговое вещество размозжено и выпячивается въ задней части раны. Изъ глубины вытекаетъ вонючая, гнойная жидкость. Осколковъ въ глубинѣ не найдено. — Теченіе: въ первые дни послѣ операціи сознаніе прояснилось, головная боль меньше. Спастическія явленія въ лѣв. рукѣ исчезли, остался парезъ. T° понижается. Пульсъ удовлетворительный (см. кривую). — Съ 6. III появляется выпаденіе мозга, которое все увеличивается. Выпавшая часть мозговой ткани омертвѣваетъ. T° и пульсъ повышаются. 18. III. — Вскрытъ въ заднемъ углу раны подкожный затёкъ. 25. III. 05. — Смерть. — При вскрытіи обнаруженъ общій менингитъ и обширное распаденіе мозговой ткани въ правой теменно-затылочной долѣ. Отъ задняго конца костной раны (выход. отв.) идетъ трещина книзу и впередъ (полукругомъ) по направленію къ pars squamosa ossis temp. dextr. (см. снимокъ № II).

№ 110. Гурьяновъ Феофанъ. 37 л. — 3-го В. С. С. II.
13. I. 05 раненъ об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. I. 05 оперированъ,
21. II. 05 умеръ.

V. r. parietalis dex. — Входъ: въ правой теменной области на 4 сант. отъ средней линіи по линіи, соединяющей верхушки ушей. Выходъ: по средней линіи на 10 сант. отъ переносья. Больной отвѣчаетъ на вопросы, путаясь и сбиваясь. 18. I. — Операція. — Оскольчатый переломъ на всемъ протяженіи пулевого канала. Осколки удалены, дефектъ громадный. Мозгъ пульсируетъ. 19. I.—22. I. T° 37,6—38.1. 23. I. — Образовалось выпаденіе мозга. Состояніе тяжелое. 25. I. — Часть выпавшей мозговой ткани омертвѣваетъ. Повязка сильно промокаетъ. Жа-

луется на сильную головную боль, но общее состояніе лучше, T⁰ 38,2—39,4. 27. I. — Самочувствіе лучше. Пролапсъ увеличивается. — Съ 1. II. больной слабѣетъ, вялъ. 8.—10. II. — Общее состояніе ухудшается. Выпавшія части мозга омертвѣваютъ и отдѣляются клочьями. 12. II. — Параличъ лѣваго лицевого нерва. 15. II. — Плохо глотаетъ. Больной очень вялъ. T⁰ повышена, пульсъ малый. 21. II. — Смерть.

№ III. Тщеславлевъ.

16. VIII. 04 раненъ об. пулей,
20. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
21. VIII. 04 оперированъ,
10. X. 04 умеръ.

V. r. parietalis dex. — Раненіе на вылетъ правой теменной области. T⁰ высокая. Пульсъ замедленъ, напряженъ. 21. VIII. — Операція. — Удалены костные осколки изъ полости размягченія въ мозгу. Тампоны. — Теченіе: сначала благопріятное, затѣмъ явленія менингита. 10. X. 04. — Смерть. — Вскрытіе: въ правой теменной области полость, величиною въ куриное яйцо, выполненная тампонами. Около этой полости находится абсцессъ, величиною съ лѣсной орѣхъ, содержащій гной, но не имѣющій связи съ правою полостью. Вся правая теменная доля мозга размягчена. Свободный гной на основаніи черепа.

№ II2. Шуевъ Гавріилъ. — 123-го Козловскаго п.,

? раненъ об. пулею,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
4. IX. 04 оперированъ,
20. IX. 04 умеръ.

V. reg. ? — Раненіе головы по касательной на вылетъ. Жалуется на головную боль. T⁰ повышена. Такъ какъ T⁰ повышается (боль головная увеличивается), то 4. IX сдѣлана операція. — Удалены осколки. Констатируется обширное размягченіе мозга. Тампонація. — Теченіе: T⁰ между 36,2—37,8. 14. IX. — Перем. пов. T⁰ не спадаетъ, по вечерамъ 38,0. 20. IX. — Смерть при T⁰ 39,5. — При вскрытіи обнаруженъ менингитъ.

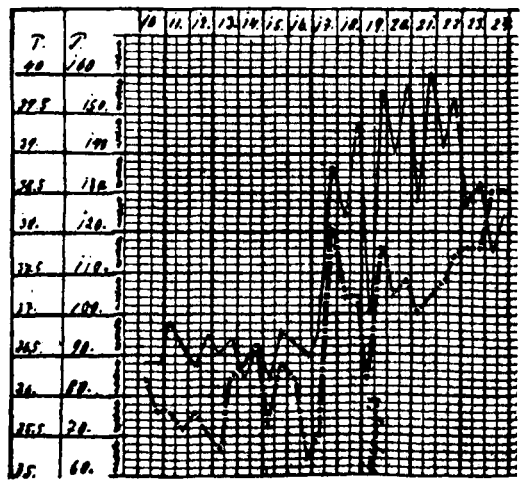
№ II3. Демантовичъ Феликсъ.

26. VII. 04 раненъ об. пулей,
2. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,

3. VIII. 04 оперированъ,
4. IX. 04 умеръ.

V. r. frontalis dex. — Входъ: на лбу на границѣ волосистой части на одинъ палецъ вправо отъ средней линіи. Выходъ: на одинъ палецъ впереди и надъ правой ушной раковиной. Обѣ раны выдѣляютъ гной. Параличъ прав. nerv. facialis. Правый зрачекъ суженъ, не реагируетъ на свѣтъ. Правое верхнее вѣко не поднимается. Застойныя явленія со стороны соска лѣваго глаза. Сильная головная боль. Больной безпокоенъ. Отвѣчаетъ на вопросы, помнить всё. T° 39,0. 3. VIII. — Операція: Раздробленіе кости между входомъ и выходомъ. Осколки кости вдавлены въ размозженный мозгъ, который смѣшанъ съ гноемъ. Полость очищается. Тампоны. — Теченіе: T° до 38,4. Первое время состояніе было довольно хорошее. 10. VIII. — Перем. тампоновъ. 12. VIII (приблизительно) выпаденіе мозга и истеченіе цереброспинальной жидкости. Выпаденіе увеличивается. T° повышается до 39,6. Больной неспокоенъ и не всегда въ сознаніи. Видъ его ухудшается. При явленіяхъ менингита скончался 4. IX. 04. — При вскрытіи обнаруженъ: meningitis baseos cranii purulenta.

№ 114. Насоновъ Акимъ. 31 г. — 218-го Борисо-Глѣбскаго п.,
13. I. 05 раненъ об. пулею,
9. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ.



№ 114.

19. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 умеръ.

V. r. temporalis dex. — До поступленія пользованъ въ „Лифляндскомъ лазаретѣ“ въ Мукденѣ. Входъ: въ правой височной области надъ серединой скуловой дуги, немного выше верхняго края уха, = калибру. Выходъ: на томъ же уровнѣ за ухомъ, бо́льшихъ размѣровъ, изъ него выдѣляетея гной. Здѣсь-же по направленію къ входу прощупывается ясно раздробленіе кости. T° и пульсъ нормальны. Сознаніе ясное. Походка шаткая. — Теченіе: 17 и 18. II температура повышается до 39,4°, пульсъ 104—120. 19. II сдѣланъ débridement. T° и пульсъ остаются высокими. 24. II. — Смерть.

Оперированные до поступленія въ лазареты.
№№ 115—116.

№ 115. Фролкинъ Филиппъ. — Тарусскаго п.,
? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
1. III. 05 оперированъ (до поступленія).
14. III. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
18. III. 05 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Въ передней части лѣвой теменной области рана, длиною въ восемь, шириною въ шесть сант., въ задней части теменной области съ той-же стороны другая рана длиною въ четыре, шириною въ два сант. Изъ обѣихъ ранъ выпячивается распадающаяся мозговая ткань и выдѣляется вонючій гной. Параличъ правой руки и ноги. Афазія. Сознаніе не полное. T° 37,5, пульсъ 92. — Теченіе: 16. III. — Перем. пов., много вонючаго гноя. T° 38,3—39,3, пульсъ 72—112. 17. III. — T° повышается до 39,6, пульсъ очень частый до 120 и больше. Больной безъ сознанія, не принимаетъ пищи. 18. III. 05 утромъ скончался не приходя въ сознаніе.

№ 116. Неизвѣстный.
? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
? оперированъ (до поступленія),
2. III. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ изъ 94-го п. з. г.,
4. III. 05 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Въ лѣв. задней части теменной области вдоль сред. линіи рана, длиною въ 8,0 cm., сшитая по

угламъ. По срединѣ раны выпячивается размягченная мозговая ткань. Параличъ правой ноги. Сознаніе не полное. Очень безпокоенъ. Не говоритъ. Пульсъ 108, T° 38,8. Зрачки равномѣрны, реагируютъ. Въ заднихъ частяхъ обоихъ лёгкихъ сухіе хрипы. — Теченіе: б. безъ сознанія. T° до 39,5, пульсъ 100. 4. III. — Дыханіе типа Чэнъ-Стока. Пульсъ ускоряется. Смерть въ $1^1/_2$ час. дня.

Случаи сегментальнаго раненія об. пулями

неоперированные, эвакуированные.

№№ 117—124.

№ 117. Куницынъ Семенъ. 25 л. 33-го В. С. С. П.
18. I. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
2. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. occipitalis. — Послѣ раненія нѣсколько времени былъ безъ сознанія. Восемь дней лежалъ въ госпиталѣ въ Мукденѣ; въ первые два дня перевязанъ три раза. Въ теченіе шести дней послѣ раненія былъ слѣпъ на оба глаза, потомъ зрѣніе мало-по-малу стало возстановляться. Все время головокруженіе, когда стоялъ или поднималъ голову. — Входъ: на затылкѣ на 4 пальца вправо отъ средней линіи и на два выше корня ушной раковины. Выходъ: на три пальца влѣво отъ средней линіи, ниже входа. Обѣ ранки зажили. Въ окружности при надавливаніи боль, но прощупать трещины не удается. Пульсъ и T° нормальны. При поступленіи жалуется на ослабленіе зрѣнія. Офтальмоскопическое изслѣдованіе даетъ отрицательный результатъ. Незнач. головокруженіе. — Теченіе: T° и пульсъ нормальны. 23. II. — Въ хорошемъ состояніи эвакуированъ въ Россію.

По наведен. справкамъ 2. XII. 06 К. живъ. Раны хорошо зарубцевались. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бываетъ. Самочувствіе хорошее, только при нагибаніи головы легкое головокруженіе. Работать способенъ.

№ 118. Сигалъ Авраамъ. 18-го В. С. С. П.
18. IV. 04 раненъ подъ Тюренченомъ об. пулею,
1. V. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
15. V. 04 эвакуированъ.

V. r. fronto-temporalis dex. — Послѣ раненія нѣсколко времени былъ безъ памяти. — Входъ: на лбу полтора пальца вправо отъ средней линіи. Выходъ: въ височной области справа на одинъ палецъ выше соединенія скулового отростка верхней челюсти съ скуловой костью. Обѣ ранки зажили. — Сознаніе ясное. Психика нормальна. Головныя боли. Съ дѣтства не въ состояніи вполнѣ открывать ротъ. 15. V. 04 эвакуированъ. Головныя боли продолжаются.

По навед. справ. 4. XII. 06 — С. проживалъ въ г. Одессѣ, о состояніи его здоровья свѣдѣній мнѣ не удалось получить.

№ 119. Думанскій Авраамъ. 23 л. 122-го Тамбовскаго п.,
29. IX. 04 при Шахэ об. пулею,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
26. X. 04 эвакуированъ.

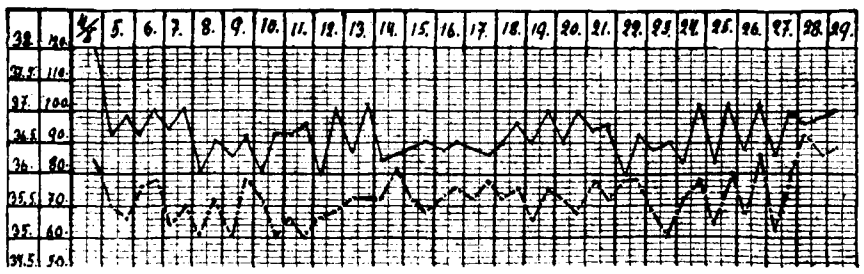
V. r. frontalis sin. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе на полчаса. — Входъ: на три пальца выше середины верхняго края глазницы. Выходъ: на томъ же уровнѣ на четыре пальца позади входа. Ранки чисты. Подавленное настроеніе духа. — Теченіе: головная боль. Съ 13. X по 18. X T° повышена — 37,8—39,3, былъ ознобъ, запоръ. Съ 19. X T° приходитъ къ нормѣ. Ранки зажили. Въ окружности ранъ замѣчается періостическое утолщеніе кости. 26. X. 04 — эвакуированъ. Настроеніе духа подавленное. Чуждается людей, постоянно сидитъ одинъ, какъ-будто надъ чѣмъ-нибудь задумавшись. На вопросы отвѣчаетъ неохотно, вяло.

По навед. справ. въ концѣ 1906 г. Д. живъ. „Въ области лѣвой половины лобной кости небольшое углубленіе съ мягкимъ дномъ; въ этомъ мѣстѣ, по разсказамъ больного, вышелъ кусокъ пули *) недѣли двѣ тому назадъ“ (сообщено врачомъ). Говоритъ непонятно и совершенно не можетъ говорить громкимъ голосомъ. Временами бываетъ головокруженіе и сильная головная боль. Способенъ работать только легкую работу. При тяжеломъ физическомъ трудѣ сейчасъ-же появляется головокруженіе.

№ 120. Кокшаровъ Максимъ. 31 г.,
30 (приблиз.) IX. 04 раненъ при Шахэ об. пулей,
2. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
29. X. 04 эвакуированъ.

*) Вѣроятно осколокъ кости.

V. r. temporalis sin. — Послѣ раненія былъ безъ сознанія. — Входъ: наружный уголъ лѣвой брови. Выходъ: на лѣвой сторонѣ полтора пальца за верхушкой уха. Входъ и выходъ = калибру пули. Амнезія. Частичная афазія. — Теченіе: не знаетъ названія предметовъ, сказанныя слова повторяетъ. Въ лежачемъ положеніи (на правой сторонѣ) говоритъ хуже, чѣмъ сидя(!). Бываютъ дни, когда говоритъ бойчѣе, напр. 13. X. 23. X — раны зарубцевались. Пульсъ и T° см. кривую. 29. X. 04 — эва-



№ 120.

куированъ на сѣверъ. Самочувствіе хорошее, сталъ говорить свободнѣе, но часто не находитъ словъ для обозначенія предметовъ. Перемѣна положенія не имѣетъ больш. вліянія на способность говорить.

По навед. справ. въ концѣ 1906 г. К. живъ. Въ лѣвой височной области слегка втянутые, неболѣзненные рубцы. Раза два въ недѣлю бываютъ припадки судорогъ (въ обѣихъ ногахъ), при этомъ теряетъ сознаніе. Рѣчь временами совершенно затруднена. Жалуется на частое головокруженіе и постоянную головную боль. Работать не способенъ.

№ 121. Буриловъ Д. 23 л. 217-го Крамскаго п.,
? раненъ об. пулею,
30. X. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
28. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. parieto-occipitalis sin. — Не помнитъ, когда и гдѣ раненъ. Двѣ зажившія раны съ дефектомъ кости. Одна въ затылочной области, а другая на границѣ теменной и височной кости слѣва. Полный параличъ правой руки и парезъ правой ноги. Слышитъ плохо. — Теченіе: T° нормальна. 28. XI. 04. — Выписывается. Комиссіей уволенъ вовсе со службы.

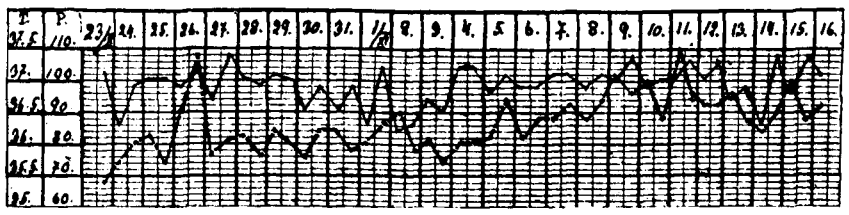
№ 122. П. Сергѣй. 29 л. — Капитанъ. Военный инженеръ.
21. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ на разст. 1-ой версты,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
19. X. 04 эвакуированъ.

V. r. occipitalis dex. — Первая перевязка наложена тотчасъ солдатомъ (перев. пакет.). Послѣ пораненія сознанія не терялъ, но былъ оглушенъ. Почувствовалъ сейчасъ же боль въ ранахъ и слѣпоту — „какъ-будто потушили огонь“, не могъ владѣть ни руками, ни ногами. Тошноты, рвоты не было. Вначалѣ плохо слышалъ. На перевязочномъ пунктѣ еще не видѣлъ, не различалъ людей. На мульномъ транспортѣ доставленъ до ж. д., сильно трясло голову. Въ пути до Харбина (пять дней) возстановились движенія конечностей, могъ ходить; сначала явилось свѣтоощущеніе, потомъ началъ немного различать предметы, видѣлъ въ зеркалѣ свои глаза, но мутно. — Входъ: на затылкѣ на три пальца влѣво и немного выше затылочнаго бугра. Выходъ: справа на затылкѣ, немного выше входа, на три пальца позади наружнаго слухового отверстія. Вся затылочная область, особенно лѣвая, болѣзненна. Насколько повреждена кость прощупать не удается, изъ-за инфильтрата. Гипералгезія кожи затылка. Обѣ ушныя раковины, особенно лѣвая, болятъ и „горятъ“. Значительное суженіе поля зрѣнія на обоихъ глазахъ. Видитъ все въ туманѣ. Лучше видитъ лѣвымъ глазомъ. Верхнюю половину предметовъ видитъ лучше нижней. Не выноситъ долго яркаго свѣта. — Говоритъ медленно. Подавленное настроеніе духа, апатія. Постоянная, тупая головная боль, усиливающаяся при движеніяхъ. — Теченіе: 30. VIII зрѣніе понемногу улучшается. Головная боль только при рѣзкихъ движеніяхъ. Настроеніе стало немного лучше. T° нормальна. 10. IX. — Вокругъ входа и выхода прощупываются неровности, болѣзненныя на ощупь. Боль и „горѣніе“ ушей прошли. 30. IX. — Зрѣніе значительно улучшилось. Больной начинаетъ ходить, но неувѣренно. Раны зажили. 19. X. 04 эвакуированъ въ Россію. Изрѣдка жалуется на головную боль. Походка увѣреннѣе. Весною и лѣтомъ 1905 г. лѣчился на берегу Чернаго моря ваннами, принимая іодистый калій въ большихъ дозахъ. Теперь (зимой 1907) находится на службѣ въ Ковенскомъ крѣпостномъ Инженерномъ управленіи. 14. II. 07. — II. пріѣхалъ для изслѣдованія въ г. Юрьевъ. II. заявляетъ, что при продолжительномъ нахожденіи на холодѣ, въ особенности при холодномъ вѣтрѣ, начинается головная боль и нервная дрожь во всемъ тѣлѣ,

слабость и угнетенное состояніе. Когда спитъ, лежа на правой сторонѣ головы, то сонъ безпокойный, во снѣ разговариваетъ, встаетъ и при пробужденіи чувствуетъ головную боль и особенную болѣзненность правой стороны. Нижнюю половину предметовъ П. не видитъ. При ходьбѣ легко спотыкается. У плотно зарубцевавшихся входного и въ особенности у выходного отверстій замѣчаются утолщенія кости, болѣзненныя при прикосновеніи. Органы движенія: (Др. Э. Мазингъ) нарушеній грубой мышечной силы не замѣчается. Разницы между силой лѣвой и правой стороны нѣтъ. Динамометръ на обѣихъ рукахъ указываетъ 90, что сравнительно мало для хорошо развитой мускулатуры П. — Болѣе сложныя движенія исполняетъ хорошо и увѣренно. Незначительный парезъ лѣваго лицевого нерва, особенно верхней вѣтви (orbicularis oc., frontalis). Кончикъ высунутаго языка отклоняется немного вправо. Правая половина veli palatini стоитъ ниже лѣвой, язычекъ наклоненъ влѣво. Velum palatinum съ обѣихъ сторонъ поднимается равномѣрно. — Дрожанія нѣтъ. Рефлексы: пателярный р. сильно выраженъ, при изслѣдованіи содрагается все тѣло паціента. Клонусъ стопы отсутствуетъ, также симптомъ Babinski. Рефлексъ на предплечьѣ также сильно выраженъ. Плантарный, Cremaster и рефлексъ брюшныхъ стѣнокъ легко вызвать, слѣва сильнѣе, чѣмъ справа. Зрачки равномѣрны, реагируютъ. Дермографическая реакція наступаетъ быстро и точно. — Органы чувствъ: повсюду нормальныя температурныя и болевыя ощущенія, нигдѣ нѣтъ гиперэстезіи, кромѣ области входного и выходного отверстій пули. Хорошо локализируетъ. Со стороны органовъ слуха, обонянія и вкуса нѣтъ измѣненій. Изслѣдованія зрѣнія (Dr. T. Лакшевицъ): Vis. c. o. d. 0,3 до 0,4—5.0; Vis. c. o. s. 0,7 до 0.8—3,0; изслѣдованіе поля зрѣнія обнаруживаетъ Hemianopsia inferior (см. схему). Офтальмоскопическое изслѣдованіе даетъ нормальную картину. Со стороны психической сферы отклоненій не замѣчается. Говоритъ хорошо. — Внутренніе органы измѣненій не представляютъ, кромѣ слабо выраженнаго артеріосклероза и акцентуаціи второго тона сердца.

№ 123. Суркинъ Сильвестръ. 27 л. — Инсарск. п. рядов.
? IX. 04 раненъ подъ Янтаемъ об. пулею,
23. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
16. XI. 04 эвакуированъ.
V. r. fronto-parietalis d/s. — Послѣ раненія былъ безъ

памяти. Первую помощь получилъ тотчасъ. — Входъ: справа на лбу на краю волосистой части длиною въ 2,0 cm., края раны острые. Выходъ: на лѣвой теменной кости 4,0 cm. влѣво отъ средней линіи, на высотѣ верхушки лѣваго уха, неправильной формы. Обѣ раны гранулируютъ. Б. въ сознаніи; частичная амнезія. Говоритъ правильно, пульсъ 68, T° 37,1. Правой рукой владѣетъ хуже, чѣмъ лѣвой. Писать не можетъ. — Теченіе:



№ 123.

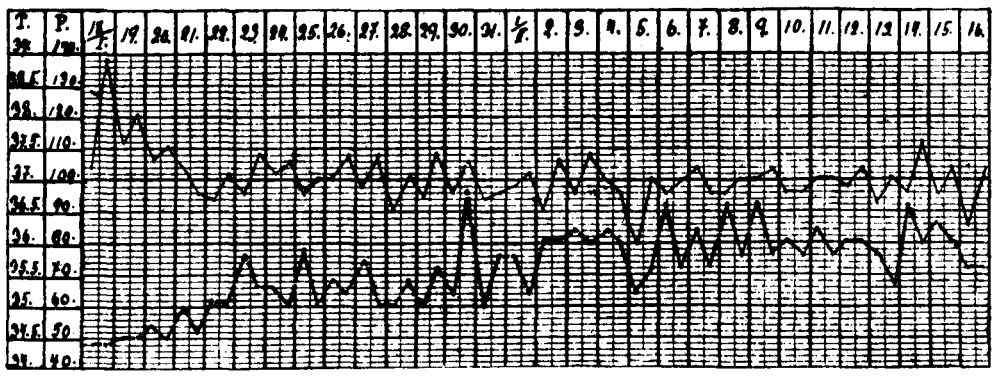
Головокруженіе. Главнымъ образомъ бросается въ глаза большая апатичность. 7. XI раны зарубцевались. T° нормальная. Пульсъ колеблется (см. кривую). Б. ходитъ. 16. XI. 04 эвакуированъ на сѣверъ, апатичность уменьшилась.

По навед. справ. 30. XI. 06 — Суркинъ живъ. Въ области входного и выходного отверстій втянутые, болѣзненные рубцы. Соотвѣтственно рубцамъ прощупывается углубленіе въ черепной кости, а вокругъ него валикообразное возвышеніе, болѣзненное на ощупь. Раза два въ мѣсяцъ, а иногда и рѣже, судороги „эпилептическаго характера“ (сообщеніе врача) съ потерей сознанія. Въ икрахъ ногъ чувствуетъ постоянное судорожное стягиваніе и вообще жалуется на слабость въ ногахъ. Замѣчается слабость правой руки, не можетъ крѣпко сжать руку въ кулакъ. Въ пальцахъ лѣвой руки чувствительность понижена. — Заикается. Частое головокруженіе и постоянная головная боль. Работаетъ съ трудомъ.

№ 124. Шишкинъ Александръ. 17-го В. С С. П. мл. унт.-оф.,
13. I. 05 раненъ при Сандепу об. пулею.
18. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
17. II. 05 эвакуированъ.

V. r. occipito-temporalis sin. — Входъ: на серединѣ затылка по средней линіи = калибру пули. Выходъ: щелеобразный, длиною полтора сант., на уровнѣ верхушки лѣваго уха. Раны покрыты струпомъ. Б. въ сознаніи. Амнезія. Частичная афазія. Не можетъ назвать своей фамиліи, откуда онъ и. т. д.

Плохо понимаетъ, что ему говорятъ. Аграфія, алексія. — Теченіе: T° первые дни высокая, при этомъ пульсъ медленный (см. кривую), потомъ T° нормальная, пульсъ колеблется. Сильная головная боль. 31. I. — Говоритъ бойчѣе, но еще запинается. 10. II раны зарубцевались. Лѣвымъ ухомъ не слышитъ. 17. II. 05 эвакуированъ на сѣверъ. Самочувствіе хорошее. Количество произносимыхъ словъ съ каждымъ днемъ увеличивается. Ассоціація медленная. Читаетъ медленно по складамъ, въ совокупности чи-



№ 124.

тать не можетъ. Имя свое пишетъ медленно, замѣняя букву „р“ буквою „о“ (Александръ). (Б. упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 138, № 159.). Отмѣчено, что Ш. по прибытіи въ Москву страдалъ головокруженіемъ.

По навед. справ. 23. X. 06 Ш. живъ. На мѣстѣ входного и выходного отверстій болѣзненные, слегка углубленные рубцы. Параличей конечностей нѣтъ. Судорогъ не бывало. При разговорѣ запинается, а нѣкоторыя слова вовсе не выговариваетъ. Чувствуетъ постоянное головокруженіе. Работать способенъ.

Случаи сегментальнаго раненія оболочечными пулями

неоперированные, умершіе.

№№ 125—127.

№ 125. Неизвѣстный.

18. VII. 04 раненъ об. пулею,
20. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
21. VII. 04 умеръ.

V. r. fronto-parietalis sin. — Со времени раненія безъ сознанія. — Входъ: справа на границѣ лобной и теменной кости. Выходъ: слѣва въ теменной кости на два пальца выше и на три позади лѣвой ушной раковины. Ссадины на лбу и на лицѣ. Безъ сознанія. Пульсъ напряженный 60—64. Зрачки равномѣрны, реагируютъ. Полная анэстезія конечностей (?). T° 40,4. 21. VII. — Смерть.

№ 126. Будинскій Иванъ. 23 л. — 35-го В. С. С. П.
? раненъ об. пулею,
21. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
21. I. 05 умеръ.

V. r. parietalis d/s. — Доставленъ въ безсознательномъ состояніи. Въ минуту просвѣтлѣнія сознанія удалось узнать имя и фамилію, время раненія осталось неизвѣстнымъ. — На границѣ правой теменной и лобной областей входное отверстіе, здѣсь имѣется оскольчатый переломъ черепа. Въ лѣвой теменной области выходное отверстіе. Пульсъ очень слабый. Б. быстро слабѣетъ. Въ сознаніе больше не приходитъ.

№ 127. Горевъ Ѳеодоръ. 26 л. — 19-го В. С. С. П.
19. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ
9. IX. 04 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Б. въ безсознательномъ состояніи. — Входъ: на 4 стм. выше лѣвой ушной раковины величиною въ 10 коп. монету, изъ раны вытекаетъ распавшаяся мозговая ткань, смѣшанная съ гноемъ. Кость черепа на этомъ мѣстѣ мелко раздроблена. Выходъ: на три пальца выше prot. occip. ext., величиною въ 20 коп. мон., кость раздроблена, изъ раны выдѣляется большое количество распавшейся мозговой ткани. Ригидность затылочныхъ мышцъ. Параличъ обѣихъ ногъ и правой руки, въ ней по временамъ судорожныя подергиванія. Зрачки реагируютъ на свѣтъ вяло. Обширные пролежни. Б. ходитъ подъ себя. — Теченіе: 6. безъ сознанія. Ходитъ подъ себя. T° высокая. 31. VIII. — Перем. пов., продолжается выдѣленіе распадающейся мозговой ткани. Косоглазіе. 5. IX. — Повязки сильно промокаютъ. 9. IX не приходя въ себя скончался.

Случаи сегментальнаго раненія об. пулями
оперированные, эвакуированные.
Первично-оперированные.
№№ 128—135.

№ 128. Лисецкій Алексѣй. 56-го Житомірскаго п.
25. II. 05 раненъ об. пул.,
26. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
26. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. biparietalis. — Пуля прошла поперекъ головы сзади напередъ и справа налѣво. Входное отверстіе — въ средней части правой теменной области на 1,5 пальца отъ срединной линіи; выходное — въ передней части лѣвой теменной области. Параличъ правой руки и ноги. Когда раненъ не помнитъ. — Débridement 24. II вход. и выход. отв. — Раны зажили безъ осложненій, но параличи 11. III, когда больного отправляли въ Дальній, существовали попрежнему.

№ 129. Семарюковъ.
27. II. 05 раненъ об. пулею,
28. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
28. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. fronto-parietalis s/d. — Поступилъ безъ сознанія. Входное отверстіе: на границѣ лѣвой лобной и теменной областей; выходное: въ задней части правой теменной области на 2 пальца вправо отъ срединной линіи. Параличъ лѣвой руки и ноги. — Débridement 28. II входн. и выходн. отв. — Сознаніе вернулось на 3-ій день. Послѣоперацiонное теченіе шло благопріятно. — 11. III отмѣчено: больной ходитъ немного волоча лѣвую ногу. Рука значительно окрѣпла.

№ 130. Чеботаренко Максимъ. 29 л. Орловскаго п.
18. II. 05 раненъ об. пулею,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parietalis s/d. — Входъ: въ передней части лѣвой теменной области на 1 cm. позади границы лобной кости. Выходъ: въ задней части правой теменной области на 4 cm. право отъ средней линіи. Параличъ правой руки. Больной въ сознаніи. Жалуется на сильную головную боль. 18. II. — Операція: расширены оба отверстія, удалены осколки. Тампонація. — Теченіе: состояніе больного постепенно улучшалось. Небольшой пролапсъ въ орѣхъ постепенно уменьшался, рана хорошо гранулировала и къ 11. III почти совершенно зарубцевалась. Движенія въ правой рукѣ начали возстановляться. Оставленъ на попеченіе японцевъ.

№ 131. Василенко Захаръ.

22. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parieto-occipit. s/d. — Больной въ безсознательномъ состояніи. — Входное отверстіе: въ задней части лѣвой теменной области на 1 палецъ кпереди отъ границы затылочной области. Выходное: въ правой затылочной области на 3 пальца отъ срединной линіи и немного позади границы теменной и затылочной областей. Правая рука парализована. — Операція: найденъ оскольчатый переломъ со внѣдреніемъ нѣсколькихъ остроконечныхъ осколковъ въ вещество мозга. Большое кровоизліяніе. Тампонація. — Послѣопераціонное теченіе было гладкое. Состояніе больного постепенно улучшалось, и раны хорошо рубцевались. 11. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ и отправленъ ими въ Дальній поправившимся. Наблюдался тогда еще парезъ правой руки.

№ 132. Петровъ Алексѣй. 22 л. 53-го В. С. С. П.

19. II. 05 раненъ об. п.,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. occipitalis dex. — На одинъ палецъ отъ срединной линіи влѣво въ затылочной области входное отверстіе. Выходное: на палецъ позади правой ушной раковины. Больной въ сознаніи. Параличей нѣтъ. — 20. II операція: широкій

разрѣзъ у входного отв., — оскольчатый переломъ, нѣсколько осколковъ прорвали твердую мозговую оболочку и глубоко внѣдрились въ вещество мозга. Пулевой каналъ раскрытъ, затампонированъ. — 22. II. — Общее состояніе удовлетворительное. Боли нѣтъ. Пульсъ 90. T° нормальна. 24. II. — T° субфебрильна. Больной безпокоится, слыша, что наши отступаютъ. 26. II. — Въ плѣну. Спокоенъ. T° спала къ нормѣ. Видъ раны удовлетвор. Мозгъ выпячивается незначит., пульсируетъ. 28. II. — Рана покрылась пышными грануляціями. 10. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ въ хорошемъ состояніи для эвакуаціи въ Дальній.

№ 133. Краснокутскій Трофимъ. 39 л. 34-го Сѣвскаго п.,
2. X. 04 раненъ подъ Шахэ об. пулею,
3. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
3. X. 04 оперированъ,
11. II. 05 эвакуированъ,
14. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
17. III. 05 эвакуированъ въ Россію.

V. r. parieto-occipitalis sin. — Въ безсознательномъ состояніи, такъ что онъ первоначально обозначенъ „неизвѣстный № I.“ — Входное отв.: въ передней части лѣвой теменной области; выходное: на затылкѣ влѣво отъ бугра. II. 46, малый. Все лицо вздуто, кровоподтеки. Состояніе тяжелое. Параличъ правой руки и ноги. 3. X. — Операція: широкій разрѣзъ на мѣстѣ входного отверстія. Найденъ оскольчатый переломъ, осколки разорвали dura и глубоко внѣдрились въ мозговое вещество. Осколки удалены. Тампонація. При трепанаціи выходного отверстія найдено обширное кровоизліяніе въ мозгу (раненіе синуса), производившее значительное давленіе. По удаленіи сгустковъ мозгъ сталъ пульсировать. 5. X. — Вопреки ожиданіямъ б. живъ, смотритъ сознательнѣе, но на вопросы не отвѣчаетъ. II. 68. T° 36,5—37,2. 18. X. — Idem. Часть выпавшаго мозга омертвѣваетъ. Общее сост. замѣтно лучше. 1. XI. — Омертвѣвшая часть мозга отдѣлилась, рана гранулируетъ хорошо. Параличи безъ перемѣнъ. Еще слабъ. Сознаніе полное, но больной потерялъ способность рѣчи. На все отвѣчаетъ „ту-ту-ту“. 26. XI. — Начинаетъ немного двигать правой рукой и ногой. Раны гранулируютъ удовлетвор. 8. XII. — Состояніе хорошее. Раны почти совершенно закрылись. 12. XII. — Все зажило. Способность рѣчи не вернулась. Съ постор. помощью ходитъ, рукой владѣетъ значительно лучше. 11. II. — Отправленъ

въ Харбинъ поправившимся. — При поступленіи въ Л. И. О. 14. II. 05 — замѣчается: на черепѣ два мягкихъ пульсирующихъ рубца, одинъ слѣва на два пальца выше prot. occip. extern. Пульсъ 74. T° 37,0. Параличъ правыхъ конечностей, facialis не задѣтъ: пониженіе чувствительности и сухожильныхъ рефлексовъ справа. Афазія. Изслѣдованіе глазного дна: контуры соска неясны, вены расширены и извилисты. — Теченіе: пульсъ и T° нормальны. 25. II. — Судорожные припадки по всему тѣлу, продолжавшіеся двѣ мин. Сознанія не терялъ. Пульсъ 76. 1. III. — Движенія въ парализованныхъ конечностяхъ понемногу возстановляются. 17. III. 05 — эвакуированъ въ Россію.

По навед. справкамъ Краснокутскій умеръ 18 окт. 1905 г. въ г. Омскѣ въ жел.-дор. больницѣ отъ послѣдствій раненія. Былъ параличъ правой руки и были припадки потери сознанія.

№ 134. Т. Антонъ А. 45 л. — Капитанъ 18-го В. С. С. II.
13. I. 05 раненъ об. п.,
15. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
15. I. 05 оперированъ,
24. I. 05 эвакуированъ.

V. r. parieto-occipitalis dex. — Послѣ раненія упалъ безъ сознанія. Когда очнулся, то плохо владѣлъ лѣвой ногой и совсѣмъ не владѣлъ лѣвой рукой. Была тошнота и сильная головная боль. Входъ: очень малыхъ размѣровъ на ладонь позади праваго уха. Выходъ: немного большихъ размѣровъ по линіи, соединяющей верхушки ушей, на два пальца вправо отъ лѣвой линіи. Параличъ лѣвой руки, парезъ лѣвой ноги. Зрачки реагируютъ вяло. Кожа головы очень чувствительна. Пульсъ немного замедленъ. 15. I. — Операція: у входного и выходного отверстій удалены осколки, часть которыхъ внѣдрилась въ мозговую ткань. — Теченіе благопріятное. Рана чиста. Пульсъ и T° нормальны. 21. I. — Перемѣна тампоновъ. 24. I — отправленъ въ Харбинъ.

№ 135. Александровъ Иванъ. 25 л. Двинскаго п.
25. II. 05 раненъ об. пулею,
27. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
27. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parietalis sin. — Въ полусознательномъ состояніи. На вопросы отвѣчаетъ съ трудомъ. — Входное отв.: въ не-

редней части лѣвой теменной области на 1 палецъ влѣво отъ срединной линіи. Выходное: на границѣ теменной и затылочной области на 2—3 пальца отъ срединной линіи. Параличъ правой руки и ноги. — Операція: найденъ оскольчатый переломъ спереди и сзади. Въ передней части осколки внѣдрились въ мозгъ. Они извлечены. — Дальнѣйшее теченіе благопріятное и больной 11. III отправленъ былъ въ Дальній.

Случаи сегментальнаго раненія оболочечными пулями

оперированные, эвакуированные.

Вторично-оперированные

№№ 136—141.

№ 136. Ушаковъ Антонъ. 23-го В. С. С. П.

27. IX. 04 раненъ об. п.,
2. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
2. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-parietalis dex. — Входное отв. — на границѣ правой височной и лобной области; выходное — въ области праваго теменного бугра. Лѣвосторонняя гемиплегія. — Трепанированы 2 окт. вход. и выход. отв. Удалены нѣсколько осколковъ. Рана затампонирована. 16 окт. эвакуированъ въ Харбинъ съ хорошо гранулирующими ранами. Общее сост. удовлетв. T° нормальна. Гемиплегія безъ перемѣнъ.

№ 137. Тихоновъ Егоръ. 23 л. — 3-го В. С. С. П.

? VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-occipitalis sin. — Входное отверстіе: съ лѣвой стороны на высотѣ верхняго края ушной раковины; выходное отверстіе на затылкѣ по срединной линіи. Пульсъ замедленъ, сонливое состояніе, сознаніе помрачено, была рвота. Раны загрязнены. — Операція: разрѣзъ соединяетъ оба отверстія, на мѣстѣ входного отверстія дефектъ, оскольчатый переломъ съ внѣдреніемъ осколковъ въ мозговое вещество; на

мѣстѣ выхода выбитъ костный кружокъ. Трепанація и удаленіе инородныхъ тѣлъ. Тампонація. Асептическая повязка. 21. VIII. — Общее сост. лучше. Сознаніе проясняется. Пульсъ не замедленъ. Со стороны ранъ жалобъ нѣтъ. 22. VIII. — Безъ особенныхъ перемѣнъ. 24. VIII. — Рана въ удовлетвор. состояніи. Самочувствіе хорошее. Отправленъ въ Харбинъ.

№ 138. Неизвѣстный.

? раненъ об. пулею,
21. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Ляоянѣ, № 147.
21. VII. 04 оперированъ,
28. VII. 04 переведенъ.

V. r frontalis sin. — Входъ: слѣва выше переносицы. Выходъ: выше лѣвой скуловой дуги, лоскутная рана съ наиболѣе длиннымъ размѣромъ около 4,0 cm. Лѣвое глазное яблоко выполнено кровью. Въ области наружнаго угла лѣваго глаза переломъ кости. T° 38,5. — 21. VII. 04 расширены входн. и выходн. отверстія. Изъ входного выдѣляется мозговая ткань. Изъ выходн. удаленъ запавшій осколокъ кости. — Теченіе: T° высокая. Съ 26. VII она спадаетъ. 28. VII. 04 переведенъ въ Георгіевск. об. по случаю закрытія лазарета.

№ 139. Петровскій.

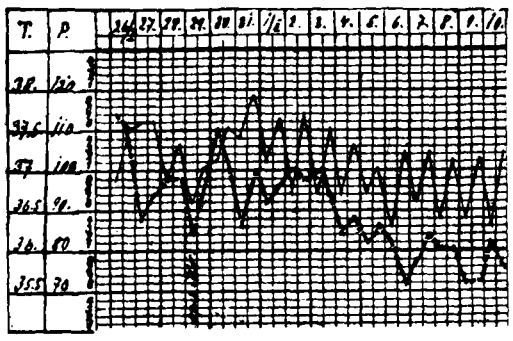
26 или 27. II. 05 раненъ въ Телинѣ об. пулею,
6. III. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
6. III. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parieto-occipitalis d/s. — Входное отв. на границѣ правой лобной и теменной областей; выходное на границѣ лѣвой теменной и затылочной. Параличъ лѣвой руки и ноги. Кромѣ того Parotitis suppurat. — Доставленъ 6 марта; — Débridement. Оставленъ 11. III. на попеченіе японцевъ.

№ 140. Редлихъ Германъ. 31 г. — 2-го В. С. С. П. Доброволецъ,
12. I. 05 раненъ об. пул. при Сандепу на разст. 250—300 ш.,
26. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
29. I. 05 оперированъ,
9. III. 05 эвакуированъ.

V. r. occipitalis sin. — Раненъ при стрѣльбѣ лежа, голову опиралъ слѣва. Перевязанъ товарищами. Сутки проле-

жалъ на перев. пунктѣ, затѣмъ проѣхалъ 40 вер. на двуколкѣ до дивизіоннаго лазарета. Послѣ раненія была рвота, головокруженіе; сознанія не терялъ. Въ продолженіи четырехъ дней ничего не видѣлъ, но различалъ свѣтъ. Зрѣніе понемногу улучшилось. Боли въ глазахъ. — Входъ: по срединѣ затылка надъ ламбдоидным швомъ. Выходъ: слѣва за ухомъ, ушная раковина задѣта. T° 36,9—37,6. Пульсъ 114—96. Параличей нѣтъ. 29. I. — Débridement входн. отв.

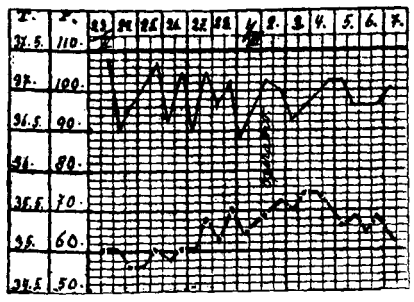


№ 140.

Въ кости выбитъ кусокъ въ 2 cm. длины, нѣсколько осколковъ смѣщено вглубь. Отъ вх. отв. идутъ двѣ трещины, одна по направленію къ выходу, другая въ сторону. Dura m. поранена, подъ ней гнойникъ, въ которомъ лежатъ нѣсколько маленькихъ осколковъ. Débridement на всемъ протяженіи трещинъ. — Тампоны. Кожная рана уменьшается швами. — Теченіе: головныя боли. 3. II удалены швы за ухомъ, здѣсь небольшой подкожный абсцессъ. Удаленъ тампонъ. 6. II. — Рана хорошо очищается и гранулируетъ. Незначительное выпаденіе мозга. Мозгъ пульсируетъ. 9. II. — Выпаденіе не увеличивается. Рана хорошо рубцуется. Головныя боли стихаютъ. Пульсъ и T° см. кривую. Съ 10. II безъ особенностей до 9. III, когда эвакуированъ.

№ 141. Бондаренко Вакула. 27 л. — 284-го Чембарскаго п.,
21. II. 05 раненъ об. пулею на разст. 2700 шаг.,
23. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
2. III. 05 оперированъ,
8. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parieto-frontalis d/s. — Входъ: въ правой теменной кости надъ sutura spheno-parietalis. Выходъ: въ лобной кости слѣва немного позади наружнаго края глазницы. У б. атактическая походка. Говоритъ разумно, но очень слабымъ голосомъ. Пульсъ немного замедленъ, см. кривую. 25. II. — Больной неопрятенъ, мочится и испражняется въ постель. Стучитъ ложкой.



№ 141.

27. II. — Ночью поетъ, днемъ въ веселомъ настроеніи. Часто лежитъ полусонный. 2. III. — Операція: Débridement входного и выходного отверстій. При расширеніи входного отверстія выдѣляется довольно значительное количество кровяныхъ сгустковъ. Обильное кровотеченіе изъ одной вѣтки art. mening. med., которое удается остановить только послѣ увеличенія отверстія въ кости. — Теченіе благопріятное до эвакуація 8. III.

Случаи сегментальнаго раненія оболочечными пулями

оперированные, эвакуированные.

Оперированные до поступленія въ лазареты.

№№ 142—143.

№ 142. Франкъ Израилъ. 26 л. — 213-го Оровайскаго п.,
20. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
? оперированъ,
2. III. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ изъ 93 П. З. Г.
7. III. 05 эвакуированъ.

V. r. fronto-parietalis d. — На границѣ лобной и теменной костей справа одна, а въ области ламбдоиднаго шва съ той же стороны другая рана. Оба отверстія повидимому расширены и удалены части черепной кости. Въ глубинѣ ранъ видно пульсирующее мозговое вещество. Раны имѣютъ свѣжій видъ. — Б. отвѣчаетъ медленно. Параличъ лѣвыхъ конечностей. Лѣвая рука сведена въ согнутомъ положеніи въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ, кисть находится въ положеніи наибольшей пронаціи. Лѣвая нога согнута въ тазобедренномъ и колѣнномъ сочлененіяхъ. Изслѣдовать чувствительность не удается. T° во время пребыванія въ лазаретѣ не превышаетъ 37,3, была даже 35,9—35,5, Пульсъ около 100. — (Б. этотъ приводится въ трудѣ проф. Дьяконова, pag. 129, № 94). Отмѣчено, что по эвакуаціи въ Россію (Москва?) остался парезъ прав. (?) половины тѣла.

№ 468. Неизвѣстный.

? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
оперированъ до поступленія,
26. II. 05 поступиль въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ изъ 91 з. госп.
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. fronto-parietalis s/d. — Входъ: въ лѣвой лобной области на 4 пальца выше наружнаго угла глаза. Выходъ: на макушкѣ на палецъ вправо отъ средней линіи. Оба отверстія повидимому расширены, затампонированы и сужены швами. Сшитая часть ранъ зарубцевалась. Параличъ правой руки и ноги. Полная афазія. Сознаніе ясное. — Теченіе: T° нормальна. Параличи въ томъ же положеніи. 6. III эвакуированъ на сѣверъ по случаю закрытія лазарета.

Случаи сегментальнаго раненія оболочечными пулями

оперированные, умершіе.

Первично-оперированный

— № 144.

№ 144. Димитріевъ Архипъ. 33 л. Вильмандстрандскаго стр. п.,
3. X. 04 об. пул.,
4. X. 04 оперированъ до поступленія въ лазаретъ,
14. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. X. 04 умеръ.

V. r. occipitalis dex. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. Первую повязку наложилъ товарищъ. — 4. X оперированъ. Жалуется на шумъ въ головѣ. Слабъ. — Входное отверстіе — справа въ верхней части затылка; выходное — позади праваго уха, гдѣ имѣется дефектъ и выпаденіе мозга. T° повышена, рана грязновата. Явленія менингита. 16. X. — Ухудшеніе. 20. X смерть. — При вскрытіи обнаруженъ менингитъ.

Вторично-оперированные.

№№ 145—153.

№ 145. Р. — Генералъ маіоръ. 55 л. — 9-ой Дивизіи,
29. IX. 04 раненъ при Шахэ об. пулею,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,

4. X. 04 оперированъ,
7. X. 04 умеръ.

V. r. frontalis sin. — Безъ сознанія. Входъ: желобообразенъ, посредине между лѣв. ухомъ и наружнымъ угломъ лѣваго глаза. Выходъ: круглой формы въ срединѣ правой брови, изъ него вытекаетъ сукровичная жидкость, здѣсь ощущается сильная крепитація. Кровоподтеки вѣкъ и конъюнктивъ. Правая роговица прозрачна. Оба глаза выпучены. Лѣвое глазное яблоко выступаетъ сильно между вѣками, роговица мутна. — Подъ наркозомъ выходное отвер. расширяется. Удаляются осколки раздробленнаго margo supraorbitalis и много кровяныхъ сгустковъ. — Теченіе: б. не приходитъ въ сознаніе, все время говоритъ, командуетъ, сильно потѣетъ, марается подъ себя. T° около 37,5—38,0. Повязка сильно промокаетъ: истеченіе liq. cerebr. spinal. 6. X. — Enucleatio bulbi sin., который все сильнѣе выпячивается. Пульсъ частый и слабый. 7. X. — Смерть.

№ 146. Неизвѣстный.

? X. 04 раненъ подъ Шахэ об. пулею,
15. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
15. X. 04 оперированъ,
16/17. X. 04 въ ночь умеръ.

V. r. temporo-parietalis d/s. Больного привезли въ безсознательномъ состояніи. Б. мечется, кричитъ, иногда поетъ. Приходится его держать. Пульсъ ускоренный, T° 40. — Входн. отв. — позади праваго уха; выходн. — въ верхней части лѣвой теменной области. Параличъ праваго facialis'a. Сосѣдняя съ ранами область отечна, воспалена, раны гноятся. — Операція: удалены осколки, глубоко внѣдрившіеся въ вещество мозга. Послѣдній размозженъ на большомъ протяженіи, гнойно пропитанъ. Тампонація. — Общее состояніе очень тяжелое. 16. X. — Пульсъ слабѣе, Moribundus, умеръ въ ночь 16/17. X. — При вскрытіи: Encephalitis et meningitis suppurativa universalis.

№ 147. Тарасовъ Сергѣй. 34-го Сѣвскаго п.

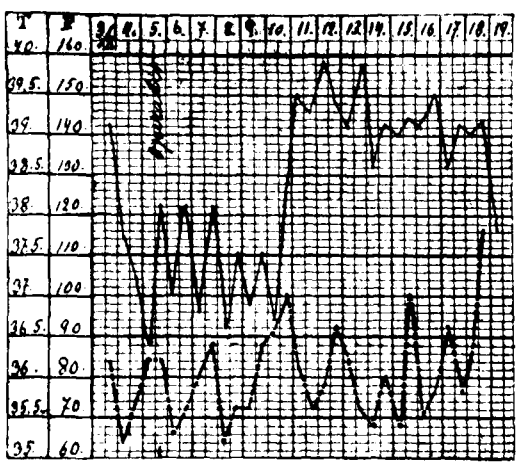
30. IX. 04 раненъ при Шахэ об. п.,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
6. X. 04 оперированъ,
9. X. 04 умеръ.

V. r. parieto-frontalis dex. — Входъ = калибру пули, на четыре пальца выше верхушки праваго уха. Выходъ: желобо-

ватой формы, длина 6 cm., ширина 2 cm. по коронарному шву слѣва. Изъ выходного отв. выдѣляется размозженная мозговая ткань. T° 37,5. Сознаніе помрачено. 6. X. 04 операція, показаніемъ служило повышеніе T° до 39,0. Расширяется выходная рана. Желобоватая рана въ кости длиною около 6 cm., отъ нея идутъ трещины: одна по направленію къ входн. отв.; другая впереди по направленію ко лбу. Желобоватая часть раны расширяется долотомъ и Luer'омъ. По всей длинѣ костной раны мозговыя оболочки и мозговое вещество размозжены. Тампоны. Рана мягкихъ частей по угламъ уменьшается швами. — Б. не приходитъ въ сознаніе. Очень безпокоенъ. Обильный потъ. T° свыше 39,5. 9. X. 04 — смерть.

№ 148. Колесниковъ Иванъ. 30 л. — 5-го Иркутскаго п.
29. IX. 04 раненъ об. пулею,
3. X. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
5. X. 04 оперированъ,
19. X. 04 умеръ.

V. r. fronto-parietalis dex. Входъ: въ области праваго лобнаго, выходъ — въ области праваго теменного



№ 148.

бугра. У обоихъ отверстій кость сильно раздроблена. Изъ выходн. отв. вытекаетъ въ небольшомъ количествѣ мозговое вещество, T° повышена. 5. X. — Débridement: Удаляются осколки и сгустки. Между пулевыми отверстіями иссѣкается неразрушен-

ная кость. 10. X. — Выпаденіе мозга величиною въ куриное яйцо. Сильная слабость нижнихъ конечностей. 11. X—15. X. — Выпаденіе увеличивается. Выпавшія части распадаются. Повязка сильно промокаетъ. Б. очень апатиченъ. 19. X. — Смерть.

№ 149. Протасовъ Поликарпъ. 29 л. — Ефр. 58-го Пражскаго п.,
12. I. 05 раненъ об. пулею,
19. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
19. I. 05 оперированъ,
14. II. 05 умеръ.

V. r. fronto-parietalis dex. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. — При поступленіи не въ полномъ сознаніи. Входъ: на 11 сантим. отъ переносья и на полтора сантим. вправо отъ средней линіи. Выходъ: на 4. сант. выше перваго proc. mastoid. Параличъ лѣвой руки и лѣваго facialis'a. 19. I. — Операція: широкіе разрѣзы, какъ у входного, такъ и у выходного отверстій. Изъ обоихъ удалено много осколковъ. Раны уменьшены швами. Тампоны. 23. I раны гноятся. Швы удалены. 25. I. — Довольно значительный пролапсъ въ переднемъ отверстіи. Б. вялъ. Параличъ facialis'a болѣе рѣзко выраженъ. T° 39,8. 28. I. — Въ обѣихъ ранахъ пролапсъ мозговой ткани, которая на поверхности омертвѣваетъ. 31. I. — Б. безпокоенъ, мечется и кричитъ. На обѣихъ ягодицахъ образовались инфильтраты. T° 37,9—39,0. 1. II. — На лѣвой ягодицѣ сдѣланъ разрѣзъ, ткань вся гнойно инфильтрована. Въ правомъ легкомъ влажные хрипы. 2. II. — Общее сост. немного лучше. 12. II. — Б. все еще безпокоенъ, кричитъ. Рана на ягодицѣ въ плохомъ видѣ. Въ легкихъ внизу сзади мелкіе хрипы. Видъ ранъ на головѣ удовлетворительный. 13—14. II. — T° высокая, пульсъ малый. 14. II. — Скончался.

№ 150. Казачекъ Іосифъ. 3-го В. С. С. П.
12—14. I. 05 раненъ подъ Сандепу об. пул.,
18. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. I. 05 оперированъ,
16. II. 05 умеръ.

V. r. fronto-parietalis sin. — Входъ: въ области лба по средней линіи на одинъ палецъ отъ волосистой части. Выходъ: въ лѣвой теменной области на три пальца выше ушной

раковины. Парезъ праваго лицевого нерва. Въ конечностяхъ движенія сохранены. Б. въ сознаніи. Ни времени, ни обстоятельствъ, при которыхъ раненъ, не помнитъ. Забылъ свою фамилію. T° 38,7. 18. I. — Операція: у вход. и выход. отверстій оскольчатый переломъ, въ большей степени вокругъ выходн. Между отв. кость цѣла. Осколки у входа вдавлены въ вещество мозга. Dura у обоихъ отв. разорвана, вещество мозга разрушено. Осколки удалены. Тампоны. Операціонная рана, соединяющая обѣ раны мягкихъ частей, уменьшена двумя швами. 19. I. — 22. I. — Раны чисты. Сазнаніе затемнено. На вопросы очень слабо реагируетъ. Параличъ праваго лицевого нерва. T° высокая — до 39,6. — Съ 23. I сознаніе проясняется. 24. I. — Небольшое выпячиваніе мозга изъ обѣихъ ранъ. Въ слѣдующіе дни T° спадаетъ. 1. II. — Сознаніе ясное. Самочувствіе хорошее. T° 36,5—37,0. 2. II. — Выпячиваніе мозга меньше, на лбу почти втянулось. 5. II. — Въ лобной ранѣ выпячиванія нѣтъ, пульсаціи также нѣтъ. До 9. II T° нормальна. Съ 10. II T° повышается, б. сталъ вялымъ. 12. II. — Пункція въ теменной ранѣ даетъ отрицательный результатъ. Въ обоихъ ранахъ нѣтъ пульсаціи. Въ теменной выпячиваніе больше. 13. II. — Б. вялъ, жалуется на головную боль. T° 37,5—37,6. 14. II. — Изъ лобной раны выдѣляется обильное количество гноя, особенно при зондированіи по направленію къ теменной ранѣ. Лобная рана расширена подъ наркозомъ. Въ лѣвой лобной области мозга обнаруженъ гнойникъ. Дренажъ. T° 36,9 —36,3. 15. II. — Б. вялъ, слабо реагируетъ. T° 36,7—36,8 16. II. — Смерть.

№ 151. Волковъ Осипъ. 22. л. 35-го В. С. С. П.
2. VI. 04 раненъ подъ Вафангоу об. пул. на раст. 1200 ш.
8. VI. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
10. VI. 04 оперированъ,
14. VI. 04 умеръ.

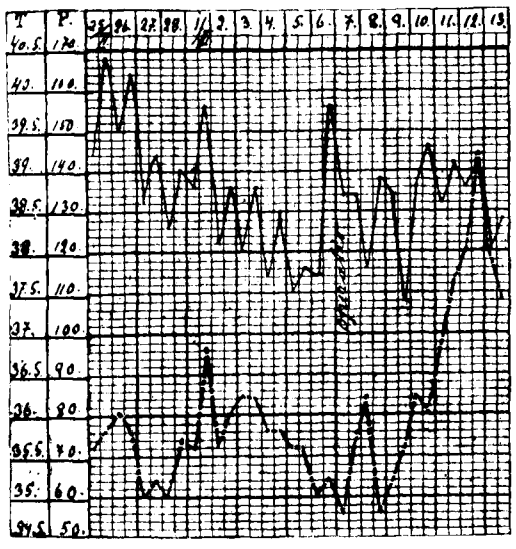
V. r. occipitalis dex. — Раненъ во время отступленія. Послѣ раненія полчаса былъ безъ сознанія. Первую помощь получилъ на позиціи. Затѣмъ перевязывали въ Кайчжоу и въ санитарномъ поѣздѣ. До ж. д. несли на насилкахъ. — Входъ: немного выше и вправо отъ затылочнаго бугра, небольшихъ размѣровъ. Выходъ: черезъ правый наружный слуховой каналъ. Барабанная перепонка цѣла. Позади праваго уха флюктуирующая опухоль. Б. въ сознаніи, апатиченъ, жалуется на сильную голов-

ную боль и головокруженіе. Б. двигается медленно и осторожно, держа голову немного впередъ. Боли въ ногахъ. T⁰ 38,0, пульсъ замедленъ — 62. Теченіе: T⁰ не спадаетъ. Флюктуація за ухомъ увеличилась. Б. блѣденъ и апатиченъ. Сильныя боли въ ногахъ. 10. VI. — Операція: за правымъ ухомъ раскрыта большая полость, наполненная гноемъ, кровью и размягченными массами мозга. Удалены осколки черепной кости, пробитой пулей. Отверстіе въ кости расширяется. Твердая мозговая оболочка пробита, въ мозгу обширная и глубокая полость размягченія. Тампонація. — Теченіе: 11. VI. — Б. очень безпокоенъ. Судороги въ ногахъ. 12. VI. — Съ вечера пересталъ видѣть на лѣвый глазъ. Hemianopsia sin. (?). T⁰ до 41,1, пульсъ частый. Истеченіе liq. cerebro-spinalis. 12. VI. — Перем. томпоновъ. 13. VI. — Сильныя боли въ головѣ и ногахъ. Рвота. 14. VI потерялъ сознаніе. Смерть. — Вскрытіе: encephalitis cerebell. et lobi tempor. cereb. Meningitis sero-purulenta.

№ 152. Климовъ Александръ. 23 л. — 18-го В. С. С. П.
? раненъ об. пулею при Мукденѣ,
25. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
7. III. 05 оперированъ,
13. III. 05 умеръ.

V. r. parietalis d/s. — Подробностей о раненіи не удается собрать. — Въ правой теменной области на палецъ отъ средней линіи и на три пальца впереди prot. occip. ext. одно пулевое отверстіе, окружность отёчна. Другое отв. на три пальца позади верхняго края лѣв. ушной раковины, здѣсь замѣчается выпячиваніе кости. Обѣ раны покрыты струпомъ. Сознаніе слегка затемнено. Параличей нѣтъ. Головная боль. T⁰ 39,2, пульсъ 76. — Теченіе: T⁰ спадаетъ (см. кривую). 6. III. — T⁰ 39,8, пульсъ 62, сознаніе помрачено. 7. III. — Débridement раны на темени. Рана въ кости не пропускаетъ маленькаго пальца, края неровны. Между костью и твердой мозговой оболочкой гной и мелкіе костные осколки. Отверстіе въ dura m. ведетъ въ полость, наполненную размозженной мозговой тканью. При расширеніи костной раны вскрытъ sinus longitud., кровотеченіе останавливается тампонаціей. Въ первые дни послѣ операціи состояніе улучшилось, затѣмъ началось ухудшеніе. 11. III. — Ptosis на лѣвомъ глазу. 14. III. — Смерть. — Вскрытіе: трещинъ между отверст. въ кости нѣтъ. У отверстія за ухомъ (выходное?) звѣздо-

образный переломъ, осколки выпячены и лежатъ черепицеобразно одинъ на другомъ. Разлитой гнойный менингитъ. Пулевой каналъ,



№ 152.

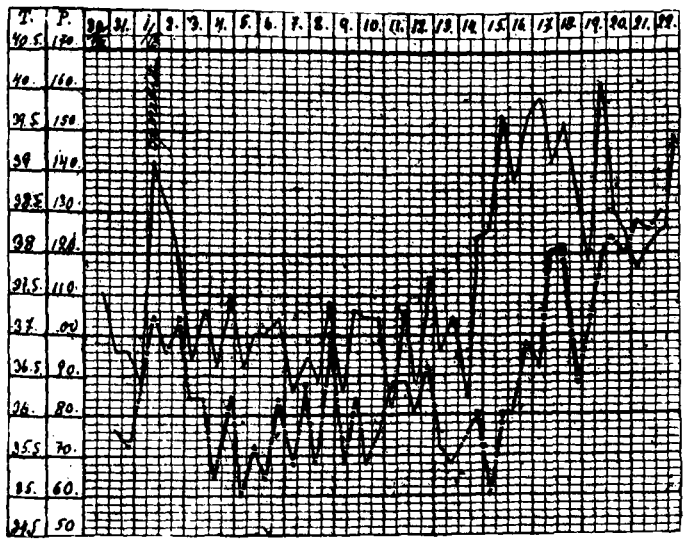
наполненный гноемъ и detritus'омъ, пропускаетъ палецъ. Двустороннее гнойное воспаленіе средняго уха.

№ 153. Кассіановъ (?) Иванъ.

? раненъ об. пулею при Ляоянѣ,
30. VIII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
1. IX. 04 оперированъ,
23. IX. 04 умеръ.

V. r. fronto-parietalis sin. — Привезенъ въ безсознательномъ состояніи. Входъ: на лбу слѣва на палецъ выше лѣв. верхн. края глазницы. Окружность болѣзненна, замѣтна флюктуація. Выходъ: на томъ-же уровнѣ въ задней части лѣвой теменной кости на палецъ за ухомъ. 31. VIII. — Сознаніе проясняется Б. встаетъ, ѣстъ, слушается приказаній, но не отвѣчаетъ на вопросы. Безпокоенъ. Марается и мочится произвольно, но иногда мочится подъ себя. При надавливаніи изъ выход. отв. выдѣляются распавшіяся массы мозговой ткани, замѣтна крепитація. 1. IX. — Вечеромъ T° повышается. Débridement. У задней (выходной) раны дѣлается дугообразный разрѣзъ. Кость здѣсь разрушена на участкѣ величиною въ серебр. рубль, осколки лежатъ in situ

на поверхности dura m., которая пульсируетъ. Въ направленіи къ затылку идетъ въ кости трещина. Изъ пулевого канала въ мозгу выдѣляется гнойно-распавшаяся мозговая ткань. У входн. отв. оскольчат. переломъ съ внѣдреніемъ осколковъ въ ткани мозга.



№ 153.

Изъ пулевого хода выдѣляется распавшаяся мозг. ткань, въ немъ лежатъ маленькіе осколки, которые легко удается извлечь. Тампонація. — Послѣ операціи безпокоенъ, хочетъ встать съ постели. — Теченіе: 2. IX. — Началъ говорить невнятно, но иногда цѣлыми предложеніями. Повидимому понимаетъ все, что ему говорятъ, напр. подаетъ спички, если ихъ у него просятъ. Не помнитъ своего имени и обстоятельствъ при раненіи. Ѣстъ и пьетъ. Самъ просится въ клозетъ. 5. IX. — Перем. тампона, изъ обѣихъ ранъ выдѣляется гной. Выпаденіе мозга въ задней ранѣ величиною въ голубиное яйцо. 15. IX. — Выпаденіе увеличивается. Б. апатиченъ. Правосторонній параличъ. 17. IX. — Б. безъ сознанія. Выпавшія части мозга распадаются. 23. IX. — Смерть.

Случаи діаметральнаго раненія об. пулями.

Неоперированные, эвакуированные.

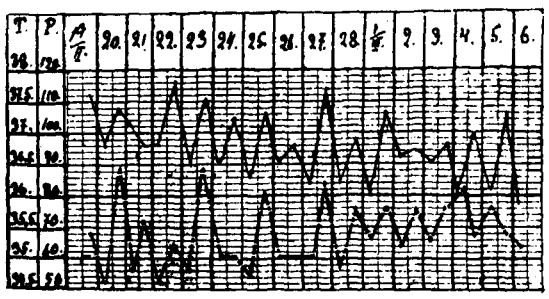
№№ 154—165.

№ 154. Михайличенко Иванъ. 27 л. — 34-го Сѣвскаго п.,
2. X. 04 раненъ об. пул. на разстояніи 300 шаг.,
4. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
12. X. 04 эвакуированъ.

V. r. bitemporalis. — Послѣ раненія около 2 часовъ лежалъ безъ памяти. Входное отверстіе — на 2 пальца выше праваго уха, немного кпереди въ височной области; выходное — на уровнѣ лѣвой брови. Имѣется небольшой отекъ лѣваго верхняго вѣка. Зрѣніе не пострадало. Больной ходитъ. Рана протекаетъ асептично. 12. X. — Въ удовлетв. состояніи отправленъ въ Харбинъ.

№ 155. Бурба Василій. 29 л. — Ефр. Бузулукскаго п.,
? раненъ об. пулей,
19. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis s/d. — Входъ: въ заднемъ нижнемъ углу лѣвой теменной кости. Выходъ: позади праваго уха на границѣ теменной и затылочной кости. Весь затылокъ сильно



№ 155.

припухъ. Пульсъ немного замедленъ — 68. T° 36,8—37,6. — Теченіе: T° 36,2—37,3, нѣсколько разъ поднималась до 37,5 и выше. Пульсъ — см. кривую. Раны въ хорошемъ видѣ. — Эвакуированъ 6. III.

№ 156. С. Александръ, капитанъ генер. штаба,
? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пул.,
23. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. biparietalis. — Безъ сознанія. Входное отверстіе: въ области праваго теменного бугра, выходное — немного позади лѣваго теменного бугра. Лѣвая рука и нога неподвижны, также правая нога, п. рукой двигаетъ. Остался въ плѣну съ лазаретомъ. На 5-ый день сознаніе стало проясняться, и движенія правой руки возстановляются. Сознаніе постепенно улучшилось и 11. III б. былъ въ полномъ сознаніи, сидѣлъ въ креслѣ и самъ ѣлъ, держа ложку правой рукой. Раны зажили безъ малѣйшей реакціи. Выздоровѣлъ. Вернулся изъ плѣна въ февралѣ 1906 г.

№ 157. Букрѣевъ Василій. 29 л. 12-го В. С. С. П.
15. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулей,
16. VIII. 04 поступилъ на перев. пунктъ Л. И. М. Ѳ. въ Ляоянѣ,
17. VIII. 04 эвакуированъ въ Харбинъ,
21. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
10. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis s/d. — Послѣ раненія былъ безъ памяти. На носилкахъ доставленъ въ Ляоянъ. — Входъ: на два пальца ниже и позади лѣваго теменного бугра. Выходъ: на томъ же мѣстѣ справа. Входъ и выходъ равны калибру пули. Параличей нѣтъ. 17. VIII — эвакуированъ въ хорошемъ состояніи въ Харбинъ. — При поступленіи въ Л. И. О. 21. VIII въ скорбномъ листѣ отмѣчено: „пуля прошла подкожно безъ поврежденія свода черепа," „раненіе въ правой теменной области." Боли въ мѣстѣ раненія. 10. IX. 04 эвакуированъ на ст. Мысовую при тѣхъ-же явленіяхъ.

По навед. справкамъ 29. XII. 06 — Б. живъ. На лѣвой сторонѣ головы имѣется втянутый рубецъ соотвѣтственно входному отверстію, здѣсь прощупывается углубленіе въ кости. Рубецъ на-ощупь болѣзненъ. Разъ или два въ мѣсяцъ бываютъ приступы судорогъ съ потерею сознанія. Судороги начинаются въ ногахъ. Параличей нѣтъ. Жалуется на частое головокруженіе и головную боль приступами. Понемногу занимается крестьянскими работами.

№ 158. Медвѣденко Никита. 23 л. — 8-го В. С. С. П.
13. VIII. 04 раненъ об. пулей,
21. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
10. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis d/s. — Послѣ раненія былъ безъ сознанія два дня. — Входъ: въ правой теменной области. Выходъ: симметрично со входомъ въ лѣвой теменной области. Раздробленія кости не удается обнаружить. Слѣпота на оба глаза. При офтальмоск. изслѣдов.: сильная гиперемія, границы сосковъ сглажены. T° нормальна. 10. IX. 04 — эвакуированъ на ст. Мысовую безъ перемѣны со стороны зрѣнія.

По наведъ. справкамъ Медвѣденко умеръ весною 1905 г. на пути слѣдованія съ Дальняго Востока, отъ послѣдствій раненія.

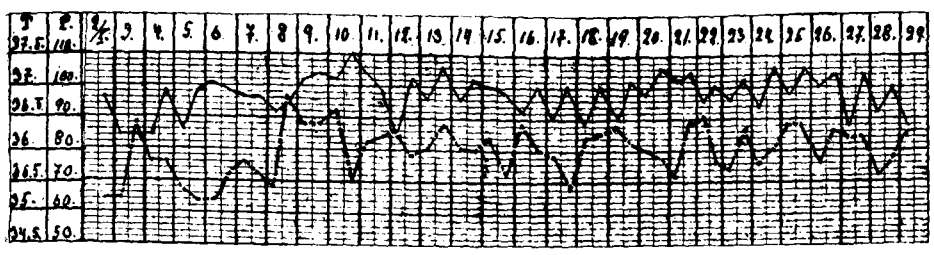
№ 159. Ткаченко Константинъ. 32 л. — 36-го В С. С. П.
? раненъ об. пулею,
20. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
15. II. 05 эвакуированъ.

V. r. fronto-occipitalis s/d. — Входъ: въ лѣвой теменной области. Выходъ: въ правой затылочной обл. Правая верхняя и нижняя конечности перализованы. Чувствилище не повреждено. Сознаніе при поступленіи нѣсколько помрачено. На вопросы, хотя съ трудомъ, но отвѣчаетъ. Когда раненъ не помнитъ. T° 37,2, пульсъ очень малый. — Теченіе: раны чисты, заживаютъ. Подвижность въ нижней конечности возстановляется, но ходить не можетъ. Параличъ руки безъ перемѣны. Проявляетъ нѣкоторыя психическія странности: сидитъ часами, безсмысленно глядя передъ собою. На вопросы отвѣчаетъ медленно, протяжнымъ голосомъ, съ особой интонаціей. Жалуется на головную боль и безсонницу. Пульсъ чрезвычайно малый, порою едва опредѣляемый. (Тоны сердца чисты, не глухи, размѣры нормальны). T° все время нормальна. Эвакуированъ 15. II съ зажившими ранами.

№ 160. Зайцевъ Петръ. 35 л. — 4-го В. С. С. П. рядовой,
28. IX. 04 раненъ подъ Янтаемъ об. пул.
2. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
28. X. 04 эвакуированъ.

V. r. fronto-temporalis dex. — Послѣ раненія былъ шесть часовъ безъ сознанія. Первую помощь получилъ тотчасъ. Входъ: посреди лба, немного вправо отъ средней линіи. Изъ раны выдѣляется мозговое вещество. Выходъ: въ правой височной области на полтора пальца впереди верхушки уха. Входъ и выходъ равны калибру пули. Кровоподтеки вѣкъ и конъюнктивъ обоихъ глазъ. Параличей нѣтъ. — Теченіе: головная боль.

Боль въ области правой стороны нижней челюсти и въ зубахъ. Б. общителенъ, T° нормальна (см. кривую). Пульсъ колеблется, не медленѣе 64 въ мин. 9. X — изъ выходного отв. выдѣляется

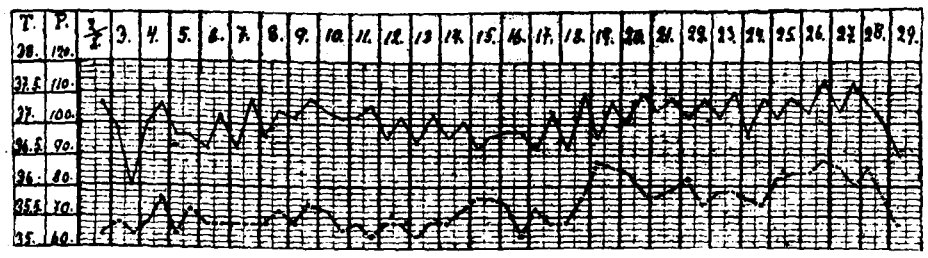


№ 160.

небольшой костный осколокъ трехугольной формы. 12. X обѣ раны зарубцевались. 28. X. 04 эвакуированъ на сѣверъ. Самочувствіе хорошее. Ходитъ. Боли нѣтъ. Въ области входн. раны затвердѣніе (callus). Со стороны психики ничего ненормальнаго не отмѣчается.

№ 161. Черкашинъ Андрей. 37 л. — 9-го Тобольскаго п.,
28. IX. 04 раненъ подъ Янтаемъ об. пулею,
2. X. 04 поступилъ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
28. X. 04 эвакуированъ.

V. r. fronto-temporalis dex. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе на короткое время, тошнило. Первую помощь получилъ тотчасъ. — Входъ: посреди̇нѣ лба, изъ раны вытекаетъ



№ 161.

мозговое вещество. Выходъ: на три пальца выше праваго уха, вокругъ него инфильтратъ. Обѣ раны = калибру пули. Кровоподтеки вѣкъ и конъюнктивъ обоихъ глазъ. Параличей нѣтъ. Сознаніе полное. — Теченіе: пульсъ и T° см. кривую. 6. X. — Сильная головная боль. 12. X.— Боль въ области нижней челюсти справа.

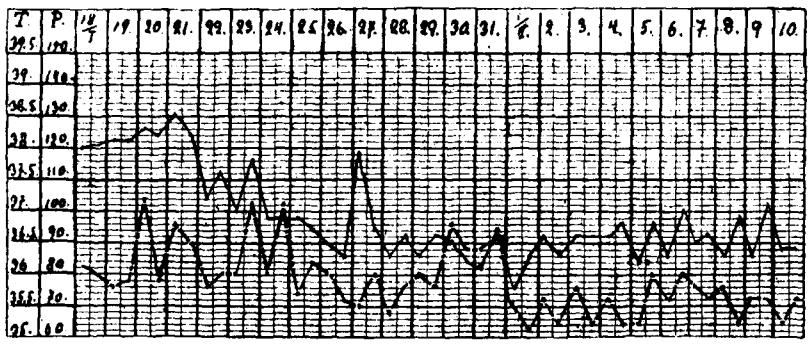
12. X раны зарубцевались. На лбу незначительная болѣзненность при надавливаніи. По временамъ большая апатичность. 27. X. 04 эвакуированъ на сѣверъ. Самочувствіе значительно улучшилось.

По наведен. справ. 23. XII. 06 — Черкашинъ живъ. На мѣстѣ входного отверстія углубленіе. На мѣстѣ выходного чувствуетъ „въ глубинѣ“ боль. Параличей нѣтъ. Жалуется на то, что руки сильно нѣмѣютъ, особенно къ перемѣнѣ погоды. Часто бываютъ головокруженія и обморочныя состоянія, послѣ которыхъ общая слабость продолжается день или два. Головная боль постоянная, особенно въ области выходного отверстія пули. Память очень плохая. При работѣ быстро утомляется и продолжать работу уже не можетъ.

№ 162. Страгисъ. 18-го В. С. С. П.

13. I. 05 раненъ при Сандепу об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
7. III. 05 эвакуированъ.

V. r. fronto-parietalis d/s. — Входъ = калибру пули, ниже внутренняго конца правой брови, изъ него выдѣляется размозженная мозговая ткань. Выходъ: въ области лѣвой теменной



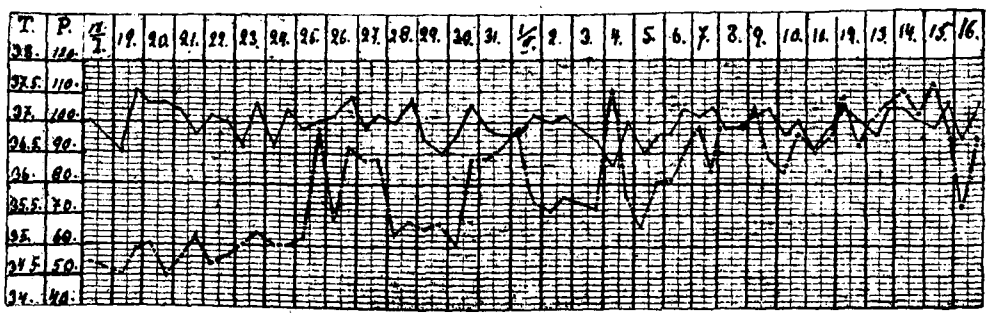
№ 162.

кости 6,0 cm. отъ средней линіи и 3,0 cm. впереди ламбдоиднаго шва. Около выходного отв. по направленію къ входному замѣтна крепитація. Кровоподтеки вѣкъ обоихъ глазъ. Б. въ безсознательномъ состояніи. Параличей конечностей нѣтъ. — Теченіе: сознаніе проясняется, большая апатичность. Не отвѣчаетъ на вопросы. ѣстъ и пьетъ, какъ слѣдуетъ. Много спитъ. Пульсъ и T° см. кривую. Зрѣніе не пострадало. 3. II — выходная рана зажила. У входной небольшое нагноеніе въ мягкихъ частяхъ. 5. II — вскрытъ

подкожный абсцессъ, — 18. II рана зарубцевалась. Съ 7. II — сознаніе прояснилось. 11. II. — Повидимому все понимаетъ, но говорить не можетъ. 16. II — на всѣ вопросы отвѣчаетъ „не“. Понимаетъ повидимому все происходящее вокругъ него. Рефлексы на нижнихъ конечностяхъ повышены. Слегка спастическая, нерѣшительная походка. 4. III. — Въ послѣдніе дни, кромѣ „не“ говоритъ „да“, сталъ писать свою фамилію „Страгисъ“, при повтореніи часто пропускаетъ буквы. Общее состояніе удовлетворительное. 7. III. 05 — эвакуированъ на сѣверъ по случаю закрытія лазарета (съ 10. II T° и пульсъ нормальны).

№ 163. Рысковъ Иванъ. 24. л. — 1-го В. С. С. II.
15. I. 05 раненъ при Сандепу об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
17. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis s/d. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. Входъ: по коронарному шву справа 6,0 cm. отъ средней линіи.



№ 163.

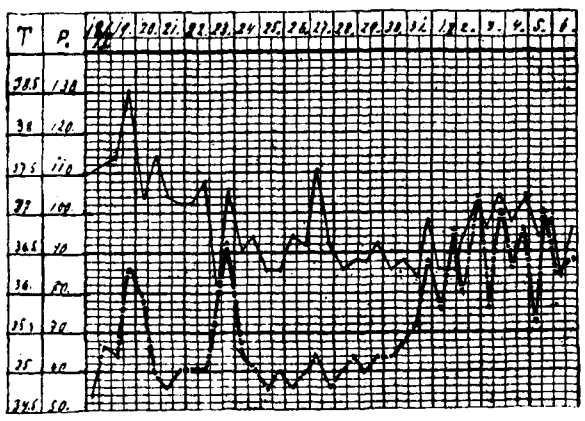
Выходъ: на лѣвой сторонѣ 6,0 cm. отъ средней линіи и на 2.0 cm. кпереди отъ ламбдоиднаго шва. Входъ и выходъ = калибру пули. Осколковъ не прощупывается. Сознаніе сохранено. Параличей нѣтъ. — Теченіе: сильныя головныя боли. 29. I — параличъ лѣвой ноги. 31. I — раны зажили. Упорная головная боль. 4. II — ночью появились движенія въ лѣвой ногѣ, кромѣ стопы и пальцевъ, съ 10. II возстановляются движенія стопы и пальцевъ. 16. II. — Начинаетъ ходить, походка шаткая, атактическая. Симптомъ Babinski на лѣвой ногѣ. Повышенные сухожильные рефлексы на обѣихъ нижнихъ конечностяхъ. T° нормальна. Пульсъ колеблется (см. кривую). 17. II. 05 — эвакуированъ на сѣверъ. Само-

чувствіе хорошее. Головная боль прошла. Безъ опоры ходить не можетъ, „ноги будто не свои“.

По наведеннымъ справкамъ 6. X. 06 — Рысковъ живъ. Раны хорошо зарубцевались. Лѣвая нога „парализована“. Вся лѣвая нижняя конечность болѣзненна, особенно чувствительна она къ перемѣнамъ погоды. Судорогъ не было. Жалуется на головокруженіе, временами, большею частью при перемѣнѣ погоды. Работать не способенъ.

№ 164. Денисюкъ Иванъ. 27 л. 2-го В. С. С. П. рядовой,
16. I. 05 раненъ об. пулею на разст. 800 шаг.,
18. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
9. III. 05 эвакуированъ въ Харбинъ,
10. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
25. III. 05 эвакуированъ въ Иркутскъ.

V. r. fronto-occipitalis s/d. — Послѣ раненія былъ безъ памяти. Входъ: 1 cm. выше середины лѣваго margo supra-orbitalis. Выходъ: соотвѣтственно ламбдоидному шву прибл. 2 cm. вправо отъ сагиттальной линіи. Раны = калибру пули. Д. въ полусознаніи, медленно реагируетъ. Параличъ лѣвой руки.



№ 164.

Зрачки реагируютъ. Пульсъ 54, T° 37,5. — Теченіе: полный параличъ всѣхъ конечностей. Мочится и испражняется подъ себя. Не говоритъ, но реагируетъ на зовъ. Ѣстъ механически. Пролежни. 20. I говоритъ медленно, но внятно; жалуется, что трудно дышать. 21. I появляются движенія правой, а 24. I лѣвой

руки (пальцевъ). Самъ требуетъ судно. 1. II. — Движенія въ правой рукѣ вполнѣ возстановились. 3. II. — Боли въ лѣвой ногѣ. 7. II — раны зарубцевались. Повязка снята. Сильная болѣзненность шеи. 9. II. — Ѣстъ самостоятельно. 10. III — при поступленіи въ Л. И. О. констатируется парезъ лѣвой руки. Жалобы на головокруженіе, головную боль и ослабленіе зрѣнія. — Парезъ руки улучшается, параличъ ноги остается безъ перемѣны. T° и пульсъ съ 7. II нормальны (см. кривую) до эвакуаціи 25. III.

№ 165. Подсадниковъ Александръ. 24 л. — 34-го В. С. С. П.
14. I. 05 раненъ об. пул. на разст. 1000 шаг.,
19. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis. — Обстоятельства раненія не помнитъ. Очнулся много спустя. Больной въ сознаніи. Параличей нѣтъ. Пульсъ 88, средняго наполненія. На уровнѣ верхняго края правой ушной раковины на 1 палецъ кзади имѣется отверстіе. Какое — входное или выходное — трудно сказать. Раны чисты, сухи. 20. I. — Жалуется на головную боль. T° 36,6—36,7. П.—84. 1. II. — Сильныя головныя боли, которыя съ 2. II постепенно стали утихать и 18. II больного можно было отправить на сѣверъ поправившимся.

Случаи діаметральнаго раненія об. пулями

неоперированные, умершіе.

№№ 166—167.

№ 166. Неизвѣстный.
? раненъ об. пулею,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 768,
21. VIII. 04 умеръ.

V. r. fronto-occipitalis s/d. — Поступилъ безъ сознанія. Входъ во лбу слѣва: выходъ въ затылочной области справа. Умеръ, не приходя въ сознаніе.

№ 167. Неизвѣстный.
? раненъ об. пулею,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 6338,
23. II. 05 умеръ.

V. r. parietalis s/d. — Поступилъ безъ сознанія. Пуля прошла черезъ оба теменные бугра слѣва и спереди и вышла справа и сзади. Умеръ, не приходя въ сознаніе.

Случаи діаметральнаго раненія об. пулями

операированные, эвакуированные.

Первично-оперированные.

№№ 168—177.

№ 168. Давытченко Степанъ. 24 л. — 58-го Пражскаго п.
18. II. 05 раненъ об. пул.,
19. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
19. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. biparietalis. — Пуля прошла поперекъ черепа. Входное отверстіе — въ правой, выходное — въ лѣвой теменной области. Полусознат. сост. — Débridement: Удалено много осколковъ. 20. II. — Сост. удовлетв. Сознаніе вернулось. Сидитъ, куритъ. 24. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 169. Сараваевъ Стефанъ. 24 л. — 17-го В. С. С. П.
16. II. 05 раненъ об. пулею,
17. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
17. II. 05 оперированъ,
22. II. 05 эвакуированъ.

V. r. fronto-occipitalis sin. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. При поступленіи въ полусознательномъ состояніи. Параличей нѣтъ. Пульсъ 48. T° не повышена. Входное отверстіе: по срединѣ лба между бровями, гдѣ разрушена лобная пазуха. Выходное: на затылкѣ немного влѣво отъ срединной линіи. Изъ носа вышло много крови. — Операція: Débridement. Оказалась разрушенной часть верхней стѣнки правой глазницы. Вслѣдствіе кровоизліянія выпяченъ глазъ. Осколки задней стѣнки лобной пазухи внѣдрились въ мозговое вещество. Онѣ удалены. У выходного отверстія обширный, оскольчатый переломъ и значительное накопленіе крови внутри черепа. Тампонація. 18. II. — Самочувствіе сносное. Смотритъ сознательно,

отвѣчаетъ на вопросы. Пульсъ 70. T° 37,3—37,5. 20. II. — Рана чиста. Перевязка. Общее состояніе сносное. 22. II. — Отправленъ съ санитарн. поѣздомъ въ Харбинъ.

№ 170. Шейко Яковъ.

25. II. 05 раненъ об. пулею,
25/26. II. 05 въ ночь поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
26. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. occipito-frontalis d/s. — Безъ сознанія. Входное отверстіе: на уровнѣ праваго уха на 3 пальца вправо отъ затылочнаго бугра. Выходное отверстіе: у внутренняго угла лѣваго глаза, немного выше. T° не повышена. II. 60. 26. II. — Débridement. 28. II. — Пришелъ въ себя. Пытается встать, но ноги подкашиваются. Лѣвая рука бездѣйствуетъ. Головная боль. Замѣтное улучшеніе началось съ 6. III и къ 11. III больной уже ходитъ съ посторонней помощью. Остался парезъ лѣвой руки. Раны въ хорошемъ состояніи, почти зарубцевались.

№ 171. Маляръ Даніилъ. 10-го В. С. С. П.

23. II. 05 раненъ об. пулею,
23. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
23. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. (basilaris) occipitio-orbitalis dex. — Полусознательное состояніе. II. замедленъ. — Входное отверстіе: на уровнѣ верхняго края на 3 пальца позади праваго уха и на 3 пальца отъ срединной линіи, въ правой затылочной области. Выходное отверстіе: въ правомъ глазномъ яблокѣ. 23. II. — Débridement. Удалены осколки, внѣдрившіеся на мѣстѣ входного отверстія въ мозговое вещество. Тампонація. 24. II. — Остался въ плѣну. 26. II. — Сильная головная боль. Нервно-возбужденъ, раздражителенъ. 28. II. — Состояніе больного постепенно улучшалось. 2. III — отмѣчено: самочувствіе лучше. Параличей нѣтъ. Головныя боли стихли. 11. III. — Отправленъ въ Дальній. Рана почти зажила и общее состояніе больн. было вполнѣ удовлетворительное.

№ 172. Шакаловъ Иванъ. 57-го Модлинскаго п.,

20. II. 05 раненъ об. пул.,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,

20. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 остался въ плѣну.

V. r. temporo-occipitalis d/s. — Входное отверстіе: въ правой височной области; выходное — въ лѣвой половинѣ затылочной области. Параличъ лѣвой ноги и парезъ руки. Больной въ полусознательномъ состояніи. 20 II. — Débridement. Изъ входного отверстія удалены внѣдрившіеся въ мозговое вещество осколки. Тампонація. 24. II. — Остался въ плѣну. Состояніе больного постепенно улучшалось, рука замѣтно крѣпчала. 2. III. — Уже ходилъ, волоча лѣвую ногу и 11. III оставленъ на попеченіе японцевъ съ хорошо рубцующейся раной.

№ 173. Смирновъ Тарасъ. 32 л.
16. II. 05 раненъ об. пулею,
17. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
17. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. fronto-parietalis s/d. — Больной безъ сознанія. — Входное отверстіе: въ области лѣваго лобнаго бугра; выходное — въ правой теменной области близъ срединной линіи. Параличъ лѣвыхъ конечностей. — Débridement: у выходного отв. при вскрытіи раны много осколковъ и кровяныхъ сгустковъ, у входного кость выбита правильнымъ кружкомъ. T° 37,5—37,7. 19. II. — Больной приходитъ въ себя и даетъ кое-какія свѣдѣнія. Состояніе улучшилось. Пульсъ 70. T° 37,1—37,3. 20. II. — Сознаніе все еще не полное. Лѣвая рука и нога парализованы. 28. II. — Раны въ хорошемъ состояніи. — Сознаніе прояснилось совершенно. Движенія въ лѣвой рукѣ повидимому начинаютъ возстановляться. Нога неподвижна. T° нормальна. П. 72. 2. III. — Начинаетъ шевелить ногой. 7. III. — Съ посторонней помощью ходитъ по палатамъ. Лѣвой ногой слегка волочитъ. Рука еще слаба. 10. III. — Оставленъ въ удовлетв. состояніи на попеченіе японцевъ.

№ 174. Талкановъ Алексѣй. 37 л. — 242-го Цѣлибейскаго п.,
19. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. frontalis dex. (basilaris). — Больной въ полномъ сознаніи. Правый глазъ цѣлъ, не ощущаетъ свѣта. — Входное отверстіе: по серединѣ лба на срединной линіи. Выходное: справа подъ угломъ нижней челюсти. — Операція: констатируется оскольчатый переломъ черепа съ вдавленіемъ 3 осколковъ tabulae vitreae въ вещество мозга. Тампонація. 22. II. — Самочувствіе хорошее. Жалобъ нѣтъ. Ходитъ свободно. 24. II. — Рана въ удовлетв. сост. Остался въ плѣну. 1. III. — Состояніе хорошее. Рана гранулируетъ хорошо. 10. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ. Выздоровѣлъ.

№ 175. Гусеалинъ Филиппъ.

18. II. 05 раненъ об. пулею,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. bitemporalis. — Входное отверстіе: на границѣ лѣвой височной и лобной областей. Выходное: у наружнаго края правой глазницы. Параличей нѣтъ. Отёкъ обоихъ глазъ (вѣкъ). — Débridement 18. II. 1905. — Дальнѣйшее теченіе благопріятное. 11. III. — Оставленъ въ плѣну у японцевъ, отправленъ въ Дальній.

№ 176. Сакалъ Никита.

18. II. 05 раненъ об. пул.,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. fronto-occipitalis s./d. — Входное отверстіе: на границѣ лобной и теменной области немного влѣво отъ срединной линіи. Выходное: на границѣ правой затылочной и височной областей. Параличъ лѣвой руки и ноги. — Débridement 20. II. Дальнѣйшее послѣопераціонное теченіе удовлетворительное. Въ затылочной области образовался пролапсъ мозга величиною въ орѣхъ, мало-по-малу сократившійся. 11. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ. Остался парезъ лѣвой руки и ноги. Движенія повидимому возстановлялись.

№ 177. Пахаруковъ Иванъ. 35 л. — 36-го В. С. С. II.
14. I. 05 раненъ об. пулею,
16. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,

16. I. 05 оперированъ,
21. II. 05 эвакуированъ.
V. r. parieto-occipitalis s/d. — Безъ сознанія. Пульсъ 52. Параличей нѣтъ. — Входное отверстіе: въ лѣвой теменной области на 3 пальца выше верхняго края ушной раковины. Выходное: въ затылочной области на 1 палецъ вправо отъ срединной линіи. — 16. I операція: раны расширены. Небольшой оскольчатый переломъ у входного отверстія безъ вдавленія осколковъ. У входного отверстія порядочный переломъ съ нѣсколькими осколками и съ вдавленіемъ нѣкоторыхъ изъ нихъ въ вещество мозга. Послѣдній размозженъ. Тампонація. 18. I. — Состояніе хорошее. Небольшая головная боль. Пульсъ 68—70. T° 36,9—37,7. 22. I. — Рана чиста. 26. I. — T° 39,8, сознаніе затемненное. Парезъ праваго лицевого нерва. Небольшое выпячиваніе у входн. отв. и пролапсъ въ затылочной ранѣ. 29. I. — T° 40. — Начиная съ 1. II угрожающія явленія начали проходить, рана покрылась пышными грануляціями, пролапсъ мало-по-малу исчезалъ. T° пала до нормы и 21. II больной могъ быть эвакуированъ въ Харбинъ поправившимся. Парезъ facialis'a прошелъ.

Случаи діаметральнаго раненія оболочечными пулями

оперированные, эвакуированные.

Вторично-оперированные.

№№ 178—180.

№ 178. Лоховскій Блазій. 25 л. — 140-го Зарайскаго п.
18. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пул. на далек. разстояніи,
21. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
24. VIII. 04 оперированъ,
12. X. 04 эвакуированъ.
V. r. parieto-occipitalis d/s. — Входъ: спереди справа на границѣ между лобной и теменной областями. Выходъ: сзади слѣва въ затылочной области. Б. въ полусознательномъ состояніи. Анамнезъ собрать не возможно. Отвѣты б. сбивчивы, разнорѣчивы. Пульсъ 56, полный. T° 36,8. Зрачки на свѣтъ не реагируютъ. Рефлексы со стороны слизистыхъ оболочекъ сохранены. Глазное дно безъ измѣненій. Параличей конечностей

нѣтъ. — Теченіе: T° немного повышена — 37,5, пульсъ замедленъ — 58. 24.VIII. — Операція: входъ и выходъ расширены. Кость черепа раздроблена вокругъ пулевыхъ отверстій на мелкіе осколки и дала трещины на протяженіи. Dura ранена, мозговая ткань разрушена, смѣшана съ довольно обильными сгустками крови. Послѣ очищенія входа и выхода тампонація. — Теченіе: послѣ операціи зрачки стали реагировать на свѣтъ. Б. не отвѣчаетъ на вопросы, не реагируетъ. Въ первые дни б. былъ безпокоенъ. 29. VIII. — Перем. пов. и тампоновъ, въ затылочной ранѣ тампоны пропитаны гноемъ, пахнутъ. До 1. IX мочу приходится выпускать катетромъ. Стулъ задержанъ. Б. приходится кормить. Жидкую пищу принимаетъ охотно, твердую (сухари) не разжевываетъ. Съ 5. IX относится сознательнѣе къ окружающей обстановкѣ; на вопросы отвѣчаетъ односложно, но большею частью лежитъ неподвижно, не выражая никакихъ желаній. 16. IX оставленъ безъ тампоновъ. 21. IX. — Временами б. отвѣчаетъ на вопросы правильно. 27. IX раны быстро рубцуются. Б. веселъ, помнитъ больше словъ. 6. X. — Раны почти зарубцевались. Самочувствіе хорошее. Б. недостаетъ многихъ словъ, но память на нихъ возстановляется понемногу. 12. X эвакуированъ въ Россію.

№ 179. Волковъ Василій. 26 л. — 86-го Вильмандстрандск. п.,
3. X. 04 раненъ при Шахэ об. пул. на близкомъ разст.,
10. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
13. X. 04 оперированъ,
19. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. occipitalis dex. (basis cr.). — Послѣ раненія нѣсколько дней лежалъ безъ памяти. Былъ парезъ правой руки. Входъ: справа за угломъ нижней челюсти. Выходъ: справа на затылкѣ около ламбдоиднаго шва, гдѣ прощупывается переломъ кости. Парезъ правой верхней конечности, правой голени и стопы. T° 37,7. Пульсъ 60. 13. X. — Операція: расширяется выходное отверстіе. Значительное раздробленіе черепной крышки. Изъподъ dura выдѣляется гной. Размозженъ мозгъ, большая полость, въ нее вставлены тампоны. — Теченіе: T° до 17. X — повышена до 39,3. Пульсъ 80—94. Сонливость, которая постепенно проходитъ. Молчаливъ. Путается въ отвѣтахъ и лицахъ. 17. X. — Перем. тампоновъ. 21. X жалуется на глаза: все видитъ какъ въ туманѣ, съ трудомъ различаетъ окружающихъ. T° и пульсъ нормальны. Вяло отвѣчаетъ на вопросы, плохо понимаетъ, гово-

ритъ растягивая слова. 1. XI. — Позволено сидѣть. До 4. XI мочится подъ себя. Позывъ къ мочеиспусканію чувствуетъ, но не можетъ задержать мочу до того, какъ подадутъ урильникъ. Испражняется только послѣ клизмы. 5. XI. — Настроеніе болѣе веселое, сталъ болѣе общителенъ, охотно отвѣчаетъ на вопросы, смѣется. 7. XI начинаетъ ходить. 15. XI операціонная рана вполнѣ зажила. 19. XI. 04 эвакуированъ въ Россію. Со стороны периферическихъ нервовъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. Психика нормальна. Говоритъ медленно. Ходитъ неувѣренно, медленно, нѣсколько пошатываясь. Ослабленіе зрѣнія на оба глаза, видитъ все въ туманѣ, незначительное суженіе поля зрѣнія. Глухъ на правое ухо. (Больной упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 137 и 138, №№ 157 и 164). По прибытіи въ Москву отмѣчено: выше затылочнаго бугра справа на 1,25 cm. вправо отъ средней линіи — пульсирующій овальный рубецъ, которому соотвѣтствуетъ дефектъ въ кости длиною въ 3 cm. Подъ кожей мягкая припухлость, очень болѣзненная. Ослабленіе движеній правой руки. Походка шаткая; съ закрытыми глазами на ходу уклоняется вправо, при рѣзкихъ поворотахъ головы временное затемнѣніе зрѣнія. Потеря чувствительности правой стороны волосистой части головы и въ области 2-ой вѣтви nervi trigemini. Дрожь при разговорѣ, угнетенный видъ. Почти полная глухота на правое ухо. Нижняя геміанопсія.

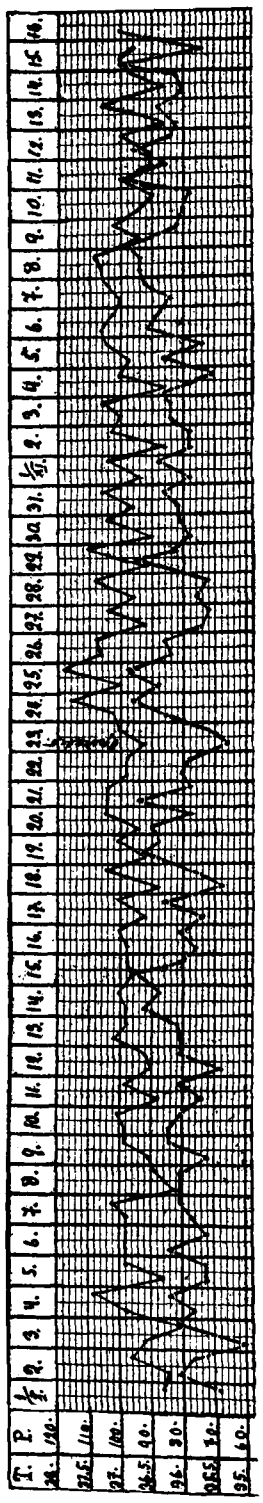
По наведен. справкамъ Волковъ умеръ 17 мая 1906 г. отъ воспаленія легкихъ.

№ 180. Зейнебашировъ Шаймарданъ. 23 л. — Вяземскаго п. рядовой,
18. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
1. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
23. X. 04 оперированъ,
16. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis s/d. — Не помнитъ, когда получилъ первую помощь. Не знаетъ, гдѣ дѣлали операцію. Съ обѣихъ сторонъ немного выше области передняго нижняго угла теменныхъ костей гранулирующія раны, длиною въ 3,0 cm., въ нихъ тампоны. Обѣ раны гноятся, особенно правая. T° нормальная, пульсъ 68. Сознаніе ясное. Б. отвѣчаетъ на вопросы путаясь, производитъ впечатлѣніе полуидіота. Теченіе: T° остается нормальной. Пульсъ колеблется (см. кривую). 5. X. — Припадокъ

общихъ судорогъ, которыя особенно выражены въ рукахъ и лицевыхъ мышцахъ. Сознаніе при этомъ помрачено. Пѣна у рта. Припадокъ быстро проходитъ. 15. X. — Лѣвая рана закрылась, изъ правой незначительное гнойное выдѣленіе. 17. X. — Припадокъ общихъ судорогъ. Онѣ начинаются въ лѣвой половинѣ лица. Глаза косятся въ лѣвую сторону. Судороги переходятъ на лѣвую руку и ногу. 21. X. — Рана съ правой стороны гноится, зондъ попадаетъ въ небольшую полость. 23. X. — Произведена операція: увеличена рана съ правой стороны. Въ dura mater отверстіе, ведущее по направленію къ лобной кости въ полость величиною въ грецкій орѣхъ, наполненную жидкимъ гноемъ. Тампонъ. 25. X еще припадокъ общихъ судорогъ, начавшихся съ лѣвой половины лица и шеи. Послѣ этого судороги не повторялись. Бывало незначительное головокруженіе. 4. XI. — Небольшое выпаденіе мозга, которое впослѣдствіи исчезаетъ. 16. XI. 04 — эвакуированъ на сѣверъ. Б. повеселѣлъ и сталъ сознательнѣй. Припадковъ не было. Ходитъ свободно.

По нав. справ. въ концѣ 1906 г. Зейнебашировъ живъ. Съ правой стороны въ теменной области пульсирующій, втянутый рубецъ, углубляющійся съ діастолой сердца. Съ лѣвой стороны рубецъ менѣе углубленъ. Ежедневно общія судороги, повторяющіяся раза два, при этомъ теряетъ сознаніе, приблизительно на часъ. Параличей нѣтъ. Жалуется на ежедневное головокруженіе и на постоянную головную боль. Къ работѣ не способенъ.



№ 180.

Случаи діаметральнаго раненія оболочечными пулями
оперированные, эвакуированные.

Оперированный до поступленія
— № 181.

№ 181. Ланге Юліусъ. 23 л. — 10-го Новоингерманландскаго п.,
? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
оперированъ до поступленія,
4. III. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ изъ воен. госп.,
8. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis d/s. — Въ лѣвой теменной области на три пальца отъ средней линіи одна рана, черезъ нее проведенъ разрѣзъ длиною въ 4 cm. и вставленъ тампонъ. Другая рана въ правой теменной области. Первая рана гноится. Правосторонній параличъ. T° и пульсъ нормальны. Самочувствіе хорошее. 8. III. — Эвакуированъ на сѣверъ по случаю закрытія лазарета.

По навед. справ. 29. XI. 06 — Ланге живъ. На мѣстѣ ранъ втянутые рубцы. Параличъ лѣвой (?) руки и ноги. Довольно часто боли въ лѣвой (?) ногѣ. Головокруженія и головной боли нѣтъ. Работать не способенъ.

Случаи діаметральнаго раненія оболочечными пулями
оперированные, умершіе.

Вторично-оперированные.
№№ 182—184.

№ 182. Ситниковъ Константинъ. 34 л. — 55-го Подольскаго п.,
? раненъ об. пулею,
16. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
16. I. 05 оперированъ,
4. II. 05 умеръ.

V. r. fronto-basilaris. — Входъ: въ лѣвой лобной области на два пальца выше наружнаго края брови, рана гноится.

Выходъ: на твердомъ нёбѣ. Небольшое кровотеченіе изо рта и носа. Лѣвое глазное яблоко выпячено, цѣло, зрѣніе на немъ утрачено. Б. въ сознаніи, на вопросы отвѣчаетъ здраво. Помнитъ какой губерніи, уѣзда, но не помнитъ своего полка, когда раненъ, перевязанъ и. т. д. T° 37,1—38,1. Пульсъ учащенъ. 16. I. — Операція: оскольчатый переломъ на мѣстѣ входного отверстія. Осколки вдавлены въ вещество мозга, послѣднее размозжено. Осколки удалены. Тампоны. Глазъ вылущенъ 17/18. I, — рана чиста. Изъ лѣвой ноздри гноевидное отдѣленіе. Б. вялъ. T° до 39,5. 19. I — небольшое выпаденіе мозга. 21. I. — Вскрытъ абсцессъ на спинѣ. Съ 22. I выпавшая часть мозговой ткани начинаетъ омертвѣвать. Рана гноится. Б. вялъ, сонливъ. T° по вечерамъ повышается. 28. I. — Выпавшая и омертвѣвшая мозговая ткань отдѣляется клочьями. 29. I. — Мочится и марается подъ себя. T° 36,9—38,7. Съ 31. I до 2. II. — T° спадаетъ, б. бодрѣе. Рана чище. 2. II. — Вечеромъ рвота. Сознаніе помрачилось. T° 39,1. Въ слѣдующіе дни рвота повторялась. Б. не приходилъ больше въ себя. 4. II. — T° 39,3, пульсъ слабый. Вечеромъ смерть. — Вскрытіе: на основаніи мозга и въ меньшей степени на сводѣ островки гноя. Въ желудочкахъ порядочное количество гноя.

№ 183. Кунгуровъ Михаилъ. 20 л. 35-го В. С. С. П.
13. I. 05 раненъ подъ Сандепу об. пул.,
18. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. I. 05 оперированъ,
22. I. 05 умеръ.

V. r. fronto-occipitalis dex. — Везли три дня, не снимая съ арбы. Б. плохо соображаетъ и говоритъ. — Входъ: на уровнѣ праваго глаза, на три сант. отъ него. Выходъ: на восемь сантим. позади праваго proc. mastoid. Оба отверстія небольшія. Изъ выходного выдѣляется мозговое вещество. Кровоподтёки праваго глаза. T° 39,3. Пальцы ногъ и рукъ отморожены. 18. I. Операція: входное и выходное отверстія расширены. Удалены осколки. 21. I. — Б. безъ сознанія. Пульсъ очень малъ. 22. I. смерть.

№ 184. Соболевъ Игнатій.
? раненъ подъ Мукденомъ об. пул.
10. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,

? оперированъ.
20. III. 05 умеръ.

V. r. fronto-occipitalis. — Раненіе черепа спереди назадъ на вылетъ. — Сдѣлана операція (trepanatio). — Умеръ.

Случаи діаметральнаго раненія об. пулями

оперированные, умершіе.

Оперированный до поступленія въ лазаретъ — № 185.

№ 185. Неизвѣстный.

? 04 раненъ об. п.,
15. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
? оперированъ до поступленія,
17. X. 04 умеръ въ ночь.

V. r. temporo-parietalis d/s. — Доставленъ изъ военнаго лазарета безъ сознанія, такъ что ничего узнать не удается. Больной мечется и кричитъ, иногда поетъ. Приходится его держать. Температура 40°, пульсъ ускоренный. Позади праваго уха крестообразный разрѣзъ и дефектъ черепа, мозгъ пролабированъ, пазуха тромбозирована. Другая такая же рана въ верхней части лѣваго темени, гдѣ мозгъ больше пролабируетъ и слабо пульсируетъ. — Умеръ въ ночь на 17. X. — Вскрытія не было.

Случаи съ застрявшими об. пулями

неоперированные, эвакуированные.

№№ 186—198.

№ 186. Нечитайло Димитрій. — 122-го Тамбовскаго п.,
18. VII. 04 раненъ у Анпина об. п.,
19. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Ляоянѣ,
25. VII. 04 эвакуированъ.

V. r. frontalis dex. — Раненъ при стоян. на колѣнѣ, пуля сначала разбила ложе ружья. Первую помощь получилъ черезъ часъ. — Входъ: три пальца надъ срединой правой брови. Выхода нѣтъ. Сознаніе полное, никакихъ фокусныхъ явленій. T° нормальна. 25. VII. — Рана заживаетъ подъ струпомъ. Эвакуированъ на сѣверъ.

По навед. справкамъ 9. X. 06 г. Н. въ октябрѣ 1905 г. состоялъ на службѣ при полевомъ подвижномъ (№ 46) госпиталѣ.

№ 187. Манджуферовъ. 23. л. — 6-го В. С. С. П.
14. I. 05 раненъ об. пулею на разстоян. 100 шаг.,
18. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
1. II. 05 возвратился въ полкъ.

V. r. parietalis sin. — Послѣ раненія былъ долго безъ памяти. — Входъ: въ лѣвой теменной области, круглой формы = калибру, выдѣляется серозно-гнойная жидкость. Выхода нѣтъ Симптомовъ со стороны мозга нѣтъ, кромѣ замедленнаго пульса — 60. 21. I. — Рана подъ струпомъ. При постукиваніи болѣзненность въ теменной области. T^0 36,4—37,4, пульсъ 68. 22. I. — При изслѣдованіи рентгеновскими лучами пули въ черепѣ не обнаруживается. 31. I. — Изслѣдованіе глазного дна даетъ нормальную картину. T^0 все время между 36,2—37,2. Пульсъ 66—76. По вечерамъ головокруженіе. 1. II. — Просится обратно въ полкъ.

№ 188. Гапоненко Федоръ. 30 л. — Мл. унт.-оф. 35-го Брянск. п.
6. VII. 04 раненъ об. пулею,
11. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
25. VII. 04 эвакуированъ.

V. r. occipitalis sin. — Входъ: на одинъ сантим. ниже и влѣво отъ затылочнаго бугра. Рана чиста, безъ всякого раздраженія. Выхода нѣтъ. — Больной въ сознаніи, но очень медленно соображаетъ и отвѣчаетъ. Параличъ muscul. obliq. ocul. dex., другихъ параличей нѣтъ. Ригидность мышцъ затылка. T^0 38,1^0, пульсъ 52.

№ 189. Силковъ Акимъ. 33 л. — 162-го Ахалцихскаго п.
24. II. 05 раненъ об. пулею подъ Мукденомъ,
2. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
25. III. 05 эвакуированъ.

V. r. frontalis sin. — Входъ: въ лѣвой сторонѣ лба на 2 cm. выше margo supraorbit. Выхода нѣтъ. Головокруженіе. Головныя боли. Параличей нѣтъ. — Теченіе: T^0 слегка повышена по вечерамъ. Пульсъ 50—78. Рана зажила. 25. III. 05 эвакуированъ въ Россію. — Б. упоминется въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 143, № 7: По эвакуаціи въ Россію (Петербургъ) чув-

ствуетъ боль въ правой затылочной области, въ особенности при быстрыхъ движеніяхъ головы.

По навед. справ. въ концѣ 1906 г. С. живъ. На мѣстѣ входного отверстія имѣется углубленіе, при надавливаніи на рубецъ легкая болѣзненность. Четыре раза терялъ сознаніе, но судорогъ не было. Параличей нѣтъ. Самочувствіе удовлетворительное, хотя жалуется на частое головокруженіе и постоянную головную боль. Работать не способенъ.

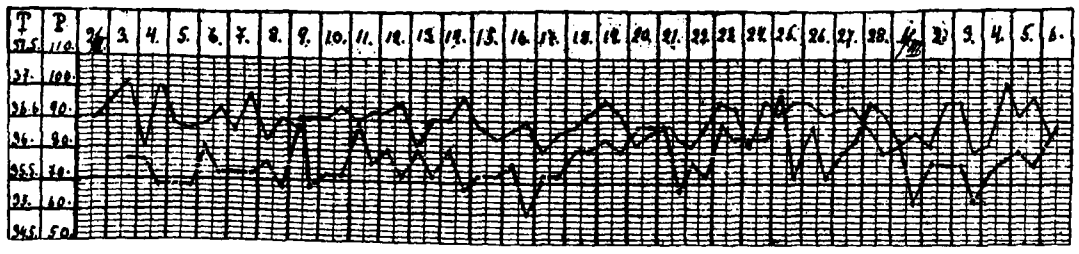
№ 190. Сырыхъ Николай. 27 л. — 35-го Брянскаго п.
15. VIII. 04 раненъ об. пулею,
21. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
14. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. occipitalis dex. — Послѣ раненія часа два находился какъ-будто въ полуснѣ. Сознанія не потерялъ. До поступленія перевязывали два раза (мыли и брили). Доставленъ на линейкѣ, потомъ въ теплушкѣ. — Входъ: на два пальца вправо и выше затылочнаго бугра. Выхода нѣтъ. Рана покрыта струпомъ, въ окружности инфильтратъ; ощупываніе не даетъ указаній на счетъ состоянія кости. Сильныя головныя боли. Двоеніе въ глазахъ, зрачки реагируютъ правильно. Сознаніе ясное. Параличей нѣтъ. Пульсъ 65. T° 36,8—38,0. — Теченіе: T° нормальная. Самочувствіе понемногу улучшается. 1. IX. — Вокругъ входного отверстія прощупываются неровности кости. Видитъ хорошо, двоеніе прошло. 7. IX. — Сталъ общительнымъ, веселымъ. 10. IX — началъ ходить. 14. IX. 04 — эвакуированъ въ Россію. Самочувствіе хорошее. Голова болитъ при рѣзкихъ движеніяхъ. — Б. упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 144, № 17; — по прибытіи въ Москву отмѣчено: рана зажила. Въ глазахъ двоится. Чувствуетъ себя довольно хорошо.

По наведен. справ. 14. XII. 06 С. живъ. На мѣстѣ раненія углубленіе величиною въ небольшую горошину, болѣзненности при умѣренномъ давленіи нѣтъ. Параличей нѣтъ. Жалуется на сильную слабость въ ногахъ, появляющуюся даже послѣ незначительныхъ движеній. Судорогъ не было. При перемѣнѣ погоды въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ ощущаетъ головную боль. При опусканіи головы внизъ появляется головокруженіе. Память и соображеніе слабы. По справкѣ — ни къ физическому, ни къ умственному труду неспособенъ, хотя находится въ услуженіи въ качествѣ приказчика при городскихъ скотобойняхъ въ Харьковѣ.

№ 191. Асташинъ Евграфъ. 24 л. — 20-го В. С. С. П. рядовой,
20. I. 05 раненъ об. пулею,
2. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
7. III. 05 эвакуированъ,
30. III. 05 поступилъ въ З. К. О. въ Иркутскѣ,
5. IV. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Послѣ раненія было кровотеченіе узъ носу. Десять дней лежалъ безъ сознанія. Лежалъ въ лазаретѣ въ Мукденѣ. — Входъ: на палецъ выше лѣвой ушной раковины = калибру пули. Выхода нѣтъ. Говоритъ съ трудомъ, не находитъ словъ и съ трудомъ формируетъ звуки. Легкій парезъ правой руки и facialis'a. Ходитъ качаясь, при чемъ падаетъ главнымъ образомъ на лѣвую сторону. Сознаніе полное. — Теченіе: T° нормальная, пульсъ колеблется (см. кривую). 9. II. — Входная рана зажила. Рентгеновскій снимокъ обнаруживаетъ ружейную пулю въ области затылка справа, повидимому близко отъ черепной стѣнки. 7. III. 05 — эвакуированъ на сѣверъ. Атаксія походки безъ перемѣны. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительно.



№ 191.

Говоритъ запинаясь. — 30. III поступилъ въ З. К. О. въ Иркутскѣ, сразу залихорадивъ (38,2). Болѣла голова. Рвало три раза. Насморкъ. Рубецъ на мѣстѣ входа гладкій, блѣдный, неболѣзненный. Съ правой стороны на затылкѣ подъ линіей прикрѣпленія m. cucullaris незначительная припухлость и прощупывается лимфатическая жел. Движенія шейнаго позвоночника свободны. Отъ 1.—4. III. — T° нормальна. Самочувствіе хорошее. 5. IV выписывается. — 25 апр. 1905 поступилъ въ Московскую Голицынскую больницу. — Парезъ праваго лицевого нерва и анэстезія всѣхъ видовъ чувствительности на лицѣ. Въ верхней и нижней лѣвыхъ конечностяхъ явленія пареза и дрожаніе; всѣ рефлексы повышены, мышечная сила ослаблена. Соотвѣтствующая

параличу часть туловища анэстезирована, поражены одинаково всѣ виды чувствительности. При ходьбѣ пошатывается, а при подниманіи головы и глазъ кверху валится назадъ. Рѣчь немного скандирована и дизартрична, больной переставляетъ слоги и отдѣльныя буквы. За мѣсячное пребываніе въ больницѣ рѣчь сдѣлалась яснѣе, и ходить больной сталъ тверже. Головная боль остается прежней. Лучами Röntgen'a опредѣлено присутствіе пули на границѣ височно-затылочного шва на прав. сторонѣ; пуля повидимому упирается въ кость. — 20. VI. 05 трепанація. — Отдернувъ лоскутъ убѣдились, что пуля торчала въ отверстіи, продѣланномъ ею въ твердой мозговой оболочкѣ и легко была извлечена пинцетомъ. Вслѣдъ за удаленіемъ пули изъ мозга выдѣлилось около столовой ложки сливкообразной жидкости, которую макроскопически можно было принять за детритъ и распадъ мозгового вещества. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ видны были зернистые шары и капельки міелина. Гнойныхъ элементовъ не было, а посѣвы не дали роста. Рѣчь дѣлалась все яснѣе, самочувствіе было отличное и на 10 день послѣ операціи больной все время проводилъ на ногахъ. Черезъ 12 дней послѣ операціи отмѣчено: дрожаніе въ лѣвыхъ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ исчезло. Анэстезія стала исчезать. Единственно, что можно отмѣтить въ рѣчи его, это нѣкоторая растянутость. Всѣ остальныя нарушенія въ нервной системѣ исчезли послѣ операціи. (По Дьяконову стр. 144—145 №18.)

По навед. спр. 10. XII. 06 Асташинъ живъ. На головѣ на мѣстѣ ранъ болѣзненная опухоль. — Параличей нѣтъ. Лѣвая рука и нога слегка атрофированы. При сжатіи въ кулакъ лѣвой руки сильное дрожаніе. Рѣчь затруднена и неясна. — Судороги не бываетъ. Самочувствіе плохое. Почти ежедневно головокруженіе и головная боль. Работоспособность въ сильной степени нарушена (см. снимокъ № VI).

№ 192. Рѣпниковъ Степанъ. 27 л. — 85-го Выборгскаго п.,
раненъ въ началѣ августа 04 об. пулею,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
27. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Послѣ раненія въ теченіе сутокъ былъ безъ сознанія. Отняло правую руку и ногу. Рука вскорѣ опять стала дѣйствовать. Ходить до сихъ поръ не можетъ. Подробностей раненія не помнитъ. — Входъ: на полтора пальца вправо отъ средней линіи приблизительно соотвѣтственно коронар-

ному шву, = калибру пули. Выхода нѣтъ. Сильная головная боль. Ослабленіе умственныхъ способностей, апатія, амнезія. На вопросы отвѣчаетъ медленно, забывчивъ. Полный параличъ правой ноги. Усиленіе колѣннаго рефлекса. Клонусъ стопы. Чувствительность нормальна; зрачки реагируютъ правильно. T° 37,8, пульсъ 70. — Теченіе: параличъ ноги улучшается. 27. IX. 0!. — Эвакуированъ въ Россію. Голова болитъ только при внезапныхъ движеніяхъ. Ослабленіе умственныхъ способностей. Парезъ правой нижней конечности. Ранка зажила подъ струпомъ.

По наведенным справкамъ въ концѣ 1906 г. Рѣпниковъ живъ. Въ области рубца на головѣ ни опухоли, ни углубленія нѣтъ. Парезъ правой ноги и руки, съ трудомъ можетъ ходить и двигать правой рукой. Говоритъ хорошо и правильно. — Судорогъ не бываетъ. Временами теряетъ правильное теченіе мыслей, въ разговорахъ уклоняется въ сторону, начинаетъ говорить о предметахъ къ разговору не относящихся. Постоянная головная боль, которая временами такъ усиливается, что Р. приходится на нѣсколько сутокъ ложиться въ постель. Къ самостоятельной работѣ совершенно не способенъ.

№ 193. Емельяновъ Герасимъ. 23 л. — 17-го В. С. С. П.
21. VIII. 04 раненъ об. пулею и гранатой,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
27. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Послѣ раненія на продолжительное время потерялъ сознаніе. (Совсѣмъ пришелъ въ себя лишь въ день поступленія въ госпиталь.) — Граната попала соотвѣтственно лобной и правой теменной кости на $2^1/_2$ пальца отъ средней линіи. Чистая кожная рана длиною въ 5,0 cm. — Об. пуля попала въ лѣвый високъ, на одинъ палецъ впереди и вверхъ отъ ушной раковины, не вышла. Рана = калибру пули. Вокругъ раны инфильтратъ. Параличей нѣтъ, рефлексы повышены. Сильная головная боль. Суженіе поля зрѣнія на обоихъ глазахъ. Вялая реакція зрачковъ. Слухъ на лѣвомъ ухѣ ослабленъ. Апатичность. Амнезія. Говоритъ медленно, на вопросы отвѣчаетъ толково. Увѣряетъ, что вслѣдствіе пораненія сошелъ съ ума. Жалуется, что ослабѣла память, не можетъ думать. — Наклонность къ запорамъ. — Теченіе: T° нормальная. 31. VIII тошнило и нѣсколько разъ была рвота. 7 IX. — Сталъ болѣе общительнымъ и веселымъ. 10. IX раны зажили. Инфильтратъ

вокругъ входного отв. об. пул. разсосался. 27. IX эвакуированъ въ Россію. Настроеніе безразличное ко всему окружающему. Постоянно занятъ самимъ собою. Суженіе поля зрѣнія на оба глаза. Вялая реакція зрачковъ. Ослабленіе слуха на лѣвое ухо. Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ.

По навед. справкамъ Е. умеръ 12. VI. 05 отъ менингита. Е. поступилъ 7. VI. 1905 г. въ Тарскую сельскую лечебницу, Тарскаго уѣзда, Тобольской губерніи съ жалобой на сильную головную боль, „сведеніе затылка“ и постоянную рвоту. Рана на лѣвомъ вискѣ зажила, съ правой стороны рана немного гноится. T° 37,9. — Теченіе: 8. VI рвота продолжается. Сильно знобило, T° 38,1—39,5. Спитъ плохо. 9. VI. — Пульсъ ускоренъ, T° 38,7—39,8. Дыханіе тяжелое. Б. по временамъ бредитъ. Жалуется на сильную головную боль. Моторное безпокойство. Парезъ правой руки. 10. VI. — Б. безъ сознанія. Судорожныя подергиванія въ мышцахъ всей лѣвой половины тѣла. Слова выговариваетъ плохо. Стулъ и моча задержаны. Клизма безъ результата. T° 38,3—40,2. 11. VI. — Пульсъ 110, T° 39,3—40,6. Дыханіе хрипящее, прерывистое, на губахъ пѣна. Полный параличъ всей правой половины тѣла. Сильно прослабило. 12. VI. — Въ 2 часа утра умеръ.

№ 194. Кузьминскій Андрей. 28 л. — 87-го Нишлотск. п.,
3. X. 04 раненъ об. пулею при Шахэ на разст. 700 ш. об. пул.,
10. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
3. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. orbitalis dex. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. Когда пришелъ въ себя, то былъ уже перевязанъ. Пѣшкомъ дошелъ до перевязочнаго пункта. — Входъ: въ правый глазъ. Выхода нѣтъ. Panophthalmitis dextra. 11. X. — Enucleatio bulbi dext. — Теченіе: со стороны раны все протекаетъ благополучно. Б. заболѣваетъ энтероколитомъ. 3. XI. 04 — эвакуированъ въ Россію.

По наведеннымъ справкамъ въ концѣ 1906 г. К. живъ. Параличей нѣтъ. Временами бываетъ головная боль. Жалуется на боль въ правой рукѣ, якобы ушибленной при доставкѣ его съ поля сраженія. Къ тяжелой и продолжительной работѣ не способленъ.

№ 195. Лиліашвили Эрастъ. — 121-го Пензенскаго п.,
29. IX. 04 раненъ при Шахэ об. пулей,
5. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
3. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. orbitalis dex. — Послѣ ранения былъ безъ сознания. Первую повязку наложилъ фельдшеръ на позиціи. Несли на носилкахъ, везли на двуколкѣ до ст. Шахэ, потомъ до Харбина въ товарномъ вагонѣ. Въ пути 6 дней. — Входъ: въ правый глазъ. Выхода нѣтъ. Нижнее вѣко праваго глаза разсѣчено. На границѣ corneae и sclerae на нижней периферіи небольшая рана, съ гнойнымъ выдѣленіемъ. Кровоподтеки. T° повышена. — Теченіе: 7. X — enucleatio bulbi. До 14. X — T° повышена до 39,7, потомъ она приходитъ къ нормѣ. 3. XI. 04 — эвакуированъ.

По наведен. справкамъ 2. XII. 06 — Л. живъ. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бываетъ. Страдаетъ головокруженіемъ и постоянной головною болью. Работать не способенъ.

№ 196. Дорофѣевъ К. 31 г. — 8-го Томскаго п.; ефрейторъ,
29. IX. 04 раненъ при Шахэ об. пулей,
4. X. 04 поступилъ въ 3. К. О. въ Иркутскѣ,
11. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Зажившее входное отверстіе въ правой височной области. Выхода нѣтъ. Парезъ лѣвой верхней конечности. Боль въ затылкѣ. Головокруженіе. — Теченіе: T° нормальна. Постоянная головная боль. Головокруженіе увеличивается при ходьбѣ. 11. XI. 04 выписанъ. Комиссіей уволенъ на 1 годъ.

№ 197. Кошмутъ М. 25 л. — 11-го Семипалатинскаго п.,
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулей,
3. X. 04 поступилъ въ 3. К. О. въ Иркутскѣ,
7. X. 04 эвакуированъ.

V. r. occipitalis dex. — Входъ: на правой сторонѣ затылка. Рана зажила. Выхода нѣтъ. Параличъ всего nerv. facialis sin. Течь изъ лѣваго уха и колотье въ немъ. Слышитъ плохо. T° нормальна. 7. X. 04 — эвакуированъ.

№ 198. Степченко І. 24 л. — 123-го Козловскаго п.,
17. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулей,
7. X. 04 поступилъ въ 3. К. О. въ Иркутскѣ,
18. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — По срединѣ правой теменной области, на палецъ отъ средней линіи свищъ, сообщающійся съ черепной полостью. Въ глубинѣ свища прощупывается неподвижный секвестръ незначительной величины. Жалуется на боль въ лѣвой нижней конечности. Самочувствіе удовлетворительное. — Теченіе: T° нормальна. 15. XI. — Дефектъ черепной крышки закрытъ рубцомъ. Слабость въ лѣвой нижней конечности. Парезъ III—V пальцевъ лѣвой стороны. 18. XI. 04 — выписанъ. Уволенъ въ четырехмѣсячный отпускъ, но б. выразилъ желаніе воспользоваться лишь краткимъ отдыхомъ, чтобы возвратиться въ дѣйствующую армію.

Случаи съ застрявшими оболочечными пулями

неоперированные, умершіе.

№№ 199—202.

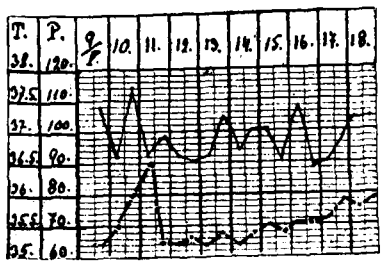
№ 199. Гусельниковъ Сергѣй. — 4-го В. С. С. П.; ефрейторъ,
? I. 05 раненъ при Сандепу об. пулей,
23. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
24. I. 05 умеръ.

V. r. frontalis sin. — На лбу влѣво отъ средней линіи на палецъ позади границы волосъ косая рана длиною въ 1,5 cm., края неправильные. Изъ глубины вытекаетъ мозговое вещество. Б. безъ сознанія. Параличей нѣтъ. Кровотеченіе изъ носу. T° 37,3, пульсъ 60. 24. 1. 05 не приходя въ сознаніе умираетъ. Вскрытіе черепа: въ лобной кости небольшое отверстіе (препаратъ черепа), пулевой ходъ идетъ сверху внизъ черезъ лѣвую лобную долю. Пуля застряла въ мозговой ткани, причинивъ переломъ laminae cribrosae os. ethmoid. съ лѣвой стороны. Meningoencephalitis (см. снимки III a и b).

№ 200. Пестрочковъ Борисъ. — Тобольскаго рез. бат.,
7. V. 05 раненъ об. пулей,
9. V. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
18. V. 05 умеръ.

V. r. frontalis sin. — Маленькая рана на верхнемъ вѣкѣ лѣваго глаза въ наружномъ его углу. Haematoma вѣкъ и слизистой оболочки глаза. Глазное яблоко повреждено. Роговица

мутна. Tensio bulbi понижена. Больной въ полусознаніи, безпокоенъ, срываетъ повязку; на вопросы отвѣчаетъ большею частью спутано. Часто въ веселомъ настроеніи. T° 37,4, пульсъ 65. Мокрота съ примѣсью крови изъ носоглоточнаго пространства. — Теченіе: T° нормальна. Пульсъ замедленъ, напряженъ (см. кривую). Очень безпокоенъ. 17. V. — Лѣв. глазъ немного выпячивается. Роговица просвѣтлѣла. Зрачекъ неправильной формы. 18. V. 05 внезапная смерть. При вскрытіи обнаружено: маленькое отверстіе въ верхней крышкѣ orbitae, безъ осколковъ. Глазъ контуженъ. Nerv. opt. цѣлъ. Небольшая гематома подъ dura съ лѣвой стороны въ лобной части. Разрушеніе лѣваго височнаго лоскута. Encephalitis. Прободеніе съ corn. ant. ventr. lat. sin. Пуля лежитъ въ области разрушенія, недеформирована.



№ 200.

№ 201. Лагода Дмитрій. — Ефр. Минскаго п.
? раненъ об. п.,
27. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
4. III. 05 умеръ.

V. r. temporalis sin. — Входъ: надъ лѣвой ушной раковиной. Выхода нѣтъ. Безъ сознанія, но реагируетъ. Параличей нѣтъ. T° 39,1, пульсъ 72. 28. II. — 4. III. — T° 28-го повышена до 39,1, пульсъ замедленъ — 68. Въ слѣдующіе дни T° около 36,5—37,5; пульсъ 64—76. 4. III смерть.

№ 202. Салдиковъ Дмитрій. — 26 л.
? раненъ об. пулею,
2. III. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ, изъ 93 П. з. Г.
5. III. 05 умеръ.

V. r. temporalis sin. — Входъ: на четыре (?) пальца выше верхняго края лѣвой ушной раковины. Рана зарубцевалась. Выхода нѣтъ. Б. въ полусознаніи. Отвѣчаетъ медленно и отрывочно. — Птозисъ лѣваго верхняго вѣка. Зрачекъ расширенъ, не реагируетъ. Параличей конечностей нѣтъ. T° 38,9, пульсъ 76.

— Изслѣдованіе Рентгеновскими лучами обнаруживаетъ ружейную пулю на основаніи черепа. Пуля носикомъ направлена вправо. — При изслѣдованіи пальцемъ носо-глоточной полости не удается прощупать инороднаго тѣла (см. снимокъ № VII).

Случаи съ застрявшими об. пулями
оперированные, эвакуированные.
Первично-оперированные.
№№ 203—205.

№ 203. Пугачевъ Иванъ. 34 л. — 137-го Нѣжинскаго пѣх. п. мл. унт.-оф.
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пул.,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. occipito-parietalis dex. — Входное отверстіе: справа на границѣ затылочной и теменной областей, рана проникаетъ вглубь. Параличъ правой половины лица, лѣвой руки и ноги, напряженное состояніе мышцъ затылка, рана съ контуженными краями, неправильной формы. Пульсъ замедленъ (48). Полусознательное состояніе. На вопросы отвѣчаетъ вяло. — Операція: находятъ оскольчатый переломъ черепа, удалены 4 осколка, глубоко внѣдрившіеся въ мозговое вещество. Послѣднее разрушено величиною въ $^1/_2$ куринаго яйца. 21. VIII. — Сознаніе прояснилось. Пульсъ 64—72. Температура нормальна. 22. VIII. — Самочувствіе хорошее. Рана чиста. Перевязка. 24. VIII. — Отправленъ съ царскимъ санитарнымъ поѣздомъ въ Харбинъ.

№ 204. Богомольный Мордко. 25 л. — 34-го Сѣвскаго п.
22. II. 05 раненъ об. пулею,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. orbito-parietalis d. — Входное отверстіе — въ правомъ глазномъ яблокѣ. Выходного отв. нѣтъ. Пуля застряла въ теменной области по срединной линіи, выйдя на половину своей величины и выпячивая кожу. Глазъ разрушенъ.

Парезъ лѣвой руки, ногой двигаетъ. Операція. — Найденъ оскольчатый переломъ на темени, пуля извлечена. Тампонація. 23. II. — Самочувствіе удовлетворительное. Пульсъ 70. T° 37.0 до 37,4. 24. II. — Сильно волнуется, видя отступленіе нашихъ войскъ. Во что-бы то ни стало хочетъ отправиться на сѣверъ. 26. II. — Успокоился. Рана въ удовлетв. состояніи. Рубцуется нормально. 1. III. — Рана значительно уменьшилась. 10. III. Отправленъ въ Дальній. (Б. упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 126, № 57).

№ 205. Зайцевъ Іосифъ. 24 л. — 140-го Зарайскаго п.,
21. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. цул.,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parieto-occipitalis s/d. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. Не можетъ стоять, головокруженіе; парезъ нижнихъ конечностей. Пульсъ замедленъ — 48. T° не повышена. — Входное отверстіе: на границѣ лобной и теменной области на 2 cm. влѣво отъ срединной линіи. Выходного отверстія нѣтъ, но пуля прощупывается въ правой затылочной области подъ кожей. — Операція. — Удалена пуля. Черепъ трепанированъ спереди и сзади и удалены 4 осколка на мѣстѣ входного отверстія. Изъ задняго отверстія удалена масса сгустковъ. Тампонація. 23. II. — Состояніе больного удовлетворительно. Жалобъ нѣтъ. Пульсъ 60. 24. II. — Остался въ плѣну. 28. II. — При перевязкѣ констатирована хорошо гранулирующая рана, изъ глубины задняго отверстія выдѣляется немного гнойной жидкости. 1. III. — Безъ перемѣнъ. Ходитъ свободно. 10. III. — Оставленъ на попеченіе япо́нцевъ. Общее состояніе хорошее. Раны почти совсѣмъ закрылись. — Выздоровѣлъ (по частн. свѣд.).

Вторично-оперированные.

№№ 206—207.

№ 206. Буторовичъ Василій. 25 л. — 161-по Александропол. п. ефр.
17. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
24. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
25. II. 05 и 13. VII. 05 оперированъ,
18. VIII. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Раненъ въ лежачемъ положеніи. Послѣ пораненія прошелъ еще шаговъ 30, потомъ свалился. Сознаніе потерялъ совсѣмъ только на слѣдующій день утромъ, раненъ вечеромъ. Сколько времени былъ безъ сознанія не помнитъ, очнулся по дорогѣ въ Харбинъ. Сейчасъ-же послѣ пораненія потерялъ способность говорить. — Входъ: 4,5 сантим. выше лѣваго наружнаго слухового прохода въ области височной кости. Изъ ранки выдѣляется небольшое количество гноя. Выходного отверстія нѣтъ. Б. въ сознаніи, но апатиченъ. Говорить совсѣмъ почти не можетъ; отвѣчая на вопросы бормочетъ какія-то непонятныя слова. Моторный и сенсорный параличъ правыхъ конечностей, праваго nerv. facialis и port. sensor. nerv. trigem. dex. Пульсъ 56, напряженный, T° 38,5. — 25. II сдѣлана операція. Кость въ окружности пулевого отверстія раздроблена на нѣсколько осколковъ, части которыхъ внѣдрились въ размозженную мозговую ткань. Изъ раны въ твердой мозговой оболочкѣ выпячивается мозговая ткань, смѣшанная съ кровью и гноемъ (около $2^1/_2$ ложекъ). Послѣ очистки полости введенъ тампонъ на глубину 6 сантим. — Теченіе: 25. II.—2. III. — Б. сталъ совсѣмъ апатиченъ, пищи не требуетъ. Пульсъ замедленъ, 50—60. Сознаніе не совсѣмъ потеряно. 4. III. — Перем. тампона, пропитаннаго гноемъ. 9. III. — T° нормальна. Пульсъ ускорился. Глотаніе затруднено. — Перем. пов. Вокругъ тампона выпаденіе мозга. Мочится самъ. — 10. III.—15. III. — Сталъ немного говорить, путаетъ до того слова и буквы, что смысла его словъ не понять. Говоритъ нехотя и вяло. Параличъ руки ноги и facialis'а улучшился. Сознаніе ясное. Апатія. 15. III. — Перем. пов.; выпаденіе мозга вокругъ тампона увеличилось. 24. III. — Рѣчь улучшается, выговариваетъ правильно нѣкоторыя простыя слова (Василій, ваше, хорошо, и т. д.). Въ другихъ словахъ путаетъ буквы (нѣмѣетъ — млѣетъ); третьи слова путаетъ съ другими (шаговъ — верстъ). Сталъ болѣе участно относиться къ окружающей средѣ. Движенія конечностей совершаются почти въ нормальномъ объемѣ, но слабы. — Выпаденіе мозга къ 24. III достигло величины голубинаго яйца, оно конусообразной формы, на вершинѣ конуса ходъ, въ который вставленъ тампонъ. Въ первыхъ числахъ апрѣля выпаденіе стало замѣтно уменьшаться, но съ 21. IV снова увеличилось, главнымъ образомъ насчетъ основанія конуса выпаденія, въ высоту выпаденіе почти не увеличилось. Наибольшихъ размѣровъ выпаденіе достигло къ 6. V, затѣмъ оно начало уменьшаться и къ 18. V

исчезло. T° нѣсколько разъ на непродолжительное время повышалась, причиной чему оказывалась незначительная задержка гноя. — Самочувствіе больного улучшилось, хотя подавленность еще есть. Медленно соображаетъ. Когда говоритъ, то путаетъ слова и буквы, такъ же пишетъ. Не можетъ вспомнить имена товарищей по полку. Не помнитъ обстоятельствъ, при которыхъ былъ раненъ. Моторный параличъ почти исчезъ, осталась слабость конечностей. Легкій парезъ nerv. facialis. Сенсорный параличъ значительно улучшился. Разстройство мышечнаго чувства на правой верхней конечности. 10. VI ходитъ, пошатываясь; при этомъ — головокруженіе, нѣмѣетъ правая нога. Вспомнилъ обстоятельства, при которыхъ раненъ. 4. VII. — Рана окончательно зарубцевалась. Въ черепной крышкѣ дефектъ длиною въ 3,5 cm., шириной въ 2,5 cm. На мѣстѣ дефекта нѣсколько втянутый, пульсирующій рубецъ. Paresis nerv. fac. dex. et port. sens. nerv. trig. dex. Ослабленіе слуха — на разстояніи 3 шаговъ не разбираетъ разговорной рѣчи. Ослабленіе мышечной силы и чувствительности, разстройство мышечнаго чувства на прав. верхней конечности. Ослабленіе мышечной силы и повышеніе чувствительности на правой нижней конечности. Ослабленіе сухожильныхъ рефлексовъ на правыхъ конечностяхъ. Частичная парафазія съ параллельной параграфіей. Ослабленіе умственныхъ способностей. Подавленность, легко смущается и тогда явленія парафазіи и ослабленія умственныхъ способностей рѣзко усиливаются. Ходитъ медленно, волоча ноги. Во всѣхъ движеніяхъ чувствуется какая-то неувѣренность, неловкость. Жалуется на частую головную боль, головокруженіе при ходьбѣ, чувство онѣмѣнія въ правой нижней конечности при стояніи и ходьбѣ. 12. VII. — Рубецъ на мѣстѣ дефекта сильно втянулся. 13. VII. — Операція: дефектъ въ черепной крышкѣ оказывается длиною въ 5,5 cm. и 3,5 cm. ширины; онъ закрывается костно-надкостничной пересадкой съ лѣвой tibiae. Надъ лоскутомъ зашиты мягкіе черепные покровы. 28. VII опер. рана зажила. Рѣчь значительно улучшилась. T° нормальна. 18. VIII. 05 эвакуированъ. Легкій парезъ nerv. facial. dex. Пониженіе чувствительности въ области nerv. trigem. dex. и на правой верхней конечности. Повышенія чувствительности и рефлексовъ на правой нижней конечности. Разстройство рѣчи. Частыя головныя боли по вечерамъ и ночамъ.

По навед. справкамъ Буторовичъ умеръ 15 марта 1906 г., спустя мѣсяцъ по возвращеніи съ войны домой. Раза два-три въ не-

дѣлю были эпилептическіе припадки. У больного припадокъ начинался каждый разъ съ aura, за которой слѣдовали клоническія судороги обѣихъ рукъ и потеря сознанія. Съ момента возвращенія домой и до смерти автоматически подчинялся другому лицу въ пріемѣ пищи и другихъ волевыхъ дѣйствіяхъ. Б. страдалъ амнезіей и разстройствомъ образованія словъ и дикціи = афазіей. Передъ смертью вышелъ изъ избы во дворъ, упалъ тамъ, оглушенный припадкомъ и черезъ нѣсколько минутъ скончался (сообщено врачемъ).

№ 207. Киселевъ Константинъ. 30 л. — 10-го Омскаго п.,
27. IX. 04 раненъ подъ Янтаемъ об. пулею,
2. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
20. X. и 6. XI. 04 оперированъ,
24. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — 15 мин. былъ безъ сознанія. Первую помощь получилъ тотчасъ. — Входъ = калибру пули, на 4 пальца впереди ламбдоиднаго шва, 1,0 cm. влѣво отъ средней линіи. Выхода нѣтъ. Haematoma вокругъ входн. отверстія. Незначительная болѣзненность при постукиваніи. Легкій парезъ правой руки. Сознаніе полное. — Теченіе: самочувствіе хорошее. T° нормальная. Пульсъ колеблется. — Рентгеноскопія обнаруживаетъ слегка деформированную пулю, лежащую повидимому довольно поверхностно въ черепной полости ниже ламбдоиднаго шва съ лѣвой стороны. — Парезъ правой руки исчезъ. 11. X. — Входн. отв. зарубцевалось. 18. X. — Около входного отв. прощупывается острое инородное тѣло. 20. X. 04 операція. Разрѣзъ въ области рубца. Оскольчатый переломъ черепа. Удаляются нѣсколько осколковъ кости, подъ ними dura, покрытая грануляціями, пульсируетъ. Входн. отв. въ ней нельзя больше отличить. — До 28. X прекрасное самочувствіе. T° нормальна. Пульсъ см. кривую. Иногда головная боль. 5. XI T° внезапно повысилась. Пульсъ частый, головокруженіе, рвота. 6. XI операція. На затылкѣ слѣва на палецъ выше sulc. transv. oss. occip. подковообразный лоскутъ по Wagner'y. Dura пульсируетъ. Ее вскрываютъ. Подъ ней нормальная картина. Пуля прощупывается въ lobus occipitalis подъ тонкимъ слоемъ мозговой корки надъ tentorium cerebelli. Вокругъ пули мозговая ткань размягчена. Пуля извлекается. (Оказывается, что носикъ пули слегка сплюснутъ и

согнутъ). Лоскутъ прикрѣпляется нѣсколькими швами, вставленъ маленькій тампонъ. 14. XI. — Перем. пов. Тампонъ удаленъ, раны чисты. 24. XI эвакуир. на сѣверъ. Самочув. прекр. Раны зажили. Можетъ стоять.

По навед. справ. 11. XI. 06 — Киселевъ живъ. Въ области ранъ втянутые рубцы. Говоритъ плохо, неотчетливо. Въ правой ногѣ бываетъ чувство стягиванія и судороги. Сознанія не теряетъ. Жалуется на частое головокруженіе и на постоянныя головныя боли. Къ работѣ не способенъ. (См. снимки № V (I) и № VIII).

Случаи съ застрявшими об. пулями

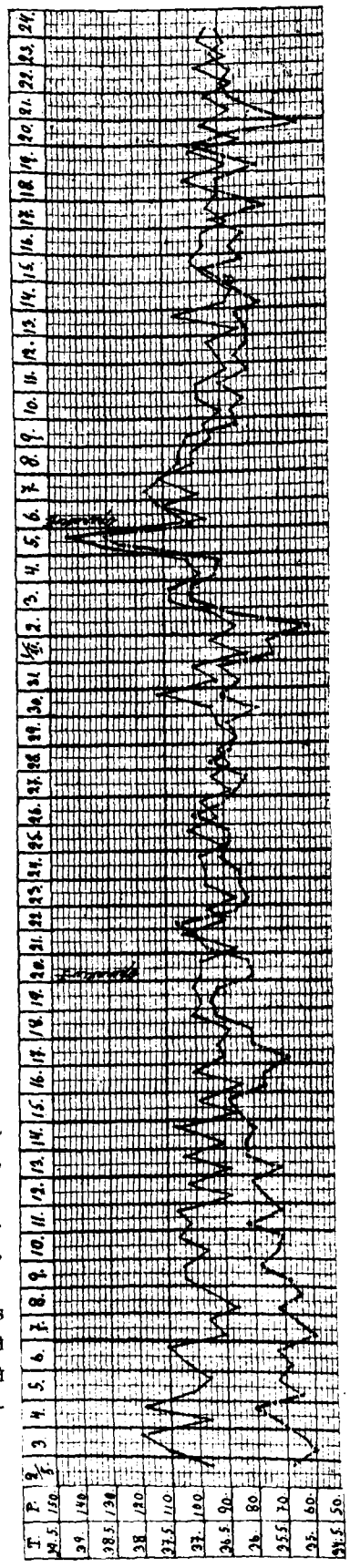
оперированные, эвакуированные.

Оперированные до поступленія въ лазареты.

№№ 208—209.

№ 208. Бочаровъ Ѳедоръ. 25 л.
21-го В. С. С. П.
7. VI. 04 раненъ об. пул. на
разстояніи 300 ш.,
? оперированъ,
4. VII. 04 поступилъ въ Л.
И. О. въ Харбинѣ,
25. VII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-occipitalis dex. — Послѣ раненія семь дней былъ безъ памяти, черезъ 15 дней въ Хайченѣ сдѣлали опе-



рацію и вынули пулю. — Входъ: середина правой височной кости. Выходъ: немного выше prot. occipit. ext., здѣсь — рана послѣ трепанаціи черепа, дефектъ величиною въ 5-коп. мон., въ чистой ранѣ видно поврежденное мозговое вещество. Параличъ лѣвой руки и ноги. Парезъ nerv. facial. sin. — Теченіе: T^0 нормальная. Движенія ноги возстановляются. 25. VII. 04 эвакуированъ.

По навед. справкамъ 7. XII. 06 Бочаровъ живъ. На мѣстѣ ранъ неболѣзненные, втянутые рубцы. Полный параличъ лѣвой руки и частичный лѣвой ноги. Во время сна стягиваетъ лѣвую ногу и руку (контрактура сгибателей), утромъ съ трудомъ разгибаетъ ногу, при этомъ бываютъ каждый разъ судороги. Сознаніе потерялъ 1 разъ (сообщено врачемъ). При бодрствованіи головокруженія не бываетъ, но если больной лежитъ, то при поворотѣ на другую сторону или при вставаніи обязательно головокруженіе. Работать не способенъ.

№ 209. Куриловъ Ѳодоръ. 29 л. — 122-го Тамбовскаго п.,
13. VIII. 04 раненъ об. пулей,
? оперированъ,
20. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
19. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Послѣ раненія четверть часа былъ безъ сознанія. Отняло правую верхнюю конечность. — Въ Ляоянѣ застрявшая пуля вынута, сдѣлана трепанація, послѣ которой движенія въ правой рукѣ мало-по-малу возстановляются. Чистая, рѣзаная рана въ области лѣвой теменной кости. Кость и мозгъ не видны въ ранѣ. Параличъ кисти правой руки, пальцы согнуты. Послѣ пассивнаго выпрямленія немедленно возвращаются въ прежнее положеніе. Чувствительность на ладонной поверхности, нижней четверти предплечья и кости сильно понижена. Рефлексъ musc. bicip. усиленъ. 7. IX. — Появляются слабыя движенія въ лучезапястномъ суставѣ. Движенія пальцевъ = 0. Въ локтевомъ и плечевомъ суставахъ движенія въ полномъ объемѣ. 19. IX. 04 эвакуированъ въ Россію. Рана не зажила.

По навед. справкамъ 15. VI. 08 Куриловъ живъ. Въ лѣвой теменной области втянутый, болѣзненный рубецъ. Бываютъ судороги въ правой рукѣ. Сознанія не теряетъ. Параличей нѣтъ. Говоритъ свободно. Жалуется иногда на головокруженіе и головную боль припадками. Работать не способенъ.

Случаи съ застрявшими оболочечными пулями
оперированные, умершіе.
Первично-оперированный
— № 210.

№ 210. Неизвѣстный.

17. II. 05 раненъ об. пулею,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 5926,
18. II. 05 оперированъ,
22. II. 05 умеръ.

V. r. temporalis sin. — Б. безъ сознанія. Пуля вошла въ лѣвый високъ. — 18. II. Операція: удалено много осколковъ кости и кровяныхъ сгустковъ. 22. II. — Скончался не приходя въ себя.

Случаи съ застрявшими оболочечными пулями
оперированные, умершіе.
Вторично-оперированные
№№ 211—215.

№ 211. Корнещанъ Иванъ. 55-го Подольскаго п.
? раненъ об. пулею,
15. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
15. I. 05 оперированъ,
27. I. 05 умеръ.

V. r. frontalis sin. — Входъ: на границѣ лобной области и лѣвой теменной области, на одинъ палецъ отъ средней линіи. Выхода нѣтъ. — Параличей нѣтъ. На вопросы отвѣчаетъ здраво, подробностей раненія не помнитъ. Временами начинаетъ говорить невпопадъ. Пульсъ немного напряженъ, не учащенъ. T° 37,8. Операція 15. I. — Рана расширена. Вокругъ костной раны звѣздообразный оскольчатый переломъ. Dura пробита. Мозговое вещество размозжено. Осколки кости вдавлены въ вещество мозга. Осколки удалены. Огнестрѣльнаго снаряда найти не удалось. Тампоны. 17. I. — Зубы стиснуты, раскрыть ротъ не въ состояніи. T° 36,7—37,8. 18.—19. I — начинаетъ раскрывать ротъ. На вопросы отвѣчаетъ. Значительная гиперемія лица, особенно носа. T° около 37,0, пульсъ хорошій. Рана чиста. Съ 20. I T°

повышается. Б. очень безпокоенъ, вскакиваетъ съ кровати, собирается рубить дрова, топить печь. 21. I. — T° 39,4—40,0. Пульсъ 120. 22. I. — Небольшое выпячиваніе мозгового вещества. Перем. пов. На вопросы отвѣчаетъ. 24. I. — Пролапсъ увеличился. Небольшая ригидность шейно-затылочныхъ мышцъ. Зрачки равномѣрно расширены. Б. слабо реагируетъ. T° 36,8—37,8. Пульсъ учащенъ. 25. I. — Б. въ сопорозномъ состояніи, на вопросы не отвѣчаетъ. T° 40,6—40,0 пульсъ учащенъ. 26—27. I. — Оцѣпенѣлость затылка. T° высокая — до 40,0, пульсъ частный. Cheyne-Stokes дыханіе. Видъ раны вялый. Пролапсъ безъ измѣненія. 27. I — скончался. — Вскрытіе: въ правой лобной долѣ имѣется обширный гнойникъ, переходящій въ правую теменную область, до передняго рога желудочка. Въ послѣднемъ гноя нѣтъ. Гнойникъ стоитъ въ непосредственной связи съ раневымъ каналомъ. Отъ входного отверстія раны идетъ каналъ, наполненный кровяными сгустками, по направленію къ теменной области. Въ послѣдней находится пуля, застрявшая въ кости на два пальца ниже теменного бугра. Пуля пробила кость и носикомъ своимъ еле выпячивается подъ мягкіе покровы. Менингита нѣтъ.

№ 212. Неизвѣстный. — Казакъ.

? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,
24. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
25. II. 05 оперированъ,
26. II. 05 умеръ.

V. r. frontalis. — Б. удивительно высокаго роста. Безъ сознанія, но очень безпокоенъ. — На лбу поперечная, продолговатая рана, длиною въ 2 cm., шириною до 1 cm. Выходн. отв. нѣтъ. Б. страшнымъ буйствомъ приводитъ въ недоумѣніе весь лазаретъ. T° повышена. Пульсъ напряженъ и замедленъ. — Общее состояніе ухудшается. 25. II. — Операція: расширена входная рана. Изъ костной раны выпячивается мозговая ткань. Кость раздроблена. Изъ глубины удаляются 6 осколковъ кости. Въ мозгу громадная полость разрушенія. Корнцангъ проваливается до затылочной кости, здѣсь дѣлается контра-апетура. Dura здѣсь не повреждена, но мозговое вещество разрушено, смѣшано съ кровяными сгустками. Пуля не найдена. Тампоны. — Теченіе: T° высокая, пульсъ частый, нитевидный. — Не приходитъ въ сознаніе. 26. II — смерть. При вскрытіи обнаруженъ: meningitis purulenta. Размягченіе почти всей лѣвой гемисферы мозга. Недеформированная

оболочечная пуля найдена въ затылочномъ лоскутѣ въ полости разрушенія.

№ 213. Валцевъ Шаринъ. 25 л. — 56-го Житомірскаго п.
13. I. 05 раненъ при Сандепу об. пулей,
20. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. I. 05 оперированъ,
30. I. 05 умеръ.

V. r. temporo-occipitalis sin. — Обстоятельствъ раненія не помнитъ. — Входное отверстіе огнестрѣльной раны на 1 палецъ кзади отъ границы лобной и лѣвой височной областей, на 4 пальца выше скуловой дуги. Въ лѣвой затылочной области на 1 палецъ влѣво отъ срединной линіи прощупывается болѣзненное твердое тѣло, неподвижное, по формѣ напоминающее пулю. Больной въ сознаніи. Параличей нѣтъ. T° 37,0. — Операція: входное отв. расширено. Въ кости оказался оскольчатый переломъ, dura m. разорвана и мозговое вещество въ предѣлахъ перелома размозжено. Осколки удалены. Тампонація. Разрѣзъ въ затылочной области надъ болѣзненнымъ тѣломъ, это — ружейная пуля, которая на половину вышла и застряла. Рана въ кости расширена, пуля извлечена. До 24. I — состояніе удовлетв., хотя T° повышена, 37,5—38,7; выпячиванія мозга не замѣчалось. 28. I замѣтенъ пролапсъ мозга въ затылочной области. П. 60, T° 37,0—37,5. Съ 29. I — замѣтное ухудшеніе, и 30. I смерть. — Вскрытіе: менингита нѣтъ. По ходу раневого канала въ мозгу гнойникъ порядочн. размѣровъ. Входное и выходное отверстія склеились. Въ желудочк. гноя нѣтъ.

№ 214. Борисовъ Кузьма. 25 л. — 9 арт. бриг. бомбардиръ,
17. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
21. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
22. VIII. 04 оперированъ,
16. IX. 04 умеръ.

V. r. frontalis. — Послѣ раненія нѣкоторое время былъ безъ сознанія. — Входъ: по средней линіи на 2cm. выше волосистой части лба. Ощупывается раздробленіе кости. Выхода нѣтъ. Отёчность и кровоподтёки вѣкъ и конъюнктивъ праваго глаза. T° 38,3, пульсъ рѣдкій, напряженный. 22. VIII. — Операція: входное отверстіе расширено до переносья. Черепная крышка раздроблена на значительномъ протяженіи. Раздроблены

обѣ стѣнки sinus frontalis. Дефектъ послѣ сглаживанія краевъ костной раны въ 5 коп. мон. (мѣдн.). Dura mater и мозговое вещество разрушены въ области поврежденія кости и дальше въ стороны. Тампоны. — Теченіе: 23.—29. VIII — T^0 вечеромъ до 38,7, пульсъ 50—72. Сознаніе полное. Самочувствіе удовлетворительное. 25. VIII. — Перем. пов., рана чиста. 30. VIII. — Выпаденіе мозга. Рана чиста, отдѣляемаго мало. До 9. IX — теченіе благопріятное. Состояніе раны хорошее, хотя выпаденіе мозга достигло (5. IX.) величины куринаго яйца. T^0 не превышаетъ 37,9, пульсъ нормальный. Самочувствіе хорошее. Стулъ задержанъ. Отёки и кровоподтёки праваго глаза исчезли. Съ 9. IX T^0 начинаетъ повышаться, пульсъ становится частымъ и слабымъ. Б. апатиченъ. 14. IX. — Были общія судороги, начавшіяся съ головы. Замѣчается лѣвосторонній параличъ. Сознаніе затемнено. Пульсъ слабѣетъ и при явленіяхъ чэнъ-стоковскаго дыханія б. 16. IX скончался.

№ 215. Хоряковъ Даніилъ. 33 л. — Козловскаго п.,
? VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
3. IX. 04 оперированъ,
5. IX. 04 умеръ.

V. r. parietalis dex. — Входъ: на 2 cm. вправо отъ средней линіи и на 5 cm. впереди праваго теменного бугра. Выхода нѣтъ. Сознаніе сохранено. Афазія, можетъ выговаривать только слово „да“. Видимо понимаетъ, что ему говорятъ. На вопросъ: „что болитъ?“ указываетъ на голову. Параличъ верхнихъ и нижнихъ конечностей. Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, клонусъ стопы. Не мочился. T^0 37,2, пульсъ 60—70. Теченіе: мочился самъ. Ночью безпокоенъ, пѣлъ употребляя слово „да“. 30. VIII усиленно жалуется знаками на головную боль. 31. VIII. — Ночью безпокоенъ. Въ первый разъ на вопросъ: „болитъ ли голова,“ отвѣтилъ „болитъ“. Въ состояніи говорить еще нѣсколько словъ: „сильно, нѣтъ, пожалуйста,“ но всѣ эти слова выговариваетъ медленно, чуть ли не по слогамъ. 1. IX сталъ говорить еще нѣсколько словъ. Сталъ двигать лѣвыми конечностями. Ночью безпокоенъ. T^0 по вечерамъ до 38,5, пульсъ 66—86. 1.—2. IX. — У входного отверстія образовалась флюктуирующая опухоль. Сильная головная боль. — 3. IX. 04 операція: сильный инфильтратъ покрововъ черепа; инфильтратъ спускается и на шею. Обширный оскольчатый переломъ черепа.

Обширное размозженіе мозга, перешедшее въ нагноеніе. Послѣ операціи больной очень апатиченъ, говоритъ опять лишь слово „да“. Мочился самопроизвольно; утромъ до операціи б. сказалъ свою фамилію, назвалъ полкъ, губернію и уѣздъ, откуда онъ. 4. IX. — Ночью шумѣлъ. Днемъ полная апатія, на вопросы не отвѣчаетъ. Глаза безучастно смотрятъ вдаль. T° 37,3, пульсъ 68. 5. IX. — Мочится и марается подъ себя. Лежитъ съ закинутой назадъ головою. Пульсъ частый — 140. T° 39,3. — Умеръ 5. IX, не приходя въ себя.

Случаи раненія основанія черепа об. пулями

неоперированные, эвакуированные.

№№ 216—228.

№ 216. Авсѣенко Василій. — 24-го В. С. С. II.
4. VII. 04 раненъ у Удулинскаго пер. об. пулею,
8. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
10. VII. 04 эвакуированъ.

V. r. basilaris. — Раненъ сидя на корточкахъ съ пригнутой къ правому плечу головой. Послѣ раненія былъ безъ сознанія. — Входъ: средина правой скуловой дуги. Выходъ: средина заднаго края muscul. stern. cl. mast. dextr. Параличъ праваго лицевого нерва. Раненіе на вылетъ спины. Пульсъ и T° нормальны. 10. VII. 04. — Раны подъ струпомъ; эвакуированъ на сѣверъ.

№ 217. Японецъ Саида Команидзе. — 4-го пѣхотнаго п.,
? раненъ об. пулею,
14. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
21. II. 05 эвакуированъ.

V. r. basilaris. — Одна рана находится въ области правой носовой кости, края рваные. Рана гноится. Другая рана позади правой ушной раковины въ области proces. mastoid. на высотѣ наружнаго слухового прохода. Рана покрыта струпомъ. Ротъ открываетъ съ трудомъ. Правая половина лица и шеи опухли. Больной вялъ, другихъ рѣзкихъ мозговыхъ явленій нѣтъ. Пульсъ 60, T° 38,0. Въ первые дни температура повышена до 38,7.

№ 218. Корчинъ Петръ. 36 л. — 283-го Бугульминск. п.,
17. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. п.,

22. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
6. III. 05 переведенъ.

V. r. basilaris. — Раненъ при наклоненіи головы вправо къ прикладу ружья одною пулею. Входъ: на палецъ ниже наружнаго угла праваго глаза. Выходъ: задній край m. st. cl. mast. На 2 пальца ниже еще рана, а также на высотѣ 4 позвонка, на три пальца вправо отъ позвоночника. Эти раны соотвѣтствуютъ входу и выходу той же пули. Раны покрыты струпомъ. Опухоль въ области parotid. dextr., болѣзненная на ощупь. Параличъ лицевыхъ мышцъ правой стороны. Значительное пониженіе зрѣнія праваго глаза и слуха справа. — Теченіе: 22. II. — T° 37,2, п. 76. 24. II. — T° 36,7—37,1, п. 60. 25. II. — T° 36,6, п. 104. — Впослѣдствіи T° и пульсъ нормальны. Опухоль въ области parotid. понемногу уменьшается. Самочувствіе удовлетв. По-видимому височная половина сѣтчатки праваго глаза не функціонируетъ, съ трудомъ считаетъ на разстояніи одного метра пальцы. — 6. III. 05 переведенъ въ 94 зап. госп. по случаю закрытія лазарета.

По наведеннымъ въ концѣ 1906 г. справкамъ Корчинъ живъ. — Раны зарубцевались. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бываетъ. Головокруженія и головной боли нѣтъ. Работать способенъ, но хуже прежняго.

№ 219. Орѣховскій Власъ. 24-го В. С. С. П.
? VII. 04 раненъ на Уфангуанскомъ пер. об. п.,
8. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
25. VII. 04 эвакуированъ.

V. r. basilaris sin. — Раненъ стоя. Первую помощь получилъ черезъ 5 часовъ. — Входъ: на полсант. ниже лѣваго угла рта. Fractura proc. alv. въ области коренныхъ зубовъ слѣва. Выходъ: на 4 cm. позади правой ушной раковины, длиною въ 3 cm.; вторая рана 3 cm. позади m. st. cl. mast. dext. — Параличъ правой руки. — Теченіе: T° высокая. 10. VII. — Раны на черепѣ закрылись. Появляются движенія въ пальцахъ и кисти правой руки. 14. VII вскрыта тремя разрѣзами флегмона на шеѣ. 25. VII. 04. — Эвакуированъ, по случаю закрытія лазарета. T° по вечерамъ до 38,5.

По наведеннымъ справкамъ умеръ — на театрѣ военныхъ дѣйствій отъ послѣдствій раненія.

№ 220. Левинъ Ѳедоръ. 35 л. — 9-го Старо-Ермол. п.,
28. IX. 04 раненъ при Шахэ двумя об. пулями на разстояніи 700 шаговъ,
5. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
20. X. 04 эвакуированъ.

V. r. basilaris. — Послѣ ранения тотчасъ-же потерялъ сознаніе. Перевязанъ въ дивизіонномъ лазаретѣ на ст. Шахэ и въ вагонѣ. Оглохъ на лѣвое ухо. 1 Входъ: въ лѣвое ухо, въ наружномъ слуховомъ проходѣ возлѣ козелка ранка, барабанная перепонка цѣла. Выходъ: у праваго крыла носа. 2 Входъ: на 4 пальца выше prot. occip. ext. Выходъ: на томъ-же уровнѣ нѣсколько влѣво. Обѣ ранки покрыты струпомъ. Кости черепа цѣлы (?). Теченіе: T° нормальна. Шумъ въ лѣвомъ ухѣ. Головокруженіе. 20. X всѣ ранки зажили. Сталъ лучше слышать. 20. X. 04. — Эвакуированъ въ Россію.

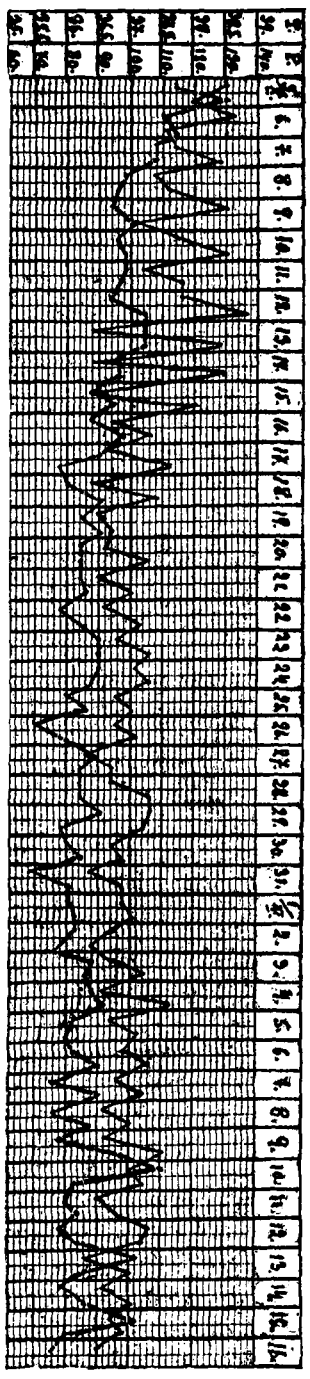
По наведеннымъ справкамъ 6. X. 06 Левинъ живъ. Жалуется часто на боль въ правой рукѣ. Параличей нѣтъ. Часто бываетъ головокруженіе, появляющееся припадками. Къ работѣ мало способенъ.

№ 221. Рѣшетниковъ Петръ. 27 л. — Ефр. 216-го Инсар. п.,
13. II. 05 раненъ об. пулею,
27. II. 05 въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. basilaris sin. — Входъ: на два пальца влѣво и ниже затылочнаго бугра. Выходъ: справа у основанія скуловой кости. Параличей нѣтъ. Жалуется на головную боль, головокруженіе. Стоять не можетъ. T° до эвакуаціи нормальна. (Упомянутъ въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 120, № 17).

№ 222. Пертинъ Василій. 25 л. — 33-го Елецкаго п. ст. унт. оф.,
? X. 04 раненъ об. пулею,
19. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
11. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. basilaris. — Со дня раненія полная амнезія. — Входъ: область правой скуловой кости. Выходъ: слѣва въ области виска. Ранки зажили. Ptosis верхняго вѣка лѣваго глаза, значительная гиперемія конъюнктивы. Боль въ подошвахъ ногъ и слабость со стороны нижнихъ конечностей, такъ что не можетъ поднимать ихъ. Сознаніе нѣсколько спутано, но дѣйствительность



№ 233.

сознаетъ. — Теченіе: 20. X. — Сильныя боли въ ногахъ. Бредовыя идеи. Спутанность сознанія. Вечеромъ T⁰ 39,0. 22. X. — Ходить не можетъ изъ-за боли въ ногахъ. Прикосновеніе къ подошвамъ вызываетъ стоны. Объективно со стороны ногъ никакихъ измѣненій. Ночью буйный бредъ. — Съ 27. X боль въ ногахъ (подошвахъ) уменьшается. Больной становится спокойнѣе. T⁰ нормальна. 1. XI. — Начинаетъ ходить. Спутанности идей нѣтъ. 11. XI. — Эвакуированъ въ Россію — для дальнѣйшаго леченія.

По наведеннымъ справкамъ въ концѣ 1906 г. Пертинъ живъ. Въ области рубца на вискѣ болѣзненная опухоль. Почти ежедневно бываютъ припадки, отнимается языкъ и теряетъ сознаніе. Судорогъ не было. Жалуется на періодически появляющееся головокруженіе и головную боль. Работать неспособенъ.

№ 223. Заровнятныхъ Василій. 27 л.
—5-го Иркутскаго п.,
30. IX. 04 раненъ при Шахэ об. пулею,
5. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
16. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. basilaris. — Первую помощь получилъ тотчасъ. Было трудно дышать. При поступленіи сознаніе ясное. — Входъ: на срединѣ переносья = калибру пули. Выходъ: щелеобразный на три пальца ниже proc. mast. dex. по заднему краю musc.

sternocleidomast. Параличъ лѣвой руки и ноги. Правая половина мягкаго неба менѣе подвижна чѣмъ лѣвая, она стоитъ ниже. При высовываніи языка правая сторона его отстаетъ, ложится въ складки; кончикъ языка заходитъ вправо. Говоритъ не внятно, сиплымъ голосомъ. Плохо глотаетъ. Пульсъ и T° см. кривую. — Теченіе: 8. X. — Начинаетъ двигать лѣвой рукой и ногой. Глотаніе немного свободнѣе. 9. X. — Два дня не было стула. Клизма. 10. X. — Сильный кашель, много слизистой мокроты. Притупленіе легочнаго звука справа, сзади и сбоку (въ нижней долѣ). Крепитирующіе хрипы. Дыханіе учащено. (Infus. rad. ipec. + Liq. ammon. anis.; компрессъ). 12. X. — Кашель меньше. 14. X. — Въ правой нижней долѣ мелко-пузырчатые хрипы. Самочувствіе лучше. Раны зарубцевались. 16. X. — Жалуется на головную боль. Изъ лѣваго наруж. слух. отв. вытекаетъ гной, вонючій. Въ барабанной перепонкѣ прободеніе, изъ котораго выпячиваются грануляціи. Otitis med. chron. purul. sin. 21. X. — Параличъ лѣвой руки и ноги исчезъ. Параличъ языка попрежнему. Говоритъ невнятно. 24. X. — Справа сбоку еще притупленіе, но съ тимпаническимъ оттѣнкомъ; мелко-пузырчатые хрипы. Головная боль, особенно съ правой стороны и въ затылкѣ. 30. X. — Объективныя измѣненія со стороны легкаго безъ особаго измѣненія. 1. XI. — Головная боль попрежнему. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи измѣненій не найдено. 6. XI. — Гноетеченіе изъ лѣваго уха меньше. 10. XI. — Боли въ правой половинѣ головы. 13. XI. — Объективныя явленія въ правомъ легкомъ исчезли. 16. XI. — Ходитъ. Говоритъ невнятно. Жевать на правой сторонѣ не можетъ. Головная боль въ правой затылочной области. Эвакуированъ на сѣверъ въ поѣздѣ Импер. Алекс. Ѳеод.

№ 224. П. Николай. 23 л. — Подпоручикъ 123-го Козловскаго п.
19. VII. 04 раненъ подъ Хайченомъ на разст. 1200 ш. об. п.
23. VII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
17. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. basilaris. — Раненъ стоя. Послѣ раненія потерялъ сознаніе на короткое время. Первая повязка наложена на позиціи врачемъ. Доставленъ на линейкѣ. — Входъ: слѣва въ области os. zygomat., небольшихъ размѣровъ, рана чиста. Выходъ (едва замѣтенъ): по средней линіи пальца на два ниже prot. occip. extern. Кровоизліяніе въ конъюнктивѣ вѣкъ лѣв. глаза и глазного яблока. Парезъ nerv. facial. sin. Головная боль. T° 37,2. Пульсъ за-

медленъ, напряженъ, 48—52. Настроеніе подавленное. — Теченіе: самочувствіе улучшается, головная боль уменьшается. 17. IX. 04. — Эвакуированъ въ Читу въ хорошемъ состояніи. Остался парезъ nerv. facial. sin.

По наведеннымъ справкамъ 10. X. 06 II. живъ. На мѣстѣ входного отверстія втянутый рубецъ, подъ нимъ скуловая кость утолщена, здѣсь бываютъ тупыя боли. Параличъ лѣваго лицевого нерва, неподвижная бровь, сглажены складки съ лѣвой стороны носа и искривленъ ротъ. Бываетъ небольшое головокруженіе, сопровождающееся тупой головной болью. Передъ перемѣной погоды также появляются боли. Работать способенъ.

№ 225. Трубинъ Игнатій. 38 л. — 12-го Барнаульскаго п.,
2. X. 04 раненъ при Шахэ об. пулею,
18. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
6. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. basilaris. — Послѣ раненія былъ безъ сознанія довольно долгое время, была рвота, головокруженіе, головная боль, шумъ въ лѣвомъ ухѣ, которымъ ничего не слышитъ. — Входъ: въ области нижней челюсти слѣва на уровнѣ рта, рана зарубцевалась. Выходъ: въ лѣвой ушной раковинѣ желобоватое отверстіе, окруженное грануляціями. Наружный слуховой проходъ пораненъ, изъ него выдѣляется гной съ кровью. Позади уха еще (въ складкѣ) одно отверстіе ведущее по направленію къ слуховому проходу, изъ него выдѣляется гной и извлечены мелкіе костные осколки. Въ затылочной области слѣва имѣется еще зарубцевавшееся пулевое отверстіе. Область позади уха до этого отверстія припухла и болѣзненна. Кровоподтёки обоихъ вѣкъ лѣваго глаза. Параличъ nerv. facial. sin. Больной безъ сознанія. Головная боль, головокруженіе. — Теченіе: 20 и 21. X было повышеніе T^0, ригидность затылочныхъ мышцъ. — Съ 22. X — T^0 нормальна. Изъ лѣваго уха довольно обильное выдѣленіе гноя. Выдѣляются время отъ времени мелкіе костные осколки изъ раны за ухомъ. Замѣтно интенціонное дрожаніе въ лѣвой рукѣ и некоординированныя движенія въ лѣвой ногѣ. 6. XI. 04. — Эвакуированъ въ Россію. — Жалобы на шумъ въ лѣвомъ ухѣ и головокруженіе, но въ меньшей степени, чѣмъ въ началѣ.

По наведеннымъ справкамъ 19. XII. 06 Трубинъ живъ. Раны плотно зарубцевались. Въ лѣвой голени бываютъ судорожныя подергиванія, почти ежедневно. Руками и ногами владѣетъ хо-

рошо. Жалуется на постоянное головокруженіе и головную боль. Работать не способенъ совершенно.

№. 226. Анусевичъ Осипъ. 19-ой сотни пограничной стражи,
20. III. 04 раненъ хунхузами, по всей вѣроятности, нѣсколькими пулями (3?),
23. III. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
27. VII. 04 эвакуированъ.

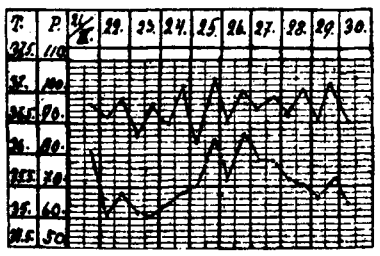
V. r. basilaris. — Послѣ раненія былъ безъ сознанія. Первую перевязку сдѣлалъ фельдшеръ, вторая наложена въ санитарномъ поѣздѣ, гдѣ мыли и брили. Доставленъ въ безсознательномъ состояніи. — На срединѣ спинки носа небольшая рана; на правой щекѣ около угла нижней челюсти рана, величиною въ 3 коп. мон., съ рванными краями. Правая щека сильно опухла, при надавливаніи на область правой верхней челюсти и скуловой кости ощущается крепитація. Раны вѣкъ лѣваго глаза, глазъ вытекъ. Область праваго глаза сильно опухла, кровоподтеки вѣкъ и обильныя кровоизліянія въ конъюнктивы. Изъ ноздрей, особенно изъ правой, выдѣляется кровянистая жидкость. Въ области лѣваго сосцевиднаго отростка небольшая рана, проникающая вглубь. Въ области стрѣловиднаго шва двѣ небольшія, круглыя раны на разстояніи 4 cm. другъ отъ друга, окружность отёчна, кость повидимому не повреждена. На спинѣ въ области правой лопатки, одна надъ другой, двѣ раны, изъ которыхъ выдѣляется серозно-кровянистая жидкость. Ссадина въ области лѣваго плечевого сустава. Больной очень безпокоенъ. T° 37,7, пульсъ 80. — Теченіе: T° повышена. Б. въ полусознательномъ состояніи, срываетъ повязку. 29. III. — Раскрыта флегмона въ области раненія лопатки. 30. III. — Изъ правой ноздри течётъ гной въ большомъ количествѣ. Отёкъ вѣкъ праваго глаза, болѣзненность правой щеки и припухлость. 1. IV. — Расширена рана на правой щекѣ. Раскрыта большая полость выполненная гноемъ, удалены осколки верхней челюсти. Сильное артеріальное кровотеченіе изъ глубины раны. Тампоны. 2. IV. — Рожа вокругъ раны на щекѣ. Б. безпокоенъ. 5. IV и 8. IV. — Кровотеченіе изъ полости раны на щекѣ, которое 8. IV удается остановить только перевязкой art. carot. extern., а потомъ и internae dex. 8. IV. — Рожа проходитъ. Съ 9. IV состояніе б. улучшается. Съ 16. IV — T° нормальна. Раны хорошо рубцуются. Б. въ сознаніи, отвѣчаетъ на вопросы, помнитъ подробности раненія. Правымъ глазомъ видитъ хорошо. 27. VII. —

Б. выписанъ совершенно поправившимся. Желаетъ поступить обратно на службу, но его не приняли, и онъ получилъ мѣсто сторожа казармы погран. стражи. — (Б. этотъ упоминается въ трудѣ Др. Л. Борнгаупта за № 22 „Gefässverletzungen u. traumatische Aneurysmen im russ. japan. Kriege“. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 77 H. 3)

По наведеннымъ мною въ ноябрѣ 1906 г. справкамъ А. лишилъ себя жизни черезъ повѣшеніе 12. III. 05. При жизни А. проявлялъ признаки умопомѣшательства.

№. 227. Рыжовъ Василій. 25 л. — 34-го В. С. С. П.
22. VIII. 04 раненъ подъ Сандепу об. пулею,
21. IX. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
30. X. 04 эвакуированъ,
30. X. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
14. XII. 04 эвакуированъ.

V. reg. basilaris. — Доставленъ въ лазаретъ съ „сборнаго пункта“, куда поступилъ четыре недѣли тому назадъ съ сквозной огнестрѣльной раной черепа, въ сознательномъ состояніи. Съ трехъ недѣль общее состояніе стало замѣтно улучшаться. T° пришла къ нормѣ, лишь мѣстныя явленія безъ перемѣны (повидимому нарушеніе nerv. abducent. sin., trigem. sin., oculomot. sin.), только явленія пареза нижней вѣтви nerv. facialis dextr. (пораненіе коры) почти исчезли. — Входъ: слѣва на границѣ височной и лобной костей. Выходъ: справа подъ угломъ нижней челюсти. Теченіе: T° и пульсъ см. кривую. 30. X. — При поступленіи въ 3 К. О.: сознаніе ясное. Головная боль и глухота на лѣвое ухо. Зрачки неравномѣрны, лѣвый значительно расширенъ. Походка неувѣренная, съ трудомъ поворачиваетъ. При ходьбѣ голова качается во всѣ стороны. Плохо раскрываетъ ротъ. Поносъ. T° немного повышена, пульсъ учащенъ. — Теченіе: упорный поносъ. 14. XII. — Эвакуированъ. При ходьбѣ пошатывается, головой почти не трясетъ. Комиссіей уволенъ по ст. 15 и 18, лит. А — какъ страдающій разстройствомъ движеній нижнихъ конечностей и слабоуміемъ.



№ 227.

№ 228. Бшабонадзе. 23 л. — 36-го Орловскаго п.,
13. VIII. 04 раненъ об. пулей,
3. X. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
7. X. 04 эвакуированъ.

V. r. basilaris. — Входъ: наружный край правой глазницы. Выходъ: въ regio Nuchae. Атрофія праваго глазного яблока. Лѣвымъ глазомъ видитъ хорошо, T° норм. 7. X. 04. — Эвакуированъ.

Случаи раненія основанія черепа оболочечными пулями.
Неоперированный, умершій
— № 229.

№ 229. Артемовъ Ѳеодоръ.
20. II. 05 раненъ об. пулями (3),
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 6104,
21. II. 05 умеръ.

V. reg. basilaris. — Пуля вошла въ черепъ справа сбоку и вышла на шеѣ слѣва. Вторая пуля разбила верхнюю челюсть слѣва. Третья ранила правое плечо. Б. очень слабъ. Дыханіе крайне затруднено. — Умеръ.

Случаи раненія основанія черепа оболочечными пулями
оперированные, эвакуированные.
Первично-оперированный
— № 230.

№ 230. Тропынинъ Михаилъ. 23 л. — 19-го В. С. С. П.
19. VIII. 04 раненъ об. п.,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. basilaris. — Выходное отверстіе спереди у верхняго края праваго уха; выходное у лѣваго крыла носа. Щека припухла, кровоизліяніе въ обоихъ глазницахъ, вѣки опухшія, глаза не повреждены, полость рта тоже. — Задняя рана

расширена, и удалены осколки, внѣдрившіеся въ вещество мозга. 20. VIII. — Общее состояніе удовлетворительное. Повязка чиста. 24. VIII. — Эвакуированъ — по приказанію военнаго начальства — въ Харбинъ. Раны въ удовлетв. состояніи.

Случаи раненія основанія черепа оболочечными пулями

оперированные, умершіе.

Вторично-оперированные.

№ 231—232.

№ 231. Пановъ Иванъ. 25 л. — 10-го Новоингерманландскаго полка,
19. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
29. VIII. 04 оперированъ,
9. IX. 04 умеръ.

V. r. basilaris. — Доставленъ въ Харбинъ въ товарномъ вагонѣ, въ пути былъ восемь дней. — Раненіе черепа на вылетъ. Раздробленіе основанія черепа. 27—28. VIII. — T° 37,8—38,8. 29. VIII. — Сдѣлана операція: удалены осколки. Обширное размягченіе мозга. Гной. Теченіе: T° между 36,7—38,3 2. IX. — Перем. повязки, съ этого дня температура повышается до 39,5. 9. IX. — Смерть. При вскрытіи обнаружено: meningitis baseos cranii. Раздробленіе костей основанія черепа.

№ 232. Шавраевъ Федоръ. 24 л. — 12-го Великолуцкаго п.,
? раненъ подъ Сандепу об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. I. 05 оперированъ,
31. I. 05 умеръ.

V. r. basilaris. — Одна рана выше казелка лѣваго уха. Ухо разорвано. Изъ раны вытекаетъ мозговая масса. Другая рана на щекѣ, щелеобразная, изъ нея вытекаетъ мозговая жидкость. Сознательное состояніе. Б. плохо говоритъ, состояніе тяжелое. T° 37,0, 18. I. — Операція: разрѣзъ черезъ щеку до уха. Раздробленіе os. zygomat., верхней лѣв. челюсти и части основанія черепа. Гайморова полость открыта. Dura разорвана. Мозгъ пульсируетъ. 19. I. — 22. I. — T° по вечерамъ повышается до

38,2. 23. I. — Мозгъ значительно выпячивается изъ раны. Состояніе тяжелое. 25. I. — Рана чиста. T° 37,0—37,5. 27. I. — 30. I. — Самочувствіе хорошее. Б. веселъ, поетъ. Рана гранулируетъ. T° около 37,0. 31. I. — Ночью вдругъ судороги, безпамятство. Къ утру T° 40,8. Пульсъ скорый и малый. Къ вечеру скончался — не приходя больше въ сознаніе.

Случаи орбитальнаго (orbito-temporal.) раненія об. пулями
неоперированные, эвакуированные.
№№ 233—244.

№ 233. Гудошникъ Тимоѳей. 29 л. — 33-го Елецкаго п.,
25. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
4. III. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ изъ военн. госп.,
8. III. 05 эвакуированъ.

V. r. orbito-temporalis s/d. — Входъ: лѣвый глазъ. Глазное яблоко разрушено. Выходъ: на полтора пальца впереди козелка праваго уха. Вокругъ выходного отв. инфильтратъ. Вся правая половина лица опухла. Правымъ глазомъ видитъ. 5. III. — Enucleatio bulbi sin. Выходное отверстіе расширяется и удаляются осколки скуловой кости. 8. III. — Самочувствіе удовлетворительное. Незначительное выдѣленіе гноя изъ ранъ. Эвакуированъ на сѣверъ — по случаю закрытія лазарета.

По наведеннымъ справкамъ 30. X. 06 Г. живъ. Соотвѣтственно выходному отверстію впереди козелка праваго уха болѣзненный, втянутый рубецъ. Разъ или два въ мѣсяцъ бываютъ припадки судорогъ съ временной потерей сознанія. Головныя боли, припадками. Къ физическому труду не способенъ вслѣдствіе припадковъ судорогъ, головной боли и развившейся неврастеніи (по свѣдѣніямъ врача).

№ 234. Кругличенко Трофимъ. 28 л. — 10-го В. С. С. П.
17. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
2. III. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ изъ 94-го зап. п. г.,
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. orbito-temporalis s/d. — Входъ: въ лѣвомъ глазу. Выходъ: на три пальца позади и ниже наружнаго угла

праваго глаза. Правый зрачекъ расширенъ, не реагируетъ на свѣтъ, Visus = 0. Параличъ праваго лицевого нерва (ротъ и глазъ). Б. очень апатиченъ. На боли не жалуется. 6. III. 05. — Раны немного гноятся. Эвакуированъ на сѣверъ — по случаю закрытія лазарета.

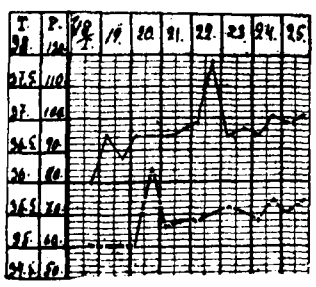
№ 235. Мещеряковъ Василій. 30 л. — 219-го Юхновскаго п.,
29. IX. 04 раненъ при Шахэ об. п. на разст. 300 ш.,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
12. X. 04 эвакуированъ.

V. r. orbito-temporalis sin. — Раненъ лёжа. Послѣ раненія первое время несли на носилкахъ, затѣмъ шелъ самъ. Перевязанъ на сборномъ пунктѣ и на ст. Шахэ. — Входъ: лѣвый глазъ. Выходъ: впереди лѣваго уха. Лѣвый глазъ поврежденъ. Склера гиперемирована, роговица помутнѣла. Visus = 0. 12. X. — Эвакуированъ въ Россію.

По наведеннымъ справкамъ 26. X. 06 Мещеряковъ живъ. — Параличей нѣтъ. Жалуется на головокруженіе и на постоянную головную боль. Бываютъ обморочныя состоянія при усиленномъ физическомъ трудѣ. Работать не способенъ.

№ 236. Борисовъ Максимъ. 25 л. — 4-го В. С. С. П.
13. I. 05 раненъ об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
26. I. 05 эвакуированъ.

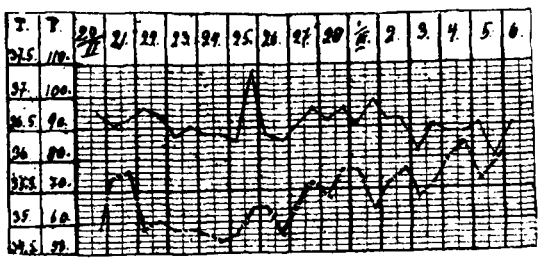
V. r. orbitalis sin. — Входъ: въ наружномъ углу лѣваго глаза. Выходъ: у задняго края m. sterno-cleido-m. sin. на высотѣ гортани. Второе входное отверстіе у акроміальнаго конца лѣвой ключицы. Лѣвымъ глазомъ не видитъ. Рогови́ца мутна. Кровоподтёки конъюнктивы. Въ лѣвомъ наружномъ слуховомъ проходѣ кровь. T° 36,0, пульсъ 60. Теченіе: 21. I. — Довольно сильное выдѣленіе изъ лѣваго конъюнктивнаго мѣшка. Chemosis. T° и пульсъ см. кривую. 23. I. — Жалуется на головокруженіе и шумъ въ ушахъ. Барабанная перепонка слѣва немного втянута, перфораціи нѣтъ; рукоятка и верхняя часть барабанной перепонки гиперемичны. Раны на шеѣ безъ реакціи. 26. VI эвакуированъ.



№ 236.

№ 237. Чупинъ Михаилъ. 28 л. — Богульминскаго п.,
16. II. 05 раненъ об. пулею,
20. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. orbito-temporalis sin. — Входъ: въ наружномъ углу правой глазницы. Выходъ: на два съ половиной пальца впереди праваго слухового отверстія. Правымъ глазомъ не видитъ, глазное яблоко выпучено, неподвижно. Легкій парезъ праваго лицевого нерва. Передняя камера праваго глаза наполнена

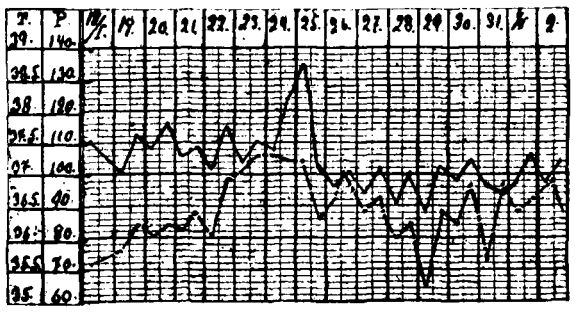


№ 237.

кровью. T⁰ 36,7, пульсъ 58. 23. II—27. II T⁰ нормальна, пульсъ 54—64. 2. III. — Кровь изъ передней камеры исчезла. Зрачекъ неравномѣрный, растянутъ внутрь и вверхъ. 4. III. — Сдѣлана evisceratio. 6. III эвакуированъ.

№ 238. Облицаевъ Валентинъ. 27 л. — 34-го В. С. С. П.
12. I. 05 раненъ при Сандепу об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
3. II. 05 эвакуированъ.

V. r. orbito-temporalis s/d. — Послѣ ранения часъ пролежалъ на позиціи передъ тѣмъ, какъ получилъ первую помощь. Входъ: на лѣвой сторонѣ переносицы. Выходъ: въ области праваго виска. Правый глазъ поврежденъ. Роговица мутна. Оба пулевыя отверстія гноятся. Раненіе на вылетъ мягкихъ частей шеи и лѣв. голени и раненіе на вылетъ груди (легкаго) справа — притупленіе, кровохарканье. Congelatio dig. ped. utriusque. II ordin. Теченіе: 20. I. — Боли въ глазу нѣтъ. T⁰ въ началѣ немного повышена. Пульсъ между 80—100. 3. II. 05 эвакуированъ на сѣверъ. Раны черепа зарубцевались. Самочувствіе хорошее. T⁰ и пульсъ нормальны.



№ 238.

По наведеннымъ справкамъ 14. II. 07 — О. живъ. Параличей нѣтъ. Жалуется на головную боль и головокруженіе, появляющіяся припадками. Работать не способенъ.

№ 239. Козловъ Иванъ. 24 л. — 162-го Ахалцыхскаго п. мл. унт.-оф.,
18. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
22. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. 8. въ Гунчжулинѣ,
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. orbito-temporalis sin. — Входъ: лѣвый глазъ. Глазное яблоко разрушено. Выходъ (= калибру); на уровнѣ глаза на одинъ cm. впереди лѣвой ушной раковины. Сильный кровоподтёкъ въ окружности лѣваго глаза. 23. II. — Enucleatio bulbi sin. 6. III. 05. — Самочувствіе прекрасное. Раны чисты. Эвакуированъ на сѣверъ. (Б. упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 127, № 76.)

По наведеннымъ 27. X. 06 справкамъ К. живъ. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бывало. Временами бываетъ не особенно сильное головокруженіе. Трудную работу исполнять не можетъ.

№ 240. Калига Николай. 22 л. — 9-ой арт. бриг. канониръ,
1. X. 04 раненъ при Шахэ об. пулею на близк. разст.,
12. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
19. X. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-orbitalis d/s. — Послѣ раненія сначала немного прошелъ, а затѣмъ упалъ безъ сознанія. Несли на носилкахъ, потомъ ѣхалъ на двуколкѣ до Мукдена, оттуда въ товарномъ вагонѣ до Харбина. Въ пути всего 11 дней. Было кровотеченіе изъ обѣихъ ранъ и сильныя головныя боли. — Входъ:

въ правой височной области. Рана зарубцевалась. Раздробленія кости прощупать не удается. Выходъ: черезъ лѣвый глазъ. Лѣвое глазное яблоко вытекло, на немъ много кровоподтёковъ, изъ него выдѣляется кровянистая жидкость. Правое глазное яблоко цѣло, на немъ также кровоподтёки. Полная слѣпота. Головныя боли. — Теченіе: T° нормальна. — 19. X эвакуированъ въ Россію.

По наведеннымъ 29. III. 07 справкамъ К. живъ. — Раны зарубцевались, рубцы не болѣзненны. Слѣпъ на оба глаза. Бываютъ припадки общихъ судорогъ, причёмъ теряетъ сознаніе. Параличей нѣтъ. Самочувствіе удовлетворительное. Головныя боли бываютъ припадками. Работать не способенъ.

№ 241. Блоха Никита. 33 л. — 33-го Елецкаго п.,
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ об. пулею на разстояніи 50 шаг.,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
10. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis d/s. — Раненъ стоя. Съ момента пораненія ослѣпъ на оба глаза. До поступленія перевязанъ два раза. Входъ: правый високъ — 3 cm. отъ наружнаго края глазницы. Выходъ: лѣвый високъ около самаго угла глазницы. Лѣвое глазное яблоко пробито, глазъ вытекъ. Правое глазное яблоко повидимому цѣло, роговица мутна, зрачёкъ расширенъ, на свѣтъ не реагируетъ, отёкъ конъюнктивы. Отёкъ вѣкъ. Боли нѣтъ. — Теченіе: T° нормальна. Отёки понемногу исчезаютъ. Правое глазное яблоко впало. Боли нѣтъ. — 10. IX. 04 эвакуированъ въ Россію. Visus = 0. — (Б. упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 126, № 56.)

По наведеннымъ въ концѣ 1906 года справкамъ Б. живъ. Три или четыре раза въ мѣсяцъ бываютъ припадки судорогъ „почти всего тѣла“. При этомъ иногда теряетъ сознаніе. Жалуется на головокруженіе и на постоянную головную боль. Работать не способенъ.

№ 242. Почухаевъ Иванъ. 36 л. — 214-го Мокшанскаго п.,
18. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулею,
25. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis s/d. — Входъ: на два пальца позади наружнаго угла лѣв. глаза. Выходъ: на два пальца позади на-

ружнаго угла прав. глаза. Кровоподтёки обоихъ глазъ, отёкъ лѣв. верхняго вѣка. Полная потеря зрѣнія на лѣв. глазу. Ослабленіе зрѣнія на правомъ глазу. (23. II — T° 38,1—38,4. 24. II. — Явленія сильнаго раздраженія глаза — по свѣдѣніямъ военнаго лазарета.) Съ 25. II—5. III T° нормальна, не превышаетъ 37,4. Пульсъ 64—84.

№ 243. Сѣряковъ Петръ. 24 л. — 18-го В. С. С. П.
13. I. 05 раненъ при Сандепу об. п.,
? поступилъ въ лаз. Кр. Кр. въ Мукденѣ,
11. II. 05 эвакуированъ,
14. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
23. III. 05 эвакуированъ.

V. r. temporo-orbitalis s/d. — Послѣ раненія былъ два дня безъ сознанія. — Входъ: на три пальца позади наружнаго угла лѣваго глаза. Выходъ: правый глазъ, на мѣстѣ котораго гранулирующая поверхность съ небольшимъ выдѣленіемъ. Лѣвымъ глазомъ ничего не видитъ. Зрачекъ расширенъ, реакціи нѣтъ. Нѣтъ свѣтоощущенія. Боль при давленіи на глазное яблоко. При изслѣдованіи глазного дна отмѣчены явленія атрофіи зрительнаго нерва. — 23. III эвакуированъ въ Россію.

По наведеннымъ 15. XII. 06 справкамъ С. живъ и здоровъ. Раны зажили. Самочувствіе хорошее. Нѣтъ ни головокруженія, ни головной боли. Работать способенъ (?).

№ 244. Рудюкъ Емельянъ. 25 л. — Пограничной стражи, 4-ой бригады,
17. VIII. 04 раненъ об. пулей,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
14. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. orbito-temporalis dex. — Первая перевязка сдѣлана фельдшеромъ. Послѣ раненія нѣсколько дней болѣла голова и было головокруженіе. — Входъ: наружный уголъ нижняго вѣка праваго глаза. Выходъ: на два пальца впереди верхняго края праваго уха. Роговица пр. глаза мутна. Кровоизліяніе внутрь глаза. Конъюнктива отёчна. Съ трудомъ открываетъ ротъ. Теченіе: T° нормальная. 30. VIII. — Свѣтоощущеніе на пр. глазу есть. 5. IX. — Помутнѣніе роговицы улучшается. Различаетъ движеніе пальцевъ. Офтальмоскопическое изслѣдованіе не удается. 14. IX. — Эвакуированъ на ст. Танхой. Стойкое помутнѣніе верхней половины роговицы. Различаетъ только движенія руки. Раны рубцуются. Боль при жеваніи. —

По наведеннымъ въ ноябрѣ 1906 года справкамъ Р. живъ. — Раны зажили. Правымъ глазомъ плохо видитъ. Параличей нѣтъ. Жалуется на головокруженіе, когда наклоняетъ голову (при работѣ) и на постоянную головную боль. Работать не способенъ (?).

Случаи орбитальнаго (orbito-temporal.) раненія об. пулями
неоперированные, умершіе.
№№ 245—246.

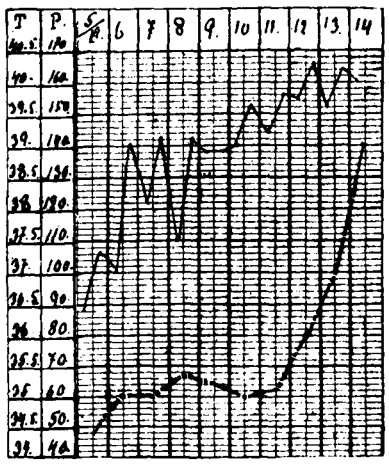
№ 245. Толькевичъ Иванъ. 31 г. — Лифляндск. п.,
? раненъ об. пулею,
27. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
4. III. 05 умеръ.

V. r. orbito-temporalis s/d. — Входъ: въ лѣвомъ глазу. Выходъ: за наружнымъ краемъ правой глазницы въ области скуловой кости. Слѣпъ на оба глаза. Отъ 27. II до 3. III T° между 37,5—36,5, пульсъ отъ 60—70. 3. III вечеромъ T° 38,1. — 4. III утромъ 40,2. Смерть.

№ 246. Карасевъ Павелъ. 31 г. — 3-го В. С. С. П.
2. VI. 04 раненъ при Вафангоу об. пулею,
4. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
14. VI. 04 умеръ.

V. r. temporo-orbitalis s/d. — Послѣ раненія находился въ безсознательномъ состояніи. Принятъ въ полусознательномъ состояніи. — Входъ: слѣва за ухомъ въ области сосцевиднаго отростка. Изъ лѣв. наружн. слух. канала показывается кровь. На границѣ между хрящевой и костной частью слухового канала, на его внутренней стѣнкѣ, небольшое, щелеобразное отверстіе. Каналъ заполненъ кровяными сгустками. Барабанная перепонка цѣла. Выходъ: черезъ правый глазъ. Область праваго глаза сильно опухла. Глазное яблоко превращено въ безформенную массу. Зрѣніе вполнѣ утрачено на этомъ глазу. Парезъ лѣваго лицевого нерва. Вѣки лѣваго глаза не вполнѣ смыкаются. Шероховатость corneae sin. Зрачекъ реагируетъ. Зрѣніе сохранено. Пульсъ 48. Состояніе б. очень тяжелое. Головная боль. Временами сильное возбужденіе. 6. VI — 8. VI. — T° между 38,0—39,1, пульсъ около 60 съ аритміей. Изъ лѣваго уха вытекаетъ кровь.

9. VI. — Испражняется и мочится подъ себя. Безъ сознанія. Сильно мечется. 11. VI. — Съ



№ 246.

трудомъ глотаетъ. Сознаніе не прояснялось. T° 39,2—39,8, пульсъ около 100. 12. VI.—14. VI. — Моторное безпокойство. T° выше 40,0, пульсъ 150, едва прощупывается. 14. VI. — Смерть. 15. VI. — Вскрытіе: пуля вошла позади лѣваго уха, пробила сосцевидный отростокъ, височную кость, разрушила нижнюю часть височной мозговой доли, послѣдняя превращена въ каше-образную массу и плаваетъ въ обильномъ гноѣ. Далѣе пуля пробила рѣшетчатую кость и вышла въ правомъ глазу, гдѣ въ conjunct. sclerae кнаружи отъ радужной оболочки имѣлось небольшое круглое отверстіе.

Случаи орбитальнаго (orbito-temporal.) раненія об. пулями

оперированные, эвакуированные.

Первично-оперированные.

№№ 247—251.

№ 247. Соколовъ Василій. 24 л. — 17-го стрѣлк. п.,
17. II. 05 раненъ об. пулею,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
23. II. 05 эвакуированъ.

V. r. temporo-orbitalis s/d. — Доставленъ 18-го февраля. Раненъ 17-го ружейной пулей въ голову и лѣвое предплечье. Входное отверстіе: на 3 cm. позади лѣваго сосцевиднаго отростка; выходное надъ внутр. угломъ праваго глаза. Глазъ разрушенъ. Параличей нѣтъ. — Débridement. Enucleatio. 23. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 248. Леонтьевъ Павелъ. 26 л. — 137-го Нѣжинскаго п. п.
19. VIII. 04 раненъ об. пулею,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,

20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. orbito-temporalis dex. — Входное отверстіе: въ правой глазницѣ у внутр. угла; глазъ ослѣпъ, неподвиженъ, кровоизліяніе въ соединительной оболочкѣ. Выходное отверстіе: тоже съ правой стороны у самаго основанія сосцевиднаго отростка. Больной въ сознаніи. Паралича нѣтъ. — Удаленъ разрушенный глазъ, рана сзади расширена, обеззаражена и затампонирована. 22. VIII. — Рана чиста. Общее состояніе удовлетворительное. 24. VIII. — Отправленъ въ Харбинъ.

№ 429. Скандировъ Хамедъ. 39 л. — 34-го Сѣвскаго пѣх. п.,
4. X. 04 раненъ об. п.,
5. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
5. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 эвакуированъ.

V. r. orbito-temporalis sin. — Входное отверстіе: во внутреннемъ углу лѣвой глазничной впадины; выходное — въ лѣвой скулово-височной области. Вѣки у внутренняго угла разорваны. Лѣвое глазное яблоко уничтожено, имѣются лишь остатки склеры. Нижнее вѣко значительно припухши. Въ скулово-височной области на мѣстѣ выходного отверстія прощупываются осколки. — Débridement: извлечены осколки, dura основанія повреждена; остатки глаза удалены. Тампонація. 5.—10. X. — При незначительно повышенной температурѣ (38°) обычное теченіе раны. 16. X. — Отправленъ въ Харбинъ съ хорошо грануліирующей раной. — Выздоровѣлъ.

№ 250. Бястовскій Феликсъ. 26 л. 1-го В. С. С. П.
? раненъ об. пулею,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-orbitalis. — Входъ: около уха; выходъ около глаза. Параличъ лицевого нерва. 20. VIII. — Сдѣланъ débridement. 24. VIII. — Отправленъ въ Харбинъ.

№ 251. Мусалицынъ Филиппъ. 28 л.—12-го Новоингерманландск. п.,
? 05 раненъ об. пулею,
17. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
17. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. orbito-temporalis d/s. — Больной безъ сознанія. Пуля вошла въ правый глазъ и вышла въ лѣвой височной области. Параличей нѣтъ. — Операція: на мѣстѣ выходного отверстія удалена масса осколковъ и сгустковъ крови. Глазъ вылущенъ. 19. II. — Состояніе улучшилось. Больной пришелъ въ себя. 20. II. — Относится сознательнѣе ко всему окружающему. 22. II. Idem. 24. II. — Остался въ плѣну. 1. III. — Раны гранулируютъ хорошо. 10. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ. Выздоровѣлъ.

Случаи орбитальнаго (orbito-temporal.) раненія об. пулями

оперированные, эвакуированные.

Вторично-оперированный

— № 252.

№ 252. Корабишенъ Ѳеодоръ. 29 л. — 7-го Красноярскаго п.,
4. X. 04 раненъ подъ Шахэ об. п.,
15. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
15. X. 04 оперированъ,
29. X. 04 эвакуированъ.

V. r. orbito-occipitalis dex. — Сражаясь на лѣвомъ флангѣ, былъ контуженъ гранатой въ спину и упалъ. Когда собирался встать, его ранило ружейной пулей чрезъ правый глазъ. Потерялъ сознаніе и 2 дня не помнитъ, что съ нимъ было. Правый глазъ немного выдается и представляется въ видѣ красной массы. Выходное отверстіе справа въ нижней части затылочной области. Больной въ полномъ сознаніи, говоритъ разумно. Правый лицевой нервъ пострадалъ. Слухъ съ правой стороны значительно пониженъ. T° нормальна. 15. X. — Débridement. Enucleatio bulbi. 29. X. 04. — Отправленъ въ Харбинъ съ хорошо гранулирующей раной.

Оперированный до поступленія въ лазаретъ

— № 253.

№ 253. Брундасовъ Василій. 26 л. — 216-го Инсарскаго п.,
? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ об. пулей,
оперированъ въ военномъ лазаретѣ,
4. III. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
8. III. 05 эвакуированъ.

V. r. orbito-frontalis d. — Входъ: въ правый глазъ, который вынутъ въ военномъ лазаретѣ. — Выходъ: въ области коронарнаго шва справа. Рана расширена въ военномъ лазаретѣ, длина ея 4 сант., въ нее вставленъ тампонъ, рана гноится, мозгового вещества не видать. Жалуется на головную боль. — Теченіе: T° нормальна. Сильныя головныя боли. 8. III. — Эвакуированъ по случаю закрытія лазарета.

По наведеннымъ справкамъ 30. XI. 1906 — Б. живъ. На лбу на границѣ волосъ съ правой стороны въ кости прощупывается углубленіе величиною въ бобъ. Параличей нѣтъ. Недѣлю тому назадъ былъ припадокъ общихъ судорогъ съ потерею сознанія. Часто бываетъ головокруженіе и изрѣдка головная боль. По сообщеніямъ изслѣдовавшаго его врача не способенъ работать.

Случаи орбитальнаго (orbito-temporal.) раненія об. пулями

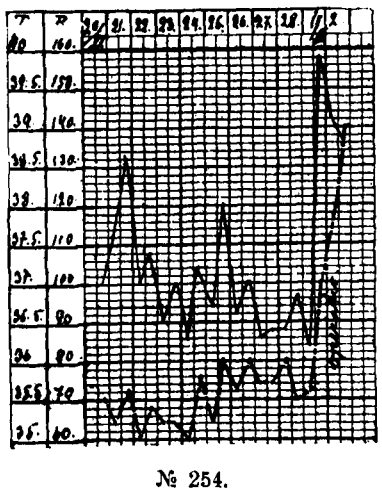
оперированные, умершіе.

Вторично-оперированный

— № 254.

№ 254. Чебулкинъ Иванъ. 37 л.,
17. II. 05 раненъ об. п.,
20. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
2. III. 05 оперированъ,
3. III. 05 умеръ.

V. r. orbito-temporalis s/d. — Входъ: съ лѣвой стороны носа, немного ниже внутренняго угла глаза. Выходъ: въ правой височной области. Правымъ глазомъ ничего не видитъ. Зрѣніе лѣваго глаза сохранено. Глотаетъ съ трудомъ. — Теченіе: T° и пульсъ см. кривую 1. III. — Озноб. T° 40,2. 2. III. 05 — Operatio. 3. III. — Смерть.



Раненія костей и содержимаго черепа артилле-рійскими снарядами.

№№ 255—340.

Случаи тангенціальнаго раненія артиллерійскими снарядами.

Неоперированные, эвакуированные.

№№ 255—261.

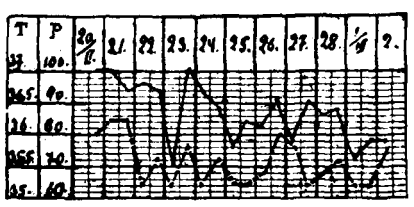
№ 255. Каримовъ Саверъ. — Амурскаго п.,
13. VII. 04 раненъ при Дашичао осколками гранаты,
15. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Ляоянѣ,
16. VII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Раненъ стоя. Первую помощь получилъ тотчасъ. Раненіе праваго уха, поврежденъ наружный слуховой проходъ и выше него черепная кость. Плохо слышитъ правымъ ухомъ. Поврежденіе праваго лицевого нерва. Сознаніе сохранено. T° нормальна. 16. VII. 04 эвакуированъ на сѣверъ.

№ 256. Федотовъ Василій. 29 л. — 137-го Нѣжинскаго полка,
18. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ осколками гранаты,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis. — Ушибленная рана темени съ поверхностнымъ поврежденіемъ кости.

№ 257. Муразянко Ксенофонтъ. 29 л. — Ефр. 6-го Енисейскаго п.,
16. II. 05 раненъ шрапнелью,
20. II. 05 въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
5. III. 05 эвакуированъ.



№ 257.

V. r. frontalis dex. — Входное отверстіе, большихъ размѣровъ, на правой сторонѣ лба на два пальца ниже волосистой части. На правомъ глазу кровоизліянія. У больного были припадки судорогъ (эпилептическіе). Съ 18. II при-

падковъ не было. Больной понимаетъ все, что ему говорятъ, слушается приказаній. Пулю отчетливо удается прощупать въ мягкихъ частяхъ праваго плеча. Пульсъ и T° см. кривую. Эвакуированъ 5. III. 05.

№ 258. Японецъ.

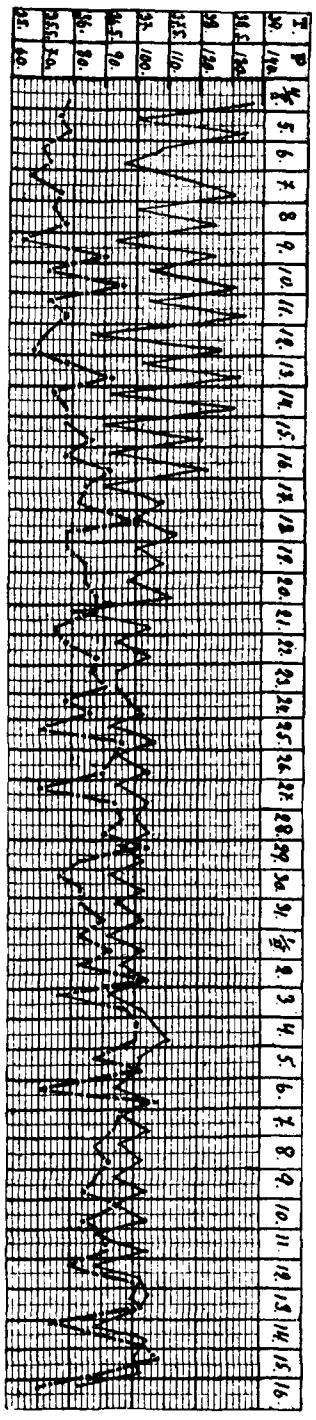
? раненъ шрапнелью,
14. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 1128,
27. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Въ правой теменной области рваная, гноящаяся рана съ поверхностнымъ поврежденіемъ кости. Больной въ сознаніи. Раненіе на вылетъ лѣвой половины груди. Раненіе правой голени, септическая флегмона. Несмотря на разрѣзы, сдѣланные на голени 14. X., септическій процессъ не останавливается, поэтому 16. X ампутація выше колѣна праваго бедра. 19. X рана на головѣ гноится, 24. X рана на головѣ чиста. 27. X отправленъ въ Харбинъ при хорошемъ общемъ состояніи. Ампутаціонная рана хорошо заживаетъ.

№ 259. Салинъ Игнатій. 43 л. — 11-го Семипалатинскаго п.
11. VII. 04 раненъ подъ Дашичао шрапнелью,
14. VII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
15. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. frontalis sin. — Послѣ раненія упалъ, но сознанія не потерялъ. Тотчасъ послѣ пораненія правая рука и нога потеряли силу, которая въ ногѣ быстро возстановилась. До ж. д. доставленъ въ двуколкѣ. Рана не мыта, не брита. — На палецъ выше наружнаго конца лѣвой брови рана. Оба вѣка лѣваго глаза отечны, кровоподтеки вѣкъ и конъюнктивы лѣваго глаза. Visus нормальный. Открываетъ ротъ съ трудомъ. Парезъ правой руки, чувствительность нормальна. T° 37,9—38,3. Пульсъ 92—80. Сильная головная боль. — Теченіе: T° приходитъ къ нормѣ, пульсъ около 60. Головная боль стихаетъ. 15. IX эвакуированъ въ Никольско-Уссурійскъ. Рана зажила. T° нормальна. Общее состояніе вполнѣ хорошее. Жалуется на шумъ въ головѣ.

По наведеннымъ справкамъ въ концѣ 1906 г. Салинъ живъ. На лбу втянутый рубецъ. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бывало, на головокруженіе жалуется рѣдко; головная боль постоянная, но не тяжкая. Въ жаркое время и при непогодѣ головокруженіе увеличивается.



№ 261.

№ 260. Сонинъ В. 32 л. — 139-го Моршанскаго п.

5. III. 05 раненъ шрапнелью,
14. IV. 05 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
1. VIII. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Въ лѣвой теменной области гранулирующая пульсирующая раневая поверхность. Параличъ нижнихъ конечностей и правой верхней. На обѣихъ ягодицахъ пролежни. T° нормальная. — Течение: рана на головѣ постепенно заживаетъ. Пролежни очищаются и уменьшаются. 26. V рана на головѣ зажила. 26. VII пролежни почти зажили. Движенія лѣвой ноги возстановились. Параличъ правой стороны безъ перемѣны. T° нормальная. 1. VIII. 05 выписывается.

№ 261. Пукале Матвѣй. 32 л. — 122-го Томскаго п.

30. IX. 04 раненъ осколками, гранаты,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжул.,
16. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. occipito-temporalis sin. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе на два часа. Первую помощь получилъ тотчасъ. — Рваные раны лѣвой ушной раковины и въ областяхъ височной и затылочной съ лѣвой стороны. Рваная рана полулунной формы впереди лѣваго уха на шесть сантим. выше os zygomat. Рваная рана середины ушной раковины, сквозная — черезъ середину хряща. Непосредственное продолженіе ея, рваная рана позади уха величиною въ двадцати-коп. монету, края и дно ея

сильно инфильтрированы. На семь сантиметр. позади уха рваная рана длиною въ два сант. на уровнѣ основанія proc. mastoid. Въ задней ея части прощупывается инородное тѣло незначительной величины. Раны покрыты сѣрыми налетами. Сознаніе полное. Пульсъ 82, хорошаго наполненія. — Теченіе: T° по вечерамъ повышается. Пульсъ соотвѣтствуетъ T°. Головокруженіе очень сильное. T° постепенно приходитъ къ нормѣ. Пульсъ остался частымъ (см. кривую). Раны медленно очищаются. 14. XI раны зарубцевались. На рентгеновскомъ снимкѣ видны нѣсколько небольшихъ инородныхъ тѣлъ, лежащихъ поверхностно позади лѣваго уха. — 16. XI. 04 эвакуированъ на сѣверъ. Самочувствіе хорошее. По временамъ головокруженіе.

Случаи тангенціальнаго раненія арт. снарядами

неоперированные, умершіе.

№№ 262—263.

№ 262. Неизвѣстный.

18. VII. 04 раненъ подъ Хайченомъ шрапнелью,
20. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
21. VII. 04 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Входъ: въ лѣвой теменной области, впереди линіи, соединяющей уши; выходъ: позади лѣваго теменного бугра. Обѣ раны величиною въ пятикоп. мон. Кость раздроблена. Больной безъ сознанія, очень возбужденъ, T° 40, пульсъ частый. — Скончался 21. VII, не приходя въ сознаніе. — При вскрытіи констатируется менингитъ.

№ 263. Неизвѣстный.

? раненъ осколкомъ гранаты,
10. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ, № 793,
24. III. 05 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Доставленъ въ безсознательномъ состояніи. Рана на границѣ теменной и затылочной кости слѣва, изъ нея выдѣляются въ значительномъ количествѣ мозговыя массы и гной. Оскольчатый переломъ черепа. Параличъ правой половины тѣла. — Теченіе: испражняется и мочится подъ себя. Очень безпокоенъ. Б. кричитъ, повторяя только слова: „правый бокъ“ и „больно“. T° въ первые дни между 36,3—37,6, Истеченіе мозга продолжается. Съ 20. III T° начинаетъ повышаться. — 24. III скончался, не приходя въ сознаніе.

Случаи тангенціальнаго раненія арт. снарядами
оперированные, эвакуированные.
Первично-оперированные.
№№ 264—284.

№ 264. П. П. Борисъ. — Подполковникъ 1 дивиз. 41 арт. бриг.,
20. II. 05 раненъ шрапнелью,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. temporo-frontalis dex. — Входное отверстіе — въ правой височной области; выходное — выше праваго глаза. Больной въ сознаніи. Операція: оскольчатый переломъ, пуля прошла по касательной. Осколки удалены, dura обнажена, она повидимому цѣла. Тампонація. 22. II. — Состояніе хорошее. Пульсъ 80, T° 37,1—37,4. — 24. II перевязка. Видъ раны хорошій. Эвакуированъ въ Харбинъ. По частнымъ свѣдѣніямъ выздоровѣлъ.

№ 265. Неизвѣстный.
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-parietalis sin. — Въ бозсознательномъ состояніи. Въ лѣвой теменно-височной области рана въ 3 cm. неправильной формы съ ушибленными краями. Кость раздроблена и вогнута внутрь. Параличъ правой руки и ноги. — Операція: удалены 4 осколка на глубинѣ 1-го сант. и 1 — на глубинѣ 3 сант. Мозгъ разрушенъ величиною въ куриное яйцо. Тампонація. 21. VIII — безъ перемѣнъ. Смотритъ сознательнѣе. Пытается произнести слова. T° нормальна. 22. VIII — перевязка. Видъ раны удовлетворительный. Съ трудомъ отвѣчаетъ на вопросы, но своего имени не помнитъ, не помнитъ какъ и гдѣ раненъ, не знаетъ, гдѣ находится. T° нормальна. Пульсъ 72. 24. VIII — отправленъ съ санитарнымъ поѣздомъ въ Харбинъ.

№ 266. Герасимъ Комраковъ. 29 л. — 137-го Нѣжинскаго п.,
19. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,

20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-parietalis d. — Въ правой теменно-височной области неправильной формы рана съ ушибленными краями. Парaличъ лѣвой руки и ноги. Сознаніе помрачено. — Операція: констатируется оскольчатый переломъ черепа, удалены 4 осколка разной величины, внѣдрившіеся въ твердую мозговую оболочку. Тампонація. 21. VIII — общее состояніе удовлетворительное. Относится ко всему вполнѣ сознательно. Пальцы лѣвой ноги немного движутся. Рука безсильна. 22. VIII — безъ перемѣнъ. 24. VIII — эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 267. Иванъ Савицкій. 22 л. — 34-го Вост. Сиб. Стрѣлк. п.,
19 на 20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. occipitalis d/s. — Входное отверстіе: на затылкѣ на 3 пальца справа отъ срединной линіи; выходное на 1 палецъ слѣва срединной линіи. Разстояніе между ними 6 cm. Состояніе подавленное. Была рвота. Края ранъ ушибленные, загрязненные. Видитъ плохо. — Операція: разрѣзъ, соединяющій оба отверстія; долотомъ отдалбливается мелко-оскольчатый переломъ черепа, удалены 6 осколковъ, внѣдрившихся въ мозговое вещество. Тампонація. 21. VIII — самочувствіе улучшилось. На боли же жалуется. Зрѣніе понижено. 24. VIII. — Рана въ удовлетвор. состояніи. Эвакуированъ по приказанію военнаго начальства въ Харбинъ.

№ 268. Кашинцевъ Трофимъ. 28 л. — 19-го В. С. С. П.
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Въ правой теменной области рана въ 2 сант. и звѣздчатый переломъ черепа, съ внѣдреніемъ осколковъ внутрь мозга. Рана съ ушибленными краями, неправильной формы. Парезъ лѣвой руки и ноги. — Трепанація (подъ хлороформомъ), осколки удалены. Тампонація. Асептическая повязка. 21. VIII — общее состояніе утовлетворительно, паретическія

явленія менѣе выражены. 24. VIII — рана чиста. Самочувствіе хорошее. Отправленъ въ Харбинъ.

№ 269. Всеволодъ С. — подполковникъ 7 бат. 25 арт. бр.,
19. II. 05 раненъ осколкомъ гранаты,
19. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
19. II. 05 оперированъ,
23. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Потерялъ сознаніе. Была рвота. Боль въ головѣ. — Рана въ задней части правой теменной области. Операція: оскольчатый переломъ. Dura mater помята, но не продырявлена. Тампонація. 20. II — состояніе удовлетворительное. T° 36,9—37,4. Пульсъ 70. 23. II — рана чиста. Перевязка. Эвакуированъ съ с. п. въ Харбинъ. — Выздоровѣлъ.

№ 270. Л. Поручикъ 20-го В. С. С. П.
21. II. 05 раненъ осколкомъ гранаты,
21. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
21. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. frontalis sin. — Въ полусознательномъ состояніи. Пульсъ 48. Состояніе тяжелое. Параличей нѣтъ. Въ лѣвой половинѣ лба на границѣ волосъ ушибленная, рваная рана мягкихъ частей съ вдавленіемъ кости черепа. — Операція ($CHCl_3$): найденъ оскольчатый переломъ. Удалены осколки, продырявившіе твердую мозговую оболочку и внѣдрившіеся въ подлежащее мозговое вещество. Тампонація. 22. II — состояніе удовлетв. Сознаніе полное. Самочувствіе сносное. T° 37,0. Пульсъ 70. 24. II — по настоятельной просьбѣ эвакуированъ въ Харбинъ съ бѣлымъ санитарнымъ поѣздомъ. — По свѣдѣніямъ: выздоровѣлъ.

№ 271. Гогачевъ Титъ. 37 л. — 98-го пѣх. Юрьевскаго п.,
22. II. 05 раненъ осколкомъ гранаты,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. frontalis dex. — Въ сознаніи. Параличей нѣтъ. Въ правой половинѣ лба рваная, ушибленная рана съ вдавленіемъ костей внутрь. — Операція: найденъ оскольчатый переломъ. Осколки, продырявившіе твердую мозговую оболочку, удалены. —

23. II самочувствіе удовлетворительное. Больной ходитъ, разговариваетъ и. т. д. T° нормальна. Пульсъ 84. — 24. II эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 272. Сухарь Демьянъ. 38 л. — унт.-оф. 3-го В. С. С. П.
19. VIII. 04 раненъ осколкомъ гранаты,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ,

V. r. occipito-parietalis dex. — Неправильной формы рана съ ушибленными краями на границѣ затылочной и правой теменной области. Больной въ полусознательномъ состояніи. Пульсъ замедленъ. Параличъ лѣвой ноги и парезъ лѣвой руки. — При операніи удалены 4 костные осколка. Разрушеніе мозга величиною въ голубиное яйцо. — 21. VIII больной вскорѣ послѣ операціи пришелъ въ себя. Паретическое состояніе лѣвой руки замѣтно улучшилось. 22.VIII—общее состояніе удовлетворительно. Температура нормальна. Видъ раны асептичный. — 24. VIII отправленъ въ Харбинъ.

№ 273. Козловъ Григорій. 23 л. — 124-го Воронежскаго п.,
9. II. 05 раненъ шрапнелью,
10. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
10. II. 05 оперированъ.
18. II. 05 эвакуированъ.

V. r. frontalis sin. — Пульсъ правильный—68. Параличей нѣтъ. Больной въ сознаніи. — Въ лѣвой supra-orbital'ной области поперечная огнестрѣльная рана, длиною въ 5 сант., простирающаяся отъ наружнаго края лѣвой брови до правой. — Операція: найденъ оскольчатый переломъ передней и задней стѣнки лобной пазухи, поврежденіе dura и мозга. Débridement. Тампонація. — Имѣется рана въ склерѣ лѣваго глаза, стекловидное тѣло вытекло. Абсолютное отсутствіе зрѣнія. — 12. II самочувствіе удовлетворительное. T° 37,1—37,8 — 14. II T° 36,8—36,9—37,1. Рана чиста. Общее состояніе хорошее. — 16. II рана гранулируетъ правильно. 18. II отправленъ въ Харбинъ.

№ 274. Хвостикъ Тихонъ. 30 л. — 36-го Орловскаго пѣх. п.,
4. X. 04 раненъ шрапнелью подъ Мукденомъ,
5. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
5. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Раненъ шрапнелью въ голову, кромѣ того ружейной пулей въ правое бедро. Послѣ раненія въ бедро больной могъ еще бѣжать, а когда ударило въ голову, то потерялъ сознаніе, очнувшись, пролежалъ до вечера, когда былъ снесенъ на перевязочный пунктъ и перевязанъ. — Рана величиною въ грецкій орѣхъ въ верхней части лѣвой теменной области, окружность отечна, при давленіи боль. Жалуется на головную боль, слабость ногъ, но никакихъ мозговыхъ явленій нѣтъ. Общее состояніе удовлетворительное. — Операція: обнаруженъ оскольчатый переломъ, эпидуральное кровоизліяніе и масса осколковъ, внѣдрившихся въ мозговое вещество. — 6. X общее состояніе хорошее, хотя лихорадилъ до 38,5°. — 10. X температура нормальна, рана грануліруетъ хорошо.—16. X отправленъ въ Харбинъ.— Выздоровѣлъ.

№ 275. Носуль Семенъ. 20 л. — 36-го Орловскаго пѣх. п. ефр.,
4/5. X. 04 въ ночь раненъ шрапнелью,
5. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
5. X. 04 оперированъ,
27. X. 04 эвакуированъ.

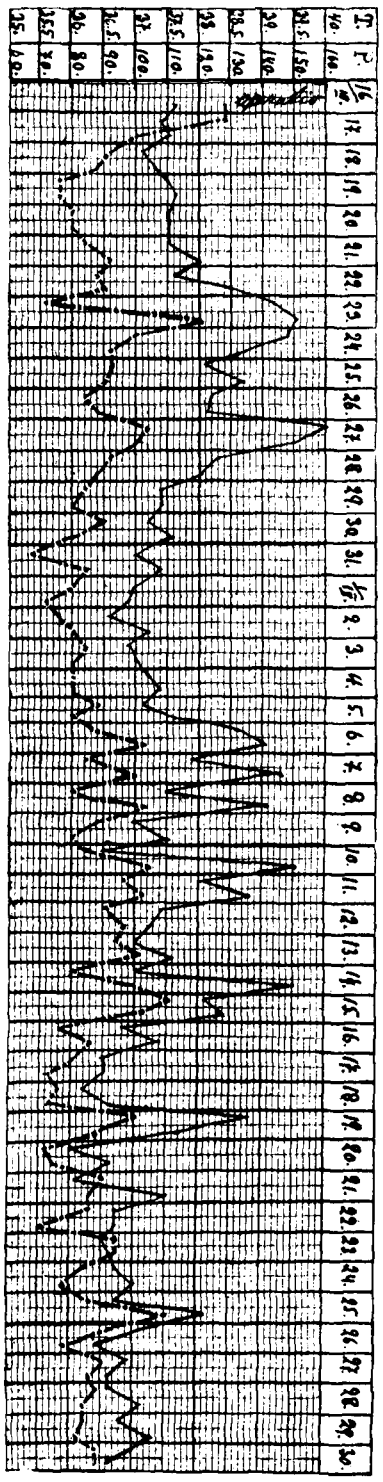
V. r. frontalis. — Въ области лба по срединѣ на 1 палецъ выше glabellae имѣется огнестрѣльная рана. Кость раздроблена. Больной жалуется на головокруженіе. Общее состояніе удовлетворительное. — Операція: поперечный разрѣзъ, находятъ оскольчатый переломъ съ вдавленіемъ. Мѣсто перелома соотвѣтствуетъ передней стѣнкѣ правой лобной пазухи. По удаленіи осколковъ обнаруженъ переломъ и задней стѣнки. Твердая мозговая оболочка разорвана, рана проникаетъ въ вещество мозга. Тампонація. — 7. X самочувствіе хорошее. Температура нормальна. — 9. X рана чиста. 11. X. — Есть незначительное выпячиваніе мозгового вещества (Prolapsus cerebri). 15. X выпячиваніе мозга значительно меньше. Общее состояніе хорошее. Свободно ходитъ, читаетъ, пишетъ письма. 21. X рана грануліруетъ хорошо. Мозгъ не выпячивается, ясно видна въ глубинѣ пульсація. 24. X рана рубцуется хорошо. 27. X отправленъ въ Харбинъ въ вполнѣ хорошемъ состояніи. Выздоровѣлъ.

№ 276. Шильниковъ Никифоръ. 24 л. — Амурскаго казач. п.,
17. X. 04 раненъ осколкомъ гранаты,
18. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. X. 04 оперированъ,
16. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. frontalis dex. — Больной немного вялъ. Въ правой половинѣ лобной области имѣется косопоперечная ушибленная рана въ 3cm., проникающая до кости, которая значительно вдавлена внутрь. — Операція: обнаружено воронкообразное вдавленіе кости въ 2,5 □ cm. Отломки tabulae vitreae поранили dura mater. Осколки удалены. Тампоны, швы. 20. X больной спокоенъ. 22. X перевязка. Рана чиста. Общее состояніе хорошее. 25. X рана гранулируетъ хорошо. 27. X. — Дефектъ закрытъ пластически лоскутомъ изъ височной области. 6. XI лоскутъ хорошо приросъ. 16. XI отправленъ въ Харбинъ. Выздоровѣлъ.

№ 277. Стояновъ Иванъ. 25 л. — мл. фейерверкеръ 3 б. 4 стр. арт. див.,
16. III. 05 раненъ въ Гунчжулинѣ револьв. воен. типа на близ. разст.,
16. III. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
16. III. 05 оперированъ,
24. V. 05 эвакуированъ.

V. r. temporo-occipitalis dex. — Сознанія послѣ раненія вполнѣ не потерялъ. Была рвота. Поступилъ черезъ нѣсколько часовъ послѣ раненія. Входъ: на палецъ выше правой ушной раковины, величиною въ 15-коп. мон. Выходъ: по средней линіи на три пальца выше prot. occip. ext., 3 сант. длины, 2 сант. ширины, съ неправильными краями. Изъ выход. отв. вытекаетъ мозговое вещество. Между обѣими ранами haematoma. Сознаніе помрачено. Пульсъ учащенъ. 16. III. 05 операція: Входъ и выходъ соединены разрѣзомъ. Входное отверстіе въ кости величиною въ 5-коп. мон., выходное имѣетъ cm. 5 въ діаметрѣ. Отъ входного отв. къ выходному идетъ цѣлый рядъ трещинъ, соединяющихся между собою. Приходится удалить всѣ осколки на протяженіи всего пулевого хода. Dura и мозговое вещество въ этой области сильно размозжены. Въ глубинѣ размозженнаго мозга осколки, ихъ удаляютъ. Довольно сильное кровотеченіе изъ сосудовъ мозга. Тампоны. Теченіе: 17. III сознаніе почти полное. Жалуется на головную боль. Ночью очень безпокоенъ. 18. III пер. пов. верхнихъ слоевъ, промокшихъ кровью. Больной въ полномъ сознаніи. Головная боль. 19. III замѣчена Hemianopsia sinistra. 20. III пов. сильно промокаетъ, истеченіе liq. cerebro-spinalis. Сознаніе полное. Много спитъ. 21. III. — Пер. тампоновъ, которые легко выходятъ. Рана чиста. 23. III ночью



№ 277.

безпокоенъ. Истеченіе liq. cerebr. spin. продолжается. 25. III появилось выпаденіе мозга. Б. лихорадитъ. 29. III пер. пов., пролапсъ не увеличивается. — Въ послѣдующее время выпаденіе мозга то уменьшается, то увеличивается, вмѣстѣ съ тѣмъ наблюдаются колебанія пульса и температуры (см. кривую). Съ 30. III прекращается истеченіе liq. cerebr. spin. Съ 26. IV пульсъ и T° нормальны. 3. V начинаетъ ходить. 24. V выпаденіе мозга исчезло, осталась маленькая грануляціонная поверхность. Рубецъ пульсируетъ. Hemianopsia безъ перемѣны. Ходитъ свободно, но скоро устаетъ. Эвакуированъ на сѣверъ.

По наведеннымъ справкамъ 13-го ноября 1906 г. Стояновъ живъ. На головѣ отчасти втянутый, отчасти выпячивающійся рубецъ. Параличей нѣтъ. Припадковъ, судорогъ не бывало. Жалуется на безпрерывную боль въ голеняхъ обѣихъ ногъ. Самочувствіе плохое, постоянная головная боль и головокруженіе. Работать не способенъ.

№ 278. Тришинъ З. 34 л. — 137-го Нѣжин. п. ст. унт.-оф., 20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью, ? оперированъ въ Мукденѣ.

3. X. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскъ,
10. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Послѣ ранения былъ безъ сознания 15 дней. Въ Мукденѣ дѣлали операцію. — Въ лѣвой теменной области, параллельно сагиттальному шву, частью зарубцевавшаяся, частью грануляирующая рана, соотвѣтственно ей дефектъ кости. Параличъ правой верхней конечности и парезъ правой нижней конечности. T° нормальная. 10. X. 04 эвакуированъ.

№ 279. Жигалинъ Сергѣй. 32 л. — 33-го Елецкаго пѣхоти. п.,
4. X. 04 раненъ шрапнелью,
5. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденъ,
5. X. 04 оперированъ,
28. XII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Соотвѣтственно правому теменному бугру имѣется огнестрѣльная рана шрапнелью. Края раны ушибленные, неправильной формы. Лѣвосторонній параличъ руки и ноги. 5. X. операція (подъ хлороформомъ): обнаруженъ оскольчатый переломъ черепа, соотв. кожной ранѣ. Твердая мозговая оболочка разорвана, мозговое вещество разрушено. Извлечены 6 осколковъ. Тампонація. — 8. X больной нѣсколько возбужденъ. 9. X рана чиста, замѣтно вспячиваніе мозга. 11. X движенія въ конечностяхъ начинаютъ возстановляться. 15. X парезъ прошелъ. 30. X рана гранулируетъ хорошо. 6. XI. замѣтна еще небольшая, покрытая грануляціями мозговая грыжа. 12. XI. — Когда больной ходитъ, его клонитъ влѣво. 2. XII выпячиваніе мозга исчезло, рана значительно уменьшилась. 8. XII больной поправился, пополнѣлъ, ходитъ свободно. 22. XII все зажило. 28. XII пѣшкомъ отправился на вокзалъ для слѣдованія въ Харбинъ. По частнымъ свѣдѣніямъ выздоровѣлъ. — Больной упоминается въ трудѣ проф. Дьяконова, стр. 149, № 9. По прибытіи въ Москву отмѣчено: въ правой теменной области пульсирующій рубецъ; особенно сильно пульсируетъ середина рубца, шириною въ 2,25 сант. Слабость пальцевъ лѣвой руки и онѣмѣніе въ нихъ.

№ 280. Поповъ Николай. 23 л. — 1-ой Бат. 3-ей артил. бригады кан.,
18. VIII. 04 раненъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденъ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Съ лѣвой стороны въ области височной рана 3 cm., неправильной формы, съ ушибленными краями. Пульсъ замедленъ (48). Парезъ правой руки и ноги. — Операція: Констатируется звѣздчатый переломъ съ вдавленіемъ отломковъ внутрь. Извлечены 2 остроконечныхъ осколка, продырявившіе твердую мозговую оболочку. 21. VIII. — Самочувствіе удовлетворительное. Движенія паретическихъ конечностей замѣтно улучшаются. 22. VIII. — Можетъ вставать, въ руку беретъ ложку. 24. VIII. — Эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 281. Красныхъ Ѳедоръ. 31. г. — 241 Орскаго пѣх. п.,
17. II. 05 раненъ осколкомъ гранаты,
19. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
19. II. 05 оперированъ,
23. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. et dex. — Имѣются 2 раны, неправильной формы съ ушибленными, рваными краями, одна на 8 cm. выше лѣваго уха, другая на 11 cm. выше праваго и на 3 cm. кзади. Парезъ правой руки и ноги. Больной въ полномъ сознаніи. Пульсъ 60, T° нормальна. — Операція: Слѣва оскольчатый переломъ съ внѣдреніемъ 3 осколковъ tabulae vitreae въ мозговое вещество. Справа — небольшая трещина. Тампонація. 20. II. — Общее состояніе удовлетворительное. 22. II. — Безъ перемѣнъ. Парезъ видимо улучшается. 23. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ съ царскимъ санитарнымъ поѣздомъ.

№ 282. Сидоровъ Яковъ. 27 л. — 284-го Чембарскаго п.,
3. X. 04 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
5. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
5. X. 04 оперированъ,
12. X. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе, очнулся на перевязочномъ пунктѣ. Рана немного выше праваго виска. 5. X. — Операція: обнаруженъ оскольчатый переломъ черепа. Извлечены внѣдрившіеся въ мозгъ осколки. Тампонація. 6. X. — Самочувствіе хорошее. Температура нормальна. Чувствуетъ нѣкоторое онѣмѣніе въ лѣвой рукѣ и ногѣ (парезъ). 8. X. — Теченіе раненія благопріятное. Жалуется только на боли въ лѣвой половинѣ головы. Не лихорадитъ. 12. X. — Отправленъ въ Харбинъ съ хорошо гранулирующей раной. Выздоровѣлъ.

№ 283. Сазановъ Степанъ. 37 л. — Воронежскаго п.,
1. X. 04 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
3. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
3. X. 04 оперированъ,
16. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе, затѣмъ очнулся, прошелъ $^1/_2$ версты до перевязочнаго пункта. Рана въ правой теменной области. Жалуется на сильную головную боль и головокруженіе. Лѣвой рукой и ногой почти не владѣетъ. 4. X. — Операція: Широко вскрыта рана въ продольномъ направленіи, обнаруженъ оскольчатый звѣздчатый переломъ, обнажена поверхность поврежденной твердой мозговой оболочки и вынуты 4 осколка, вклинившіеся въ мозгъ. Тампонація. 7. X. — Состояніе удовлетворительное. Движенія руки и ноги улучшаются. 12. X. — Рана чиста, гранулируетъ хорошо. T° нормальна, мозгъ пульсируетъ. 16. X. — Самочувствіе хорошее. Движенія возстановились почти совершенно. Рана въ хорошемъ состояніи. Отправленъ въ Харбинъ.

№ 284. Матвѣевъ Михаилъ. 38 л. — В. С. С. П.,
5. X. 04 раненъ шрапнелью,
7. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
7. X. 04 оперированъ,
16. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. frontalis sin. — Въ лѣвой половинѣ лобной области имѣется огнестрѣльная рана. Сознаніе затемненное. Параличей нѣтъ. 7. X. — Операція: (Хлороформенный наркозъ). Кость раздроблена. Осколокъ ея величиною въ 20 коп. монету вдавленъ. По расширеніи раны оказалось еще нѣсколько осколковъ tabulae vitreae, вдавленныхъ въ полость черепа, разорвавшихъ твердую мозговую оболочку. Тампонація. 10.—15. X. — Рана чиста. Замѣтно небольшое выпячиваніе мозга. 18. X. — Пролабированная часть мозга омертвѣла и отпадаетъ. Температура нормальна. Общее состояніе удовлетворительно. 30. X. — Все шло обычно, и только 1. XI отмѣчено, больной чувствуетъ себя хуже, была рвота, но уже къ вечеру послѣ обильнаго стула все прошло благополучно. 6. XI. — Рана значительно уменьшилась. Выпячиванія мозга нѣтъ. Больной свободно ходитъ, гуляетъ по палатамъ. Аппетитъ прекрасный. 15. XI. — Почти все зажило. 16. XI — вакуированъ въ Харбинъ. — Выздоровѣлъ.

Случаи тангенціальнаго раненія арт. снарядами
оперированные, эвакуированные.
Вторично-оперированные.
№№ 285—295.

№ 285. Москвинъ Василій. 36 л. — Красноярск. пѣх. п. ефр.,
14. VI. 04 раненъ при Дашичао осколкомъ гранаты,
22. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. VI. 04 оперированъ,
6. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. occipitalis sin. — Раненъ лежа на позиціи. Взрывомъ гранаты его отбросило на нѣсколько шаговъ. Пролежалъ нѣкоторое время безъ сознанія. Пришелъ въ себя уже на перевязочномъ пунктѣ. На мѣстѣ раненія перевязалъ товарищъ матеріаломъ изъ пакетика. На носилкахъ несли верстъ 10 въ лазаретъ, гдѣ пролежалъ вмѣстѣ съ другими нѣсколько дней. До ж. д. ѣхалъ на двуколкѣ въ сидячемъ положеніи. Параличей нѣтъ. — На лѣвой затылочной области косопродольная рана въ 4 cm., рваная съ ушибленными краями, проникающая до кости, здѣсь переломъ со значительнымъ вдавленіемъ. Рана чиста. — Операція: Разрѣзомъ мягкихъ частей вдоль раны обнажено мѣсто перелома, причемъ констатированъ переломъ черепа съ вдавленіемъ осколка овальной формы величиной въ куриное яйцо. Осколокъ удаленъ. Сгустки крови на поверхности durae matris, помятой, но цѣлой. Тампонъ. Швы. 1. VII. — Рана зажила p. primam, за неключеніемъ мѣста выводника. T° нормальна. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительное. — 9. VII все почти зажило. — 1. VIII выздоровѣлъ. — 6. VIII отправленъ въ Харбинъ.

№ 286. Лапинъ Сергѣй. 23 л. — 2-го В. С. С. П.,
18. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Рана въ лѣвой теменной области, поврежденъ черепъ и мозгъ. Рана загрязнена, съ ушибленными краями, гноится, гной съ гнилостнымъ запахомъ. Параличъ правой руки и ноги. — Операція: Вырѣзываютъ ушибленные и загрязненные края раны, выдалбливаютъ проломленную кость и уда-

ляютъ изъ мозга 3 остроконечныхъ осколка. Тампонація. Асептическая повязка. 21. VIII. — Отвѣчаетъ на вопросы вполнѣ разумно. Самочувствіе хорошее. Температура нормальна. 24. VIII. — Воспалительныя явленія въ области раны прошли, рана очистилась, мозгъ пульсируетъ въ глубинѣ. Отправленъ въ Харбинъ.

№ 287. Богатовъ Симеонъ. 38 л. — 283 Бутульминск. пѣх. п. стар. унт.-оф.,
11. II. 05 раненъ шрапнелью,
14. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
14. II. 05 оперированъ,
20. II. 05 эвакуированъ.

V. r. temporo-occipitalis sin. — Послѣ ранения упалъ, потерялъ сознаніе. Была рвота. Жалуется на боль. Входное отверстіе — на 4 cm. выше лѣваго сосцевиднаго отростка; выходное — на 5 cm. влѣво отъ protub. occipital. externa. Припухлость сосѣдней области, изъ раны выдѣляется мозговая кашица. Парезъ лѣваго лицевого нерва. — Операція ($CHCl_3$): Пуля прошла вдоль всей кости, образуя желобъ, оскольчатый переломъ, осколки tabulae vitreae внѣдрились въ мозговое вещество. Выдѣлились сгустки крови и мозговой кашицы. Рана широко раскрыта. Пульсъ 70. T° 37,2. 16. II. — Рана чище. Мозгъ хорошо пульсируетъ. Общее состояніе хорошее. 18. II. — Самочувствіе удовлетворительное. T° 36,8—37,0. Пульсъ правильный. 20. II. — Отправленъ въ Харбинъ.

№ 288. Скляръ Петръ. — 33-го Елецкаго п. ефрейторъ,
17. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ осколкомъ гранаты,
20. VIII. 04 поступилъ въ Л. П. О. въ Харбинъ,
21. VIII. 04 оперированъ,
3. XI. 04 эвакуированъ.

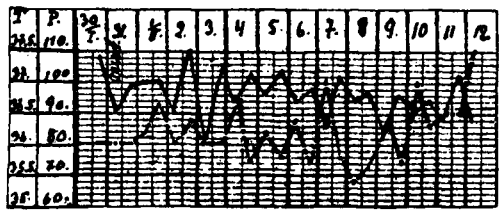
V. r. frontalis sin. — Послѣ ранения былъ безъ сознанія. Пришелъ въ себя только по дорогѣ въ Харбинъ. Рана на 3 сант. выше наружнаго края лѣвой брови. Окружность инфильтрирована. Кость повреждена. — Переломъ костей лѣваго предплечья съ обширнымъ раненіемъ мягкихъ частей. Больной въ подавленномъ настроеніи. Амнезія. Пульсъ медленный, напряженный. T° 37,7. — 21. VIII сдѣланы débridement черепной раны и ампутація лѣв. предплечья. — Теченіе: въ первое время T° немного повышена. — Въ началѣ октября явленія diabetes insipidus, коли-

чество мочи въ сутки доходило до 5000 ccm. Реакція на сахаръ на удавалась ни разу. Количество мочи стало уменьшаться послѣ большихъ пріемовъ брома. — Въ началѣ сентября у больного появились симптомы tetanus'a: trismus, risus sardonicus, затрудненное глотаніе, ригидность брюшныхъ мышцъ. Нѣсколько впрыскиваній сыворотки остались безъ результата. Послѣ пріемовъ брома явленія стали исчезать. — 4. XI. 04 эвакуированъ. Раны зарубцевались. Небольшая полиурія. Общее состояніе очень удовлетворительное.

По наведеннымъ справкамъ въ концѣ 1906 года Склярь живъ. На лѣвой сторонѣ лба втянутый рубецъ, ему соотвѣтствуетъ дефектъ лобной кости. Рубецъ болѣзненный. Бываютъ припадки общихъ судорогъ, при чемъ иногда теряетъ сознаніе. Припадки бываютъ часто. Параличей нѣтъ. Жалуется на частое огловокруженіе и головную боль, почти постоянную. Работать не способенъ (не достаетъ руки).

№ 289. Малый Эмеліанъ. 23 л. — 57-го Модлинскаго п..
24. I. 05 раненъ шрапнелью,
30. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
31. I. 05 оперированъ,
13. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. Входъ и выходъ въ задней части лѣвой теменной области.



№ 289.

Изъ задней раны выдѣляется гной въ обильномъ количествѣ. — Сознаніе при поступленіи сохранено. Раненіе на вылетъ мягкихъ частей лѣваго плеча, бедра и лѣваго предплечья, T° 37,4, пульсъ 80. 31. I. — Операція: Оказывается, что кость только поверхностно повреждена (tabul. externa) у задняго отверстія. — Гладкое теченіе до эвакуаціи 13. II.

№ 290. Винокуровъ Петръ. 29 л. — 34-го Сѣвскаго п.,
3. X. 04 раненъ шрапнелью,
7. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ.
10. X. 04 оперированъ,
27. X. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — 4 дня лежалъ безъ памяти. Въ височной области съ лѣвой стороны на уровнѣ глаза рваная рана въ 2 cm. Глазъ опухъ. Въ лѣвомъ ухѣ запекшаяся кровь, барабанная перепонка разрушена, изъ нижняго отдѣла показывается кровь. Общее состояніе тяжелое, сидѣть не можетъ, говоритъ съ трудомъ. T° повышена — 38°. 10. X. — Состояніе ухудшилось. T° 40. вся височная область и соотвѣтственная половина лица сильно вздулись. Произведена операція. Рана расширена, удалены перебитыя части zygomatici и часть височной кости, обнажена dura, представляющая признаки воспаленія, и широко вскрыта гнойно-пораженная сосѣдняя область. Тампонація. 18. X. — Состояніе улучшилось. T° нормальна. Видъ раны удовлетворительный. 22. X. — Рана хорошо гранулируетъ. 27. X. — Общее состояніе то же самое. Больной въ полномъ сознаніи. Чувствуетъ себя хорошо. Перевезенъ въ Харбинъ.

№ 291. Бухаревъ Иванъ. 23 л. — 124-го Воронежскаго п.,
27. I. 05 раненъ шрапнелью,
3. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ изъ 20-го Подв. п. г.,
4. II. 05 оперированъ,
12. II. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Раненъ во время земляныхъ работъ на позиціи. Сознаніе потерялъ, когда пробовалъ встать. Рвоты не было. — При поступленіи сознаніе сохранено. Рана величиною въ одинъ сантим. на 4 cm. впереди верхушки праваго уха. T° 37,2—37,5 4. II. — Операція: рана расширена. Въ мускулатурѣ виска легкое нагноеніе. Кость немного надтреснута. Тампоны. 7. II—12. II рана имѣетъ свѣжій видъ, хорошо гранулируетъ. — 12. II. эвакуированъ.

№ 292. Томашевичъ Петръ.
22. II. 05 раненъ шрапнелью,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
6. III. 05 оперированъ,
12. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parietalis dex. — Рана въ задней части правой теменной кости, немного вправо отъ средней линіи. Общее состояніе было удовлетворительно, мозговыхъ явленій не было, предполагалось раненіе безъ поврежденія кости. Къ 1. III. — Рана начала больше гноиться, появилось повышеніе температуры и удрученное, подавленное состояніе съ головной болью. 6 марта. — Операція ($CHCl_3$): Найденъ оскольчатый переломъ, гной между dura и черепомъ и 5 осколковъ tabulae internae, продырявившіе твердую мозговую оболочку. Въ веществѣ мозга ограниченный, поверхностный гнойникъ. Тампонація. 7. III. — T° спадаетъ. Самочувствіе хорошее. Боли головныя значительно меньше. 9. III. — Рана въ удовлетв. состояніи, чиста, суха. Мозгъ пульсируетъ. 12. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ. Предполагалось его продержать въ Мукденѣ еще 2 недѣли до эвакуаціи въ Дальній.

№ 293. Шарифулла Насибула. 23 л. — 17-го В. С. С. П.,
25. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
4. III. 05 поступилъ въ Л. П. О. въ Харбинѣ,
7. III. 05 оперированъ,
20. VI. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Послѣ раненія былъ нѣкоторое время безъ сознанія, пересталъ слышать правымъ ухомъ, головокруженіе. — Раненіе правой височной области, края раны рваные, воспаленные. Изъ раны значительное выдѣленіе гноя. Б. въ сознаніи. Парезъ праваго лицевого нерва. Ничего не слышитъ правымъ ухомъ. Головная боль. T° повышена. Пульсъ не замедленъ. — Теченіе: T° не понижается. 7. III. — Операція: Рана мягкихъ частей расширена, обнаруженъ переломъ въ височной кости. Осколки удалены. Края костной раны сглажены. Тампоны. — До начала апрѣля лихорадитъ, затѣмъ температура приходитъ къ нормѣ. Было гноетеченіе изъ праваго уха. 20. VI. 05 эвакуированъ въ Россію. Рана зажила. Глухота на правое ухо. Незначительный парезъ праваго лицевого нерва.

По наведеннымъ справкамъ въ концѣ 1906 г. Шарифулла живъ. Въ правой височной области значительно втянутый рубецъ, окружность его при надавливаніи болѣзненна. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бываетъ. Жалуется на головокруженіе, въ особенности когда наклоняется. По временамъ головная боль и боли въ правомъ глазу, конъюнктива котораго гиперемирована. Работоспособность сильно понижена.

№ 294. Лейбъ Христіанъ. 31. л. — 55-го Подольскаго п.,
12. I. 05 раненъ подъ Сандепу шрапнелью,
29. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
29. I. 05 оперированъ,
20. II. 05 эвакуированъ.

V. r. fronto-temporalis dex. — Входное отверстіе: въ верхней части лба на 2 cm. вправо отъ срединной линіи величиною въ 2 cm., здѣсь отдѣляются клочки мозгового вещества. Выходное: позади верхняго края праваго уха. Между этими отверстіями часть черепа раздроблена (пальпація). Параличъ лѣваго лицевого нерва. Руками и ногами двигаетъ, T° 38,0. Операція: Широкій разрѣзъ между отверстіями. Оскольчатый переломъ, особенно много осколковъ, внѣдрившихся въ мозговое вещество лобной доли, гдѣ мозгъ сильно пострадалъ. Тампонація. 1. II. — T° 36,6. Поверхность мозговой грыжи омертвѣла. Выпаденіе незначительное. Общее состояніе тяжелое. Съ 3. II началось замѣтное улучшеніе. 13. II. — Рана имѣетъ хорошій видъ. T° нормальна. Б. еще немного вялъ. 16. II. — Раны хорошо гранулируютъ. T° 36,5—37,4. Пульсъ удовлетв. 18. II. — Ходитъ свободно. Голова свѣжая. Аппетитъ хорошій. 20. II. — Отправленъ въ Харбинъ въ удовлетв. состояніи, значительно поправившимся.

№ 295. Орлинъ Иванъ. 29 л.,
? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ осколкомъ гранаты,
24. II. 05 поступилъ въ Л. П. О. въ Харбинѣ,
8. III. 05 оперированъ,
9. VIII. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Послѣ пораненія былъ безъ сознанія. До перевязочнаго пункта дотащили товарищи, тамъ сдѣлана перевязка. Въ Харбинъ доставленъ въ теплушечномъ поѣздѣ. Со дня раненія не могъ ходить, была головная боль. — Рана въ лѣвой височной области надъ ухомъ. Кость раздроблена. Парезъ правой ноги и руки. Больной доставленъ безъ сознанія, мочится подъ себя. — Теченіе: T° 36,7—38,3. Пульсъ медленный, напряженный. Гноетеченіе изъ лѣваго уха. Не приходитъ въ сознаніе, безпокоенъ. — 8. III операція: удалены осколки кости изъ полости, выполненной гноемъ и размозженной мозговою тканью. Послѣ операціи до 14. III. T° высокая до 38,5; пульсъ около 100. 14. III пер. пов. 17. III. — Выпаденіе мозга величиною въ голубиное яйцо. Больной не говоритъ, на настойчивые вопросы из-

дaетъ нечленораздѣльные звуки. Недержаніе мочи и кала. Ѣстъ плохо. Съ 26. III. сознаніе замѣтно прояснилось. Началъ правильно принимать пищу. Больной реагируетъ на вопросы. Рѣчь однако невнятна и понять, что онъ отвѣчаетъ, въ большинствѣ случаевъ невозможно. Бросается однако въ глаза, что б. все время обращаетъ вниманіе на свою рану, показывая на нее рукой и произноситъ повидимому одни и тѣ же слова. T° нормальная. 31. III. — Возстановляются движенія правой руки и ноги. Видъ раны хорошій. Prolaps. безъ перемѣны. Рѣчь б. улучшилась, однако остается еще невнятной, замѣтна тенденція къ произношенію однихъ и тѣхъ же словъ. Онъ многаго не помнитъ: ни имени жены, ни названія полка и т. д. Иногда затрудняется назвать употребительные предметы, ему извѣстные. Ясно выражена аграфія и алексія. — Къ 9. V выпаденіе мозга исчезло. 21. V рана зажила. Позволено ходить. Рѣчь мало улучшилась, ничего новаго не вспомнилъ, лучше называетъ имена окружающихъ предметовъ. Лѣвый зрачекъ реагируетъ нѣсколько слабѣе праваго. 29. VI. — Трехугольный дефектъ кости, покрытый тонкимъ пульсирующимъ рубцемъ, отстоитъ отъ suttura sagittalis на 14 сант., отъ затылочнаго бугра на 12 сант., отъ переноcья на 13 сант. Парезовъ конечностей нѣтъ. Рефлексы нормальны. Лѣвымъ ухомъ не слышитъ. T° нормальна. 5. VII. — Дефектъ кости закрытъ кожно-надкостничнымъ лоскутомъ. 11. VII сняты швы, prima intentio. Западеніе уничтожилось и конфигурація лѣвой половины почти приблизилась къ правой. 9. VIII эвакуированъ.

По наведеннымъ справкамъ 24. XI. 06 Орлинъ живъ. Выше лѣваго уха втянутый рубецъ. Разъ въ мѣсяцъ, иногда и рѣже, бываютъ припадки общихъ судорогъ съ потерей сознанія. Говорить не можетъ. Жалуется на головокруженіе и постоянную головную боль. Работать не способенъ.

Случаи тангенціальнаго раненія арт. снарядами

оперированные, эвакуированные.

Оперированные до поступленія въ лазаретъ.

№№ 296—297.

№ 296. Губарь С. 24 л. — 10-го Новоингерманландскаго п.,
31. XII. 04 раненъ у Суятуни шрапнелью,
? оперированъ,

5. III. 05 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
3. VIII. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Раненъ въ лѣвое плечо, руку и голову. Подвергался повидимому операціи. — Въ лѣвой теменной области углубленный рубецъ, длиною въ 4 cm. и шириною въ 1,5 сант., сростійся съ костью подъ струпомъ. Раненіе на вылетъ лѣваго плечевого сустава и огнестрѣльный переломъ лѣваго предплечья (radius). — Теченіе: Тошнота, боль въ животѣ, поносъ, которые быстро проходятъ. — 16. III и 1. VII секвестротоміи на предплечьѣ и плечѣ. Со стороны раненія головы симптомовъ не имѣется. — 3. VIII. 05 выписывается съ зажившими ранами.

№ 297. Оспенко Иванъ.

11. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ осколкомъ гранаты,
14. II. 05 оперированъ,
19. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
4. IV. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. - Послѣ раненія въ теченіе одной почи былъ безъ сознанія, потомъ ходилъ, говорилъ (?) — 14. II сдѣлана операція, послѣ нея пересталъ говорить. При поступленіи: въ лѣвой височной области, пальца на 4 выше наружнаго слухового прохода, рана. Парезъ правыхъ конечностей. Незначительное пониженіе чувствительности съ правой стороны тѣла. Разстройство рѣчи. — Теченіе: T° по вечерамъ время отъ времени повышена. 8. III. — Пер. пов. Выпаденіе мозга, величиною въ голубиное яйцо. 18. III выпаденіе значительно уменьшилось. 24. III. — Выпаденіе исчезло. 30. III рана зарубцевалась. 4. IV. 05 эвакуированъ въ Россію. Рѣчь нормальна. Парезъ и разстройство чувствительности безъ перемѣны. Отсутствіе колѣннаго рефлекса справа.

Случаи тангенціальнаго раненія арт. снарядами
оперированные, умершіе.
Первично-оперированный
— № 298.

№ 298. Безсчетный Тимофей. 24 л. — 4-го В. С. С. П.,
20. II. 05 раненъ шрапнелью,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,

20. II. 05 оперированъ,
23. II. 05 умеръ.

V. r. parietalis dex. — Больной въ сознаніи. Пульсъ удовлетворительный. Параличъ лѣвыхъ верхней и нижней конечностей. Лицевой нервъ не парализованъ. — Въ правой теменной области у срединной линіи имѣется обширная, неправильной формы, рана величиною продольно въ 8 cm. 20. II. — Операція: Въ теменной области справа на 3 cm. отъ средней линіи переломъ кости съ вдавленіемъ осколковъ; 4 осколка tabulae vitreae вдавлены въ вещество мозга. Послѣднее размозжено на мѣстѣ перелома. Дефектъ въ полтинникъ. Тампонація. — Неожиданно умеръ 23. II въ 1 час. ночи. — Вскрытія не было (24 отступали).

Случаи тангенціальнаго раненія арт. снарядами

оперированные, умершіе.

Вторично-оперированные.

№№ 299—302.

№ 299. Шашкинъ Андрей. 36 л. Инсарскаго п.,
? X. 04 раненъ шрапнелью,
2. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденъ,
2. X. 04 оперированъ,
14/15. X. 04 умеръ въ ночь.

V. r. parietalis dex. — Раненъ нѣсколько дней до поступленія, какого числа не помнитъ. Поступилъ въ полусознательномъ состояніи, возбужденъ, параличъ лѣвой руки и ноги. T° повышена, непроизвольное мочеиспусканіе. — Входное отверстіе на 4 пальца выше уха съ правой стороны. Рана загрязнена. — Трепанація 2 октября: широкій разрѣзъ. Долотомъ раскрыто отверстіе въ черепѣ. Удалены осколки, распавшіеся сгустки крови и омертвѣлое мозговое вещество. Рана затампонирована. 11. X. Больной немного спокойнѣе. Параличи тѣ-же. Выпятившаяся часть мозга омертвѣла. T° повышена. 14/15. X. — Въ ночь ухудшеніе, отекъ легкихъ, смерть. — Вскрытіе: разлитой гнойн. менингитъ.

№ 300. Бауманъ Павелъ. — 284 Чембарскаго п.,
? X. 04 раненъ подъ Шахэ осколкомъ гранаты,
5. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденъ,

5. X. 04 оперированъ.
14. X. 04 умеръ.

V. r. parieto-occipitalis. — Не можетъ дать никакихъ свѣдѣній о раненіи. Ногами и руками владѣетъ. Раненъ осколкомъ гранаты въ теменно-затылочную область по срединной линіи. Рана съ помятыми, неправильными краями, загрязнена, гноится, съ запахомъ. Температура повышена. Сознаніе помрачено. Бредитъ. — Операція: Широко вскрыта область раненія и обширнаго осколчатаго перелома черепа, удалены остроконечные осколки, глубоко внѣдрившіеся въ мозговое вещество. Послѣднее размозжено на большомъ протяженіи и выдѣляется клочьями. 7. X. — T° доходитъ до 40°. Жалуется на сильныя головныя боли. Значительное выпаденіе гноящагося, распадающагося мозга. 8. X. — Выпавшая, омертвѣлая часть мозга въ видѣ гриба закрываетъ отверстіе въ черепѣ, мѣшаетъ свободному стоку гноя, его срѣзаютъ, послѣ него пульсація мозга стала замѣтна. 10. X. — Положеніе больного тяжелое. Безъ памяти. 14. X. — Скончался при явленіяхъ остраго отёка легкихъ. — При вскрытіи: Encephalitis purulenta, encephalomalacia.

№ 301. Прилуцкій Иванъ (Сейкусъ).

2. X. 04 раненъ осколкомъ гранаты,
8. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
8. X. 04 оперированъ.
31. X. 04 умеръ.

V. r. fronto-parietalis sin. — Въ безсознательномъ состояніи. Раненъ дней 6 тому назадъ гранатой (по словамъ доставившихъ ого санитаровъ). — Въ лѣвой теменно-лобной области зіяющая, грязноватая, гноящаяся рана съ ушибленно- рваными краями, кость раздроблена и вдавлена внутрь. Параличъ прав. facialis. — Débridement 8. X. — Осколки внѣдрились глубоко въ мозгъ, ихъ удаляютъ. Существуетъ уже нагноеніе въ мозговомъ веществѣ, dura и pia отёчны, инъецированы. — Температура повышена. 9. X. — Состояніе тяжелое, но больной смотритъ сознательнѣе и отвѣчаетъ на вопросы, хотя вяло и часто невпопадъ. 10. X. — Температура спала. Выпаденіе мозга довольно большое. Рана гранулируетъ, видъ чище. 18. X. — Замѣтно нѣкоторое улучшеніе. 23. X. — Ухудшеніе общаго состоянія. T° повышается. При проколахъ въ разныя направленія не удается констатировать абцессъ мозга. 24. X. — Замѣтно значительное исте-

ченіе цереброспинальной жидкости. Бредитъ, безпокоенъ. 31. X скончался. — При вскрытіи обнаруженъ: общій гнойный менингитъ, распадъ почти всей лѣвой лобной доли.

№ 302. Меньшиковъ Демьянъ.

18. VII. 04 раненъ подъ Хайчэномъ шрапнелью,
20. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
22. VII. 04 оперированъ,
22. VII. 04 умеръ.

V. r. parietalis dex. — Въ правой теменной области вблизи теменного бугра рана величиною въ двухкоп. монету, кость раздроблена, изъ раны выпячивается размозженное мозговое вещество. Раненія мягкихъ покрововъ лба и лѣвой теменной области. Всѣ раны покрыты грязными налетами. Парезъ лѣвыхъ конечностей, временами судорожныя подергиванія въ нихъ. Сознаніе помрачено. Пульсъ ускоренъ. T° повышена. Зрачки сужены. — Теченіе: б. въ полусознаніи, иногда отвѣчаетъ на вопросы. T° повышается до 38,2. Судороги въ лѣвой рукѣ. 22. VII расширена рана въ прав. теменной области. Удалены внѣдрившіеся вглубь осколки lamin. intern. Дефектъ въ кости величиною въ 5 коп. мон. Тампоны. — Послѣ операціи пульсъ частый, слабый. Не приходя въ сознаніе скончался 22. VII вечеромъ.

Случаи тангенціальнаго раненія арт. снарядами

оперированные, умершіе.

Оперированный до поступленія въ лазаретъ — № 303.

№ 303. Журовъ Василій. 26 л. — 18-го В. С. С. П. стрш. унт.-оф.,

? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
? оперированъ,
10. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
22. III. 05 умеръ.

V. r. parietalis sin. — Надъ лѣвымъ теменнымъ бугромъ рана мягкихъ покрововъ большихъ размѣровъ, рана въ кости имѣетъ 2 сант. въ діаметрѣ, изъ нея выпячивается распадающаяся мозговая ткань и выдѣляется обильное количество жид-

кости (liq. cerebr. spin.) отчасти ихорознаго характера. Параличъ правой половины тѣла. Можетъ назвать только свою фамилію, ничего другого не помнитъ и сказать не можетъ. Отъ товарищей узнаютъ, что б. дѣлали операцію. T° нормальна. — 10. III сдѣлана дополнительная операція: удалены неровные края костной раны и распавшіеся куски мозговой ткани. Теченіе: состояніе б. ухудшается. T° повышается только въ послѣдній день до смерти (39,4), а то не превышала 37,2. 22. III — смерть.

Случаи сегментальнаго раненія артиллерійскими снарядами;
неоперированный, эвакуированный
— № 304.

№ 304. Заржецкій Иванъ. 25 л. — 18-го В. С. С. П.,
? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
28. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
31. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Послѣ раненія идти не могъ. Лежалъ во 2-омъ подвижномъ военномъ госпиталѣ, гдѣ вынимали шрапнельную пулю изъ мягкихъ частей праваго плеча. Входъ: на границѣ лобной и правой теменной; выходъ: въ области затылка. Обѣ раны, величиною въ 5 коп. м., выдѣляютъ гной. Кость повреждена. Мозговыхъ явленій, кромѣ амнезіи, нѣтъ. Раненіе мягкихъ частей праваго плеча и спины. 31. III. 05. — Эвакуированъ въ Иркутскъ. Общее состояніе удовлетворительно. Раны заживаютъ. T° нормальная.

По наведеннымъ справкамъ въ концѣ 1906 г. Заржецкій живъ. Въ области входного и выходного отверстій втянутые, болѣзненные рубцы. Параличей нѣтъ. Бываютъ періодически головокруженія. Работать не способенъ.

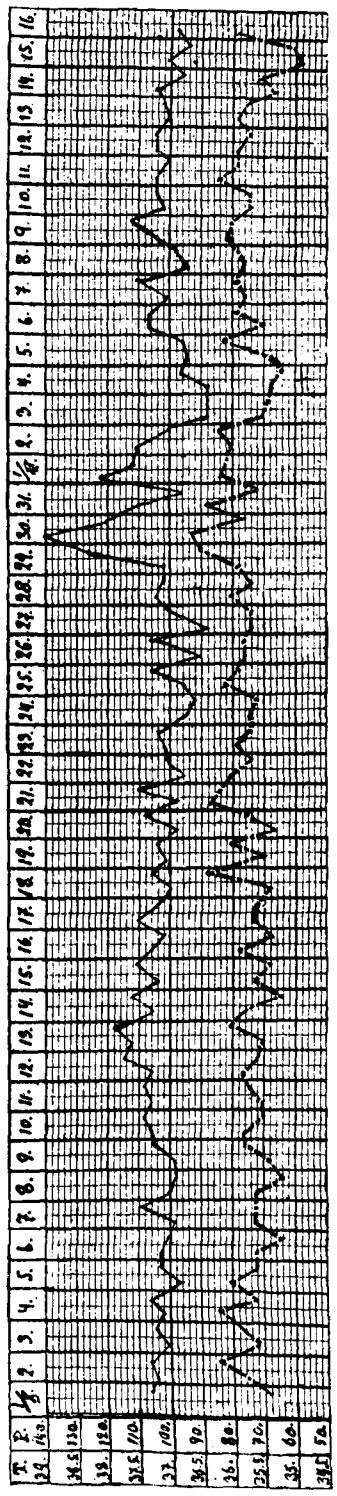
Случаи сегментальнаго раненія арт. снарядами
оперированные, умершіе.
Вторично-оперированный
— № 305.

№ 305. Хольдѣй В. 24 л. — 11-го В. С. С. П.,
22. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
3. X. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,

12. X. 04 оперированъ,
8. XI. 04 умеръ.

V. r. parietalis dex. — Входъ: на палецъ вправо отъ средней линіи на границѣ лобной и теменной кости. Выходъ: пальца на три вправо отъ средней линіи въ теменной области. Входное отверстіе зажило. На мѣстѣ выходного гранулирующая рана. Параличей и парезовъ нѣтъ. Головная боль. T^0 нормальная. — Теченіе: 11. X — во время перевязки припадокъ судорогъ, которыя повторились въ теченіе дня еще два раза. Судороги начинались съ лѣвой ноги, переходили на обѣ верхнія конечности и дѣлались общими. Припадки продолжались около двухъ минутъ; до наступленія ихъ б. жаловался на головную боль. Послѣ перваго припадка остался лѣвосторонній гемипарезъ, facialis не затронутъ. Во время припадковъ б. терялъ сознаніе. 12. X. — Ночью и утромъ были опять припадки судорогъ. Пульсъ 82. Подъ эфирн. нарк. расширено выходное отверстіе. Удалены отломки и оскольчатые края черепной раны. Dura покрыта грануляціями, которыя проникаютъ и вглубь. Обнаженный мозгъ пульсируетъ. У входного отверстія осколковъ и трещинъ меньше. Грануляціи менѣе разросшіяся. Костный дефектъ у входного отв. въ 3 коп. мон., у выходного 5 cm. въ длину и отъ 1,5—2 cm. въ ширину. Тампоны. — Во время наркоза продолжались клоническія судороги въ лѣвой нижн. конечности, которыя наступили во время послѣдняго припадка. — Послѣ операціи судороги исчезли. — 13, 14 и 15 были легкія судороги особенно въ лѣвой нижней конечности, которымъ предшествовала aura. Сознанія не терялъ. Пульсъ 80—92. T^0 нормальная. Самочувствіе удовлетворительное. 16.—19. X. — Судорогъ не было. Жалобы на измѣненіе вкусовыхъ ощущеній. Поносъ. 20. X. — Судороги обѣихъ лѣвыхъ конечностей, безъ потери сознанія, продолжавшіяся около 5 мин. съ предшествовавшей аурой. Такія же судороги были 21, 22, 23. — 23. X. Полная hemiplegia sin. T^0 вечеромъ до 39,7^0. 24. X. — Судороги мышцъ лѣвой половины лица и лѣвой кисти. Пульсъ 86. Головная боль. Настроеніе подавленное. До 28. X — самочувствіе удовлетворительное. T^0 вечеромъ до 38,1^0. 29. X судороги въ лѣвыхъ конечн., 10 мин. Видъ раны хорошій. Пульсъ 80. Со времени раненія мочеиспусканіе учащено (ночью 2 раза). 5. XI. — Безпокоенъ, срываетъ повязку, была рвота. Настроеніе подавленное. 6. XI. — Небольшое выпячиваніе мозга изъ обѣихъ ранъ. Пробная пункція безрезультатна. Пульсъ 106.

Апатія. Ригидность шейныхъ мышцъ. Симптомъ Кернига. Задержка мочи. T° 39,7°. 8. XI смерть. — Вскрытіе: Тромбозъ sinus longitudinalis, гнойный распадъ тромба на небольшомъ пространствѣ. Три отдѣльныхъ нарыва въ правомъ полушаріи мозга.



Случаи съ застрявшими ч. артиллерійскихъ снарядовъ

неоперированные, эвакуированные.

№№ 306—308.

№ 306. Землянка Тимоѳей. 28 л.
— 122-го Тамбовскаго п.,
28. IX. 04 раненъ подъ Янтаемъ шрапнелью,
1. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
16. XI. 04 эвакуированъ.

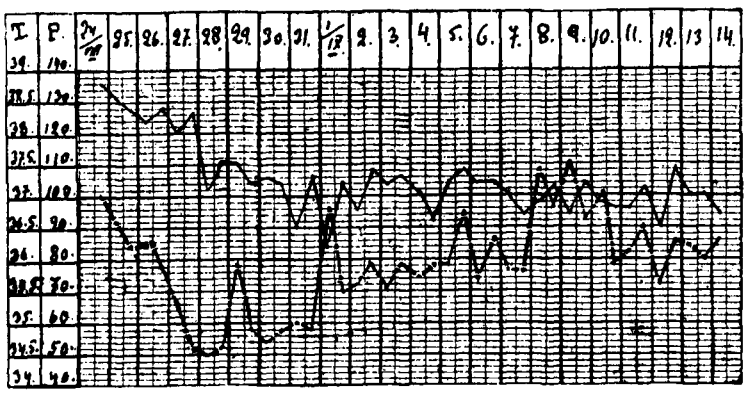
V. r. parietalis dex. — Послѣ раненія сознанія не терялъ, была тошнота. Первую помощь получилъ тотчасъ. — Входъ: въ правой теменной области на 4 cm. позади границы волосъ и на 4 cm. вправо отъ средней линіи діаметромъ въ 2,5 cm. Тошнота, Пульсъ 68. T° нормальна. — Теченіе: постоянное головокруженіе. Пульсъ и T° см. кривую. 21. X рана зарубцевалась. При рентгенизаціи видно въ полости черепа круглое инородное тѣло. 16. XI. 04 эвакуированъ на сѣверъ. При ходьбѣ головокруженіе. Самочувствіе удовлетворительно.

По наведеннымъ справкамъ 2. I. 1907 г. Землянка живъ.

Въ правой теменной области втянутый рубецъ, въ кости соотвѣтственно ему дефектъ. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бываетъ. Жалуется на головокруженіе и на постоянную головную боль, которая по временамъ усиливается.

№ 307. Козыревъ Михаилъ. 2-ой арт. бригады,
? VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
24. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
14. IX. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Входъ: на 1,5 cm. выше лѣвой ушной раковины, вокругъ него довольно большое кровоизліяніе,



№ 307.

неясно прощупывается переломъ черепа. Сознаніе помрачено. Ригидность шейныхъ мышцъ. T° 38,8. Пульсъ напряженный, 100, съ аритміей. — Теченіе: сознаніе проясняется. — Половина шрапнельной пули извлекается подъ кожей въ области распадающагося кровоизліянія надъ сосцевиднымъ отросткомъ. Другая половина рентгеновскимъ снимкомъ обнаружена въ затылочной области черепа. Б. называетъ себя „Михаиломъ Козыревымъ“, ничего другого сказать не можетъ и не помнитъ. T° понемногу приходитъ къ нормѣ, пульсъ также (70—96). 14. IX. 04. — Эвакуированъ въ удовлетворительномъ общемъ состояніи. Раны рубцуются (см. снимокъ № V (II) и № X).

№ 308. Петровъ Г. 31 л. — 8-го Томскаго п.,
28. IX. 04 раненъ при Шахэ шрапнелью,
4. XI. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
11. XI. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Входъ въ раковинѣ праваго уха, здѣсь рубецъ — слѣдъ зажившей раны. Выхода нѣтъ. Правое верхнее вѣко опущено. Глазъ нѣсколько выпяченъ. Зрѣніе на немъ значительно ослаблено. Ротъ открываетъ лишь настолько, что проходитъ палецъ. Глухота на правое ухо. Боль въ верхней челюсти. T° нормальная. 11. XI. 04 выписывается.

Случаи съ застрявшими ч. артиллерійскихъ снарядовъ;
неоперированный, умершій
— № 309.

№ 309. Ферштеръ Готфридъ. 6-го В. С. С. II.,
? I. 05 раненъ при Сандепу шрапнелью,
18. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. 6. въ Гунчжулинѣ,
19. I. 05 умеръ.

V. r. frontalis sin. — Доставленъ въ безсознательномъ состояніи. Входъ: на шесть сантим. выше средины лѣвой брови, рваная рана величиною въ мѣдн. пятакъ, изъ нея выдѣляется гной. Б. безъ сознанія. Зрачки неравномѣрно расширены, не реагируютъ на свѣтъ. T° 39,5, пульсъ 76. 19. I. не приходя въ себя скончался. Вскрытіе: дырчатый переломъ въ лобной кости. Въ мозгу по направленію спереди назадъ пулевой каналъ длиною въ шесть сантим. Каналъ проходимъ для маленькаго пальца, въ концѣ его лежитъ шрапнельная пуля. Въ окружности пулевого канала въ мозговомъ веществѣ точечныя кровоизліянія. Meningo-encephalitis (см. снимки № IVa и b).

Случаи съ застрявшими ч. артиллерійскихъ снарядовъ
оперированные, эвакуированные.
Первично-оперированные.
№№ 310—322.

№ 310. Е. Сергѣй. 46 л. — Подполковникъ 43 арт. бриг.,
1. X. 04 раненъ при Шахэ шрапнелью,
1. X. 04 поступилъ на перев. пунктъ Л. О. И. М. 6. въ Хуаншанѣ,
1. X. 04 оперированъ.
6. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis. — Послѣ раненія потерялъ на короткое время сознаніе. Вправо отъ средней линіи на высотѣ темени шрапнель пригвоздила фуражку къ черепу, разбивъ и вдавивъ кость. Фуражку срѣзали на позиціи. Подкладка и сукно фуражки вмѣстѣ съ осколкомъ теменной кости вбиты въ черепъ ниже уровня lamin. vitreae. — Сдѣлана трепанація. Dura не повреждена, небольшое кровоизліяніе. Мозговыхъ явленій нѣтъ. Гладкое теченіе. T° нормальна. На пятый день эвакуированъ. [См. снимокъ № V (IV)].

№ 311. Ханафинъ Нуре-Ахметъ. 32 л. — Орловскаго п.,
18. II. 05 раненъ шрапнелью,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Входъ въ лѣвой височной области. — 18. II оперированъ: удалено много осколковъ, кровяныхъ сгустковъ и пуля. 24. II — эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 312. Ивановъ Григорій. 28 л. — 98-го Юрьевскаго п. ефр.,
18. II. 05 раненъ шрапнелью,
19. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
19. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. occipitalis dex. — Входное отверстіе: въ затылочной области вправо отъ срединной линіи. Рана неправильной формы съ ушибленными краями, въ глубинѣ виднѣется раздробленная кость. Сознаніе ясное. Параличей нѣтъ. Жалуется на головокруженіе. — Операція: Оскольчатый переломъ, осколки глубоко внѣдрились въ мозговое вещество, на глубинѣ $2^1/_2$ cm. найдена шрапнельная, мало деформированная пуля, вышла масса сгустковъ крови и мозговой кашицы. Тампонація. 20. II. — Состояніе лучше. T° 37,2—37,5. Пульсъ 70—72. 22. II. — Рана чиста. Общее самочувствіе хорошее. Сидитъ, встаетъ, разговариваетъ. 24. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 313. Новосельскій Нифодій. 25 л. — 59-го Люблинскаго п. ефр.,
17. II. 05 раненъ шрапнелью,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Въ правой теменной области у самаго бугра неправильной формы, ушибленная рана, въ глубинѣ виднѣется раздробленная кость. Парезъ лѣвой руки и ноги. — Операція: Найденъ оскольчатый переломъ, удалено много осколковъ, сгустковъ крови и пуля. Тампонація. 20. II. — Общее сост. удовлетв. Парезъ лѣвой руки и ноги еще держатся. T° 37,6. Пульсъ 72. 22. II. — Самочувствіе хорошее. Рана чиста. T° 37,1—37,2. 24. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 314. Самсоновъ Антонъ. 30 л. — 122-го Волховскаго пѣх. п.,
21. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Потерялъ сознаніе послѣ раненія. Парезъ лѣвой руки и параличъ лѣвой ноги. — Входное отверстіе: въ правой височной области, здѣсь прощупывается раздробленная кость. Выходного отверстія нѣтъ. — Операція: Широкій разрѣзъ. Оскольчатый переломъ, удалены осколки и $^1/_2$ шрапнельной пули изъ глубины въ 2 cm., другая $^1/_2$ пули найдена подъ кожей по сосѣдству. Тампонація. 23. II. — Самочувствіе удовлетв. T° нормальна. Боли нѣтъ. 24. II. — Эвакуированъ въ Харбинъ съ санитарнымъ поѣздомъ.

№ 315. Лимановъ Михаилъ. 25 л. — 139-го Моршанскаго пѣх. п.,
20. VIII. 04 раненъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. parieto-frontalis dex. — Потерялъ сознаніе и очнулся на перевязочномъ пунктѣ. На границѣ темени и лба вправо отъ срединной линіи неправильной формы ушибленная рана въ глубинѣ виднѣется раздробленная кость. Мозговыхъ явленій, кромѣ головной боли, нѣтъ. — Операція: Удалена шрапнельная пуля, не пробившая, а только вдавившая кость и находившаяся по сосѣдству въ мягкихъ частяхъ. Удаленъ осколокъ. Dura помята, но цѣла. Тампонъ. Швы. 21. VIII. — Общее состояніе удовлетвор. T° нормальна. 22. VIII. — Рана чиста. Аппетитъ хорошій. 24. VIII — отправленъ въ Харбинъ.

№ 316. Зараевъ Дмитрій. 32 л. — 139-го Моршанскаго пѣх. п.,
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Рана въ височной области правой стороны. Парезъ лѣвой руки и ноги. Головокруженіе. — Операція: Разрѣзъ на 3 пальца отъ наружнаго края правой глазницы, звѣздчатый переломъ кости со вдавленіемъ; пуля не пробила кость и извлечена изъ сосѣднихъ мягкихъ частей. Она слегка сплюснута. 21. VIII. — Общее состояніе удовлетворительное. 22. VIII. — Паретическія явленія прошли. Температура нормальна. 24. VIII. — Эвакуированъ въ санитарномъ поѣздѣ въ Харбинъ.

№ 317. Борздорфъ Ларіонъ. 5-го стрѣлков. Могилевскаго п.,
25. II. 05 раненъ шрапнелью,
25. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
25. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. parietalis sin. — Раненъ при отступленіи въ лѣвую теменную область. Потерялъ сознаніе. Поступилъ въ тотъ же день въ Крестовоздвиженскій лазаретъ. Парезъ правой ноги и руки. — Операція: найденъ оскольчатый переломъ, со внѣдреніемъ 4 осколковъ въ вещество мозга. Извлечена пуля изъ глубины 2,5 cm. Тампонація. 26. II. — Состояніе удовлетворительное. Самочувствіе сносное. Жалуется на головную боль. Пульсъ 72. T° нормальна. 28. II. — Состояніе постепенно улучшалось. Рана гранулируетъ хорошо. Парезъ руки прошелъ почти безслѣдно, осталось чувство слабости въ ногѣ. 11. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ и отправленъ ими въ Дальній поправившимся.

№ 318. Евфремниковъ,
24. II. 05 раненъ шрапнелью,
въ ночь 24/25. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
25. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. frontalis dex. — Раненъ въ лобъ. Потерялъ сознаніе, черезъ 2 часа пришелъ въ себя. — Операція 25. II. — Найденъ оскольчатый переломъ по срединѣ лба съ поврежденіемъ мозга, пуля чрезъ верхнюю стѣнку orbitae проникла въ правое

глазное яблоко, гдѣ и застряла. Débridement, Enucleatio bulbi. — Дальнѣйшее теченіе благопріятное и 11. III больной былъ отправленъ въ Дальній.

№ 319. Волконитинъ Иванъ. 25 л. — 56-го Житомірскаго п.,
22. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. occipitalis. — Имѣется рана на затылкѣ и въ лѣвой голени. Больной въ сознаніи. Параличей нѣтъ. Пульсъ 48. T° 37,0. — Операція. Найденъ оскольчатый переломъ, съ вдавленіемъ нѣсколькихъ осколковъ въ вещество мозга. Пуля извлечена изъ глубины 2—3 сант. Тампонація. Выдѣлились сгустки крови въ большомъ количествѣ и мозговая кашица. 23. II. — Общее состояніе удовлетворительное. Пульсъ 64. T° 37,1. 25. II. — Въ плѣну. Рана въ удовлетворительномъ состояніи. 28. II. — Рана гранулируетъ хорошо. Больной свободно ходитъ, ѣстъ и пьетъ съ аппетитомъ. 1. III. — Безъ особ. перемѣнъ. 10. III. — Оставленъ на попеченіе японцевъ. Эвакуированъ въ Дальній.

№ 320. Тасенковъ Андрей. 23 л. — 18-го В. С. С. П.,
13. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
13. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
13. II. 05 оперированъ,
10. III. 05 оставленъ въ плѣну.

V. r. temporalis sin. — Въ лѣвой височной области неправильной формы съ ушибленными краями рана въ 3 ст. Кость на этомъ мѣстѣ раздроблена и вдавлена внутрь. Рана загрязнена, въ ней волосы и части папахи. Промывка, волосы сбриты. — Кромѣ того раненъ шрапнелью въ мягкія части правой голени и лѣваго предплечья. — Операція: Звѣздчатый переломъ, съ внѣдреніемъ 2 осколковъ въ мозговое вещество. Пуля шрапнельная, мало измѣненная, найдена поблизости въ мягкихъ частяхъ. Тампонація. — Парезъ правой ноги. 15. II. — Состояніе удовлетворит. T° нормальна. Ногой начинаетъ немного двигать. 20. II. — Рана гранулируетъ хорошо. 24. II. — Остался въ плѣну. 30. II. — Рана рубцуется правильно. Самочувствіе хорошее. Бродитъ по палатѣ съ помощью санитара. 1. III. — Безъ особенныхъ

перемѣнъ. 10. III. — Оставленъ въ плѣну. Рана почти совершенно закрылась.

№ 321. Магомадинъ Нуріахматъ. 29 л. — 283-го Бугульминскаго п.,
11. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
? оперированъ,
1. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
29. III. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Сознанія не терялъ. Первую перевязку наложилъ санитаръ. Двѣ версты вели его подъ руки, затѣмъ 20 верстъ везли на двуколкѣ до перевязочнаго пункта, оттуда отправленъ по конкѣ въ Мукденъ, гдѣ дѣлали операцію: вынули шрапнельную пулю, сидѣвшую „подъ костью". — Въ лѣвой теменной области, на четыре пальца выше ушной раковины, крестообразный разрѣзъ. Изъ раны выпячивается мозговая ткань. — Теченіе: температура между 36,6—37,7. 29. III. 05 эвакуированъ въ Иркутскъ; „состояніе раны значительно улучшилось".

По наведеннымъ справкамъ въ концѣ 1906 г. Магомадинъ живъ. Въ лѣвой теменной области втянутый рубецъ, которому соотвѣтствуетъ дефектъ въ кости величиною въ воложскій орѣхъ. Рубецъ пульсируетъ, при дотрагиваніи болѣзненъ. Параличей нѣтъ. Судорогъ не бываетъ. При попыткахъ къ работѣ головокруженіе. Жалуется на постоянную головную боль, особенно въ лѣвой половинѣ, усиливающуюся при попыткѣ къ работѣ и при перемѣнѣ температуры. Къ работѣ не способенъ.

№ 322. Ильюшенковъ Д. 23 л. — 18-го В. С. С. П.,
16. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
? оперированъ,
16. IV. 05 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
12. V. 05 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Недѣли двѣ былъ безъ сознанія. Пулю извлекли въ лаз. Кр. Кр. — Въ правой теменной области глубокій втянутый кожно-костный рубецъ въ продольномъ направленіи, подвижный на кости. Головныя боли, больше правостороннія. Головокруженіе. Мышечныя боли нижнихъ конечностей. — Теченіе: T^0 нормальная. Головная боль и головокруженіе. 12. V. 05 выписывается.

Случаи съ застрявшими ч. артиллерійскихъ снарядовъ
оперированные, эвакуированные.
Вторично-оперированные.
№№ 323—330.

№ 323. Черемныхъ Николай. 33 л. — 7-го Красноярскаго Сиб. пѣх. п., Заур.-прапор.,
16. II. 05 раненъ шрапнелью,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
20. II. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis dex. — Въ правой височной области рана. Параличей нѣтъ. T° 38,0. — Операція: оскольчатый переломъ, пуля въ мягкихъ частяхъ по сосѣдству. Осколки и пуля извлечены. Dura цѣла. Тампонація. — 19. II. T° спала до 37,1. Самочувствіе удовлетворительное. 20. II эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 324. Лазаревъ,
? раненъ шрапнелью,
7. III. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
7. III. 05 оперированъ,
12. III. 05 оставленъ въ Мукденѣ.

V. r. frontalis. — Раненіе лба. 7. III сдѣлана трепанація и удалена пуля.

№ 325. Цытовичъ Гермогенъ. 29 л. — 282-го Черноярск. п. прапорщикъ,
14. II. 05 раненъ шрапнелью,
16. II. 05 поступилъ въ Мукденѣ,
17. II. 05 оперированъ,
20. II. 05 эвакуированъ.

V. r. occipitalis dex. — Легкая головная боль. Возбужденъ. Парезъ лѣваго лицевого нерва. Въ затылочной области на 5 cm. позади праваго сосцевиднаго отростка неправильной формы съ ушибленными краями рана. Рана гноится. Сосѣдняя область распухла. — Операція: найденъ оскольчатый переломъ, поврежденіе durae и мозга. Вынуты 4 остроконечныхъ осколка и деформированная пуля. Тампонація. 17. II самочувствіе лучше. Состояніе болѣе спокойное. Головная боль въ области

раны. Пульсъ 70. T° 37,3—37,6. 18. II перевязка. Рана суха. Припухлостъ опала. 20. II общее состояніе удовлетворительное. T° нормальная. Отправленъ въ Харбинъ.

№ 326. Фадѣевъ Акександръ. 26 л. — 36-го В. С. С. П. поручикъ,
16. II. 05 раненъ шрапнелью,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
20. II. 05 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Въ области лѣваго сосцевиднаго отростка рана неправильной формы, съ ушибленными краями. Рана гноится. Кругомъ припухлость. Сознаніе полное. Оглохъ на лѣвое ухо. — Операція: оскольчатый переломъ, dura поранена, подъ ней найдена пуля мало деформированная. Тампонація. T° 37,8. 19. II самочувствіе удовлетв. T° нормальная (37,0). Пульсъ 78. 20. II эвакуированъ на сѣверъ.

№ 327. Неизвѣстный,
18. VIII. 04 раненъ осколкомъ гранаты подъ Ляояномъ,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. temporo-parietalis dex. — Рана съ правой стороны въ теменно-височной области. Параличъ праваго лицевого нерва, лѣвой руки и ноги. Мышцы затылка въ ригидномъ состояніи. Больной безъ сознанія. Пульсъ замедленъ, но полный. — Широкій разрѣзъ и трепанація, удалены внѣдрившіеся въ мозгъ осколки черепа и гранаты. 21. VIII. — По временамъ приходитъ въ себя, но не можетъ объяснить, кто онъ, какъ его зовутъ и т. д. 22. VIII. — Общее состояніе безъ перемѣнъ. Со стороны раны ничего особеннаго. 24. VIII. — Отправленъ въ Харбинъ.

№ 328. Стадниковъ Василій. 23 л. — 34-го В. С. С. П.,
18. VIII. 04 раненъ осколкомъ гранаты,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. VIII. 04 оперированъ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Въ лѣвой теменной области рана. Параличъ правой стороны тѣла и лѣваго лицевого нерва. Находится въ полусознательномъ состояніи. Пульсъ замедленъ. При

операціи удалены 12 осколковъ черепа и осколокъ гранаты, разрушившій мозговое вещество въ объемѣ $^1/_2$ куринаго яйца. 21. VIII. — Больной сидитъ, проситъ курить, ѣстъ и пьетъ хорошо. 22. VIII. — Особенныхъ перемѣнъ нѣтъ. Видъ раны при перевязкѣ удовлетворительный. 24. VIII. — Отправленъ въ Харбинъ.

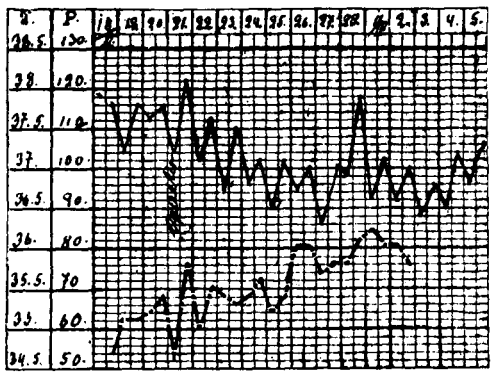
№ 329. Печенкинъ Егоръ. 11-го Семипалатинскаго п.,
? VI. 04 раненъ подъ Кайчжоу шрапнелью,
29. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
30. VI. 04 оперированъ,
5. VIII. 04 эвакуированъ.

V. r. frontalis sin. — Сознанія не терялъ. Послѣ ранения безъ посторонней помощи пошелъ на перевязочный пунктъ, отстоявшій на версту отъ позицій, гдѣ наложена первая повязка. Начиная съ внутренняго края лѣваго глаза вверхъ идетъ рана на протяженіи 5 сант. параллельно срединной линіи и отступая на 1 cm. влѣво отъ нея; края ушибленные, кость въ глубинѣ раздроблена. Здѣсь входное отверстіе пули, шедшей сверху внизъ и проникшей черезъ твердое небо въ полость рта. Пуля застряла въ области подбородка. Глазъ цѣлъ, но сосѣдняя область припухла. Гематома. Б. жалуется на головокруженіе. — T° субфебрильна. 30. VI. — Подъ хлороформомъ операція: Мѣсто раненія широко вскрыто, констатированъ оскольчатый переломъ передней и задней стѣнки лобной кости и пазухи. Осколки удалены. Ими повреждена dura и подлежащій мозгъ. Тампонація. Рана въ твердомъ небѣ расширена, затампонирована отдѣльно. 1. VII. — T° 38,1. Общее состояніе удовлетв. 2. VII. — Рѣзкое улучшеніе; больной ходитъ, на головокруженіе не жалуется. T° нормальна. Промываніе носовой полости. 9. VII. — Рана гранулируетъ хорошо. 20. VII. — Дефектъ закрытъ пластикой. 26. VII. — Prima intentio. 5. VIII. — Отправленъ на родину. Выздоровѣлъ.

№ 330. Мальцовъ Кузьма. 27 л. — Мл. унт.-оф. 282-го Черноярскаго п.,
15. II. 05 раненъ шрапнелью,
18. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
21. II. 05 оперированъ,
6. III. 05 переведенъ.

V. r. temporalis dex. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. При постугленіи со стороны мозга явленій не наблюдается. —

Входное отверстіе круглой формы, величиною въ 5 коп. мон. въ правой височной области. Окружность припухла. Видъ раны инфицированный. Боль въ правомъ глазу. По вечерамъ температура повышается. Рентгеновскій снимокъ обнаруживаетъ круглое инородное тѣло. — 21. II. Операція: Дефектъ въ кости вели-



№ 330.

чиною въ 3 коп. мон., отъ периферіи его идутъ небольшія трещины. Dura поранена, подъ ней въ полости, наполненной гноемъ и мозговымъ débris, лежитъ слегка деформированная, шрапнельная пуля и нѣсколько костныхъ осколковъ. — Послѣопераціонное теченіе благопріятное.

Случаи съ застрявшими ч. артиллерійскихъ снарядовъ

оперированные, эвакуированные.

Оперированные до поступленія въ л.

№№ 331—333.

№ 331. Столяровъ А. 36 л. — 10-го Новоингерманландск. п. ефр.,
20. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
28. VIII. 04 оперированъ въ Тѣлинѣ,
3. X. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
10. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Дѣлали 28. VIII операцію и удалили осколокъ шрапнели. — Въ правой теменной области около средней линіи, на границѣ лобной и теменной кости продольная,

грануліpующая рана длиною въ 4 cm., шириною въ 1 cm. Въ обѣ стороны продольно отъ угловъ раны замѣчается рубецъ операціонной раны. Незначительная слабость мышцъ лѣвой верхней конечности. Жалобы на головокруженіе. T° нормальная. 10. X. 04 — эвакуированъ.

№ 332. Чебатковъ М. 23 л. — 35-го В. С. С. П.,
18. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
? оперированъ въ Гунчжулинѣ,
3. X. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
6. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis dex. — Застрявшая шрапнельная пуля удалена въ Болгарскомъ лазаретѣ въ Гунчжулинѣ. — Въ правой теменной области пальца на $2^1/_2$ отъ средней линіи втянутый рубецъ, не вполнѣ закрывшійся. Головокруженіе. T° нормальная. 6. X. 04 — Рана почти зажила. Эвакуированъ.

№ 333. Жерстовскій Д. 28 л. — 34-го пѣхотнаго п.,
18. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
оперированъ въ Мукденѣ,
3. X. 04 поступилъ въ 3 К. О. въ Иркутскѣ,
10. X. 04 эвакуированъ.

V. r. parietalis sin. — Въ военномъ госпиталѣ въ Мукденѣ удаленъ осколокъ шрапнели. — Входъ: на два пальца влѣво отъ средней линіи, въ передней части теменной области линейная грануліpующая рана параллельно sut. sagittalis до затылочной кости. Параличъ верхней конечности справа, парезъ нижней той же стороны. Facialis не затронутъ. — Теченіе: T° нормальная. Самочувствіе удовлетворительное. 10. X. 04 — эвакуированъ.

Случаи съ застрявшими ч. артиллерійскихъ снарядовъ

оперированные, умершіе.

Вторично-оперированные.

№№ 334—336.

№ 334. Гончарь Алексѣй. 39 л. — 122-го Тамбовскаго пѣх. п.
? X. 04 раненъ шрапнелью,
26. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,

26. X. 04 оперированъ,
8. XI. 04 умеръ.

V. r. temporalis sin. — Больной ходитъ, но не помнитъ когда раненъ; подавленное душевное состояніе. — На 2 пальца выше и кзади отъ лѣваго наружнаго слухового отверстія огнестрѣльная рана съ неправильными, ушибленными краями. — Операція: Разрѣзъ, трепанація, извлечена половина шрапнельной пули изъ мозга на глубинѣ 3 cm., другая половина найдена подъ кожей по сосѣдству съ дефектомъ въ кости. Тампонація. 29. X. — Рана въ хорошемъ состояніи. Температура субфебрильна. 31. X. — Больной сталъ жаловаться на плохой аппетитъ, общее недомоганіе, боли въ животѣ. T° постепенно повышается. Со стороны раны осложненій нѣтъ. 2. XI. — Селезенка увеличена, больной апатиченъ. Рана гранулируетъ. 4. XI. — Животъ болѣзненъ, чувствителенъ къ давленью. Пульсъ частый. Языкъ суховатъ. Апатичность больше. 7. XI. — Языкъ обложенъ, красный. 8. XI. — Внезапно явленія прободнаго перитонита, шокъ и смерть черезъ нѣсколько часовъ. — При вскрытіи: оказались тифозныя язвы въ нижней $^1/_3$ ilei и прободеніе одной язвы въ верхней части на границѣ jejuni и ilei. — Мозгъ найденъ здоровымъ и мѣсто раненія почти зажившимъ.

№ 335. Боголюбцевъ Харитонъ. 31 л. — 161-го Александропольск. п.,
? II. 05 раненъ шрапнелью,
24. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
25. II. 05 оперированъ,
11. III. 05 умеръ.

V. r. temporalis sin. — Входъ: въ лѣвой височной области сант. на пять отъ наружнаго конца брови. Выхода нѣтъ. Изъ лѣваго уха обильная течь, плохо слышитъ. Вся область значительно припухла. Больной въ угнетенномъ состояніи, говоритъ мало. — 25. II. Операція: дефектъ въ кости неправильной формы, длиною въ два и шириною въ два сант. Отъ дефекта идутъ повидимому трещины въ среднее ухо и на основаніе черепа. Изъ размягченной мозговой ткани извлекаются легко двѣ половины шрапнели и осколки кости. Дополнительные разрѣзы въ области сосцевиднаго отростка. Тампоны. — Теченіе: 26. II. б. въ сознаніи, разговариваетъ. 27. II. Пер. пов., тампоны не мѣняются. Повторное кровотеченіе изъ носу. 1. III. — Б. жалуется на голов-

ную боль. 2. III. — Пер. тампоновъ, видъ раны хорошій. 7. III. — Б. безъ сознанія. T^0 повышается до 40^0. Пульсъ частый. 11. III. — не приходя въ сознаніе скончался. — При вскрытіи: Meningo-encephalitis. Менингитъ особенно выраженъ на основаніи черепа.

№ 336. Панковъ Федоръ.

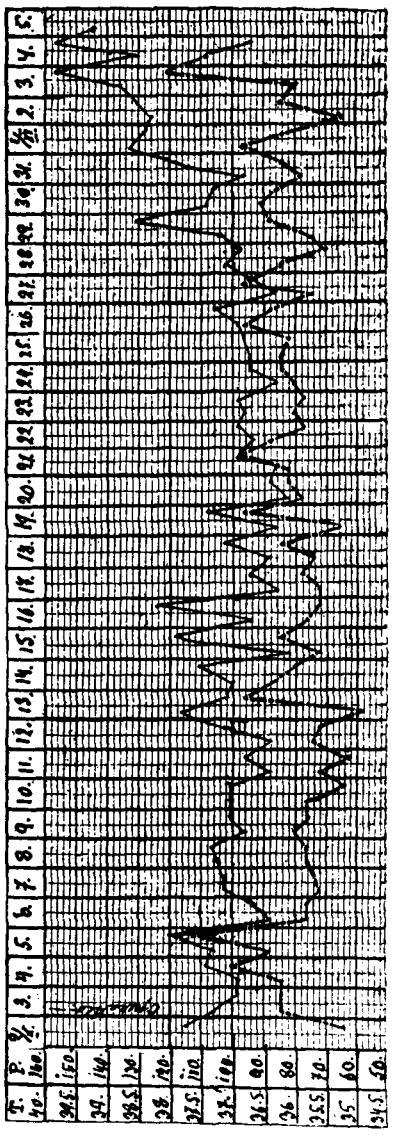
31 л. — Семипалатинскаго п.,

28. IX. 04 раненъ при Шахэ шрапнелью,

2. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,

3. X. 04 оперированъ,

5. XI. 04 умеръ.



№ 336.

V. r. parietalis dex. — Входъ въ области правой теменной кости за коронарнымъ швомъ, величиною въ 5 коп. мон. съ неправильными, вывороченными краями. Изъ него выдѣляется гнойная жидкость съ запахомъ. Во всей правой теменной области большой инфильтратъ. — Параличъ лѣвой руки и ноги. Сознаніе помрачено. Пульсъ 64. T^0 37,7 (см. кривую). — 3. X. Операція: Теменная кость пробита. Dura и мозговое вещество повреждены. Осколки кости удаляются изъ глубины размозженной мозговой ткани, подъ ними лежитъ половина шрапнельной пули. Тампоны. — Теченіе: 4. X. Сознаніе прояснилось, но безпокоенъ. Б. марается подъ себя. Съ 6. X — сталъ чище и спокойнѣе. 11. X — перемѣна тампоновъ. 13. X. — Появилось выпаденіе мозга. Б. сталъ больше говорить, до этого времени на вопросы не отвѣчалъ. 15.—25. X. —

Пролапсъ немного увеличивается. Видъ раны свѣжій. Относится сознательнѣе ко всему окружающему. Говоритъ свободнѣе. Стулъ задержанъ. Съ 29. X — пролапсъ начинаетъ омертвѣвать, общее состояніе ухудшается. Рвота. Повязка сильно промокаетъ. 3. XI. — Пролапсъ увеличивается, у основанія его прощупывается инородное тѣло, которое оказывается второй половиной шрапнельной пули. Сознаніе помрачено. 4. XI. — Параличъ nerv. facialis sin. 5. XI. 04 смерть. — Вскрытіе: изъ костной раны черепа выпячивается распадающаяся мозговая ткань. Мѣстный менингитъ правой затылочной доли. Гнойный менингитъ основанія, Encephalitis правой затылочной доли мозга. Прободеніе въ правый боковой желудочекъ, послѣдній наполненъ гноемъ. Осколковъ кости или шрапнельной пули въ мозговой ткани больше не находится. [см. снимокъ № V (III)].

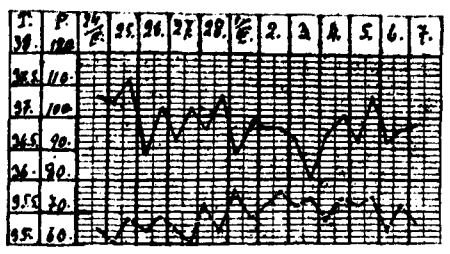
Случаи орбитальнаго раненія артиллерійскими снарядами

неоперированные, эвакуированные.

№№ 337—339.

№ 337. Б. Владиміръ. 31 л. — Штабсъ-капитанъ 5-го ст. арт. див.,
? II. 05 раненъ подъ Мукденомъ шрапнелью,
24. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
8. III. 05 эвакуированъ.

V. r. orbitalis dex. — Не терялъ сознанія послѣ раненія. — Рана верхняго вѣка праваго глаза, длиною въ одинъ сантим. Рана расположена ближе къ наружному углу глаза; она проникаетъ черезъ всю толщу вѣка, соотвѣтственно ей рана sclerae, изъ которой выпячивается corpus vitreum. Больной въ полномъ сознаніи. — Теченіе: 25. II. — T° 37,6, пульсъ 68, боль въ глазу. 26. II. — Enucleatio bulbi dex. При изслѣдованіи orbitae ни перелома, ни инороднаго тѣла не удается прощупать. — Жалуется на головокруженіе, шумъ въ ушахъ. T° и пульсъ см. кривую. — Рентгеновскимъ снимкомъ обнаружена пуля, находящаяся за глазницей. Самочувствіе хорошее. — 8. III. эвакуированъ съ гранулирующей раной.



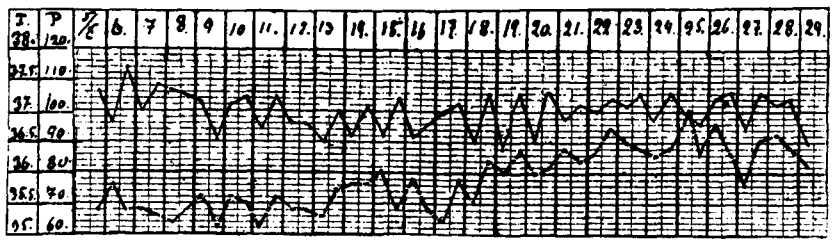
№ 337.

№ 338. Минковъ Степанъ. 23 л. — 20-го В. С. С. П.,
19. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ оск. гранаты,
22. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
6. III. 05 эвакуированъ.

V. r. orbitalis sin. — Послѣ раненія потерялъ сознаніе. — Гноящаяся рана нижняго вѣка лѣваго глаза. Нижній край глазницы раздробленъ. Ротъ раскрываетъ съ трудомъ. Visus на лѣвомъ глазу = 0. Лѣвымъ ухомъ не слышитъ. Кровоподтёкъ въ окружности лѣваго глаза и внутрь глаза. — На правомъ предплечьѣ рваная, гноящаяся рана. При поступленіи рана расширена, при чемъ выдѣлилось много гноя и клочья одежды. Рана была затампонирована. — 23. II расширена рана нижняго вѣка. Удалены осколки раздробленнаго margo infraorbit. Изъ подъ глазного яблока удаленъ осколокъ величиною въ 2 cm.^{2} и 1 cm. толщины. Глазное яблоко не ранено. — 6. III. 05 эвакуированъ на сѣверъ. Раны хорошо заживаютъ.

№ 339. Толстыхъ Яковъ. 27 л. — 124-го Воронежскаго п.,
1. X. 04 раненъ подъ Янтаемъ шрапнелью,
5. X. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ.
28. X. 04 эвакуированъ.

V. r. temporalis sin. — Послѣ раненія сознанія не терялъ. Было кровотеченіе изъ носу. Первую помощь получилъ черезъ полчаса. — Входъ: въ лѣвой височной области немного



№ 339.

выше наружнаго угла глазницы. Кровоподтёки вѣкъ и конъюнктивъ обоихъ глазъ. Лѣвое глазное яблоко немного выпучено, роговица мутна. Около угла нижней челюсти справа прощупывается инородное тѣло, разрѣзомъ удалена шрапнель. Сознаніе полное. Самочувствіе отличное. Пульсъ и T^0 см. кривую. — Теченіе: сильныя боли въ лѣвомъ глазу. 11. X. — Enucleatio bulbi

oculi sin., глазное яблоко повреждено, въ немъ три осколка кости. — 25. X всѣ раны зарубцевались. — Съ 19. X пульсъ немного ускоренъ, около 88—96, T° нормальна. — 28. X. 04 эвакуированъ на сѣверъ. Самочувствіе прекрасное.

По наведеннымъ справкамъ Толстыхъ умеръ отъ тифа во время слѣдованія на родину съ Дальняго востока.

Случаи орбитальнаго раненія артиллерійскими снарядами

неоперированный, умершій.

— № 340.

№ 340. Сирійсакъ Ѳеофанъ. 27 л. — Бузулукскаго п.,
13. I. 05 раненъ при Сандену осколками гранаты,
18. I. 05 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
18. I. 05 умеръ.

V. r. temporo-orbitalis dex. — Рана съ правой стороны впереди основанія уха, неправильной формы. Другая рана въ правой глазницѣ. Вся глазница и переносье раздроблены. Изъ глазницы выпячиваются клочья размозженной ткани. Кровоподтёки лѣваго глаза и правой щеки. Сознаніе сохранено. — Послѣ наложенія повязки внезапно скончался.

Случаи неопредѣленные

неоперированные, эвакуированные.

№№ 341—356.

№ 341. Григорьевъ Иванъ
? раненъ,
2. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
12. II. 05 эвакуированъ.
Огнестрѣльное раненіе правой височной области.

№ 342. Сомовъ Осипъ
? раненъ,
7. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
18. III. 05 эвакуированъ.
Огнестрѣльное раненіе головы.

№ 343. Демецкій Іосифъ

? раненъ,
18. IV. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
24. IV. 05 эвакуированъ.
Огнестрѣльное раненіе головы.

№ 344. Каргополовъ

? раненъ,
28. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
14. III. 05 эвакуированъ.
Огнестрѣльное раненіе головы.

№ 345. Новиковъ

? раненъ,
24. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
19. III. 05 эвакуированъ.
Огнестрѣльное раненіе черепа.

№ 346. Самойловъ Иванъ, 37 л.,

? раненъ,
14. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
19. III. 05 эвакуированъ въ Иркутскъ.
Огнестрѣльное ран. головы. Пульсъ нормальный. T° нѣсколько разъ повышалась.

№ 347. Ильинъ Ѳеофанъ, 26 л.,

? раненъ,
2. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
27. III. 05 эвакуированъ въ Россію.
Огнестр. ран. головы и груди. 4. II. 05. — Операція ?. T° была высокая.

№ 348. Серготенко Андрей, 29 л.,

? раненъ,
24. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
22. III. 05 эвакуированъ въ Россію.
Огнестрѣльное ран. головы. T° нормальная. Пульсъ медленный, 50—70 въ мин.

№ 349. Кегія Степанъ, 25 л.,

? раненъ,
19. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
3. IV. 05 эвакуированъ въ Читу.
Огнестр. ран. головы и лѣваго предплечья. T° нормальная.

№ 350. Юдаевъ Иванъ, 32 л.,
? раненъ,
19. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
17. III. 05 эвакуированъ въ Иркутскъ.
Огнестрѣльное ран. головы. Т° по вечерамъ до 37,7. Пульсъ 56—70 въ мин.

№ 351. Вавиловъ Александръ, 33 л.,
? раненъ,
19. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
19. III. 05 эвакуированъ въ Иркутскъ.
Огнестрѣльное ран. головы. Въ началѣ марта Т° поднялась, ознобъ, потомъ опять нормальная. Пульсъ 66—100.

№ 352. Пугачевъ Прохоръ, 28 л.,
? раненъ,
19. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
18. III. 05 эвакуированъ въ Иркутскъ.
Огнестр. ран. головы. Т° нормальная. Пульсъ 60—76.

№ 353. Богатовъ Петръ, 30 л.,
? раненъ,
19. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
19. III. 05 эвакуированъ въ Иркутскъ.
Огнестрѣл. ран. головы. Т° въ первое время вечеромъ повышена до 38,2. Пульсъ 62—76. Потомъ пульсъ и Т° нормальны.

№ 354. Кочетковъ
? раненъ,
24. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
19. VII. 05 эвакуированъ.
Огнестрѣльное раненіе головы.

№ 355. Терекъ
? раненъ,
24. II. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
27. III. 05 эвакуированъ.
Огнестрѣльное ран. праваго виска.

№ 356. Филькенъ Николай, 30 л., 19 В. С. С. II.,
17. II. 05 раненъ,

20. II. 05 въ поступилъ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
? эвакуированъ.

V. r. fronto-orbitalis sin. — Входъ: на переносицѣ, носовыя кости раздроблены. Выходъ: черезъ лѣвый глазъ, послѣдній размозженъ.

Случаи неопредѣленные

неоперированные, умершіе.

№№ 357—364.

№ 357. Неизвѣстный

? раненъ,
25. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ, № 1157,
27. II. 05 умеръ.

Д. r. frontalis. — На лбу отъ одного бугра къ другому зіяющая рана, длиною въ пять сантим., изъ которой вытекаетъ смѣшанная съ кровью мозговая ткань. — Б. безъ сознанія, не реагируетъ, марается подъ себя. T° 39,9, пульсъ 88. 26. II. — T° 40,3—39,6, пульсъ 84—140. 27. II. — T° 38,5, пульсъ 135. Умеръ не приходя въ себя.

№ 358. Бѣляковъ

? раненъ,
27. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
31. VIII. 04 умеръ.

Огнестрѣльное раненіе черепа. — Tetanus.

№ 359. Неизвѣстный

? VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ,
20. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
21. VIII. 04 умеръ.

V. r. orbitalis sin. — Доставленъ въ безсознательномъ состояніи. Въ области лѣваго глаза рваная, гноящаяся рана, занимающая нижнее и верхнее вѣко. Глазное яблоко разрушено, изъ глубины глазницы выдѣляется обильное количество вонючей, съ газами жидкости. Ригидность шейныхъ мышцъ. — Раненіе мягкихъ частей лѣвой голени на вылетъ. Больной безъ сознанія. T° 39,6. Пульсъ 74, напряженный. 21. VIII. 04 скончался.

№ 360. Леващукъ Ѳедоръ

? раненъ,
27. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
22. III. 05 умеръ.

V. r. fronto-orbitalis dex. — Входъ: надъ правымъ глазомъ, выходъ черезъ правый глазъ. Черезъ обѣ раны проведенъ длинный тампонъ. Б. всѣмъ недоволенъ и на все жалуется. Въ первые дни темпер. между 36,0—36,8, пульсъ ускоренъ до 120. Съ 3. III. T° повышается, пульсъ до 140. Выдѣленіе изъ раны не особенно сильное. 22. III смерть.

№ 361. Маленковъ Тихонъ, ст. унт.-оф. 33-го Елецкаго п.,

? раненъ,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 умеръ.

Огнестр. раненіе черепа и мозга. Безъ сознанія. Умеръ въ день поступленія.

№ 362. Слѣпцовъ Михаилъ, Зарайскаго п.,

? раненъ,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
22. II. 05 умеръ.

Огнестрѣльное раненіе черепа и мозга. Безъ сознанія. Умеръ черезъ часъ по прибытіи.

№ 363. Неизвѣстный

? раненъ,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 6151,
20. II. 05 умеръ.

Огнестрѣльное раненіе черепа и мозга. Безъ сознанія. Умеръ черезъ часъ по поступленіи.

№ 364. Неизвѣстный

? раненъ,
22. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 6340,
22. II. 05 умеръ.

Огнестрѣльное раненіе черепа и мозга. Безъ сознанія, безъ пульса. Умеръ въ день поступленія.

Случаи неопредѣленные

оперированные, эвакуированные.

№№ 365—372.

№ 365. Кузнецовъ

28. II. 05 раненъ,
? поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
1. III. 05 оперированъ,
12. III. 05 оставленъ въ плѣну.
Vulnus sclopet. cranii et cerebri. 1. III. Trepanatio.

№ 366. Стояновъ

? раненъ,
? поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
9. III. 05 оперированъ,
12. III. 05 оставленъ въ плѣну.
Vuln. sclopet. cranii. 9. III. Debridement.

№ 367. Горашъ Георгій, 29 л. Мл. унт. оф. Нѣжинскаго п.,
? раненъ,
? оперированъ,
5. III. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
9. III. 05 эвакуированъ.
V. r. temporalis sin. — Въ лѣвой височной области вертикальный разрѣзъ, перпендикулярно къ нему другой зарубцевавшійся разрѣзъ. Въ черепѣ костный дефектъ величиною въ 10 коп. монету, въ который вставленъ дренажъ и тампонъ. Выпаденіе мозга. Параличей нѣтъ. 5. III.—9. III T° до 36,7, пульсъ 42—58.

№ 368. Сѣровъ Ефимъ, 32 л. 98-го Юрьевскаго п.,
? раненъ,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.
Огнестрѣльное раненіе черепа и мозга. 18. II. — Оперированъ. 19. II. — T° 38,0. 24. II. эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 369. Малявка Егоръ, 7-го В. С. С. П.,
? раненъ,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,

18. II. 05 оперированъ,
22. II. 05 эвакуированъ.

Огнестрѣльное ранение черепа и мозга. 18. II. оперированъ. 22. II. эвакуированъ въ Харбинъ.

№ 370. Лужанскій Андрей, 32 л. 1-го В. С. С. II.,
? раненъ,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ.
18. II. 05 оперированъ,
24. II. 05 эвакуированъ.

Огнестрѣльное раненіе черепа и мозга. 18. II. оперированъ 24. II. эвакуированъ въ удовлетворительномъ состояніи.

№ 371. Кочайгесъ
28. II. 05 раненъ,
? поступилъ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
2. III. 05 оперированъ,
12. III. 05 оставленъ въ плѣну.
Vuln. sclop. cranii et cerebri.

№ 372. Сидоренко
28. II. 05 раненъ,
? поступилъ въ Кр.-В. Л въ Мукденѣ,
3. III. 05 оперированъ,
12. III. 05 оставленъ въ плѣну.
Vuln. sclop. cranii et cerebri.

Случаи неопредѣленные
оперированные, умершіе.
№№ 373—380.

№ 373. Неизвѣстный
? раненъ,
21. II. 05 поступилъ въ Е. II. Л. въ Гунчжулинѣ, № 1103,
22. II. 05 оперированъ,
26. II. 05 умеръ.

V. r. temporo-parietalis sin. — Б. безъ памяти. Въ лѣвой теменно-височной области продолговатая, зіяющая рана, проникающая черезъ мягкія части и кость. На днѣ раны виденъ покрытый гнойнымъ налетомъ мозгъ и сгустки. Параличъ праваго

facialis'a, правой руки. Афазія. Повышенные рефлексы на лѣвой нижней конечности. T° 37,6—38,3; пульсъ 60—72. 22. II. — Операція: края костной раны сглаживаются, удаляются распавшіяся части мозговой ткани. Тампоны. 23.—24. II. — T° 37,2 до 40,3, пульсъ 60—88. 25. II пульсъ 120. T° 38,5—39,5. — 26. II смерть.

№ 374. Неизвѣстный

? раненъ,
? оперированъ,
4. III. 05 поступилъ въ Е. II. Л. въ Гунчжулинѣ, № 1205,
11. III. 05 умеръ.

V. r. fronto-parietalis sin. — Входъ: въ лѣвой лобной кости; выходъ: въ задней части лѣвой теменной кости. Обѣ раны расширены до поступленія. Б. апатиченъ, марается подъ себя. Температура 37,5—37,8, пульсъ 56—60. — Съ 6. III до 11. III T° не превышаетъ 38,1; пульсъ между 64—80. — 11. III смерть.

№ 375. Неизвѣстный

? раненъ,
? оперированъ,
4. III. 05 поступилъ въ Е. II. Л. въ Гунчжулинѣ, № 1204,
11. III. 05 умеръ.

V. r. temporo-parietalis sin. — Безъ памяти. Въ лѣвой теменно-височной области рана и дефектъ черепной кости, длиною около 15 сант. Изъ раны выпячивается отдѣляющееся клочьями, распавшееся мозговое вещество. T° высокая, пульсъ 104. — Марается подъ себя. Температура до 7. III между 38,3—39,5, пульсъ 104—120. Съ 8. III до 11. III T° около 37,0, пульсъ 76—84. Обильное выдѣленіе изъ раны. — 11. III смерть.

№ 376. Неизвѣстный

? раненъ,
? оперированъ,
4. III. 05 поступилъ въ Е. II. Л. въ Гунчжулинѣ, № 1211,
6. III. 05 умеръ.

V. reg.? — Принятъ съ раной послѣ трепанаціи черепа; изъ раны выпячивается размягченное мозговое вещество. Не говоритъ. T° между 38,5—40,9; пульсъ около 150.

№ 377. Зальманъ Почащукъ

? раненъ,
7. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
? оперированъ,
16. III. 05 умеръ.

Огнестрѣльное раненіе праваго полушарія.

№ 378. Кузнецовъ

? раненъ,
10. III. 05 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
? оперированъ,
27. III. 05 умеръ.

Огнестрѣльное раненіе головы.

№ 379. Копыринъ

? раненъ,
20. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
? оперированъ,
12. IX. 04 умеръ.

Огнестрѣльное раненіе черепа. — Trepanatio. Enucleatio bulbi.

№ 380. Павловъ Михаилъ

? раненъ,
1. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
? оперированъ,
23. X. умеръ 04.

Огнестрѣльное раненіе черепа.

Раненія мягкихъ покрововъ черепа

оболочечными пулями.

№№ 381—408.

№ 381. Шепелевъ Семенъ. 35-го Брянскаго п.,
18. VII. 04 раненъ подъ Анпиномъ об. пулею,
19. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
23. VII. 04 эвакуированъ на сѣверъ.

Раненъ лежа. Первую помощь получилъ черезъ два часа. — Пуля, ударивъ по серединѣ не волосистой части лба, отскочила (контузія). Пульсъ и T^0 нормальны.

№ 382. Коноваловъ Афанасій. 36-го Сѣвскаго п.,
4. VII. 04 раненъ на Удалинскомъ пер. об. пулею,
8. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. 6. въ Ляоянѣ,
10. VII. 04 эвакуированъ.

Раненъ стоя. Сознанія не терялъ. Первую помощь получилъ тотчасъ. — Пуля задѣла мягкія части на лбу надъ лѣвымъ глазомъ (контузія). — Никакихъ симптомовъ со стороны мозга нѣтъ. T° нормальная.

№ 383. Петлинъ Маркъ. 121-го Пензенскаго п.,
18. VII. 04 раненъ подъ Анпиномъ двумя об. пул. на разст. 300 шаг.,
19. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. 6. въ Ляоянѣ.
23. VII. 04 эвакуированъ.

Раненъ лежа. Сознаніе потерялъ. Первую помощь получилъ черезъ $^1/_2$ часа. — Рана въ области лѣвой теменной кости на 3 пальца выше уха. — Раны: на шеѣ по средней линіи, по наружному краю лѣвой лопатки и по срединѣ правой скуловой дуги. — Никакихъ симптомовъ. Раны чисты. — Эвакуированъ 23. VII. 04.

№ 384. Масленниковъ Митрофанъ. Орловскаго п.,
18. VII. 04 раненъ об. пулею,
20. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. 6. въ Ляоянѣ,
25. VII. 04 эвакуированъ.

Пуля чуть задѣла кожу въ лѣвой теменной области. T° по вечерамъ подымается до 38,4. Другихъ симптомовъ нѣтъ.

№ 385. Грачевъ Филиппъ. 36 л. — 11-го Псковскаго п.,
29. IX. 04 раненъ при Шахэ об. пулею,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
26. X. 04 эвакуированъ.

Кожная рана длиною въ 3,0 сантм. въ области праваго надбровья. Въ глубинѣ раны видна незатронутая надкостница. Рана гноится. — Раненіе на вылетъ праваго локтевого сустава. — Теченіе: T° нормальна. 17. X всѣ раны зажили. — 26. X. 04 эвакуированъ въ Россію. Движенія въ правомъ локтевомъ суставѣ сильно ограничены.

№ 386. И. Александръ М. 25 л. — Подпоручикъ 4 В. С. С. П.,
15. I. 05 раненъ об. пулею,
18. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
19. I. 05 эвакуированъ въ Харбинъ.

По срединѣ теменной области поперечная рана мягкихъ покрововъ, длиною въ 2 сантиметра.

№ 387. Кукса Иванъ. 28 л. — 36-го Орловскаго п.,
5. VII. 04 раненъ об. пулею на разст. около двухъ вер.,
7. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
9. VII. 04 эвакуированъ.

Послѣ ранения почувствовалъ сильную боль и потерялъ сознаніе. Когда пришелъ въ себя, чувствовалъ головную боль. — При поступленіи легкая болѣзненность въ окружности раны. Находится въ состояніи легкаго оглушенія. — Рана, длиною въ 4 сантм., въ лѣвой теменной области на три пальца выше верхняго края ушной раковины. Рана не проникаетъ до періоста. T° нормальна.

№ 388. Кубскій Іосифъ. 28 л. — 4-го В. С. С. П.,
15. I. 05 раненъ об. пулею на большомъ разстоян.,
18. I. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
29. I. 05 эвакуированъ.

На темени желобообразная рана, кость повидимому не повреждена. Рана покрыта струпомъ, изъ подъ котораго выдѣляется гной, въ довольно обильномъ количествѣ. Пульсъ 64, другихъ явленій нѣтъ. — Рана очищается хорошо. Незначительная головная боль. Температура и пульсъ до эвакуаціи въ предѣлахъ нормы.

№ 389. Кресановъ Петръ. 23 л. — 9-го В. С. С. П.,
4. VII. 04 раненъ об. пулею на разстояніи 400 шаг.,
7. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
31. VII. 04 выписанъ въ полкъ.

Раненъ взбираясь на сопку. Почувствовалъ ударъ, снялъ шапку и нашелъ въ ней пулю. Перевязанъ тотчасъ. — Въ лѣвой теменной области рана, длиною въ 2,5 сантм., съ рваными краями. Періостъ не поврежденъ. Рана грязная, гноится. Кругомъ чувствительность при давленіи. Пульсъ не замедленъ, полный. — Рана понемногу очищается. T° немного повышена. Къ 19. VII рана зажила. 31. VII выписанъ въ полкъ.

№ 390. Астафуровъ Иванъ. 23 л. — 24-го В. С. С. П.,
4. VII. 04 раненъ об. пулею на разстояніи 600 шаг.,
7. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
31. VII. 04 выписанъ въ полкъ.

Раненъ лежа въ цѣпи. Почувствовалъ ударъ, въ головѣ какъ бы зазвенѣло, но сознанія не терялъ. Перевязанъ тотчасъ, затѣмъ еще два раза мѣняли повязку. — Рваная рана, длиною въ 6 сантим., надъ правою бровью. Дно грязноватое. Жалуется на шумъ въ головѣ, другихъ явленій нѣтъ. 8.—9. VII. — Б. лихорадитъ, головная боль, ознобъ, ломота. Рана имѣетъ грязный видъ. — 10. VII. — Рана расширена. Кость оказывается цѣлой. Причиной лихорадки оказывается „манджурка.“ 29. VII — рана зажила. 31. VII — выписанъ въ полкъ здоровымъ.

№ 391. Шіяковъ Иванъ. 27 л. — 34-го Сѣвскаго п., младш. унт.-оф.,
4. VII. 04 раненъ об. пулею у Сингалинскаго пер.,
6. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
6. VIII. 04 эвакуированъ.

Раненъ при отступленіи, сидя. Сознанія не терялъ. Перевязанъ тотчасъ товарищемъ. Немного шелъ самъ, затѣмъ ѣхалъ на двуколкѣ. Перевязанъ былъ три раза. — Въ правой теменной области на палецъ отъ средней линіи косопродольная, кожная рана. 17. VII рана зарубцевалась. Б. не лихорадилъ. Съ 25. VII по 27 VII поносъ. 6. VIII отправленъ въ Харбинъ.

№ 392. Лемешко Яковъ. 30 л. — 34-го Сѣвскаго п.,
4. VII. 04 раненъ у Сингалинскаго пер. об. пулею на разст. 1400 ш.,
6. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
31. VII. 04 выписанъ.

Раненъ при наступленіи, стоя на колѣнѣ. Сознанія не терялъ. Перевязанъ тотчасъ фельдшеромъ. Шелъ большую часть дороги, затѣмъ ѣхалъ на двуколкѣ. Перевязанъ два раза. Въ лѣвой теменной области косопродольная рана отъ рикошетной пули. Рана чиста. 7. VII головныя боли. 17. VII рана зарубцевалась. T^0 все время нормальная. 31. VII выписанъ въ строй.

№ 393. Лабынцовъ Ананій. 27 л. — 24-го В. С. С. П.,
4. VII. 04 раненъ об. пулею на разстоян. 2000 шаг.,
7. VII. 04 поступилъ въ Кр.В. Л. въ Мукденѣ,
1. VIII. 04 выписанъ.

При раненіи почувствовалъ сильный ударъ въ голову, упалъ, скоро опомнился. Была тошнота, боль, въ головѣ. Тотчасъ пере-

вязанъ санитаромъ. На два пальца выше праваго уха продольная, поверхностная рана, длиною въ 2,5 сантим. При постукиваніи боль въ лѣвой теменной области. Жалуется на шумъ въ ушахъ. 16. VII рана зажила, иногда головокруженія. T° нормальна. 1. VIII выписанъ въ полкъ.

№ 394. Липкинъ Тимоѳей. 29 л. — 7-го Красноярскаго п.,
14. VI. 04 раненъ у Далинскаго перев. об. пулею,
22. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
17. VIII. 04 эвакуированъ.

Раненъ одновременно въ голову, плечо и грудь. Рана мягкихъ покрововъ головы. Сознанія не терялъ. Раненіе plexus brachialis sin. Явленія не полнаго паралича nerv. radialis et ulnaris sin.

№ 395. Крысановъ Егоръ. 38 л. — 33-го Елецкаго п.,
18. VII. 04 раненъ подъ Хайченомъ на разст. 270 шаг. об. пулею,
19. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Ѳ. въ Ляоянѣ,
23. VII. 04 эвакуированъ,
25. VII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
13. VIII. 04 эвакуированъ.

Послѣ раненія сознанія не терялъ. Первую помощь получилъ черезъ четверть часа. Входъ и выходъ = калибру пули, на разстояніи 4 сантм. другъ отъ друга справа на границѣ лобной и теменной областей. Кость повидимому не повреждена. Ссадины на задней поверхности прав. ушной раковины. T° нормальна до эвакуаціи. 23. VII. — Въ Л. И. О. поступилъ съ чистыми ранами, покрытыми струпомъ. 30. VII раны зажили. Жалуется на общую слабость, головную боль и слабость зрѣнія. T° нормальна до эвакуаціи 13. VIII. 04 въ Читу.

№ 396. Горбешко Николай. 26 л. — 24-го В. С. С. П.,
4. VII. 04 раненъ на Модулинскомъ пер. об. пул. на на разст. 2000 шаг.,
15. VII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
30. VII. 04 выписанъ.

Послѣ раненія былъ безъ памяти полчаса. Первая повязка наложена тотчасъ. Послѣ раненія несли на носилкахъ, затѣмъ везли на двуколкѣ. — Одна пуля вошла пальца на три влѣво и

вверхъ отъ prot. occip. extern., вышла на средней линіи пальца на три выше prot. occip. ext. Другая пуля вошла на $2^1/_2$ пальца вправо отъ prot. occip. ext., вышла на средней линіи на одинъ палецъ выше prot. occip. ext. Раны затянулись, покрыты струпомъ. Кость повидимому цѣла. Жалуется на головную боль. Теченіе: T° въ общемъ нормальна, но были повышенія до 37,8. Головная боль. 30. VII выписанъ въ часть здоровымъ.

№ 397. Шиляковъ Игнатій.

17. VIII. 04 раненъ подъ Ляояномъ двумя об. пулями,
22. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
5. II. 05 эвакуированъ.

Раненіе мягкихъ покрововъ головы и плеча на вылетъ. — Въ Л. И. О. сдѣлана resectio humeri. Раны головы зажили безъ осложненій.

№ 398. Коваленко Василій. 31 л. — 33-го Елецкаго п.,

18. VII. 04 раненъ об. пулею,
20. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
23. VII. 04 эвакуированъ.

Въ лѣвой теменной области входъ и выходъ на разстояніи 4 сантим. другъ отъ друга, между ними небольшая гематома. Кость не повреждена.

№ 399. Панатъ Петръ. 42 л. — Фельдфб. 122-го Тамбовск. п.

18. VII. 04 раненъ об. пулею на разстояніи 100 шаг.,
20. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
23. VII. 04 эвакуированъ.

Входъ: немного ниже праваго уха и немного позади его. Выходъ: немного вправо и выше затылочной ямки. Парезъ праваго лицевого нерва.

№ 400. Кузьменко Федоръ. 35 л. — 139-го Моршанск. п.,

15. II. 05 раненъ об. пулею,
15. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 эвакуированъ.

Раненъ во время атаки ночью. Сейчасъ же перевязанъ. — Одно отверстіе — на пять сантим. выше и позади proc. mast. dex.; другое — на два сантим. выше вправо отъ затылочнаго бугра. Между отверстіями болѣзненность. — Подъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ, кость оказалась цѣлой. — 18. II отправленъ въ Харбинъ.

№ 401. Стренковъ Кузьма. 22 л. — 1-го В. С. С. П.,
2. VI. 04 раненъ подъ Вафангоу об. пул. на разстояніи 1000 шаг.,
4. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
11. VII. 04 эвакуированъ.

Послѣ ранения самъ себя перевязалъ матеріаломъ изъ пакетика. Всю ночь шелъ до станціи. До Ляояна ѣхалъ въ вагонѣ чрезвычайно загрязненномъ. Два раза перевязанъ. — Въ области праваго теменного бугра двѣ пулевыя раны въ продольномъ направленіи на разстояніи 2 пальцевъ другъ отъ друга, задняя — входная, передняя — выходная. На границѣ волосистой части лба у средней линіи входное отверстіе второй пули, на одинъ палецъ вправо выходное. Раны чисты. 16. VI. — Раны зарубцевались. Разстройства функцій нѣтъ. T° все время нормальна. — 11. VII отправленъ въ Харбинъ.

№ 402. Янковичъ Василій. 23. л. — 3-го В. С. С. П.,
2. VI. 04 раненъ при Вафангоу об. пулею на разстояніи 1000 шаг.,
4. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
21. VI. 04 выписанъ.

Послѣ ранения перевязанъ тотчасъ товарищемъ. Сознанія не терялъ. Всю ночь шелъ самъ до жел. дор. Перевязанъ три раза. — Въ затылочной области, на одинъ палецъ ниже затыл. бугра входное отверстіе, на два пальца вправо на томъ же уровнѣ выходное. Раны = калибру пули, чисты. — 15. VI раны зарубцевались подъ струпомъ. T° все время нормальна. — 21. VI выписанъ въ полкъ.

№ 403. Синявинъ Василій. 23 л. — 2-го В. С. С. П.,
2. VI. 04 раненъ при Вафангоу об. пулею,
4. VI. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
11. VII. 04 эвакуированъ.

Раненъ двумя пулями въ голову и лѣвое бедро. Послѣ ранения свалился. Перевязанъ фельдшеромъ. Потомъ шелъ 15 верстъ до перев. пункта. — Въ правой теменной области входъ и выходъ на разстояніи 4 сантим. другъ отъ друга. Кость повидимому не повреждена. — Раненіе на вылетъ мягкихъ частей лѣваго бедра. — Раны чисты, заживаютъ. — Температура во время пребыванія въ лазаретѣ нормальна. — 11. VII отправленъ въ Харбинъ.

№ 404. Саматовъ Никита. 29 л. — Мл. унт.-оф. 8-го Томскаго п.,
11. VII. 04 раненъ об. пулею у Дашичао,
13. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
1. VIII. 04 выписанъ.

При раненіи почувствовалъ какъ-бы укусъ и головокруженіе. Перевязанъ черезъ полтора часа. Ночью была рвота, хотя уже до боя чувствовалъ себя плохо и тошнило. Сознанія не терялъ. — Входъ: на три пальца выше protub. occip. extern., 1,5 сантим. длины, покрытъ струпомъ. Выходъ: на два пальца влѣво, на томъ же уровнѣ. Боль при давленіи. 14—20 VII. — Головокруженіе, шумъ въ ушахъ. Темп. нормальна. — 17. VII раны зажили. 1. VIII выписанъ въ полкъ.

№ 405. Бабушкинъ Семенъ. 36 л. — Мл. унт.-оф. 9-го Тобольскаго п.,
11. VII. 04 раненъ при Дашичао об. пулею на разст. 250 шаг.,
13. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
1. VIII. 04 выписанъ.

Послѣ раненія прошелъ около 4 верстъ до перевяз. пункта, гдѣ фельдшеръ наложилъ повязку. Здѣсь появилось головокруженіе. Въ лѣвой теменной области входъ и выходъ на разстояніи пяти сантим. другъ отъ друга. Раны покрыты струпомъ. Сильная болѣзненность при надавливаніи въ окружности ранъ. Никакихъ другихъ явленій нѣтъ. — T° во время пребыванія въ лазаретѣ нормальна. Раны зажили подъ струпомъ. 1. VIII выписанъ въ строй.

№ 406. Гнядыхъ Осипъ. 24 л. — 137-го Нѣжинскаго п.,
? раненъ об. пулею,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
? эвакуированъ.

Пуля прошла подъ кожей вскользь по кости черепа.

№ 407. Примостко Василій. 24 л. — 10-го В. С. С. П.,
? раненъ об. пулею,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
? эвакуированъ.

Раненъ пулею на вылетъ въ голову. Кость не повреждена.

№ 408. Грычанинъ Петръ. 33 л. — 11-го Семипалатин. п.,
12. II. 05 раненъ об. пулею на близкомъ разстоян.,
16. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
19. II. 05 эвакуированъ.

Послѣ ранения нѣкоторое время былъ безъ памяти. — Въ области темени по средней линіи входъ и выходъ на разстояніи четырехъ сантим. другъ отъ друга. 16. II раны соединены разрѣзомъ. Кость оказалась цѣлой. 19. II. эвакуированъ въ Харбинъ.

Раненія мягкихъ покрововъ черепа артиллерійскими снарядами.

№№ 409—434.

№ 409. Мѣдяный Андрей. 35-го Брянскаго п.,
18. VII. 04 раненъ шрапнелью,
20. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
22. VII. 04 эвакуированъ.

Кожная рана въ височной области (контузія). T° нормальна.

№ 410. Федиркинъ Николай. — 24-го В. С. С. П.,
4. VII. 04 раненъ на Удулинскомъ пер. шрапнелью,
8. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
10. VII. 04 эвакуированъ.

Раненъ сидя. Первую помощь получилъ черезъ часъ. — Въ области лѣваго лобнаго бугра поперечная желобоватая рана съ небольшимъ нагноеніемъ. Рана проникаетъ только до кости. T° нормальна.

№ 411. Чернега Яковъ. 31 л. — 282-го Черноярскаго п.,
14. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ оскол. шрапнели,
18. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
? эвакуированъ.

Въ правой теменной области незначительная рана мягкихъ частей. Окружность припухла. Инороднаго тѣла не прощупывается.

№ 412. Чуриловъ Семенъ. 24 л. — Канониръ 6 бат. 9 арт. бриг.,
6. VII. 04 раненъ шрапнелью,
7. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
9. VII. 04 эвакуированъ.

Послѣ раненія былъ оглушенъ. При поступленіи — жалобы на головную боль, болѣзненность въ области раны. Рана съ неровными краями, съ гнойнымъ налетомъ, на границѣ правой затылочной и теменной области. Припухлость и болѣзненность въ окружности раны.

№ 413. Рудой Максимъ. 22 л. — Канониръ 4 бат. 9 арт. бриг.,
6. VII. 04 раненъ шрапнелью,
7. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
9. VII. 04 эвакуированъ.

Послѣ раненія особенной боли не чувствовалъ, черезъ нѣкоторое время появилась сильная головная боль, особенно въ области раны. — При поступленіи боли нѣтъ, самочувствіе хорошее. — Рана длиною въ 10 сантим. съ неровными воспаленными краями въ правой теменной области.

№ 414. Кулиничъ Иванъ. 38 л. — 121-го Пензенскаго п. ефр.,
17. VII. 04 раненъ шрапнелью,
20. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
23. VII. 04 эвакуированъ.

На лбу слѣва трехугольная загрязненная, лоскутная рана, проникающая до надкостницы.

№ 415. Японецъ.
? раненъ шрапнелью,
14. X. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 1079,
20. X. 04 эвакуированъ.

Въ области праваго теменного бугра продольная рана, проникающая только до кости. На спинѣ до 20-ти небольшихъ ранъ, покрытыхъ струпомъ. Въ области праваго лучезапястнаго сочлененія рана на вылетъ мягкихъ частей длиною въ четыре сантим. — Раны чисты. 20. X — отправленъ въ Харбинъ.

№ 416. Вакулинъ Архипъ. 24 л. — 2-го В. С. С. П.,
11. VII. 04 раненъ при Дашичао осколкомъ шрапн.,
13. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
30. VII. 04 выписанъ.

Послѣ раненія былъ безъ сознанія минутъ десять. Затѣмъ пѣшкомъ дошелъ до перевяз. пункта, откуда на двуколкѣ доставленъ до станціи. — Въ правой теменной области небольшая рана,

длиною въ 2 сантим., покрытая струпомъ. Окружность безъ реакціи. Жалуется на шумъ въ ушахъ. 19. VII рана зарубцевалась. T° нормальна. 30. VII — выписанъ въ строй.

№ 417. В. Николай И. — Подпоручикъ 137-го Нѣжинскаго п.,
18. VIII. 04 раненъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

Рваная рана съ ушибленными краями въ области височной кости, проникающая до кости. Общее состояніе удовлетворительное. 24. VIII отправленъ въ Харбинъ.

№ 418. Крутоголовъ Лука. 32 л. — 60-го Замойскаго п.,
17. II. 05 раненъ шрапнелью,
20. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
6. III. 05 эвакуированъ.

Входъ и выходъ на разстояніи 5 сант. другъ отъ друга въ лѣвой височной области, между ними болѣзненная припухлость. На лѣвомъ плечѣ поверхностная рана. — Съ 20. II—24. II довольно обильное выдѣленіе изъ ранъ. T° по вечерамъ до 37,8; пульсъ 92. Затѣмъ температура приходитъ къ нормѣ, пульсъ также. Раны съ 1. III хорошо гранулируютъ.

№ 419. Щелковъ Андрей. 35 л. — Елецкаго п.,
? раненъ шрапнелью,
22. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
25. VII. 04 эвакуированъ.

Входъ и выходъ въ области лѣвой теменной кости. Края ранъ рваные. Раненіе на вылетъ мягкихъ частей праваго бедра.

№ 420. Князюкъ Николай. 28 л. — 98-го Юрьевскаго п.,
17. II. 05 раненъ шрапнелью,
18. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
21. II. 05 эвакуированъ.

Входъ на два пальца впереди козелка лѣваго уха, выходъ на proc. mast.

№ 421. Кошманъ Тихонъ. 26 л. — 20-ой Конно-арт. бат. бомбар.,
2. VII. 04 раненъ при Дашичао шрапнелью,
13. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
6. VIII. 04 эвакуированъ.

Послѣ раненія былъ безъ сознанія больше часу. Очнувшись самъ дошелъ до перевяз. пункта версты за полторы, оттуда на двуколкѣ доставленъ до станціи. Съ правой стороны въ теменно-затылочной области двѣ раны на разстояніи четырехъ сантим. другъ отъ друга. Раны сильно гноятся, окружность болѣзненна. Общее состояніе хорошее. 13. VII разрѣзомъ до кости вскрытъ пулевой каналъ; изъ него извлеченъ кусокъ чернаго сукна. 4. VIII рана зажила. T° все время была нормальна. 6. VIII отправленъ въ Харбинъ.

№ 422. Черемныхъ Илья. 25 л. — 139-го Моршанскаго п.,
? раненъ подъ Ляояномъ шрапнелью,
20. VIII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
24. VIII. 04 эвакуированъ.

Входъ на затылкѣ, выходъ у лѣваго уха. Кость повидимому не повреждена. Раненіе правой руки, — оторвана третья фаланга четвертаго пальца. Раненіе мягкихъ частей лѣваго бедра; пуля застряла и извлечена до поступленія. — Общее состояніе удовлетворительное. 24. VIII отправленъ въ Харбинъ.

№ 423. Мазепа Григорій. 37 л. — 35-го Брянскаго п.,
8. VII. 04 раненъ шрапнелью,
9. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
23. VII. 04 эвакуированъ.

Сознаніе нѣсколько притуплено. Сильныя головныя боли. — Входъ на полтора пальца влѣво и нѣсколько ниже затылочнаго бугра. На палецъ ниже proc. mastoid. на переднемъ краѣ musc. sterno-cleido видна зашитая однимъ швомъ рана, изъ которой, по словамъ больного, вырѣзана пуля. Пульсъ 80.

№ 424. Авекеръ Мейеръ. 25 л. — 35-го Брянскаго п.,
5. VII. 04 раненъ шрапнелью,
7. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
18. VII. 04 эвакуированъ.

Послѣ раненія былъ оглушенъ, но не терялъ сознанія. — Входъ справа на границѣ затылочной и теменной кости. Рана сухая. Жалуется на боли въ области прикрѣпленія musc. sterno-cleido. Боль и шумъ въ головѣ. Пульсъ 80. Глухъ на лѣвое ухо, что было уже до раненія.

№ 425. Фидали Петръ. — 7-го В. С. С. П.,
14. II. 05 раненъ подъ Мукденомъ осколк. гранаты,
19. II. 05 поступилъ въ Л. И. М. 6. въ Гунчжулинѣ.
22. II. 05 переведенъ.

Первую помощь получилъ черезъ 20 минутъ. — Въ лѣвой теменной области рана мягкихъ покрововъ, длиною въ 5 cm. — Переломъ лѣв. плечев. кости приблизительно въ серединѣ ея. Иммобилизирующая повязка. Пульсъ и T° нормальны. 22. II переведенъ въ 94 запасн. госп.

№ 426. Агишевъ Галимъ. 25 л. — 121-го Пензенскаго п.,
28. IX. 04 раненъ осколкомъ гранаты,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
12. X. 04 эвакуированъ.

Послѣ раненія потерялъ сознаніе на короткое время. На перевяз. пунктѣ вынули застрявшій осколокъ. — Въ правой теменной области небольшая рана съ серозно-гнойнымъ выдѣленіемъ. Кость повидимому цѣла. При постукиваніи въ окружности раны болѣзненность. Головныя боли. Во время пребываніе въ лазаретѣ T° не выше 37,5.

№ 427. Паршуковъ Андрей. 26 л. — 139-го Моршанск. п.,
16. VIII. 04 раненъ осколкомъ гранаты,
21. VIII. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
10. IX. 04 эвакуированъ.

Послѣ раненія три дня былъ безъ памяти. — На затылкѣ почти по средней линіи небольшая съ 15 коп. мон. рваная рана, кость „повидимому“ не раздроблена. Рана чиста, заживаетъ. T° нормальна. На обѣихъ нижнихъ конечностяхъ рефлексы отсутствуютъ. — 10. IX. 04 эвакуированъ на ст. Мысовую безъ перемѣны въ общемъ состояніи.

№ 428. Николенко Иванъ. 22 л. — 140-го Зарайскаго п.,
29. IX. 04 раненъ осколкомъ гранаты,
4. X. 04 поступилъ въ Л. И. О. въ Харбинѣ,
14. X. 04 выписанъ.

Первую помощь получилъ на позиціи. — На два пальца выше волосистой части лба почти зажившая поверхностная рана. Жалуется на шумъ въ ушахъ. — 14. X. 04 выписанъ въ часть здоровымъ.

№ 429. Савченко Семенъ. 24 л. — Бомбардиръ 5 бат. 9 арт. бр.,
? раненъ осколкомъ гранаты,
8. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
13. VII. 04 эвакуированъ.

Въ правой теменной области рана мягкихъ частей, длиною въ 3 сантим., съ неправильными краями. Изъ глубины выдѣляется гной, кость повидимому не повреждена, окружность раны не болѣзнена, немного припухла.

№ 430. Клипневъ Андрей. 32 л. — 71-го Рижскаго п.,
20. II. 05 раненъ осколками гранаты на разст. 2—3 шаг.,
25. II. 05 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
8. III. 05 эвакуированъ.

На волосистой части лба справа и слѣва двѣ раны, проникающія до надкостницы. Края выворочены, покрыты гноемъ. — Кожная рана надъ правымъ глазомъ. Рана роговицы праваго глаза, Keratitis, Hypopyon. Зрѣніе сильно пострадало, ощущеніе свѣта отчасти сохранено. Сильная болѣзненность bulbi dextr. — Раненіе на вылетъ подъ подбородкомъ. Раны съ неправильными краями, гноятся. — Раненіе праваго предплечья. — До 1. III T° отъ 38,2 до 39,5, пульсъ около 100. — 26. II увеличена рана предплечья и извлеченъ осколокъ, внѣдрившійся въ ulna. — Съ 1. III до эвакуаціи температура и пульсъ нормальны.

№ 431. Аштіани Виссаріонъ. 23 л. — 36-го Орловскаго п.,
18. VII. 04 раненъ при Гудзядзахъ гранатой,
19. VII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Ляоянѣ,
25. VII. 04 эвакуированъ.

Поверхностная, гноящаяся рана съ неровными краями въ правой височной области. Температура повышена въ началѣ, затѣмъ понижается.

№ 432. Дорониnъ Петръ. 25 л. — 25 арт. бр., 3 бат. бомбар.,
? раненъ осколками гранаты,
20. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
24. II. 05 эвакуированъ.

На головѣ царапины. Ниже лѣвой ноздри рваная рана.

№ 433. Синепостолъ Иванъ. 35 л. — 1-ой бриг. 3-ей бат. канониръ,

11. VII. 04 раненъ при Дашичао осколками гранаты.
13. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ.
1. VIII. 04 выписанъ.

Послѣ ранения на нѣсколько минутъ потерялъ сознаніе. Тотчасъ перевязанъ санитаромъ. На перевяз. пунктъ его несли, здѣсь врачемъ наложена вторая повязка. — На 2,5 сантим. выше верхняго края праваго уха линейная рана, длиною въ два сантим., покрытая струпомъ; ранены повидимому только мягкія части. Боль при надавливаніи на окружность раны, а также въ височной области при открытіи рта. Жалуется на дрожаніе въ правой рукѣ. Пульсъ и T° нормальны. 17. VII дрожаніе въ рукѣ прекратилось. 22. VII рана зарубцевалась. T° все время нормальна. 1. VIII выписанъ въ полкъ.

№ 434. Павловъ Артемій. 25 л. — 8-го Томскаго п.,
11. VII. 04 раненъ при Дашичао осколк. гранаты,
13. VII. 04 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
1. VIII. 04 выписанъ.

Послѣ ранения появилось головокруженіе. Б. нѣсколько шаговъ ползъ, а затѣмъ пошелъ на перевязочный пунктъ, отстоящій отъ позиціи версты на четыре. Здѣсь наложена врачемъ первая повязка. На границѣ лѣвой теменной и лобной кости рана мягкихъ частей, покрытая струпомъ. Кость повидимому не затронута. Вокругъ раны небольшая припухлость и болѣзненность. Небольшое головокруженіе. Пульсъ 64 съ аритміей. — Рана зажила. Температура нормальна. 1. VIII выписанъ здоровымъ въ строй.

№ 435. Мажойковъ Алексѣй. 39 л. — Бугульминскаго п.,
? раненъ,
16. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
20. II. 05 эвакуированъ.

Въ лѣвой затылочной области на два пальца отъ ушной раковины входное отверстіе, выходного нѣтъ. — Рана расширена, подъ наркозомъ. Кость оказывается цѣлой. — 20. II отправленъ въ Харбинъ.

Раненія черепа холоднымъ оружіемъ.

№ I. Цыкахала-Чунь-Кио. — Японскій кавалеристъ.
? раненъ казачьею шашкою,
12. V. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
24. V. 05 эвакуированъ.

На лѣвой сторонѣ лба рана съ довольно острыми краями, 5 cm. длины и 2 cm. ширины. Дно раны начинаетъ покрываться грануляціями. Дно раны и окружность ея пульсируютъ. Прощупывается дефектъ черепа соотвѣтственно ранѣ мягкихъ покрововъ. Вторая рана немного выше, длиною въ 6 стм., шириною въ 1 стм., проникаетъ только до кости. Мозговыхъ явленій нѣтъ. Пульсъ немного замедленъ, T° нормальна. — Теченіе: рана быстро уменьшается, послѣ того, какъ выдѣлились нѣсколько маленькихъ костныхъ осколковъ. — 24. V. 05 эвакуированъ на сѣверъ.

№ II. Китаецъ
12. VI. 05 раненъ русскою шашкою,
12. VI. 05 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Гунчжулинѣ,
13. VI. 05 умеръ.

Безъ сознанія. — Въ лѣв. теменной области спереди назадъ рана длиною въ 8,0 стм., края острые. Кость повреждена. Изъ раны вытекаетъ мозговая ткань и осколки кости. На затылкѣ поперечная рана, длиною въ 6,0 стм., проникающая въ черепную полость, изъ раны вытекаетъ мозговая ткань. На макушкѣ рана мягкихъ покрововъ 5,0 стм. длины. Кровотеченіе изъ носу и рта. Параличъ правыхъ конечностей. Пульсъ слабый, частый. Послѣ удаленія осколковъ и размозженной ткани наложена повязка. — Теченіе: пульсъ слабѣетъ. Дыханіе типа Чэнъ-Стока. Не приходя въ себя скончался 13. VI. 05.

№ III. Левченко Яковъ. — 34-го Сѣвскаго п.,
? 04 раненъ у Ифангуанскаго п. саблею,
8. VII. 04 поступилъ въ Л. И. М. Θ. въ Ляоянѣ,
9. VII. 04 эвакуированъ.

Раненъ стоя. Первую помощь получилъ черезъ полчаса. — Въ правой височной области рубленая рана длиною въ шесть сант. Никакихъ мозговыхъ явленій. — 9. VII. 04 эвакуированъ на сѣверъ.

По наведеннымъ справкамъ 20. X. 1906 г. Левченко живъ. На головѣ имѣется маленькій рубецъ. Никакихъ мозговыхъ явленій нѣтъ. Работать способенъ.

№ IV. Японецъ Шуда Шуосава. — 16-го Кавалерійскаго п. ряд.,
9. I. 05 раненъ саблею,
12. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ, № 4990,
15. I. 05 эвакуированъ.

Въ задней части лѣвой теменной области поперечная рана, длиною въ 8 сантим., шириною въ 2 сантим. Въ ранѣ торчитъ кососрубленный край кости. Dura обнажена на участкѣ величиною въ одинъ сантим. въ поперечникѣ. Рана чиста. Въ верхней части затылочной области вторая рана, которая проникаетъ только черезъ кожу. — Самочувствіе б. хорошее. Пульсъ и T⁰ нормальны.

№ V. Японецъ Ямаки Шинтара. — 16-го Кавалерійскаго п. ряд.,
9. I. 05 раненъ саблею,
12. I. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
15. I. 05 эвакуированъ.

Рубленая рана правой теменной области. Рана начинается у средней линіи на границѣ лобной и теменной кости и тянется косо назадъ по теменной области до линіи, соединяющей верхушки ушей. Ширина раны одинъ сантим. Кость косо срублена. — Общее состояніе хорошее. T⁰ 37,2.

№ VI. Фельдманнъ Дувитъ. 25 л. — 11-го вьючнаго трансп.,
1. VIII. 04 раненъ,
26. VIII. 04 поступилъ въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
15. IX. 04 эвакуированъ.

Былъ раненъ хунхузами, которые напали на него и избили штыкомъ и винтовкою. — На волосистой части головы рядъ колотыхъ и рѣзаныхъ ранъ. Двѣ изъ самыхъ большихъ ранъ находятся въ правой и лѣвой теменныхъ областяхъ; первая идетъ спереди назадъ и потомъ загибаетъ внизъ по направленію къ уху, длина ея около 12 сантим., вторая рана длиною въ 10 с. на лѣвой сторонѣ. — На шеѣ и на спинѣ рубцы отъ рѣзаныхъ ранъ. — Температура нормальна. — Раны на головѣ гноятся.

№ VII. Ф. Э. Петръ А. Подпоручикъ. — 19-го В. С. С. П.,
15. II. 05 раненъ гранатой,
17. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
18. II. 05 эвакуированъ.

Контуженъ 11 дюймовымъ снарядомъ въ лѣвую полов. головы, Потерялъ сознаніе, была рвота, потерялъ рѣчь, оглохъ на лѣвое ухо. Жалуется при поступленіи на головокруженіе и боль въ затылочной области.

№ VIII. Николаевъ Георгій. — Подполковникъ 55-го Подольскаго п.,
13. I. 05 раненъ подъ Сандепу,
15. II. 05 поступилъ въ Кр.-В. Л. въ Мукденѣ,
16. II. 05 эвакуированъ.

Получилъ въ бою ударъ землей въ голову справа. Съ тѣхъ поръ замѣчаетъ ослабленіе зрѣнія на правомъ глазу. Лѣвымъ глазомъ тоже плохо видитъ. При изслѣдованіи глазного дна опредѣлена атрофія зрительнаго нерва съ правой стороны. — Жалуется на головукруженіе. Говоритъ медленно, какъ-бы съ трудомъ.

XVI. Литература.

I. Статьи историческія.

H. Lesshaft. Die Behandlung der Kopfwunden nach Heinrich von Mondeville. Diss. Berlin 1895.

A. Köhler. Grundriss einer Geschichte der Kriegschirurgie. Bibliothek v. Coler 1901.

Brunner. Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossenschaft. Geschichte des Heeressanitätswesens und der Kriegschirurgie in schweizerischen Landen von Anfang der Eidgenossenschaft bis zum 17. Jahrhundert. — Beiträge z. klin. Chir. 1903.

Smith Stephen. The treatement of gunshot wounds by British surgeons during the war of the revolution 1775—1783. — N. Y. med. Record. 1904. LXV. 10. p. 361 March.

E. Bircher. Schädelverletzungen durch mittelalterliche Nahkampfwaffen. Arch. für klin. Chir. 85 B. 2. H. 1908.

II. Механика огнестрѣльныхъ раненій. Экспериментальныя работы. Теорія дѣйствія огнестрѣльныхъ снарядовъ. Механика переломовъ черепа.

П. И. Морозовъ. О разрушительномъ дѣйствіи современныхъ пуль. — Дневникъ III-го съѣзда русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. Петерб. 1889. стр. 122.

А. С. Тауберъ. Къ вопросу о дѣйствіи панцырныхъ пуль Манлихера на человѣческій организмъ. — Протоколы Варшавскаго Военно-Санитарн. Общ. 1890.

Е. В. Павловъ. О результатахъ опытовъ надъ дѣйствіемъ малокалибрерныхъ пуль. — Врачъ N. N. 1. 6. 19. 1892 г. Реф. засѣд. русск. хир. Общ. Пирогова. Протоколы русск. Хир. Общ. Пирогова 1891—1892. Петерб. 1892.

А. Игнатовскій. Къ вопросу о переломахъ черепа. — Оттискъ изъ Университетскихъ извѣстій за 1892 г. Кіевъ.

М. Г. Штйнбергъ. Механическое дѣйствіе оболочечныхъ пуль. — Военно-мед. Журналъ 1892 г.

Е. В. Павловъ. О значеніи вооруженія армій мало-калиберными ружьями въ военно-санитарномъ отношеніи. — Петерб. 1893.

Albertin. Fracture du crâne par contre-coup. — Lyon med. 1894. № 50.

v. Coler u. Schjerning. Über die Wirkung und die kriegschirurg. Bedeutung der neuen Handfeuerwaffen. — Vorträge auf dem XI. internat. med. Kongress in Rom. Berlin 1894.

— **Über die Wirkung** und die kriegschirurg. Bedeutung der neuen Handfeuerwaffen, bearbeitet von der Med. Abteilung des Kgl. Pr. Kriegsministeriums. — A. Hirschwald, Berlin 1894.

Demosthen. Etudes experimentales sur l' action du projectile cuirassé du fusil Mannlicher nouveau modèle roumain de 6,5 mm. — Bucarest 1894.

И. П. Ильинъ. Къ вопросу о механизмѣ поврежденій череповъ пулями изъ трехлинейной русской винтовки (опыты на трупахъ). — С. Петерб. Диссертація 1894.

Kocher, Th. Die Verbesserung der Geschosse vom Standpunkt der Humanität. — Der Militärarzt, 1894, № 8 u. 9 u. Atti del XI. Congresso med. internat. Roma 1894. Vol. I.

A. Köhler. Demonstration kriegschirurgischer Präparate. Fr. Ver. d. Chir. Berl. Sitzg. 9. VII. 1894. Z. B. f. Chir. № 42, 1894.

Е. В. Павловъ. О механизмѣ костныхъ поврежденій пулями. — Сообщ. въ Общ. русск. врачей 23. XI. 1894 г.

В. А. Тиле. Критическій обзоръ ученія о механическ. дѣйствіи современныхъ пуль на ткани животнаго тѣла. — Ст.-Петерб. Диссерт. 1894 и Хирург. Вѣстникъ 1894, февраль, мартъ и т. д.

А. А. Эберманъ. О раненіяхъ черепа трехлинейными оболочечными пулями. — Труды V. съѣзда Общ. русск. врачей въ память Н. И. Пирогова. — Ст.-Петерб. Т. II, стр. 144, 1894 г.

Brunner K. Zur Geschosswirkung des schweizerischen Ordonnanzgewehres Modell 1889. — Korresp.-Blatt für schweizer. Aerzte 1895, № 23.

Chipault, A. et **I. Braquehaye.** Etudes graphiques sur les fractures indirectes de la base du crâne. — Arch. gén. de méd. 1895, Sept., Oct., Déc.

S. Cardenal. Effectos de los modernos projectiles de guerra. — Лекція, читанная въ Academia de medicina въ Барцелонѣ 1895.

Habart. Ueber das 5-mm. Geschosskaliber und die Schusseffecte desselben an lebenden Zielen. — Vorläufige Mitteilung. — Wiener Klin. Wochenschrift 1895, p. 546.

Th. Kocher. Zur Lehre von den Schusswunden durch Kleinkalibergeschosse. — Cassel. Th. G. Fischer, 1895. — (In Bibliotheca medica Abteilung f. Chirurgie, herausgegeben von Kocher, König, Mikulicz.)

Einar Kjerschow. Sprangwirking ved skud paa kort afstand. Festskrift i anledning af Prof. Hj. Heibergs 25 aars Jubileum som Professor. 1895, p. 203. — Christiania, Brögger.

Schjerning. Volladung, oder abgebrochene Ladung? Ein Beitrag zu den Schädelschussverletzungen. — Festschrift zur 100-jährigen Stiftungsfeier des med.-chir. Friedrich Wilhelm-Institutes. Berlin. 1895.

Allen. The Mechanism of contre-coup and of certain other forms of intra-cranial injury. — Brit. med. journ. 1896 May 16.

Bircher H. Neue Untersuchungen über die Wirkung der Handfeuerwaffen. — Aarau 1896. Sauerländer u. Co.

Brosch. Schussverletzung. Wissenschaftl. Ver. d. k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien. — Der Militärarzt 1896, 3 u. 4.

Bohl. In Sachen der Schädelbrüche. — D. Zeitschr. f. Chir. 1896. Bd. 43, H. 6.

Krönlein. Hirnschuss. — Korrespondenzblatt f. schweizer Aerzte. 1896, № 6.

Калашниковъ. Къ казуистикѣ раненія пулею изъ трехлинеиной винтовки новаго образца на близкомъ разстояніи (въ упоръ). — В. М. Ж. 1896 г. X.

Е. В. Павловъ. Боевыя качества пуль трехлинейной винтовки и сходственныхъ пуль. — Ст.-Петерб. 1896.

v. Bruns. Ueber die Wirkung und kriegschirurg. Bedeutung der Selbstladepistole, System Mauser. — Beitr. z. klin. Chir. 1897, XIX, Heft 2.

Breuske, Martin. Ueber die Zerstörungen der Hirnsubstanz bei Schädelschüssen. — Inaug.-Diss. Berlin 1897.

Колбасенко, И. С. Случай раненія черепа трехлинейной винтовкой новаго образца. — В. М. Ж. 1897, ноябрь.

R. Köhler. Zur Theorie der Geschosswirkung. — Fr. Ver. d. Chir. Berl. 9. XI. 1896. Z.-B. f. Chir. 1897, № 14.

E. Laval. Des déformations de la balle cuirassée. — Revue de Chir. 1897, № 6.

v. Bruns. Inhumane Geschosse. — Diskussion 27. Chir. Kongress 1898. Verhandl. d. D. G. f. Chir. 1898 u. Arch. f. klin. Chir. 57. Bd., p. 602.

v. Bruns. Ueber die Wirkung der Bleispitzengeschosse (Dum-Dum-Geschosse). — Beitr. z. klin. Chir. 1898, XXI. 3., p. 825.

Tilmann. Ueber Schussverletzungen des Gehirns. — Arch. f. klin. Chir. 1898. Bd. 57, H. 3, p. 608.

W. Ipsen. Die indirecten Orbitaldachfracturen. — Inaug.-Diss. Greifswald 1898.

Bircher. Die Wirkung der Artilleriegeschosse. — Aarau, Sauerländer u. Co. 1899.

v. Bruns. Ueber die Wirkung der neuesten englischen Armeegeschosse. — Beitr. z. klin. Chir. 1899. XXIII. 1, p. 221.

Kroenlein. Beitrag zur Lehre der Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe mittelst des schweizerischen Repetiergewehrs, Mod. 1889. — Arch. f. klin. Chir. LIX. 1, p. 67, 1899.

Cron-Raschofszky. Kriegswaffen u. Feldsanitätsdienst. Ein Kompendium der Waffenlehre und Waffenwirkung für Militärärzte. — Wien. Jos. Safař. 1899. — 2. Aufl., 1907.

H. Nimier u. **E. Laval.** Les projectiles des armées de guerre. Leur action vulnérante. — Paris. F. Alcan. 1899.

Riedinger. Ueber Kontra-Kontusion des Gehirns. — Monatsschr. f. Unfallheilkde 1900 № 10.

C. Cranz u. **K. R. Koch.** Ueber die explosionsartige Wirkung moderner Infanteriegeschosse. — Annalen der Physik 1900, N. F. III. 2.

W. Henne. Die Schussverletzungen durch die schweizerischen Militärgewehre. — Inaug.-Diss. Aarau. 1900.

Kroenlein. Über die Wirkung der Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe. — Beitr. z. klin. Chir. 1900. Bd. XXIX, Hft 1.

R. Köhler. Die modernen Kriegswaffen. — Berlin. 1900.

Schmidt. Die Theorie der Schädelschussverletzungen und diesbezüglichen Erfahrungen aus neueren Kriegen *mit besonderer* Berücksichtigung der durch die modernen kleinkalibrigen Waffen gesetzten Wunden. — Diss. Greifswald. 1900.

Stierlein. Schädelstreifschuss mit isolierten Basisfrakturen. — D. Zeitschr. f. Chir. 1900. Bd. 55. H. 3 u. 4.

Tilmann. Zur Theorie der Schädelschüsse. — D. militärärztl. Zeitschr. 1900, H. 2, p. 65; 1901, 1.

Tilmann. Experimentelles über Schädelbruch. Greifsw. med. Ver. — Münchener med. Wochenschr. 1900 № 2.

А. С. Тауберъ. О механизмѣ огнестрѣльныхъ поврежденій и характеристика послѣднихъ. — Мед. сборн. трудовъ врачей Варшав. Уяздовскаго госпиталя 1900.

F. Lucksch. Isolierte Fractur der Lamina compacta externa des Schädels durch das Anprallen eines Revolverprojectils an der Innenfläche bedingt. — Prag. med. Wochenschr. XXVI. 11. 1901.

Reger. Die Kroenleinschen Schädelschüsse. — Verhandl. d. D. G. f. Chir. 1901.

Reger. Die Kroenleinschen Schädelschüsse. — Arch. f. klin. Chir. 1901. Bd. 64, H. 3.

Lübbert. Zur Beurteilung der Wirkung kleinkalibriger Geschosse. — D. Militärärztl. Zeitschr. 1902. H. 2.

Oertel. Über das Verhalten der Knochen bei Streifschüssen aus modernen Kriegswaffen. — D. Zeitschr. f. Chir. 1902. Bd. 67, p. 612.

O. Tilmann. Über Hirnverletzungen durch stumpfe Gewalt und ihre Beziehungen zu den Brüchen des knöchernen Schädels. — Arch. für klin. Chir. Bd. 66.

Бушуевъ, В. М. Случай самораненія солдата изъ 3-хъ линейной винтовки въ упоръ. — Военно-мед. Журн. 1903, ноябрь.

Hildebrandt. Zur Erklärung der Explosionsschüsse. — Münchener med. Wochenschr., 1903, № 25.

P. Imbriaco (Firenze). Sull' azione degli attuali fucili da guerra e specialmente del fucile italiano di piccolo calibro in confronto conquello di medio calibro. Studio sperimentale. — Roma. E. Voghera 1903.

Kranzfelder u. **Schwinning.** Die Funkenphotographie, insbesondere die mehrfache Funkenphotographie in ihrer Verwendbarkeit zur Darstellung der Geschosswirkung im menschlichen Körper. — Herausgegeben von der med. Abt. d. kgl. Preuss. Kriegsmin. Berlin, 1903.

Nimier. Etat actuel de l'anatomie pathologique des Eésions cranio-encephaliques par projectile de guerre. — Le Caducée. 1903 p. 46.

Teller. Beitrag zur Kenntnis d. mechanischen Hergänge bei der Entstehung der Frakturen des Schädeldaches. — Diss. Kiel. 1903.

Amantini Amantino. Contributo allo studio delle lesioni cerebrali per ferita d'arma da fuoco. — Gazz. degli osp. 1904. XXV. № 52.

Allinson, H. C. A case of laceration of the brain by contre-coup. Lancet, 1904. July 2, p. 25.

Hildebrandt. Zur Erklärung der Bewegungsvorgänge bei Explosionsschüssen. — Arch. f. klin. Chir. Bd. 72. H. 4. 1904.

Морковитинъ, А. П. О деформированіи панцырныхъ пуль русск. 3-линейной винтовки. -- Русск. хир. арх. 1902 г., кн. 1.

Morkowitin, A. P. Über die Deformierung der Panzerkugel des russ. Dreiliniengewehrs. — Arch. f. Klin. Cihr. 1904. LXXIII. H. 1, p. 68.

Rohkohl. Über die explosionsartige Wirkung der modern. Kleinkalibergeschosse. — Inaug.-Diss. Berlin 1904.

Stappenbeck, Martin. Über die Geschosswirkung kleinkalibriger Mantelgeschosse. (Ein Vergleich der Kriegserfahrungen im Burenkriege mit den Resultaten der Schiessversuche auf Leichen der Med. Abt. des Kgl. Preuss. Kriegsmin.) — Inaug.-Diss. Greifswald. 1904.

Anka Aurel. Die Geschosswirkung des Mannlichergewehrs. — Der Militärarzt XXXVIII. 23 u. 24 1904, XXXIX. 1, 2, 3 1905.

Beadnell, Ch. M. Some dynamic and hydrodynamic effects of modern small-bone cylindro-conioidal projectiles. — Brit. med. journ. 1905. Aug. 19.

Graf. Demonstration des Schädels eines Selbstmörders, der sich durch Schuss in die linke Schläfe mit einer scharfen Patrone seines Dienstgewehrs tötete. — D. militärärztl. Zeitschr. 1905, p. 249.

Plahl, J. Die kriegschirurgische Bedeutung der modernen Handfeuerwaffen. — Organ d. mil. wissensch. Vereine. 1905, H. 4.

Rouvillois, H. u. **L. Thévenot.** De l'influence du bout portant sur la force de pénétration des projectiles. — Gaz. des Hôp. 1905, p. 1683.

Hildebrandt. Zur Erklärung der Explosionsschüsse. — Arch. f. klin. Chir. 1906. LXXIX, H. 2, p. 573.

Kranzfelder u. **Oertel.** Zur kriegschirurgischen Bedeutung der neuen deutschen Infanterie-Munition. — D. med. Wochenschr. XXXII. 13. 1906.

Kimmle. Die Wirkung neuer Geschosse. — Das Rote Kreuz. 1906, № 17.

Левшинъ, Л. Л. О нѣкоторыхъ недавно предложенныхъ огнестрѣльныхъ снарядахъ и объ ихъ значеніи въ дѣлѣ нанесенія ранъ. — Мед. Обоз. Т. 65, № 12. 1906 г.

Tilmann. Zur Erklärung der Explosionsschüsse. Arch. f. klin. Chir. Bd. 82, H. 1.

Tilmann, O. Zur Frage der Schädelschüsse. — v. Leuthold, Gedenkschrift. Bd. II, p. 247.

Давыдовъ, Н. Н. Нѣсколько случаевъ раненій пулями съ 3-линейной винтовки на близкомъ разстояніи. — Военно-мед. Журн. Май 1907.

Kirchenberger, A. Beitrag zur Lehre von den Sprengschüssen. — Militärarzt. 1907. XLI, 8, 9, 11.

Antelo, N. Tiros perforantes cráneoencefalicos por bala Mauser. — Revista de la soc. méd. Argentina. Bd. XV, № 86. Цитир. по Z.-B. f. Ch. 1908, № 15.

Franz. Über Kroenleinsche Schädelschüsse. — Verhandlg. d. D. G. f. Chir. 1908.

Fessler. Versuche über Wirkung des Spitzgeschosses. — Verhandlg. d. D. G. f. Chir. 1908.

Fischer. Über indirekte Orbitaldachfraktur und geschossartige Wirkung eines Knochensplitters im Gehirn. — Münchener med. Wochenschr. № 41. 1908, p. 2130.

Рѣзановъ, М. М. Къ вопросу о механизмѣ возникновенія пораненій оболочечными пулями на далекихъ разстояніяхъ на основаніи опыта русско-японск. войны и экспериментальныхъ изслѣдованій. — Хирургія. Прил. къ № 142, 1908 г., 24 т.

F. Steinmann. Die Schusswirkung des schweizerischen Ordonnanzrevolvers, Modell 1882, und der schweizerischen Ordonnanzpistole, Modell 1900. — Bern, Hallersche Buchdruckerei. 1908.

J. Fessler. Die Wirkung des deutschen 8mm.-Spitzgeschosses (S.-Munition) an Menschen und Tieren. — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 97, H. 5—6. 1909.

F. Riedinger. Über die Wirkung moderner Projektile. — Festrede z. Feier des 59. Stiftungsfestes d. phys. med. Gesellsch. zu Würzburg. Würzburg. 1909.

E. D. Schumacher. Der Mechanismus der Lochfrakturen. Beiträge z. klin. Chir. 1909. Bd. 63, H. 1.

R. Thoma. Zur Mechanik der Schädelbrüche. — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 98, H. 2—3. 1909.

Wieting. Steilfallende Kleinkalibergeschosse u. ihre Wirkung. — D. Militärärztl. Zeitschr. 1909. H. 15.

Schneider, R. Mitteilung zur Arbeit von Prof. Wieting-Pascha: Steilfallende Kleinkalibergeschosse und ihre Wirkung. — D. Militärärztl. Zeitschr. 1909, H. 19, p. 822.

Wieting-Pascha. Bemerkungen zur obigen Mitteilung Schneiders. — Ibidem p. 823.

Bircher, E. Zur experimentellen Erzeugung der sogenannten „Krönlein'schen Schädelschüsse." — Z.-B. f. Chir. 1910, № 26.

Franz, C. Zur Erklärung der Krönlein'schen Schädelschüsse. — Z.-B. f. Chir. 1910, № 31 u. Verhandlungen d. D. G. f. Chir. 1910.

III. Руководства по военно-полевой хирургіи. Монографіи.

F. Longmore. Gunschot injuries. — London, Longmans, Green and Co. 1895.

William W. Keen and **J. W. White.** Die Verletzungen und Erkrankungen des Kopfes. — By American text-book of surgery. Переводъ съ англійскаго W. Sacher'a. Wiener Klinik. 1895. H. 7, 8, 9. Wien, Urban u. Schwarzenberg.

Lühe, L. Vorlesungen über Kriegschirurgie. 1897. Berlin, A. Hirschwald.

Bergmann, E. v. Schusswunden. Abschnitt aus dem Handbuche der praktischen Chirurgie von E. v. Bergmann, v. Bruns u. v. Mikulicz. — Stuttgart. 1899.

v. Beck-Peccoz. Über Schussverletzungen des Kopfes. — Diss. München. 1900.

v. Bergmann. Schusswunden des behaarten Kopfes. — IX. Vortrag des Cyklus über Ärztl. Kriegswissenschaft. Bd. 9. 1902. Jena.

Свенцицкій. Краткое руководство военно-полевой хирургіи. — Москва. 1902.

А. Тауберъ. Огнестрѣльныя поврежденія при современномъ вооруженіи армій. — С.-Петерб. 1903. Эттингеръ.

H. Nimier. Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu. — Paris, F. Alcan. 1904.

Stevenson, W. F. Wounds in war. The mechanism of their production and their treatement. — 2 ed. London. 1904.

M. P. Coopieret. Les plaies pénétrantes du crâne par la voie orbitaire. — Thése de Paris. 1905.

H. Fischer. Leitfaden der kriegschirurgischen Operationen und Verbandstechnik (Bibliothek v. Coler Bd. V.). — 2. Aufl. Berlin. A. Hirschwald. 1905.

Hildebrandt u. **Graf.** Die Verwundungen durch die modernen Kriegsfeuerwaffen, ihre Prognose und Therapie im Felde. — Berlin (Bibliothek v. Coler XXI und XXII). A. Hirschwald. 1905 I. 1907 II.

K. Seydel. Lehrbuch der Kriegschirurgie. — 2. Auflage Stuttgart, F. Enke. 1905.

D. Taddei. Le ferite prodotte dei moderni fucili da guerra. — Firenze. B. Seeber. 1905.

W. Mettin. Sind die modernen Kriege humaner geworden? — Inang.-Diss. Berlin. 1906.

IV. Статьи по военно-полевой хирургіи.

Глаголевъ. Огнестрѣльныя раны отъ ружей различныхъ системъ. — Прот. Общ. Кременчугскихъ врачей. 1893—1894.

Stevenson, W. F. Note on the surgical significance of small calibre rifles. — Lancet. 1895. Vol. I, p. 610.

Mac Cormac. Some points of interest in connections with the surgery of war. — Brit. med. journ. 1895, 3. Aug., p. 278.

Eschweiler, R. Die Schussverletzungen durch das kleinkalibrige Gewehr. — 1896. München.

Habart, J. Kleinkaliber und Kriegsaseptik. — Der Militärarzt. 1896. 13 u. 14.

Davis. The effects of small calibre bullets as used in military arms. — Annals of surgery. 1897. Jan.

Festenberg. Die Untersuchung der Schusswunden mit vorwiegender Berücksichtigung der neuen Handfeuerwaffen. — D. militärärztl. Zeitschr. 1899. H. 2 u. 5.

Habart. Der gegenwärtige Stand der Verwundungsfrage im Kriege und die Wechselbeziehungen desselben zum Sanitätsdienst im Felde. — Wien. Klin. Wochenschr. 1900. № 21.

Schachner. Surgical aspects of the modern small-bore projectile. — Annals of surg. 1900 January.

Bruns. Die neuesten Kriegserfahrungen über die Gewehrschusswunden. — Münchener med. Wochenschr. 1900. № 15.

La Garde. Lésions produites par les projectiles de calibre réduit. — XIII. congrés international de médicine. Gaz. des Hôp. 1900. № 94.

В. А. Свенцицкій. Объ огнестрѣльныхъ ранахъ, причиняемыхъ оболочечными и обыкновенными свинцовыми пулями, — Хирургія № 50, февраль 1901.

А. В. Тиле. Оцѣнка доброкачественности раненій, наносимыхъ старыми свинцовыми пулями и новыми малокалиберными панцырными. — Докладъ 2-му съѣзду росс. Хир. Москва 1901.

H. Mohr. Schussverletzungen durch kleinkalibrige Gewehre etc. — Arch. f. Klin. Chir. Bd. 63. 1 u. 2.

Mac Cormac. Some remarks, by way of contrast, on war surgery, old and new. — Brit. med. journ. 1901. Aug. 24.

Schjerning. Die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen. — Arch. f. klin. Chir. LXIV. 1, p. 1. 1901. Verhandl. d. D. G. f. Chir. 1901.

Замуравкинъ, К. И. Раненія панцырными пулями по современнымъ даннымъ. — В. М. Ж. 1902 ноябрь.

Mac Cormac. Some remarks, by way of contrast, on war surgery, old and new. — London 1902.

В. А. Тиле. Итоги свѣдѣній о характерѣ огнестрѣльн. раненій, наносимыхъ малокалиберными панцырными пулями. — Русск. Хирург. Арх. 1902, кн. 2.

Matthiolius. Betrachtungen über den Stand der Kriegschirurgie. — D. Zeitschr. f. Chir. 1902. Bd. LXV, p. 199.

La Garde. Gunshot wounds by the old and new armaments. Buffalo med. journ. July 1902.

Левшинъ, Л. Л. О поврежденіяхъ наносимыхъ современными мелкокалиберными оболочечными пулями. — Врач. газ. 1904. № 25 и 26.

Loos. Schuss und Feuerwirkung. — D. Militär. Zeitschr. 1905, p. 302.

Schjerning. Schussverletzungen. — D. med. Wochenschr. 1905, p. 402.

Тауберъ, А. С. Къ вопросу о характеристикѣ огнестрѣльныхъ раненій, нанесенныхъ современными ружейными пулями. — В. М. Ж. 1905, апрѣль.

Diehl. Vergleich der Schussverletzungen durch das jetzige Gewehr mit denen durch das Zündnadelgewehr, mit Berücksichtigung der bisherigen Ergebnisse im russ.-japan. Kriege. — Leistung. u. Fortschr. auf d. Geb. d. Militär-San.-Wes. 1906. Ergänzungsband.

v. Schnitzer. Einiges aus der Psychologie und Pathologie des Kleinkalibers unter Berücksichtigung neuer Erfahrungen. — Reichs-Med. Anzeiger. 1906. № 7 u. 8.

F. Schaefer. Moderne Bewaffnung und Kriegssanitätsdienst. — Vortrag, gehalten in d. Milit. Gesellsch. zu Berlin 20/II. 1907.

E. Bircher. Die Bedeutung der Schusswunden in kriegschirurgischer und taktischer Beziehung. — Frauenfeld. Huber u. Co. 1908.

Lejars, F. Ce que l'on peut penser de la guerre moderne et de la chirurgie de guerre, d'après la campagne russo-japonaise. — La semaine méd. 1908. XXVIII. № 20.

Boerner, E. Der Einfluss der modernen Kriegsfeuerwaffen auf den Sanitätsdienst bei der Feldarmee usw. — Leipzig. G. Thieme 1909.

Kayser. Über die Veränderung unserer kriegschirurgischen Anschauungen und Aufgaben. — D. med. W. № 24. 1909.

V. Войны.

a) японо-китайская война 1894—1895.

Haga. Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem japanisch-chinesischen Kriege 1894—1895. — Arch. f. Klin. Chir. Bd. 55. H. 2. 1897.

b) греко-турецкая война 1897.

Abbott. Surgery in the greco-turkish war. — Lancet 1899. 14. 21.

Babylon, M. u. **A. Irtl.** Bericht der Mission der österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuz über die Tätigkeit im kaiserlich ottomanischen Militärhospitale zu Gümüsh-Suh in Konstantinopel in der Zeit vom 28. V bis 3. VIII. 1897. — Wiener Klin. Wochenschr. 1898, № 26. S. 637—641.

Chomatianos. Statistique des blessés de l'armée hellénique de la guerre de 1897. — Sect. med. et chir. mil. XIII. congrès de méd. 1901. II, p. 5.

Davis. Gunshot injuries in the late greco-turkish war. Brit. med. journ. 1897.

Korsch u. **v. Velde.** Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem griechisch-türkischen Kriege. — D. militärärztl. Zeitschr. 1898. H. 10 u. 11.

Korsch. Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem griechisch-türkischen Kriege. 1897. Berlin.

J. Fessler. Der Wundverband im Kriege. D. Zeitschr. f. Chir. 85. Bd., p. 465. 1906.

Lardy, E. La guerre gréco-turque. Résumé historique et stratégique accompagné de notes médicales. Neufchâtel 1899.

Senn, N. Military surgery in Greece and Turkey. — Journ. of the Amer. med. assoc. 1897. Aug. 28. Sept. 18.

В. А. Тиле и **И. Э. Гагенъ-Торнъ.** Du secours porté aux blessés en Grèce et du rôle de la colonne sanitaire russe de la Croix Rouge pendant la dernière guerre gréco-turque. XII междунар. конгр. Москва 1897.

В. А. Тиле и **И. Э. Гагенъ-Торнъ.** Хирургическая дѣятельность отряда Русск. Красн. Креста въ минувш. греко-турецкую кампанію 1897 г. — В. М. Ж. 1902.

c) Испано-американская война 1898—1901 и походы американцевъ на Филиппинахъ.

W. D. Bell. Notes on surgery etc. — Medical News. 1898. Oct. 15. p. 488.

W. Campbell. The modern small-arm projectil and the wound it inflicts. — Medical News 1898. № 19, pag. 577.

Girard. Einige ärztliche Erfahrungen aus dem amerikanisch-spanischen Kriege. — Pacific med, journ. 1899, July. Цитир. по Z.-B. f. Chir. № 2. 1900.

Leale, M. Some ultimate results of gunshot wounds caused by Mauser bullets during the late spanish-american war. — Med. record. 1901, Sept. 21.

Lagarde. Blessures par balles de fusils de calibre réduit (resultats fournis par la campagne de Santiago). — Arch. de méd. et de pharm. milit. Octobre 1900.

Report of the surgeon general of the army to the secretary of war for the year 1899—1901. Washington 1899—1901.

Robinson. Gunshot wounds in the Philippino-american war. — Annales of surg. 1901. February.

Senn, N. Medico-surgical aspects of the spanish-american war. — 1900, Chicago.

Senn, N. Recent experiences in military surgery after the battle of Santiago, N. Y. med. Record. 1898. July 30.

d) Англо-бурская война 1899—1902.

Bertelsmann. Über in Südafrika beobachtete Schussverletzungen. — Verh. d. D. G. f. Chir. 1902. I. 14.

C. M. Beadnell. With Lord Methuen's force. — Brit. med. journ. 1900. Jan. 13,

Chiine. Experiences in South-Africa. Scottish med. et surg. journ. January 1901.

Clarke. My experiences in South-Africa. — The Glasgow med. journ. 1901. January.

Dent Clinton. Surgical notes from the military Hospitals in South-Africa. — Brit. med. journ, 1901. I.

Эбергардтъ, А. К. О коммандировкѣ на театръ военныхъ дѣйствій въ Трансвалѣ. — В. М. Ж. 1901. X.

Flockemann, Ringel u. **Wieting.** Kriegserfahrungen der zweiten deutschen (Hamburgischen) Ambulanz d. Vereine vom Roten Kreuz aus dem südafrik. Kriege. — Volkmannsche Vorträge 1901. X. 295/296.

Flockemann. Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrik. Feldzuge. — Aerztl. Ver. Hamburg. München. med. Wochenschr. 1901, № 7, p. 278.

Хольбекъ, О. М. Изъ наблюденій по полевой хирургіи. Русск. Хигург. Архивъ. 1903. 1.

A. Hildebrandt. Beobachtungen über Artillerieverletzungen im Burenkriege. — Arch. f. klin. Chir. Bd. 65, 4. 1902.

A. Hildebrandt. Beobachtungen über die Wirkungen des Kleinkalibergeschosses aus d. Burenkriege 99—00. — Arch. f. klin. Chir. Bd. 65, 3. 1902.

Hildebrandt. Briefe von der deutschen Ambulanz des Roten Kreuzes in Südafrika. — Münch. med. Wochenschr. 1900. 15, 16, 21.

Hildebrandt. Demonstration von Schädelschüssen. (Mitteilungen aus Transvaal.) — Fr. Ver. d. Chir. Berlins. Sitzung 10. III. 02. Z.-B. für Chir. № 19. 1902.

Jounge. Notes on 1140 cases of gunshot wounds. — Journ. of the royal army med. corps. 1904. 3. 138.

Johnston. Notes on surgical cases wich come under my observation during the South-African campaign. — Edinb. med. journ. 1901. October.

H. Küttner. Kriegschirurg. Erfahrungen aus dem südafrik. Kriege. 1899—1900. — Beitr. z. Klin. Chir. 1900. Bd. 28. Heft 3.

Irvine. Illustrative cases of gunshot wounds of the skull and brain. — Lancet. 1902. V. II.

Korteweg. Erste Nederlansche Ambulance in Zuid Africa. Nederl. Tijdschr. voor geneesk. 1900, p. 333, p. 35, 174, 321.

Longheed. Cases of perforating gunshot wound of the skull. Journ. of the royal army med. corps. 1903, p. 104, 377.

Longheed. Notes on some surgical cases treated in the general hospital of Springfontein. — Lancet. 1901. July 20.

Matthiolius. Sanitätsbericht über die Tätigkeit der Expeditionen des deutsch. Vereins vom Roten Kreuz im Burenkriege 1899—1900. — D. militärärztl. Zeitschr. 1900, p. 593.

Makins. Surgical experiences in South-Africa. 1899—1900. — London. Smith Elder and Co. 1901.

G. H. Makins. Some impressions of military surgery in South-Africa. — Brit. med. journ. Febr. 10, 17, 24. 1900.

Moffet. Note on seven cases of perforating gunshot wounds of the skull. — Journ. of the royal army med. corps 1905, p. 496.

Ringel. Erfahrungen über Schussverletzungen im Südafrikanischen Kriege. — Verh. d. D. G. f. Chir. 1901.

Report on the surgical cases, noted in the South-African war 1899—1900. — Edited by Surgeon General W. F. Stevenson. London: Harrison and sons. 1905.

Sick. Über Schusswunden im Burenkriege. — D. Zeitschr. f. Chirurgie. 1905. Bd. 55, 3 u. 4.

E. Stahmer. Erfahrungen aus dem Burenkriege über Schusswunden und Asepsis. — München. med. Wochenschr. 1901, № 15.

H. Strehl. Erfahrungen auf dem Kriegsschauplatz in Südafrika 1900. Vortrag im Verein f. Wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg i/Pr. 1900. Цитир. по Z.-B. f. Chir. № 10, 1901.

W. Stokes. Soше experiences of the military hospital Mooiriver. — Brit. med. journ. 1900.

Stevenson, W. F. Notes ou surgical experiences of the boer war. — Journ of the royal army med. corps. 1903, p. 83.

Smith. Clinical notes on the wounded in South-Africa. — Brit. med. journ. 1901, April 20.

Thomas. Some surgical lesions from the campaign in South-Africa. — Dublin journ. of med. scien. 1901, № 356, Aug. 1.

Thomas. Reminiscences of the welsh hospital in South-Africa (Sprinfontein and Pretoria). — Brit. med. journ. 1901, April 20.

Treves. The wounded in the present war. — Royal med. and. clin. Soc. — Brit. med. jour. 1900, № 12.

F. Treves. The battle of Tugela. — Brit. med. journ. Jan. 27. 1900.

Веберъ, Ф. К. Объ огнестрѣльн. поврежденіяхъ новѣйшими снарядами на основаній наблюденій въ послѣдн. англо-трансвальск. войнѣ. — Лѣт. русск. хир. 1901. Кн. 2 и 3.

Worthington. The princess Christian hospital in South-Africa. — Brit. med. journ. 1901, April 20.

Watson Cheyne. № 6 General hospital Johannesburg. — Brit. med. journ. 1901, April 21.

Watson Cheyne. The wounded in the actione between Modder River and Driefontein. — Brit med. journ. 1900.

e) Китайская кампанія 1900.

М. А. Галинъ. О раненіяхъ и раненыхъ въ китайскую войну. — Петерб. 1902.

Herhold. Über die während der ostasiatischen Expedition im Feldlazarett V (Paotingfu) beobachteten Schussverletzungen. — D. militärärztl. Zeitschr. 1901, Heft 10 u. 11.

Haga. Kriegschirurgische Erfahrungen während der nordchinesischen Wirren. 1900. — Arch f. klin. Chir. Bd. 74, 3.

J. Matignon. Morts et blessures pendant le siège de la légation de France á Pèkin. — Médécine moderne. 1901. № 14.

Морковитинъ, А. П. Случай огнестрѣльной проникающей раны черепа съ поврежденіемъ мозга. В. М. Ж. 1901. Апрѣль.

Морковитинъ, А. П. Объ огнестрѣльныхъ раненіяхъ и условіяхъ хирургическ. дѣятельности въ полевомъ подвижномъ госпиталѣ въ Манчжуріи. (1900—1901.) — Хирургія. 1902. 11 т.

G. Perthes. Über einige Schussverletzungen. — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. LXIII, p. 75. 1902.

Schlick. Meine kriegschirurg. Erfahrungen während der chines. Wirren im Juni bis October 1900. — D. militärärztliche Zeitschr. H. 8 u. 9. Aug. 1901.

Velde. Bericht über d. allg. Gesundheitsverhältnisse, sowie über die Tätigkeit und Beobachtungen in d. internationalen Hospital während d. Belagerung d. Gesandtschaften in Peking. — D. med. Wochenschr. 1900, p. 811.

Velde. Erfahrungen mit aseptischer Wundbehandlung im Kriege. — D. militärärztl. Zeitschr. 1904, p. 462.

f) Разные малые походы и военныя дѣйствія.

Finot. Le service de sauté de l'avant à la colonne de Sikasso (Soudau français). — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1900, № 7.

R. Spear. Gunshot wounds on the isthmus of Panama. New-York med. journ. 1902, № 16.

Taillade. Blessures par armes à feu de guerre observées au Tonat en 1903. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904. XLIV. 10, p. 320. Oct.

Bouquet de **Jolinière.** Observations de blessure de guerre par projectiles de differents calibres. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904. XLIV. 9., 10., p. 173—275. Sept., Oct.

Guichard, E. F. Blessures par armes à feu observées à la suite du combat de Moukhilat en 1903. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1904 XLIV. 10., p. 314. Oct.

Gurney, Samuel. Surgery under difficulties in East Africa. — New-York a. Philad. med. journ. LXXX. 8, p. 357. 1904.

Boulin. Blessures par armes de guerre observées à Taghil (Extrème sud-oranais) du 16. Nov. 1902 au 22. Août 1903. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1905. XLVI. 8. p. 81. Août.

g) Русско-японская война 1904—1905.

І. И. Азаревичъ. Хирургическія наблюденія съ театра русско-японской войны 1904 г. — В. М. Ж. X. XII. 1905 г.

В. К. Бартъ и **А. С. Тауберъ.** Къ вопросу объ употребленіи японцами разрывныхъ пуль. — В. М. Ж. 1905, февраль.

Beiträge zur Kriegsheilkunde aus der Hilfstätigkeit der deutschen Vereine vom Roten Kreuz während des russisch-japanisch. Krieges 1904—1905. — Leipzig. Engelmann. 1908.

Безродный, Н. С. Къ вопросу о консервативномъ методѣ леченія соврем. огнестрѣльн. ран. — Приложенія къ трудамъ временнаго мед. общ. на Дальн. Востокѣ. Харбинъ. 1904.

Colmers F. Zur Frage des ersten Transports Schwerverwundeter. — D. med. Wochenschr. 1906. XXXII. № 14.

П. И. Дьяконовъ. Военно-полевыя раненія черепа. — VII. съѣздъ россійск. хирурговъ. 1907. p. 144—145.

Дерюжинскій, С. Ф. Три случая временной костнопластической трепанаціи черепа для удаленія двухъ японскихъ пуль и шрапнели изъ головного мозга — съ выздоровленіемъ. — Хирургія. 1906. XX, стр. 409.

С. Дерюжинскій. Отчетъ о дѣятельности временнаго лазарета при Голицынской больницѣ въ Москвѣ во время русско-японской войны. 18. VII. 04—10. IV. 06. — Москва, Яковлевъ.

Дерюжинскій, С. Ф. Огнестрѣльное пораненіе черепа. — Московск. Хир. Общ. 5. IV. 05. Реф. въ Мед. обозр. 1905 г. Т. 64, стр. 219.

Дьяконовъ, П. И. Демонстрація солдата съ огнестрѣльн. пораненіемъ черепа. — Московск. Хир. Общ. 22. III. 1905 г. Реф. въ Мед. обозр. 1905 г. Т. 64, стр. 130.

Дьяконовъ, П. И. Военно-полевыя раненія черепа. Программное сообщ. въ засѣданіи VII. съѣзда общ. россійск. хирурговъ. 21. XII 1907. Хирургія. 1908. Т. 23, стр. 101.

А. Г. Делятицкій. Къ вопросу объ огнестрѣльн. раненіяхъ черепа въ русско-японск. войну. Хирургія. 1906. XX. 118. Октябрь.

H. Fischer. Kriegschirurgische Rück- und Ausblicke vom Asiatischen Kriegsschauplatze. — Berlin, Hirschwald's Verl. 1909.

Fowler George Ryerson. The allyed use of dum-dum-bullets in the Japanese-Russian war. — Medical News LXXXV. 26, p. 1201. Dec.

Faltin R. Minnen och erfarenheter fran den rysk-japanska vinterkampanjen 1905. — Finska Läkare sällskapets Handlingar. XLVIII. 1. p. 1. 1906.

Follenfant. Guerre russo-japonaise. Impressions chirurgicales. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1906 VII.

Глаголевъ, М. И. Раны мягкихъ частей тѣла въ русско-японскую войну, — Хирургія. 1907. XXII. 128. Августъ.

Глаголевъ, М. И. Къ вопросу объ огнестрѣльн. переломахъ черепа въ современную русско-японскую войну. — Хирургія. 1905. XVII, ст. 417.

Гуревичъ, М. І. Случай огнестрѣльнаго раненія черепа. — Журн. невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова. 1906. кн. 4, стр. 819.

П. Ф. Гусевъ. Восемнадцать случаевъ трепанаціи при огнестрѣльн. раненіяхъ черепа. — Хирургія. 1906. XX. № 115. Іюль.

В. Гедройцъ. Отчетъ подвижнаго передового дворянскаго отряда. — Москва, 1905.

Гирголовъ, С. С. Случай продолжительнаго пребыванія шрапнельной пули въ глубинѣ мозга. — В. М. Ж. 1906. Іюль.

Гончаровъ, Г. А. Травматическія поврежденія русско-японской войны по даннымъ Варшавскаго лазарета Краснаго Креста. — Русск. Хир. Арх. 1907, кн. 4, 5, 6.

Гормашевъ, В. П. Къ вопросу о раненіяхъ японскими пулями. — В. М. Ж. 1905. IV.

Гюббенетъ, В. Б. Въ осажденномъ Портъ-Артурѣ. — Петербургъ 1910.

Hoorn. Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem russ.-japan. Kriege nebst einem Anhang über Verwundetenabschub bei den Russen und Japanern. — Wien, Josef Safar. 1907.

Haga, E. Quelques points de mon expérience personelle dans la campagne russo-japonaise de 1904—1905. — Le Caducée. 1906, p. 288.

Haga. Einiges aus den eigenen Erfahrungen im japanisch-russ. Kriege. 1904—1905. — D. militärärztl. Zeitschr. 10. 1908.

Hirschland, Leo. Über eine Anzahl im russ.-japanisch. Kriege erlittener Verletzungen des Ohres. — Arch. f. Ohrenheilkunde. 1908. LXXIV, p. 188.

Холинъ Н. К. Къ характеристикѣ пулевыхъ раненій въ текущую войну. — Русск. врачъ 1905. № 5.

Исаченко Н. Н. Демонстрація двухъ больныхъ (случай № 1) 259-ое засѣд. Русск. Хир. общ. 22. III. 06 по Русск. Хир. арх. 1906 г.

Іоффе. О черепныхъ и черепно-мозговыхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ. — Обзоръ дѣятельности Телинскаго мед. Общ. Реф. въ Русск. врачѣ. 1905. № 25, p. 817.

Kettner. Transport und Unterkunft der Verwundeten und Kranken im russ.-japanisch. Kriege. — Beitr. z. klin. Chir. 1907. Bd. 53, p. 1.

Vicomte T. Haschimoto u. **J. Kuroiwa.** Über Hirnabscesse nach Schussverletzungen im japan.-russ. Kriege. — Arch. f. klin. Chir. 88. Bd. H. 2. 1909.

Kettner. Kleinkaliberschussverletzungen. — Berliner klin. Wochenschr. 1906. № 28.

Ковалевскій, Н. О раненіяхъ въ японскую войну. — Практ. врачъ. 1905 г., стр. 900.

Körting. Wunden und Verlustgrössen im ostasiatisch. Kriege. — Neue milit. Blätter. 1905. № 23 u. 24.

Köcher. Verluste der russischen Mandschurei-Armee. — D. Militärärztl. Zeitschr. 1905. H. 4.

Колчинъ, П. Ф. О раненіяхъ въ русско-японскую войну по матеріалу 1-го барака 9-го своднаго Харбинскаго госпиталя. — Хирургія. 1907. XXII, стр. 245

Колбасенко И. С. Врачебно-санитарныя впечатлѣнія и сообщенія въ сѣверо-восточномъ районѣ дѣйствующей арміи. — Практ. врачъ 1904. № 47.

Коникъ, К. П. Наблюденія надъ заживленіемъ огнестрѣльныхъ раненій въ русско-японск. войну. — Хирургія. 1905. XVIII. 105. Сентябрь.

v. Löbells Jahrbücher. Der russisch-japanische Krieg. XXXI, p. 492. 1904.

Lönnqvist. Kriegschirurg. Erfahrungen aus dem russ.-japan. Kriege. — St. Petersb. med. Wochenschr. 1905. № 22, 23.

B. Lönnqvist. Chirurg. Erfahrungen aus dem russ.-japanisch. Kriege. — Finska Läkare sällskapets Handlingar. Bd. XLVII, p. 477.

Lynch. A few wounds observed during the japanese-russian war. — Post-Graduate. 1906. August. цитир. по Z.-B. f. Chir. № 48.

Matthiolius. Seekriegschirurgie (nach Erfahrungen des russ.-japanisch. Krieges. — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 87, p. 254.

Matthiolius. Aus japanischen Kriegslazaretten. — D. militärärztl. Zeitschr. 1904. № 10, p. 532.

J. J. Matignon. Enseignements médicaux de la querre Russo-japonaise. — Paris. Maloine. 1907.

Matignon, J. J. Les effets des gros projectiles de la marine. Souvenirs de la bataille de Tsoushima. Presse méd. 1906 XC., p. 720.

Matignon, I. Souvenirs de la bataille de Moukden. A propos de quelques plaies pénétrantes du crâne et de l'encéphale. La Presse médicale. 1907. № 20.

Mine, N. Die während des russ.-japan. Krieges von 1904—1905 im Reservehospital Hiroshima gemachten Erfahrungen. — Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. 1907. XI. 12, 390.

Миноръ, Л. С. Нѣсколько статистическихъ данныхъ относительно травматическихъ поврежденій нервной системы во время русск. японск. войны. — X съѣздъ общ. русск. врач. по Русск. хир. арх. 1907, стр. 616; Журн. невропат. и психіатріи им. С. С. Корсакова. 1907, кн. 5, стр. 875.

Миноръ, Л. С. Травматическія пораженія симпатическаго нерва и другихъ головныхъ нервовъ въ русско-японск. войну. — X съѣздъ общ. русск. вр. по Русск. хир. арх. 1907, стр. 618.

Мюлчановъ, М. И. Демонстрація больного съ огнестрѣльн. пулевымъ поврежденіемъ черепа. — Изъ общ. нейропат. и психіатр. Московск. универс. 17. XII. Реф. въ русск. врачѣ № 36. 1905 г.

Никоновъ, С. А. Харбинскія впечатлѣнія. — Русск. врачъ № 55. 1905 г.

Note on the wounded in the naval war between Japan and Russia 1904. — Brit. med. journ. 1904. Aug. 13.

v. Oettingen, W. Kriegschirurgische Erfahrungen im russ.-japan. Kriege 1904—1905. — München. med. Wochenschr. LIII. № 7. 1906.

v. Oettingen, W. Studien auf dem Gebiet des Kriegs-Sanitätswesens. 1907. A. Hirschwald, Berlin.

Озерецковскій, А. И. О душевныхъ заболѣваніяхъ въ связи съ русско-японск. войной за второй годъ ея. — В. М. Ж. 1906 г. № X и XI.

Остенъ-Сакенъ, Э. Ю. Къ общей характеристикѣ раненій въ русско-японск. войну. — В. М. Ж. 1908, іюнь, сент.

Охотниковъ, А. А. Съ Дальняго Востока. — В. М. Ж. 1906, іюнь, іюль.

Потѣенко, В. Краткій отчетъ о хир. дѣятельности Русск. больницы Кр. Креста въ Мукденѣ во время русско-японск. войны. — Хирургія. 1906. XIX. № 110, февраль.

Пуссепъ, Л. М. Огнестрѣльные японскіе снаряды и пули въ минувшую русско-японскую войну съ хирургической точки зрѣнія. — Русскій врачъ. 1907. № 3.

Павловъ, Е. На дальнемъ Востокѣ. — С.-Петерб. 1907.

Павловскій, А. Д. Наблюденія и замѣтки объ огнестрѣльн. ранахъ малокалиберн. пулями въ русско-японск. войнѣ 1904—1905. — Русск. врачъ. 1906, № 22.

Перлинъ. Къ казуистикѣ огнестрѣльн. раненій головы. — Отчетъ о дѣятельности временн. Никольско-Уссурійскаго мед. общ. Реф. въ Русск. врачѣ. 1905. № 48.

Потираловскій, П. П. Тюренченъ-Вафангоу-Ляоянъ въ санитарно-тактическомъ отношеніи. — Петерб. Диссертація. 1907 г.

Потираловскій, П. П. Эвакуація въ современную войну. — В. М. Ж. 1908, стр. 698. I. 47. II.

Прокунинъ, А. П. Отдаленныя послѣдствія огнестрѣльн. раненій черепа по касательной. — Мед. обозр. 1908. № 14.

Прибытковъ, Г. И. Демонстрація 4-хъ больныхъ съ огнестрѣльными ранами головы. — V съѣздъ росс. хирург. 1904 г.

Прибытковъ, Г. И. Наблюденія надъ поврежденіями черепныхъ костей въ русско-японск. войну. — X съѣздъ общ. русск. вр. по Русск. хир. арх. 1907, стр. 617.

Руковичъ, И. К. Случаи огнестрѣльн. раненій полостей, наблюдавшіеся у эвакуированныхъ съ Дальн. Востока раненныхъ нижнихъ чиновъ. — В. М. Ж. 1905. Авг., сент.

Розовъ, П. П. Общ. характеристика огнестрѣльн. ранъ современн. войны. — Прилож. къ трудамъ временн. мед. общ. на Дальн. Востокѣ. Харбинъ, 1904.

Розановъ, В. Н. Огнестрѣльн. раненія черепа по касательной. — Мед. обозр. 1908. № 14.

Розановъ, В. Н. Огнестрѣльн. раненія черепа въ ихъ дальнѣйшемъ теченіи. — VII съѣздъ росс. хирурговъ. 1907 г. См. пренія стр. 145—152.

Ротъ, В. К. и **В. П. Инзеръ.** Демонстрація 2-хъ больныхъ съ огнестрѣльн. пораненіями черепа. — Общ. нейропатол. и психіатр. при Московск. унив. 12. XI. 1904. Реф. въ Русск. врачѣ. 1905 г. № 26.

Рѣзановъ, М. М. Наблюденія въ западномъ тылу манчжурской арміи надъ условіями заживленія огнестрѣльн. пораненій. — X съѣздъ общ. русск. вр. по Русск. хир. арх. 1907, стр. 597.

Завойскій, К. И. Перевязочный пунктъ у селен. Халушанъ. — В. М. Ж. 1904. Апрѣль.

Зеренинъ, В. П. Три случая огнестрѣльн. раненія головы. — Моск. Хир. Общ. 22. II. 1905. Реф. въ Мед. Обозр. 1905. Т. 63.

Зереninъ, В. П. Демонстрація 3-хъ раненыхъ. — Московск. Хир. Общ. 22. III. 1905. Реф. въ Мед. Обозр. 1905. Т. 64, стр. 132.

Склифосовскій, П. Т. Краткія свѣдѣнія объ операціяхъ, произведенныхъ на главныхъ и передовыхъ перевязочныхъ пунктахъ. — В. М. Ж. 1909. XII.

Зонненбликъ, А. И. и **Логашкинъ, С. А.** Роль и значеніе полевого подвижного госпиталя при отступленіи Маньчжурской арміи. — В. М. Ж. 1904. XI и XII. 1905. I.

Seldowitsch. Über Verletzungen durch japanische Geschosse. — Arch. f. Klin. Chir. Bd. 77, 1, p. 219. 1905.

Зельдовичъ, Я. Б. Случай огнестрѣльн. раненій полостей и т. д. — Русскій врачъ 1904. № 34.

Зельдовичъ, Я. Б. О раненіяхъ, наносимыхъ японскими огнестрѣльными снарядами. — Русск. врачъ. 1904. № 30.

Зельдовичъ, Я. Б. О раненіяхъ, наносимыхъ японскими огнестрѣльными снарядами. — Врачебн. газета. 1905. № 10 и 11.

Замуравкинъ, К. И. Краткій обзоръ огнестрѣльныхъ раненій по даннымъ Харбинскаго 2-го свободнаго госпиталя. — Отчетъ Харбинскаго военно-санитар. общ. — Реф. Русск. врачъ 1905, № 33.

Замуравкинъ, К. И. Нѣсколько поучительныхъ случаевъ огнестрѣльн. раненій, понесенныхъ во время Мукденскаго боя. — В. М. Ж. 1905. Ноябрь.

Онъ-же. Къ характеристикѣ огнестрѣльн. раненій японскими пулями. — В. М. Ж. 1905. Мартъ, апрѣль.

Suzuki, S. Практическія замѣтки изъ русско-японск. морской войны 1904—1905 г., перев. А. Сѣко. — В. М. Ж. 1906. VII и VIII.

Сухановъ, С. А. О душевныхъ разстройствахъ въ связи съ русско-японской войной. — Врачебн. газ. 1907. № 35.

Сиземскій, В. В. Очерки врачебн. и хирург. дѣла въ П.-Артурѣ за время русско-японск. войны (1904—1905). — В. М. Ж. 1908. Іюнь, іюль, августъ.

Шайкевичъ, М. О. Къ вопросу о душевн. заболѣваніяхъ въ войскѣ въ связи съ русско-японской войной. — В. М. Ж. 1907.

Штейнбергъ, М. Г. Предѣлы хирургическ. помощи на перевязочн. пунктѣ. — В. М. Ж. 1908. Апрѣль.

Штейнбергъ, М. Г. Предварительные итоги русско-японск. войны съ хирургической точки зрѣнія, — В. М. Ж. Апрѣль, Май. 1906 г.

Schücking, Alfred. Sanitär-Bemerkenswertes aus dem russ.-japan. Feldzuge. — Der Militärarzt. XL. 1—2. 1906.

Schäfer, F., E. Svenson u. **O. v. d. Osten-Sacken.** Über die Wirkung der japanischen Kriegswaffen im mandschurischen Feldzuge. — Arch. f. Klin. Chir. 1906. LXXIX. H. 4. 1907. 84. Bd, H. 4.

Schäfer, F. Diensttauglichkeit nach Verwundungen mit modernen Schusswaffen. Verhandl. d. D. G. f. Chir. 1906,

Schäfer, F. Mitteilungen über kriegschirurgische Erfahrungen im russ.-japanischen Kriege. — D. med. Wochenschr. 1905. 34.

Schäfer, F. Kriegschirurgische Erfahrungen bei der russ. Armee in der Mandschurei. — D. militär. Zeitschr. 1905. H. 5.

Тауберъ, А. С. Къ вопросу о характеристикѣ огнестр. раненій нанесенныхъ совр. руж. пулями. — 241-ое засѣд. русск. хир. общ. по Русск. хир. арх. 1905.

Treutlein, A. Kriegschirurgisches aus Japan. — Münch. med. Wochenschr. 1906. № 25.

Введенскій, И. Къ казуистикѣ огнестрѣльн. ранен. головы. — Практическій врачъ. 1904, стр. 817.

Витковскій, М. М. Постановка медицинскаго дѣла на Дальнемъ Востокѣ. — Мед. Обозр. 1905. Т. 63. Стр. 504.

Вреденъ, Р. Р. Два письма главнаго хирурга Маньчжурской арміи. — В. М. Ж. Ноябрь 1904.

Вреденъ, Р. Р. Письма главнаго хирурга Маньчжурской арміи. — В. М. Ж. 1905. Февраль.

Вреденъ, Р. Р. Изъ наблюденій хирурга въ русско-японскую войну. — Русск. врачъ. № 50. 1905.

Вреденъ, Р. Р. Помощь раненымъ въ современной войнѣ на передовыхъ перевязочныхъ пунктахъ. — В. М. Ж. 1905. № X и XI.

Вреденъ, Р. Р. Хирургическія наблюденія за годъ русско-японской войны. — 249, 250, 252-ое засѣд. русск. хирург. общ. 1905 до 1906 г. по Русск. хир. арх. 1906 г.

Вреденъ, Р. Р. Очеркъ огнестрѣльныхъ раненій, причиняемыхъ японской малокалиберной оболочечной пулей. — Русскій вр. 1905. № 24. Проток. 245-го засѣд. Русск. хир. общ.

Zoege von Manteuffel. Kriegschirurgische Beobachtungen. — St. Petersburger med. Wochenschrift. 1904. XXI. 38.

Щербаковъ, А. С. Краткій обзоръ раненій въ русско-японскую войну. — Хирургія. 1908. 23 Т. Стр, 582.

h) Германскій походъ въ юго-западныхъ африканскихъ колоніяхъ 1904—1905.

Grülder. Vorstellung dreier im südafrikanischen Kriege Verletzter. — Fr. Ver. d. Chir. Berl. Sitzung 9. I. 1905. Z.-B. f. Chir. № 6. 1905.

Kirsch. Kriegschirurgische Erfahrungen im Hottentottenaufstand. 1904/1905. — D. Mil.-ärztl. Zeitschr. 1906. № 8.

Franz. Kriegschirurgische Erfahrungen in Deutsch-Südwestafrika. — Arch. f. Klin. Chir. 1906. LXXXI. 2, p. 134.

Franz. Erfahrungen aus dem südwestafrikanischen Feldzuge. — D. militärärztl. Zeitschr. 12. 1908.

Goldammer. Erfahrungen mit trockener Wundbehandlung im südwestafrikanischen Kriege. — Verhandlg. d. D. G. f. Chir. 1906. XXXV. II, p. 209.

VI. Казуистика огнестрѣльныхъ раненій черепа въ мирное время.

Штепинъ, Святогоръ. Случай огнестрѣльн. раны головы. — Врачъ № 40. 1892. Изъ Харьковск. Мед. Общ.

Fink, Gustav. Eine Schussverletzung des Schädels und Gehirns. — Diss. Erlangen. 1893.

Traumann, H. Aus der chirurgischen Abteilung des Herrn Dr. G. Fischer im Stadtkrankenhause zu Hannover. — D. Zeitschr. f. Chir. 1893. XXXVII. 1 u. 2, p 161, 167.

Chupin. Fracture de crâne par coup de feu avec enfoncement. Trépanation; guérison. — Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 1894. T. XX, p. 60.

Arcoleo, E. Su di un caso di ferita d'arma da fuoco del cranio penetrante nel cervello. Emiplegia; guarigione spontanea. — Gazz. med. Lombardo. 1894, p. 113.

Demmler. Coup de feu du conduit auditif externe, fracture du rocher. Déchirure par contre-coup des circonvolutions temporales moyenne et inférieure. Lésions latentes. Considérations sur l'intervention comme moyen de diagnostic dans les coupes de feu du crâne. — Gaz. des hôp. 1894. 100.

Jones, Th. M. Fourty cases of gunshot wounds. — Med. News 1894. № 13.

Klemm, P. Zur Kasuistik der komplizierten Schädelbrüche. — D. Zeitschr. f. Chir. 1894. Bd. 36.

Morton, Th. G. Pistol-ball wound of the brain dividing the left optic nerve in the optic foramen. Meningitis; autopsy. — Med. and Surg. Rep. 1894, p. 351.

Michaux, P. Plaie du crâne par balle de revolver sans pénétration du cerveau. — Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1894. T. 20, p. 797.

Rouge, C. Simple note sur la pénétration d'une balle de revolver d'ordonnance dans le crâne. — Gaz. des hôp. 1894. № 34.

Solan, A. Th. On a self inflicted bullet wound of the head; extensive injury of skull and brain, recovery. — Edinb. med. journ. 1894. Xl. p. 1.

Tefft, J. C. Unusual case of gunshot wound of the brain. — New-York. med. Record. 1894, p. 495.

Verchère. Trépanation secondaire au deuxième mois après une fracture du crâne ayant amené une hémiplégie complète et des crises épileptiformes. Ablation d'un fragment intracérébral. Hémorrhagie par section de la méningée moyenne. Tamponnement intracranien. Guérison. — Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. 1894. T. XX, p. 473.

Кочановскій, П. С. Къ казуистикѣ огнестрѣльн. ранъ головы. — Мед. Прибавл. къ Морск. сборн. 1894, 1895.

Ernst, W. Eine Schädelschussverletzung. — Diss. Freiberg. 1895.

Fowler. The Location and removal of missiles from the cranial carity. — Annals of surgery. 1895, Nov., p. 596.

Forrest, J. C. Remarkable gunshot injuries. — Lancet. 1895. Vol. I, p. 483.

Hoffmann, C. S. Gunshot injury of the brain. — Med. News 1895. Aug. 17, p. 173.

Кудинцевъ, И. В. Случай огнестрѣльн. раненія черепа. Хир. лѣт. 1895. Т. 5, кн. 3, стр. 352.

Hrdlicka, A. A case of extensive traumatic brain lesions with very meagre objective symptoms. — Med. Rec. 1895, Oct. 12.

Leriche. Trépanation du rocher pour balle de revolver. — Journ. de méd. 1895, № 10.

Лурье, С. И. Случай огнестрѣльн. раненія глаза. — Мед. обозр. 1895, стр. 994.

Mermet. Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. Lésions des deux hémisphères cérébraux. Abscès intracérébral. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1895, № 7.

Michols, E. H. Statistics of 308 cases of serious injury of the head. — Med. and surg. reports of the Boston City Hospital. Цитир. по Z.-B. f. Chir. № 47. 1895.

Moty. Une observation de plaie pénétrante du crâne avec projectile perdu. — Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. 1895, pag. 660.

Porter. A case of gunshot wounds of the skull inflicted by the new magazine riffle bullet. (Lee Metford). — Brit. med. journ. 1895. 15. Febr., p. 363.

Schiller, Karl. Chirurgische Kasuistik vom Sahlgren'schen Krankenhause in Gothenburg. 1895, p. 6—8. Случай 3-й.

Sonnenburg. Schuss mit Terzerol. Vorstellung des Pat. — Fr. Ver. d. Chir. Berlins. Sitz. 8. VII. 1895. Z.-B. f. Chir. 1895. № 37.

Thurmwald, A. Einheilung eines Revolverprojektils im Gehirn ohne Funktionsstörung. — Wien. med. Wochenschr. 1895. № 28, p. 1225.

Dollinger, J. Revolverkugel in dem Kleinhirn, seit $2^1/_2$ Monaten cerebelläre Ataxie, Entfernung der Kugel mittelst temporärer ostioplastischer Schädelresektion. — Orvosi Hetilap. 1896. № 4.

Délelienne. Plaie du cerveau par projectile du petite calibre. — Arch. med. Belges. 1896. Nov.

Eichler. Über Schussverletzungen mit dem deutschen Armeerevolver 83. — Arch. f. Klin. Chir. 1896. LII. 1, p. 120.

Finke. Kasuistische Mitteilungen aus d. Salvator-Krankenhause in Halberstadt. (Gehirnschuss. Einheilung der Kugel ohne Störung der Gehirnfunktion.) — D. med. Wochenschr. 1896. № 22.

Hahn. Ein Beitrag zur Chirurgie des Gehirns. — D. med. Wochenschr. 1896. XXII. 14 u. 16.

Keim et Dartigues. Abcès du cerveau par plaie par arme à feu. Latence des symptômes. — Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Julliet, Octobre 1896. Fascicule № 18.

Потѣенко, В. В. Къ вопросу о лѣченіи осложненныхъ переломовъ черепа. — Лѣт. русск. хир. 1896. Кн. 5.

Розенбаумъ. Случай огнестрѣльн. проникающей раны черепа. — Прот. Кавказск. мед. общ. Годъ 33, № 3. 1896.

Seydel, K. 15 Schussverletzungen mit dem 7,9-mm. Geschoss. — Münch. med. Wochenschr. 1896. XLIII. № 6.

Steffen. Beitrag zur Einheilung von Kugeln im Gehirn. — Jahrb. f. Kinderheilk. 1896. Bd. 43. H. 4, p. 401.

Thelwall, Thomas. Suicidal pistol wound of skull: destruction of right optic nerve: extraction of bullet on fourteenth day, recovery. — Brit. med. Journ. 1896. Oct. 31.

Tilmann. Seltene Schädelschussverletzung. — Fr. Ver. d. Chir. Berl. Z.-B. f. Chir. № 7. 1896.

Todd, Howard J. Bullet wound of skull. — Brit. med. journ. 1896. Vol. I. p. 16.

Bommarito, Franco. Ferita d'arma da fuoco nella bozza occipitale destra, penetrante nella cavità cranica, con lesione del lobo occipitale omonimo. Guarigione senza rimozione del projectile. — Rivista sicula di Med. e Chir. 1897, p. 150.

Blanc, H. Fracture de la base du crâne par balle de revolver. Hémiplégie corticale avec aphasie. Abcès du cerveau. Trépanation. Ouverture du foyer et extraction de la balle. Mort par encéphalité diffuse. — Arch. gén. de méd. 1897. Avril.

Brault. Plaie pénétrante du crâne par coup de feu dans la région temporofrontale droite, trépanation irrégulaire, extraction du projectile. Guérison. — Gaz. hebd. 1897. № 55.

Cabot, A. T. A case of bullet wound of the head. — Boston med. and surg. journ. 1897, pag. 208.

Dupont. Fracture de la base et de la voute du crâne par coup de feu; recherche de projectile dans le cerveau. Guérison. — Bull. de l'acad. royale de méd. de Belges. 1897. № 11.

Fattie. A case of gunshot wound of the brain, causing paralysis of the arm; recovery. — Medical news. 1897. Aug. 28.

Freund. Ein forensisch und chirurgisch interessanter Fall von Schussverletzung. — Wien. med. Wochenschr. 1897. 31—32.

Михайловъ, Н. А. Огнестрѣльная рана головы. — Врачебн. записки. 1897, стр. 323.

Reverdin. Plaie cérébrale. — Société médicale de guerre. Rev. méd. de la Suisse romande. 1897. 6.

Richter. Über Fremdkörper im Gehirn. — Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1897. LIV.

Spear, David. A bullet wound of the brain. — Boston med. and surg. journ., 1897, p. 208.

Stimson. Fatal shot wound of cranium. New-York surgical society. — Annals of surgery. 1897. March.

Swan, Will. D. A gunshot wound of the head. — Boston med. and. surg. journ. 1897, p. 618.

Wettergren. Vulnus sclop. cerebri. — Eisa. 1897, p. 614.

Seggel, R. Zur Kasuistik der Schussverletzungen des Schädels — Annalen d. städt. allg. Krankenhäuser zu München. 1897.

Bérard. Coup. de feu à la base du crâne. — Provence méd. 1898. № 44.

Navarro, Dr. Alfredo. Beiträge zum Studium der Schädelverletzungen. — Primera reunion del congresso cientifico latino-americano. IV. Trabajos de la 3. sección (cientificas medicas.). Buenos Aires. 1898. Цитир. по Z.-B. f. Chir. № 46. 1899.

Pfister. Ein seltener Fall von Schussfractur des Schädels. — Diss. München. 1898.

Stuparich. Seltene Form mehrfacher Hautverletzung der Einschussgegend durch einen einzigen Kugelschuss. — Wiener med. Presse. 1898. № 22, p. 889.

Schloffer, H. Zur Kasuistik der Schädel- und Gehirnverletzungen. — Beitr. z. Klin. Chir. 1898. XXIII. 3, p. 539.

Seggel. Über Schussverletzungen des Schädels. Ärztlicher Verein München. — München. med. Wochenschr. 1898, 24.

Bampton. A case of bullet in brain. Abscess; operation; recovery. — Brit. med. journ. 1899. Oct. 28.

Bampton. A case, in wich a bullet was embedded in the brain for nine months. (Brit. med. assoc.) — Lancet. 1899. Aug. 26.

Burkhard. Bericht über die während der letzten 20 Jahre im hiesigen Krankenhause behandelten Schädelfrakturen. — Festschr. zur Eröffn. d. neuen Krankenhauses d. Stadt Nürnberg. 1899, p. 432.

Barker. Schussverletzung des Gehirns. Entfernung der Kugel durch Trepanation. Heilung. — Verh. d. D. G. f. Chir. 1899.

Barritt. A case of curious gunshot wound of the head. Penetration of the brain by an iron ramrod. Complete recovery. — Lancet. 1899. Jan. 7.

Fenner. Recovery after bullet wound of the head and obstruction of brain tissue. — Lancet. 1899. February 11.

Friedrich. Ein geheilter Fall von penetrierender Schussverletzung des Schädels. — Ungar. med. Presse. 1899, № 25.

Haberkamp. Doppelseitige Erblindung durch Teschingschuss. — Arch. f. Augenheilkunde. XXXVIII. 3, p. 205. 1899.

Hartmann. Schussverletzung des Schädels. Med.-naturwiss. Gesellsch. zu Jena. — Münch. med. Wochenschr. 1899, p. 162.

Körte. Trepanation bei Schädelschuss wegen Blutung aus einem Ast der Art. meningea medica. Fr. Ver. d. Chir. Berlins. 6. II. 1899. — Ver.-Beil. d. D. med. Wochenschr. № 38. 1899, p. 226.

Moser. Schussverletzung des Schädels. Vortrag in d. med. Section d. schlesischen Gesellsch. f. vaterl. Kultur. 23. VI. 1899. — Allg. med. Zentralzeitg. № 74, p. 895.

Rossini. Ferita d'arma da fuoco con frattura comminuta del parietale sinistro e vasta distruzione delle meningi e della sostanza cerebrale. — Giorn. med. del reg. eserc. Anno XLVII. 1899. № 5, p. 460.

Рохлинъ. Огнестрѣльная рана черепа. 1899. Еженедѣльн. 541 стр.

Seydel. Bericht über 14 Trepanationen des Schädels. — Münchener med. Wochenschr. XLVI, 9, 10. 1899.

Chiari. Demonstration eines Selbstmörderschädels mit Revolverschusswunde in die rechte Schläfe. Verein Deutsch. Aerzte in Prag. 9. 11. 1900. — Wien. klin. Wochenschr.

Бобровъ, А. А. Случай 15-лѣтн. пребыванія пули въ мозгу. Извлеченіе ея. — Хир. 1900. Мартъ.

Braun. Demonstration eines 6 mm. Revolvergeschosses und mehrerer Knochenfragmente, die nach Schussverletzung des Schädels in der linken Schläfengegend operativ beseitigt wurden. — Altonaer ärztl. Verein. Sitzung 7. III. Münch. med. Wocheschr. 1900, № 29.

Durran, D. Gunshot wound of the head. Perforation of the brain; recovery. — Lancet. 1900. April 14.

Duverger. Plaie pénétrante du crâne par arme à feu. (Soc. d'anat.) — Journ. de méd. de Bordeaux. 1900. № 11.

Eulenburg. Revolverkugel in der mittleren Schädelgrube. — D. med. Wochenschr. Vereinsbeil. № 12, 1900.

Fröhlich. Kasuistische Mitteilungen über Schädel- und Gehirnverletzungen. — Münch. med. Wochenschr. 1900. № 6.

Hagemann, W. F. A case of gunshot wound of the brain. — Transact. Louis State med. Soc. 1900, p. 293.

Kümmell. Entfernung einer Revolverkugel aus dem Gehirn. — D. med. Wochenchr. Vereinsbeil., p. 74, 1900.

Krause, J. Demonstration im ärztl. Verein in Hamburg. 7. V. — Münch. med. Wochenschr. 1900, № 21.

Morestin. Plaie pénétrante du crâne par coup de revolver. Trépanation, extirpation d'une balle, logée dans le cerveau. Guérison. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1900. 7. XI. p. 997. Discussion.

Marcus C. Eclat d'abus ayant séjourné 28 ans dans le sinus maxillaire gauche; extraction; guérison. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1900. XXXV., p. 127.

Мейстеръ, В. Э. Къ вопросу объ огнестрѣльн. раненіяхъ черепа. Врачъ. 1900. № 26—27.

Nimier et **Potherat.** Plaies pénétrantes du crâne par coup de feu. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1900. 14. XI, p. 1014.

Phelps. A series of cases of pistol-shot wounds of the head. — Med. news. 1900. Jan. 6.

Riese. Fälle von Hirnschuss. D. med. Wochenschr. Vereinsbeil. № 19, 118. 1900.

Riese. Kasuistische Beiträge zur Chirurgie des Schädels. — Fr. Ver. d. Chir. Berlins. 11. XII. 1899. Z.-B. f. Chir. № 15, 1900.

Kienbôck. Fall von multiplen Schussverletzungen des Kopfes. — Wien. med. Klub. 1900. 31, 1.

Schwarze. Kugel hinter dem Os frontale. — Diss. Kiel. 1900.

Tscherning. Revolverschuss ins Gehirn. — Klin. Vorlesung. Biblioth. für Laeger. 1900, p. 183.

Goldstein. Über Schädel - Hirnverletzungen. Monatschr. f. Unfallkunde. 1901, № 1.

Goldzieher. Beiträge zur Pathologie der orbitalen Schussverletzungen. — Zeitschr. f. Augenheilknde. 1901. VI, 277.

Hassler. Balle de revolver d'ordonnance logée dans l'apophyse mastoide. — Gaz. hebd. 1901, № 11.

Halacz. Direkte Verletzung des Labyrinths bei einer Schussverletzung des Ohres. — Wiener klin. Wochenschr. LI. 33. 1901.

Lourie. Penetrating bullet wound of the brain. Removal and recovery. (Medico-chirurgic. Soc.) 1901. № 4. October. — The Glasgow med. journ.

Morestin. Plaie du crâne par balle de revolver. — Gaz. hebd. 1901, № 5.

Péraire, M. Trépanation pour un cas de balle de revolver intracrânienne. — Bull. et mém. de la soc. anat de Paris. 1901. Année. LXXVI. T. 3.

Petit, J. J. H. Plaie du crâne avec fracture des pariétaux par balle de tir réduit, nouveau modèle. Décès. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1901, № 12.

Спиридоновъ. Огнестрѣльная рана черепа. — Сборн. Варшавск. Уяздовск. госп. 1901. Вып. 1 и 2.

Tscherning. Tilfulde of Skudsaac i Njarnen. — Hospitalstitende. 1901, p. 416.

Toubert. Sur deux cas de chirurgie. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1901, p. 912.

Westermann. Zur Kasuistik der Schussverletzungen des Schädels. — Diss. Kiel. 1901.

Amberger. Zur Kasuistik der Schädel- und Gehirnverletzungen. — Beitr. zur Klin. Chir. Bd. XXXV. H. 3. 1902.

Blanchard. Contribution à l'étude des blessures l'oreille par balles de revolver. — Rev. hebdom. de laryng., d'otol. et de rhinolog. 1902. № 48.

v. Bergmann. Geheilte Schädelschüsse. — D. med. Wochenschr. № 14. 1902.

v. Bergmann. Über geheilte Schädelschüsse. — Fr. Ver. d. Chir. Berl. Sitz. 13. I. 1902. Z.-B. f. Chir. № 10. 1902.

Dobbertin. Vorstellung zweier Schädelverletzungen. — Fr. Ver. d. Chir. Berl. Sitz. 9. Vl. 02. Z.-B. f. Chir. № 32. 1902.

Diwald, K. Perforierende Schädelschüsse mit Hirnzertrümmerung (Mannlicher Gewehr 8 mm. Kaliber). -— Wien. Klin. Wochenschr. № 4. 1902.

Drew, D. Bullet wound of the motor region of the brain: bullet retained: successful extraction. — Brit. med. journ. 1902. Jan. 18.

Friedrich. Zur chirurg. Pathologie des Stirnhirns. — Verhandl. d. Versamml. Deut. Naturforsch. u. Ärzte. 1902.

La Garde, L. Gunshot wounds of the head and cranium. — Boston med. and surg. journ. 1902. July 31.

Heymann. Zur Kasuistik der Schussverletzung des Schädels vom Jahre 1897—1902. — Diss. München. 1902.

Korn. Ein Fall von Schussverletzung des Schädels und der Lunge. — Diss. Kiel. 1902.

Köhler, A. Zur Kasuistik merkwürdiger Schädelverletzungen. — Charité-Annalen. XXVI. Jahrgang. 1902.

Lépine. Blessure de cerveau par coup de feu. — Lyon. médical. 1902. № 22.

Linser. Über die in der Tübinger chirurg. Klinik während der Jahre 1891—1901 beobachteten Schussverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 33. H. 1. 1902.

Nikolai. Über Schläfenschüsse mit Beteiligung des Sehorgans. — Arch. f. Ohrenheilkunde. 44. 1902.

Пусепъ, Л. М. Къ вопросу объ огнестрѣльн. раненіяхъ головного мозга. — Русск. хир. арх. 1902, кн. 6.

Rehn, L. Schädelschuss. Kugel im Sinus cavernosus. Extraction. — Verhandl. d. D. Ges. f. Chir. 1902.

Scheide. Zur Kasuistik d. Schädelverletzungen. — Wien. klin. Wochenschr. № 25. 1902.

Тиховъ. Къ казуистикѣ огнестрѣльныхъ поврежденій черепа. — Мед. обозр. 1902. Т. 58. № 15, стр. 167.

Vau Ex. Coup de feu de la région pariétale droite par une cartouche à blanc. Trépanation. — Arch. méd. Belges. 1902. II, p. 145.

Wolf u. **Friedjung.** Schussverletzung des Schädels. — Med. Blätter. № 29. 1902.

Wiemuth. Demonstration dreier schwerer geheilter Fälle von Schädelverletzungen. — Fr. Ver. d. Chir. Berl. Z.-B. f. Chir. № 19. 1902.

Balao Ventura. Una palla de revolver che si schiaccia sul cranio. — Revista veneta di sc. mediche. 1903. 15. Apr. Цитир. по Hildebrandt: Jahresbericht 1903, p. 269.

Barette. Note sur les traumatismes du crâne et de l'encéphale. — 1903. XVI. Congr. de chir. Paris, p. 193.

Blondiau. Coup de revolver: curieux effets de balastique; pénétration de projectile dans la boite cranienne à travers le sinus frontal. — Arch. internat. de laryngol. Sept., Oct. 1903. Vol. 16. № 5.

Championnière, L. Blessure du cerveau par balle de revolver. — Gaz. des Hôp. 1903, p. 1393.

Championnière, Lucas. Plaie du crâne par une arme à feu. Trépanation au milieu des accidents secondaires: guérison sans extraction de la balle qui siège au niveau de la selle turcique. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris 1903. pag. 1086.

Chavannaz. Trépanation consécutive pour plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. Extraction du projectile logé entre l'os et la dure mère. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1903. № 15.

Curtis. Gunshot wound of the longitudinal sinus. — Annals of surg. 1903. June.

Erdmann. Gunshot wound of skull; laceration of the superior longitudinal sinus. New-York surg. soc. — Annals of surg. 1903. April.

Farmer, G. W. S. Case of bullet wound of the head. Extraction four and half years after the injury: recovery. — Brit. med. jour. 1903, I, p. 1320.

Gayet. Plaie du cerveau par balle de revolver; hématome sous durémérien; trépanation; mort. — Lyon. médical. 1903. № 30.

Galtier. Plaie du crâne et de l'encéphale par arme à feu. — Journ. de méd. de Bordeaux. 1903. № 41.

Herman. Über Schussverletzungen. — Nowiny lekarskie. 1903. № 1.

Marchand. Demonstration eines Gehirns mit mehrfachen Abscessen und eingeheiltem Projectil, drei Jahre nach der Schussverletzung. (Med. Gesell., Leipzig.) — München. med. Wochenschr. № 48. 1903.

Nimier. Coup de feu de la région rolandique gauche avec hernie cérébrale; aphasie; hémicontracture droite; extraction d'esquilles et rééducation motrice. — Bullet. de l'acad. de méd. 1903. 67 ann. 3 ser. № 29.

Поперъ. Случай проникающей огнестрѣльн. раны черепа. — В. М. Ж. 1903. Т. II. стр. 296.

Richter. Die Balkenstrahlung des menschlichen Gehirns. — 1903. Berlin.

Tilmann, A. Extraktion eines Geschosses aus dem Grosshirn. — D. med. Wochenschr. Ver. Beil. 1903, p. 303.

Ullmann. Kasuistische Beiträge zu den Frakturen des Schädeldaches. — Inaug.-Diss. Breslau. 1903.

Walker, G. C. Bullet wound of brain: recovery. — Brit. med. journ. 1903. I, p. 930.

Cheronschitzky. Eine quere Schusswunde des äusseren Gehörganges. — Arch. f. Ohrenheilkde. 1904. XXXVIII. 1.

Duraux. Fracture du crâne par balle de revolver; épanchement sanguin extra dure mérien, compession générale. Trépanation; guérison. — Lyon. médical. 1904. CII. p. 637. Mars 27.

Дьяконовъ, П. И. Случай удаленія пули изъ головного мозга съ выздоровленіемъ. — Работы госп. хир. клин. проф. Дьяконова. 3-ій обзоръ научн. дѣят. клин. съ 1. IX. 04. по 1. V. 05, стр. 65.

Gömöry, C. Über einen Fall von Schussverletzung des Gehirns mit Einheilung des Projectils.

Küttner, H. Die Schussverletzungen in der ärztl. Praxis. — Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. № 6—7. 1904.

Köhler, A. Kopf- und Bauchschuss bei Selbstmord. — Charité-Annalen, p. 315. 1904.

Lindsay, A. A case of perforating wound of both cerebral hemispheres. — Journ. of the amer. med. assoc. 1904. Jan. 23.

Moulonquet. Balles de revolver dans la tête. — Gaz. méd. de Picardie. 1904. Mars.

Negri, P. Ferita del cranio e dell' encefalo per arma da fuoco. — Clinica chirurgica. 1904. (№ 5.)

Patel. Plaie pénétrante par balle dans la région temporale droite. Hêmianesthésie de la face; destruction du ganglion de Gasser. — Lyon médical. 1904, CII, p. 149. Janv. 24.

Peugniez. Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. Extraction du projectile logé sous le lobe temporal gauche. Gaz. méd. de Picardie. 1904. Mars.

Sheen, William A case of bullet wound of the brain in wich the bullet lodget about 12 cm. from the point of entrance and was extracted from a depth of 6.5 cm. from the surface of the brain. — Lancet. 1904 Sept. 17.

Regnault, J. Plaie par armes à feu. Paralyse faciale. Intervention; guérison. — Le Caducée. 1904, p. 262.

Schott, A. Zwei Fälle von Schussverletzungen des Gehirns. — München. med. Wochenschr. 1904. Ll. 32.

Scharf, S. Ein Beitrag zur Kasuistik der Wirkung der modernen Kleinkalibergeschosse. — Der Militärarzt. XXXVIII, 5 u. 6. 1904.

Vigouroux et **Charpentier.** Plaie du cerveau par balle de revolver. — Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1904. Jan.

Veraguth. Über eine Hirnschussverletzung. — Korrespodenzblatt f. Schweizer Ärzte. № 11. 1904.

Vallas. Plaie du cerveau par balle de revolver. Trépanation, guérison. (Soc. de chir.) Lyon médical. 1904. № 20.

Waffelaert. Coup de feu de la voute du crâne. Intervention. Guérison. — Arch. méd. Belges. 1904. Vol. 23, p. 302.

Ward, P. H. A note on a case of gunshot wound (of the jaws). — Lancet. 1904. Oct. 15, p. 1005.

Wyeth. A case of gunshot wound of the brain. — Amer. med. 1904. Febr. 13.

Wyeth. Gunshot injury of the cerebrum. — Journ. of the assoc. of mil. surg. 1904. V. 14, p. 291.

Kroner, M. Erfahrungen über Friedensschussverletzungen. — Arch. f. klin. Chir. Bd. 75. 3.

Arnsperger. Demonstration einer Schrotschussverletzung des Kopfes. — München. med. Wochenschr. 1905. № 35, p. 1705.

Блюмъ, А. И. Трауматическія поврежденія въ отдѣльн. корпусѣ пограничной стражи. Статистическ. матеріалъ для полевой хирургіи. Петерб. Диссерт. 1905.

De Boucard et **Conchet.** Coup de revolver de la région temporale droite; hématom de l'orbite; exophthalmie; paralysie du releveur de la paupière et du droit interne; balle au niveau de la

région temporale gauche; extraction; guérison opératoire et fonctionelle. Société d'anatomie et de physiol. — Journ. de méd. de Bordeaux.

Crandon, L. R. G. Attempted suicide by shoating; spectacletemple carried into the brain by the bullet; removal by operation. — Boston med. a. surg. journ. 1905. CLII. 19, p. 550. May.

Croce. Beobachtungen über einen Fall von ausgedehnter Verletzung d. rechten u. linken Stirnhirnes. — D. med. Wochenschr. № 45. 1905.

Dobbertin, R. Zur anatomischen Diagnose der Gehirnschüsse. 1905. — Medizinische Klinik. № 7.

Hildebrandt. Schussverletzung der Capsula interna mit zunehmenden Hirndrucksymptomen. Heilung ohne Operation. -- Char. Ann. XXXI. Jahrg.

Horand. Balle intracérébrale. Trépanation de nettoyage. Guérison. — Lyon médical. 1905. № 47.

Ledermann, M. D. Radical operation for the removal of a bullet weighing 70 grains, embedded in the internal wall of the middle ear with decided improvement in the subjective symptoms. — New-York med. record. LXVII. 10, p. 374. March.

Morel. Trois interventions d'urgence pour fractures du crâne avec symptome de localisation. — Arch. Gén. de méd. 1905. № 46.

Pollak, J. Beitrag zu den Verletzungen der Sehorgane bei Schläfenschüssen. — Wiener med. Wochenschr. 1905. 37, 38, 39.

Peiper. Beitrag zur Kasuistik der Augenschussverletzungen. — Inaug.-Diss. Berlin. 1905.

Пирошковъ, Л. Н. Два случая огнестрѣльн. поврежденій глазницы. — Вологодск. мед. общ. 1901/1902. Реф. по мед. обозр. 1905, стр. 63.

Plenz, P. G. Schussverletzungen im Frieden. — Inaug.-Diss. Kiel. 1905.

Potherat. Projectile dans la face. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, 1905, p. 812.

Saenger. Schussverletzung der linken Hirnseite. — Münch. med. Wochenschr. 1905. № 13. Ver. Beil.

Scholz, A. Verletzung beider Augen bei Schläfenschüssen. — Inaug.-Diss. Greifswald. 1905.

Sonnenburg. Schädel- und Hirnverletzungen. — Fr. Ver. d. Chir. Berl. Z.-B. f. Chir. № 13. 1905.

Bergmann, E. v. Über Schussverletzungen im Frieden. — v. Leuthold-Gedenkschrift. Bd. II, p. 1.

v. Behm. Eine eigenartige Schussverletzung der Kieferhöhle. — Münch. med. Wochenschr. LIII. 13. 1906.

Enslin, F. Die Schussverletzungen des Sehorgans. — v. Leuthold-Gedenkschrift. 1906, Bd. II.

Franke. Ein Fall von Platzpatronen-Wasserschussverletzung des Schädels und Stirnhirns. — D. militärärztl. Zeitschr. 1906, H. 3, p. 161.

Freund. Einige seltene Friedensschussverletzungen. — Wien. med. Wochenschr. 1906, № 12, 13, 14.

Halter, J. Die Schussverletzungen im Frieden. 122 Fälle von Schussverletzungen aus der Berner Chirurgischen Klinik 1872—1904. — D. Zeitschr. f. Chir. 1906. LXXXI, p. 169.

Krause. Schussverletzung des Gehirns und Rückenmarks. — Berl. med. Gesellsch. 1906, 16. Mai. Цитир. по Virchow-Hirsch'-Jahresb.

Kraske. Schussverletzungen des Schädels. — Münch. med. Wochenschr. 1906, № 49. Ver. Beil.

Knaggs, R. Lawford. On 2 cases of bullet wound of the brain. — Lancet. 1906, March 3.

Lieblein, Viktor. Zur Kasuistik der Schussverletzungen, Extraction des Projectils aus der Orbita und dem hinteren Mediastinum. — Prager med. Wochenschr. 1906. XXXI. 50.

Prince, Morton. Head injuries. — Boston med. et surg. journ. 1906. CLVI. 7, p. 182. Febr.

Porquier et **Avérons.** Traumatisme du crâne par arme à feu plaie pénétrante de la région temporale droite; recherche du projectil dans le cerveau; guérison. — Arch. de méd. nov, 1906. Febr.

Vollbrecht. Kasuistische Mitteilungen über Schädelverletzungen. — Veröffentl. a. d. Geb. d. Milit. San.-Wesens. 1906. H. 35.

Weiser, Walter R. Gunshot wounds of the head and spine. — Boston med. and. surg. journ. 1906. CLIV. 12, p. 314.

Adam, Charles. Gunshot wounds of the cranium. — Surg. gyn. and. obst. 1907. IV. 2, p. 192. Febr.

Bergmeister, Rudolf. Ein Contourschuss entlang der Orbita. — Wien. Klin. Wochenschr. 1907. XX. 18.

Bestelmeyer, R. Über Schussverletzungen. — Beitr. z. klin. Chir. 1907. Bd. 55. H. 3, p. 637.

Dürck. $3^1/_2$ Monate alte Schussverletzung des Gehirns. — Ärztl. Verein. München, 10. VII. 07. Münch. med. Wochenschr. 1907. № 43.

Halberschtadt. Plaie par balle de revolver intéressant les deux lobes frontaux. Sess. 25. I. 07. — Bull. et mém. de la soc. anat. 1907. № 1.

A. Hofmann. Über Friedensschussverletzungen. — Beitr. z. klin. Chir. Bd. 53. H. 3. 1907.

Picqué. Plaie de l'oreille par. coup de feu. — La sem. méd., p. 539. 1907. Diskussion Soc. de Chir.

C. Remy. Balle de revolver tolérée pendant six ans. Mort rapid en deux jours. — Annal. de la soc. belge de chir, 1907. Цитир. по Z.-B. f. Chir. № 7. 08.

Sanders, Alfred W. Case of gunshot wound of the head. — Transvaal med. journ. 1907. II. 8, p. 183. March.

Stappenbeck. Bericht über die in der Breslauer Chirurgischen Klinik behandelten Schussverletzungen. — Mitteil. aus den Grenzgebieten. 1907. III. Supplem., p, 1066.

Thiéry. Présentation de malade, cas remarquable de tolérance du cerveau pour un projèctile ayant traversé de part en part le lobe frontal. — Bull. et mém. de la soc. de chir. 1907. № 39.

Toussaint. Plaie par balle de révolver, du lobe temporal, avec rupture de l'artère méningée moyenne. Trépanation. Ligature et drainage; guérison. — Bull. et mém. de la soc. de chir. 1907. № 32, p. 1011.

Veniteo, Socrate. 2 casi di ferita d'arma da fuoco del cranio segniti da guarigione. — Riforma medica. 1907. XXIII. 13.

Beck, K. Bericht über die in den Jahren 1898—1905 an der chir. Klinik zu Heidelberg behandelten Schussverletzungen. — Inaug.-Diss. Heidelberg. 1908.

Benda, C. Einige interessante Sektionsbefunde von Schädelschüssen. — D. Z. f. Chir. 95. Bd. H. 1—5. 1908.

Герценбергъ, Р. Л. Огнестрѣльн. поврежд. въ дек. 1905 г. по даннымъ ст. Екатерининской больницы. — Мед. обозр. 1908. № 5. — Русскій врачъ 1907. № 49.

Хорошко, В. К. Огнестрѣльное раненіе черепа съ двойной локализаціей. — Мед. обозр. 1908. Т. 70.

Канцель, Г. С. О поврежденіяхъ глазъ по даннымъ СПБ. глазной лечебницы. — Диссертація. Петерб. 1908.

v. Mangoldt. Schussverletzung des Schädels bei einem 20-jährigen Mädchen. — Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde, Dresden. 21. III. 08. — Реф. въ Münch. med. Wochenschr. № 29. 1908.

Gills. Penetrating injury of the brain. Recovery. — Virginia med. semi-monthly 1909. May 7.

Goldenberg. Beiträge zur Gehirnchirurgie (Fall II). — Breslauer Chir. Gesellsch. 11. I. 09. Цитир. по Z.-B. f. Chir. № 9. 1909.

Губаревъ, П. А. Къ вопросу о леченіи осложенныхъ переломовъ черепного свода. — В. М. Ж. 1909. I. стр. 7.

Louxembourg, H. Zur Kasuistik der penetrierenden Schädelschussverletzungen. — D. Zeitschr. f. Chir. 99. Bd. H. 3—6, p. 331.

Meyer, Hans. Bericht über 90 Friedensschussverletzungen. — Inaug.-Diss. Rostock, 1909.

Острянскій, А. М. Проникающія раненія черепной, грудной и брюшной полости. — В. М. Ж. 1909. V, стр. 5.

Thèvenot, L. Les fractures compliquées de la région antérieure du crâne. — Arch. génér. de chir. III. 9. 1909.

Чекуновъ, И. А. Къ казуистикѣ поврежденій черепа и головного мозга. — Мед. приб. къ морск. сбор. 1909, апрѣль, май.

Ewald, K. Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Schädels und des Gesichtes. Beobachtungen und Erfahrungen aus den Jahren 1902—1908. — Wien. klin. Rundschau 1910. № 1—4.

Wendel, W. Demonstration aus der Hirnchirurgie. — Verh. d. D. G. f. Chir. 39 к. 1910 по Z.-B. f. Chir. № 31. 1910.

Schaack, W. Beiträge zur Schädel- und Gehirnchirurgie. — Beitr. z. klin. Chir. 69. Bd., 2. H., 1910.

VII. Симптоматологія.

M. Schwartz. Epistaxis à répétition dans une plaie de crâne par balle de revolver. — Gaz. méd. de Paris. 1894. № 29.

Hall, J. N. A study of gounshot-wounds with regard of the causation of unconsciousness. — Med. News. 1895. Vol. 67, p. 477.

Ledderhose. Über collaterale unbegrenzte Hemiplegie. — Arch. f. klin. Chir. 1896. Bd. 52.

Regulski, M. Biegungsbruch über rechtem Parietale. Hirnabscess. Hemianopsie. Bemerkungen über das Wesen des Hirnvorfalls. — D. Zeitschr. f. Chir. 1896. Bd. 43, p. 309.

Knaggs. Hernia cerebri. — Royal medical and chirurgical Society. — Brit. med. journ. 1897. April 17.

Bullard, W. N. Increase of intradural pressure in head injuries. — Boston med. and surg. journ. 1898. № 12.

Thiem (Kottbus). Über Störungen der Harnbeschaffenheit bei Unfallverletzten, insbesondere über Eiweissharnen nach Kopfverletzungen. — Monatschr. f. Unfallheilkunde. 1898. № 10.

Bikeles, G. Eine ungewöhnliche Form von Schussverletzung des Gehirns und die dabei konstatierte Hinterstrangdegeneration. — Neural. Zentralbl. 1899. № 18.

Schmauss. Über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der commotio spinalis. — München. med. Wochenschr. 1899. № 3.

Tilmann. Die Theorie der Gehirn- und Rückenmarkserschütterung. — Arch. f. klin. Chir. 1899. Bd. 59. H. 1.

Dogs, C. Über Sprachstörungen nach Schädelfracturen. — Inaug.-Diss. Greifswald. 1900.

Finnucane, M. General nervous shok immediate and remote after gunshot and shell injuries in the South-African campaign. — Lancet. 1900. Sept. 15.

Stierlein. Schädelbasisfractur mit Lähmungen im Gebiete des X. u. XII. Hirnnerven. — Arch. f. klin. Chir. 1900. Bd. 61. H. 1.

Cannon. Intracranial pressure after head unjuries. — Boston med. and surg. journ. 1901. 6.

Cargill. Notes on ophthalmic conditions resulting from modern gunshot wounds. — Brit. med. journ. 1901. Oct. 26.

Critchett-Anderson. Über eine Schussverletzung der Hinterhauptlappen mit Verlust der unteren Hälfte des Gesichtsfeldes auf beiden Augen. — 1901. 31. 1. Ophthalmol-society of the united kingdom. Цитир. по Schmidts Jahrbücher.

Kocher, Th. Hirnerschütterung, Hirndruck und chirurgische Eingriffe bei Hirnkrankheiten. — Wien, Alfred Hölder. 1901.

Pick, A. Über transitorische Beeinflussung des Kinephänomens durch cerebrale Affectionen. Wien, Klin. Wochenschr. XIV. 7. 1901.

Reinhard, P. Über einen seltenen Fall von rechtsseitiger Facialislähmung, Stenose des äusseren Gehörgangs und Labyrintherschütterung infolge einer Schussverletzung. — Arch f. Ohrenheilkde. LII. 1 u. 2, p. 59. 1901

Sanders, Alfr. W. A case of cerebral abscess complicating gunshot injury with bilateral loss of peripheral vision, — Lancet. 1901. Aug. 31.

Tilmann, O. Zur Frage des Hirndruckes. — Verhandl. d. D. G. f. Chir. XXX. 1901.

Wendel. Charakterveränderung als Symptom und Folgen von Erkrankung und Verletzung des Stirnhirns. — Mitteilg. aus den Grenzgebieten. 1901. Bd. 7. H. 4 u. 5.

Borszicky, K. Diabetes insipidus nach Basisfraktur und comotis cerebri. — Beitr. z. Klin. Chir. Bd. XXXI. H. 3.

Borchard. Über das Auftreten und die Ursachen von Glykosurie, Albuminurie, Cylindrurie nach schweren Schädelverletzungen. — Monatsschr. f. Unfallheilkde. IX. 12. 1902.

Kaposi, H. Ein Fall von komplizierter Schädelverletzung mit Aphasie. — Münch. med. Wochenschr. № 8. 1902.

Nimier. Notes sur l'anatomie pathologique de la commotion cérébrale dans les coups de feu. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1902. II, p. 265.

Bishop, Harman N. A case of bullet wound of the brain with partial motor paresis and hemianopsia. — Lancet. 1903. 16 May.

Beil, G. Ungewöhnliche Wirkung einer Schussverletzung des Kopfes. — Liečnički viestnik. № 5. 1903. Реф. по Z.-B. f. Chir. № 28. 1903.

Herman and **Bradburne.** A case of bullet wound of the brain with partial motor paresis and hemianopsia. Experimental determination of the lesion. — Lancet. 1903. May 16.

Wilms. Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen. — Verhandl. d. D. Ges. f. Chir. 1903.

Wilms. Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen. — Mitteilg. aus d. Grenzgebieten. 1903. XI. 5, p. 697.

Gamble, W. On contribution to the study of visual disturbances in brain injury. — Journ. of the amer. med. assoc. 1904. Jan. 23.

Gellé. Craniohydrorrhée d'origine traumatique. — Arch. internat. d'otol. 1904, p. 817.

Knapp. Ein Fall von motorischer und sensibler Hemiparese durch Revolverschussverletzung des Gehirns. — München. med. Wochenschr. 1904. LI. № 4.

Kölpin. Eigenartiger Symptomenkomplex nach Schläfenschuss. — Berl. Klin. Wochenschr. 1904. № 35.

Milner. Über hype ralgetischeZonen am Halse nach Kopfschüssen. — Berl. Klin. Wochenschr. 1904. № 17, 19.

Madelung. Über Verletzungen der Hypophysis. — Arch. f. Klin. Chir. LXXIII. 4, p. 1066. 1904.

Wilms. Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen. — Berl. Klin. Wochenschr. № 36. 1904.

Cofler. Multiple Nervenverletzungen bei Schädelschüssen. — Poliklinik. 1905. 5. Febr.

Monakow, v. G. Gehirnpathologie. — Wien, 1905.

Pedrazzani, F. J. Traumi del capo e le loro conseguenze indirette sull' encephalo. — Gazz. med. Lombardo. 1905. 16—19.

Riebel, E. C. Hyperalgetic zones in gunshots of the head. — Surg. gyn. and obst. 1905. Dec.

Schieffer. Beitrag zur Chokwirkung bei Schrotschüssen. — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. LXXXVI., p. 581.

Trivas. Deux cas d'anosmie totale consécutive à un traumatisme du crâne — Rev. hebdom. de laryng., d'otol. et de rhinol. 1905. № 45.

Baldwin, Henry C. Brain injuries (gunshot wound involwing both occipital lobes; study of visual fields. Fracture of skull; injury to frontal lobe). — Boston med. and surg. journ. 1906. CLIV. 7, p. 185. Feb.

Gelinsky. Psychische Störungen bei Stirnhirnverletzungen. — Veröff. auf d. Geb. d. Militär-Sanitätswesens. 1906. H. 35.

Kirsch. Streifschuss des Schädels mit Aphasie und Seelenblindheit; Trepanation; Heilung. — D. militärärztl. Zeitschr. 1906. XXXV. 2, pag. 132.

Pochhammer. Beobachtungen über Entstehung und Rückbildung traumatischer Aphasie. — Mitteilg. aus d. Grenzgebieten. XV. 5.

Baldwin. Brain injuries. — Massachus. hosp. rep. 1907, p. 155.

Бехтеревъ, В. М. Основы ученія о функціяхъ мозга. Петерб. 1905/07. Вып. IV—VII.

Emanuel. Einseitige Erblindung durch rechtseitigen Schläfenschuss. Ärztl. Ver. Frankfurt a./M. 3. XII. 07. Münch. med. W.-schr. 1907. № 7.

Wachsmuth, H. Schussverletzung des Gehirns (Selbstmordversuch) mit retrograder Amnesie und unrichtiger Ergänzung der Erinnerungslücke (Beschuldigung eines anderen). — Vierteljahrschr. für gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen. XXXIV. Bd. 2. H. 1907.

West, E. A case of lateral sinus thrombosis and temporo-sphenoidal abscess. Recovery. — Barth. hosp. rep. 1907. Цитир. по Virchow-Hirsch.

Vorschütz. Hyperalgetische Zonen bei Schädel- und Gehirnverletzungen. — D. Zeitschr. f. Chir. 1907. H. 1—3. Bd. 88.

Blassberg, M. Neuere Anschauungen über die Sprachzentren. — Wien. klin. Wochenschr. № 33. 1908.

Bernheim-Nancy. Die Lehre von der Aphasie. Rolle des dynamischen Elements bei derselben. — Revue de médicine. Sept. 1908.

Clairmont, P. Zur Kenntnis der hyperalgetischen Zone nach Schädelverletzungen. — Mitteilg. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. 19. Bd. H. 1. 1908.

Gobiet, J. Beiträge zur Hirnchirurgie. — Wien. klin. Wochenschr. № 4. 1908.

Moutier, François. L'Aphasie de Broca. — Paris. G. Steinheil. 1908.
Niessl v. Mayendorf, E. Über die Lokalisation d. motorischen Aphasie. — Berl. klin. Wochenschr. № 32, 33. 1908.
Reich. Die Verletzungen des Nervus vagus und ihre Folgen. — Beitr. z. klin. Chir. 56. Bd. H. 3. 1908.
Guillain, G. et Houzel, G. Etude clinique et expérimentale sur une lésion pédonculaire par balle de revolver. — Revue de chir. XXIX. № 7. 1909.
Щепинскій, А. А. Къ вопросу о распознаваніи поврежденій отдѣльныхъ долей мозга. — Петерб. Диссерт. 1908.
Inouye Tatsuji (Tokio). Die Sehstörungen bei Schussverletzungen der kortikalen Sehsphäre. Nach Beobachtungen an Verwundeten der letzten japanischen Kriege. — Leipzig. W. Engelmann. 1909.
Miyake, H. Ein Fall von traumatische Aphasie mit rechtsseitiger Hemiplegie bei Linkshändigen. Trepanation. Heilung. — Arch. f. klin. Chir. 1909. 88. Bd. H. 3.
Monakow, C. v. Allgemeine Betrachtungen über die Lokalisation der motorischen Aphasie. — D. med. Wochenschr. 1909. № 37, 38.
Vorschütz. Zur Lage der Headschen Zonen bei Schädel- u. Gehirnverletzungen. — Allg. ärztl. Verein zu Köln. 24. V. 09. Цитир. по Münch. med. Wochenschr. 1909. № 36.
v. Niessl-Mayendorf. Die linke dritte Stirnwindung spielt keine Rolle im zentralen Mechanismus der Sprache. — M. m. W. 1910. № 21.
Hirsch, Camill. Über passagere Rindenblindheit durch commotio cerebri. — D. m. W. 1910. № 31.
Schwarz, Eduard. Über „Commotio cerebri". — Petersb. med. W. 1910, № 19.
Schuemann. Über traumatische Polyurie. — Mitteil. a. d. Grenzgeb. 1910. XXI. 5.
Sievers. Ein Fall von Pseudobulbärparalyse durch Schussverletzung. Mitteil. a. d. Grenzgeb. 1910. XXI. 1.
Frendelenburg. Über Hirnerschütterung. — D. m. W. 1910. № 1.
Windscheid. Über Hirnerschütterung. — D. m. W. 1910, № 1.

VIII. Діагностика раненій черепа.

De Paoli. Nuove richerche sulla percussione del cranio nei traumi recenti ed antichi del cranio e nelle deformita di esso. — XIV. congr. di soc. ital. di chir. 1899.
Tesson. Contribution à l'étude de la punction lombaire dans les fractures du crâne. — Gaz. hebd· 1901. № 89.

Tuffier. Plaie pénétrante du crâne par coup de feu diagnostiquée par l'examen du liquide cephalorachidien. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1901, p. 1009.

Robinson, T. J. Non operative head injuries; diagnosis and treatement. — Boston med. and surg. journ. 1902. July 31.

Bryan, W. A. Diagnosis of fracture of the skull. — Amer. journ. of surg. 1906. July.

IX. Леченіе огнестрѣльныхъ раненій черепа. — Черепно-мозговая хирургія.

Цейдлеръ, Г. Ф. Матеріалы къ вопросу о леченіи поврежденій черепа. — Хирург. вѣстникъ. 1889.

Krönlein. Über den gegenwärtigen Stand der Hirnchirurgie. — Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1891, p. 2.

Adamkiewicz. Zur Behandlung des verletzten Gehirns. — D. med. Wochenschr. 1893.

v. Bergmann. Über Trepanation bei Schädelschüssen. — Münch. med. Wochenschr. 1893, № 26. Vereins-Berichte.

v. Bergmann, A. (Riga). Über Trepanation bei Hirnverletzungen. — Petersb. med. Wochenschr. 1893, XVIII. 51.

Galley. La trépanation du crâne. Histoire, technique opératoire, indications et contre-indications. Resultats. — Bruxelles. 1893.

Péan. Trepanation et localisations cérébrales. — Gaz. des hôp. 1893, № 137.

Berger, P. Sur les plaies du crâne par projectiles de petit calibre. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1894. Janv., Févr., Mars.

Bergh, John. Über die moderne Gehirnchirurgie. — Installations-Vorlesung am 30. Mai 1894. Hygiea. LVI. 7, p. 64—83.

Delorme. De l'inutilité et des dangers habituels de la recherche des balles revolver du commerce dans les cas de pénétration du crâne et de l'éncéphale. — Gaz. des. hôp. 1894, № 25, 26, 31.

Köhler, A. Demonstration eines exstirpierten Bulbus bei Schläfenschuss. — Berlin. klin. Wochenschr. 1894, p. 546.

Monod, Ch. De l'intervention dans le plaies du crâne par balles de revolver. — Gaz. hebd. 1894.

Polis, A. Plaies perforantes de la base du crâne au niveau de la voûte de l'orbite. (Clinique chirurgicale de Mr. professeur v. Winiwarter.) — Liége. 1894. Цитир. по Z. B. f. Chir. 1895, № 35.

Guénu, E. De la trépanation préventive dans le plaies du crâne par balles de revolver. — Gaz. hebd. 1894, p. 100.

Bullard, W. N. A consideration of some of the indications for operation in head injuries. — Med and surg. reports of the Boston city Hospital. 1895. Цитир. по Z.-B. f. Chir. 1895. № 47.

Малисъ, И. Г. Современное состояніе хирургіи головного мозга. — В. М. Ж. Январь, 1895.

Broca, A. et **Maubrac, P.** Traité de chirurgie cérébrale. — Paris. 1896.

Landerer. Über Gehirnchirurgie. 1896. № 47. — Württemb. Korrespondenz-Blatt.

Lübeck, C. Beitrag zur Behandlung offener Schädeldachfrakturen. — Beitr. z. klin. Chirurg. 1896, 16, H. 1, p. 119.

Tilmann Zur Behandlung der Schädelschusswunden. — D. militärärztl. Zeitschr. 1896, XXV. H. 1, p. 22.

Цейдлеръ, Г. Ф. Три случая трепанаціи черепа по поводу кортикальной эпилепсіи. — Больн. газ. Боткина. 1896. № 26—28.

Bayer. Zur primären Trepanation bei Schussverletzungen des Schädels. — Beitr. z. Klin. Chir. 1897. Bd. 17, H. 3, p. 717 u. Diss. Heidelberg. 1897.

Le Dentu. Recherche des projectiles dans le crâne. — France méd' 1897. № 48.

Правдолюбовъ. Къ ученію о первичной трепанаціи при открытыхъ переломахъ костей черепн. свода. — Лѣтоп. русск. хир. 1897, кн. 2.

Albertin. Intervention dans les fractures du crâne. — Lyon. médical. 1898. № 32 и Discussion sur l'intervention dans les fractures du crâne. Soc. de Chir. — Lyon médical. 1898. № 33.

Freiberg, O. Über die Trepanation bei komplicierten Fracturen des Schädels. — Inaug.-Diss. Göttingen. 1898.

Graff, H. Über die Behandlung penetrierender Schädelschussverletzungen. — Beitr. z. klin. Chir. XXII. 2. p. 297. 1898.

Лысенковъ. Н. К. Топографія и оперативная хирургія черепной полости. — Прил. къ № 22. Хирургіи. 1898.

Macewen, W. Die infectiös-eitrigen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks, Meningitis, Hirnabscess, infektiöse Sinusthrombose. (Autorisierte deutsche Ausgabe von P. Ruloff.) — Wiesbaden. 1898.

Oppenheim, H. Die Encephalitis und der Hirnabscess in Spez. Pathol. und Therapie. — Nothnagel. T. IX. 1, 3. Wien. 1898.

Phelps, Charles. Traumatic injuries of the brain and its membranes, with a special study of pistol-shot wounds of the head in their medico legal and surgical relations. — London. 1898.

Тауберъ, А. С. Хирургія головного мозга. Клиническія лекціи. — Петерб. 1898.

Березовскій, С. Оперативное леченіе травматической и эссенціальной эпилепсіи. — Мед. обозр. 1899. Т. 51, стр. 1030.

Seidel, R. Über Fremdkörper im Gehirn, insbesondere reaktionslos eingeheilte Projectile. — In.-Diss. München. 1899.

Модлинскій. Къ вопросу о пересмотрѣ показаній первичн. трепанаціи при огнестрѣльн. раненіяхъ. Ежен. Моск. Хир. Общ. 1900. № 32.

Peyrot et **Souligoux.** Trépanation pour traumatisme du crâne. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1900. 6. VI.

Wiemann. Mitteilung einiger Fälle von Meningea-Blutungen nebst Bemerkungen über die Technik der Eröffnung des Schädels bei denselben. — D Zeitschr. f. Chir. 1900. Bd. 56. H. 3 u. 4.

Peugniez et **Penny.** Sur l'extraction de projectiles logés dans l'encéphale. — Gaz. de Hôp. 1901. № 48.

Rochard. De la ponction lombaire comme moyen de traitement des accidents consécutifs aux fractures du crâne. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1902, p. 184—190.

Welles Dwight. Indications for operation in head injuries. — Boston med. and surg. journ. 1902. July 31.

Angerer, O. v. Über die Extraction von Kugeln aus d. Schädelhöhle. — München. med. Wochenshr. L. 1. 1903,

Angerer, O. v. Bemerkungen über die Behandlung von Schädelschüssen. — D. militärärztl. Zeitschr. 1903, p. 63.

Bracchi. Cranectomia per grave trauma. — Gazz. degli osped. 1903. № 80.

Carazzani, T. Sull' uso del drenaggio retrogrado nel cervello. — Riforma medica. 1903. № 8.

Ossig. Zur Pathologie und Therapie der Revolverschussverletzungen des Kopfes und Rumpfes. — Beitr. z. klin. Chir. XXXVII. 1 u. 2, p. 511. 1903.

Freer, E. L. and **Boyd, R.** The later records of gunshot injuries in the war. — Brit. med. jour. 1903, p. 998. 1182.

Ossig. Zur Pathologie und Therapie der Revolverschussverletzungen des Kopfes und Rumpfes. — Diss. Breslau. 1903.

Спижарный, И. К. Къ вопросу о трепанаціи при травматической падучей. — Русск. хир. архивъ. 1903. № 2.

Mac Dougall. On the prophylactic use of morphia in cases of severe cerebral injury. — Lancet, 1904. June 25.

Devillers, F. De la necessité d'une intervention immédiate dans les traumatismes craniens. — Thèse de Paris. 1904.

Krause, F. Hirnchirurgie. — Die deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. 1904. VIII, p. 953.

Lafoy, L. L'extraction des balles intra craniennes. — Thèse de Paris. 1904.

Mermingas, Über die Krönleinsche Operation. — D. militärärztl. Zeitschr. 1904. № 12.

Schifone, O. Über die Wirkungen grosser Resektionen des Schädels und der harten Hirnhaut auf die Struktur und Funktion der Hirnrinde. — D. Zeitschr. f. Chir. 1904. LXXV. 2—4, p. 131.

Cernezzi, A. La trapanazione primitiva nelle frakture complicate della volta cranica. — Riforma medica. Gennaio. 1905. XXI. 3.

Оппель, В. А. Къ вопросу о леченіи гнойнаго воспаленія оболочекъ черепного мозга. — Русск. врачъ. 1905. № 2.

Quénu. Valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans les fractures de la base du crâne. — Bull. et. mém. de la soc. de chir. de Paris. 1905, p. 883.

Friedrich. Die operative Stellungnahme zur akuten progredienten infektiösen Encephalitis. — D. Zeitschr. f. Chir. 85. Bd., p. 516.

Bullard, William N. Indications for operations in head injuries. — Boston med. and surg. journal. 1906. CLIV. 7, p. 184. Febr.

Hildebrandt. Schädelschüsse. — Verhandl. d. D. G. f. Chir. 1906.

Hildebrandt. Die Prognose und Therapie der Schädelverletzungen durch die modernen Kriegsfeuerwaffen. — Berl. klin. Wochenschr. № 13. 1906.

Левшинъ, Л. Л. Поврежденія черепа и его содержимаго. — Петербургъ. Эттингеръ, I. 1903, II. 1906.

v. Oettingen. Über die Indikationen bei Schädelschuss im Kriege. — Arch. f. klin. Chir. 1906. LXXXI. 2, p. 163.

Sachs, B. Serious head injuries and the indications for operative treatement. — Boston med. and surg. journ. 1906. CLIV. 7. Febr., p. 176.

Tixier, L. Indications opératoires des traumatismes anciens du crâne. — Revue de chirg. 1906. XXVI. année. № 11 и 12.

Vaughan, George Tully. Remarks suggested by an experience ef

Sultan, C. Zur Technik der Osteoplastik am Schädel. — D. Zeitschr. f. Chir. LXXX, p. 391.

Vollbrecht. Kasuistische Mitteilungen über Schädelverletzungen. — Veröff. auf d. Gebiet des Milit. Sanit. Wesens. 1906. H. 35.

Balthasar, P. Über die Behandlung traumatischer Schädeldefekte. — Inaug. Diss. Halle. 1907.

Sahr, O. Zur Technik der Schädelplastik. — Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 55. 1907.

Stieda J. Über die Behandlung traumatischer Schädeldefekte. — Münch. med. Wochenschr. 18. 1907.

Алксне. Демонстрація больного, которому закрытъ вслѣдствіе эпилепсіи Jackson'a дефектъ черепа пластикой по Müller-Koenig'y. Protokoll d. Gesellsch. prakt. Aerzte zu Libau. 6. XI. 1908. — Petersburg. med. Wochenschr. № 7. 1909.

Kochiyama M. Histologische Untersuchungen über die Heilung von Trepanationswunden an Kaninchenschädeln. — Inaug. Diss. Würzburg. 1908.

Розановъ, В. Н. О краніопластикѣ. — Хирургія 1908. 24 Т. стр. 294.

XI. Леченіе огнестрѣльныхъ ранъ вообще. — Инфекція огнестрѣльныхъ ранъ.

Pfuhl. Über die Infektion der Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen. — Zeitschr. für Hygiene und Infektionskrankh. von Koch und Flügge. Bd. XIII. 1893.

Schimmelbusch. Die Desinfektion septisch inf. Wunden. — D. Ges. f. Chir. 1893. 1894.

Habart, Johann. Das Kleinkaliber und die Behandlung der Schusswunden im Felde. Eine kriegshistorische Skizze. — Wien. 1894. J. Safar.

Bergmann, E. v. Über die Einheilung von Pistolenkugeln im Hirn nebst Bemerkungen zur Behandlung von Schusswunden im Kriege. — Festschr. z. 100-jähr. Stiftungsfeier des Friedrich Wilhelm-Institutes. 1895.

Neuber. Über Verletzungen mit Kriegswaffen und deren Behandlung im Allgemeinen. — Der Militärarzt. 1895 № 7—12.

Pustoschkin. Versuche über Infektion durch Geschosse. — Diss. Bern. 1895.

Messner. Wird das Geschoss durch die im Gewehrlauf stattfindende Erhitzung sterilisiert? Gesammelte Abhandlungen bakteriologi-

schen, anatomischen und chirurgischen Inhalts. — München. 1896. Auch Münch. med. Wochenschr. 1892. № 32.

Brunner. Erfahrungen und Studien über Wundinfektion und Wundbehandlung. I. Teil: über den Keimgehalt und Heilverlauf aseptisch angelegter Wunden. Das initiale postoperative Wundfieber. — Frauenfeld. J. Huber. 1898. II Teil: Über den Keimgehalt und Heilungsverlauf accidenteller Wunden. Aseptik oder Antiseptik? — Frauenfeld. J. Huber. 1898.

Friedrich. Die aseptische Versorgung frischer Wunden. — Verhandl. d. D. Ges. f. Chir. 1898.

Senn, N. The modern treatement of gunshot wounds in military practice. — Journ. of the amer. med. assoc. 1899. July 9.

Karlinski. Zur Frage der Infektion von Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen. — Zentralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Bd. XXII. № 12—15.

Müller. Experimentelle Versuche über die Infektion von Kaninchen durch Geschosse — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 47.

Koller. Experimentelle Versuche über die Therapie infizierter Schusswunden — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 47.

Craster. Wounds caused by some projectiles and their treatement. — Lancet. 1899. April 29.

Graetzer. H. Über Späteiterungen nach Schussverletzungen. — Beitr. z. klin. Chir. 1899. XXIV. 2, p. 435.

Graetzer, H. Späteiterungen nach Schussverletzungen. — Inaug. Diss. Tübingen. 1899.

Kayser. Experimentelle Studien über Schussinfektion. — Beitr. z. klin. Chir. 1900. 26. Bd.

Wiemuth. Die Behandlung der Schussverletzungen. — Arch. f. klin. Chir. LX. 2, p. 482. 1900.

Nimier et **Ed. Laval.** Traitement des blessures de guerre. — Paris, F. Alcan. 1901.

Watson, Cheyne. On the treatement of wounds in war. — Brit. med. journ. 1901. Nov. 30.

Reinecke. Kritische Beiträge zur Behandlung Verwundeter und Kranker im Feldlazarett. Inaug.-Diss. Berlin. 1902.

Тиле, В. А. Леченіе огнестрѣльныхъ раненій въ послѣднія войны и нѣкоторые принципы современной военно-медицинской полевой хирургіи. — Русск. хир. архивъ. 1902, стр. 817.

Smith, F. Modern bullet wounds and modern treatement. — London. 1903.

Westerman. Over de Behandeling van de geschoten wond. — Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1903. № 12.

Ohm. Welchen Einfluss hat die Einführung des modernen Infanteriegeschosses auf die Prognose und Behandlung der Infanterieschussverletzungen gehabt? — Diss. Giessen, 1904.

Березовскій, С. Е. О показаніяхъ къ извлеченію различныхъ огнестрѣльныхъ снарядовъ въ связи съ вызванными ими патологическими измѣненіями въ окружающихъ тканяхъ. — Мед. обозр. 1906. Т. 66, стр. 530.

Sprengel. Behandlung der Schussverletzungen. — D. med. Wochenschr. 1906. XXXII. 50.

Zoege v. Manteuffel, W. Über die ärzliche Tätigkeit auf dem Schlachtfelde und in den vorderen Linien. — Arch. f. klin. Chir. 1906. Bd. 80. H. 3.

Niclot et **Romary.** Les blessures par armes de chasse et l'infection. Contribution experimentale. — Revue de chir. XXVII ann. № 6.

Субботинъ, М. С. Состояніе вопроса объ асептическомъ леченіи ранъ вообще и въ частности о возможности проведенія асептики при леченіи ранъ на театрѣ войны. — Врач. газ. 1908. № 4.

Bartels, Heinrich. Über Wundinfektion im Kriege. — Inaug. Diss. Berlin. 1909.

Reyher, W. v. Die Infektion der Schussverletzungen. — Arch. f. klin. Chir. 88. Bd. H. 2. 1909.

Vollbrecht. Die Infektion der Schussverletzungen und ihre Behandlung mit Perubalsam. — Arch. f. klin. Chir. 90 Bd. H. 2. 1909.

Reyher, W. v. Zur Frage der Infektion der Schussverletzungen. — Arch. f. klin. Chir. 91. Bd. H. 4.

XII. Прогнозъ и исходы огнестрѣльныхъ раненій и другихъ поврежденій черепа.

Schrecker. Zur Prognose der Kopfschussverletzungen. — Diss. Berlin. 1894.

Gonzalez. Grave head lesions. — Philad. Reporter. № 24. 1895. Цитир. по Schmidt's Jahrbücher.

Богдановъ-Березовскій. Исходы черепно-мозговыхъ поврежденій. — Мед. приб. къ морск. Сборн. 1896. IX.

Schede. Jackson-Epilepsie nach Schussverletzung. — Berl. klin. Wochenschr. 1896.

Stolper, P. Die Geistesstörung infolge von Kopfverletzungen. — Vierteljahrschrift. f. gerichtl. Med. 1897. XIII. 1.

Matthes. Schuss ins Gehirn. Bedeutender Substanzverlust ohne wesentliche Störung geheilt. — D. med. Wochenschr. 1897. № 22.

Tredinnick. On some of the sequelae of crannial injuries — Brit.-med. journ. 1900. № 24.

Fujisawa, K. Ein Fall von Spätmeningitis nach Schädelverletzung. — Münch. med. Wochenschr. № 45. 1901.

Loison. Epilepsie traumatique consécutive à un coup de feu. Trépanation seize ans après le début des accidents. Guérison. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1901. № 57.

Matthes, V. M. Spätblutungen ins Hirn nach Kopfverletzungen, ihre Diagnose und gerichtsärztliche Beurteilung. — Samml. Klin. Vorträge. N. F. № 322. 1901.

Borchard. Über einige seltenere Folgezustände nach schweren Schädelverletzungen. — Verhandl. d. Vers. Deutsch. Naturforscher und Aerzte. 74. 1902.

Chenzinski, Dr. C. Zur Frage über die Heilung der Hirnwunden. — Z.-B. f. allg. Pathol. und Pathol. Anatomie. XIII. 5. 1902.

Hildebrandt. Die Prognose der Schussverletzungen im Felde. — D. Zeitschr. f. Chir. 1902. Bd. LXVII, p. 10.

Werner, R. Über die Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen. — Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. XXIII. Suppl.-Heft, p. 151. 1902.

Brun, H. Der Schädelverletzte und seine Schicksale. — Beitr. z. klin. Chir. 1903. Bd. XXXVIII.

Colley, F. Über Späterkrankungen zentralen oder peripheren Ursprungs nach Schädeltraumen. — D. Zeitschrift für Chirurgie. Bd. LXIX, p. 593.

Deroye et **Potheau.** Abcés tardive du cerveau consécutif à une balle. — La Bourgogne med. Avril, Juin. 1903.

Grunert, K. Zur Prognose der Schussverletzungen des Ohres. — Arch. f. Ohrenheilkunde. 1903. Bd. 59, p. 129.

Stadelmann. Ueber Späterkrankungen des Gehirns nach Schädeltraumen. — D. med. Wochenschr. 1903. № 7.

Viedenz. Ueber psychische Störungen nach Schädelverletzungen. — Arch. f. Psychiatrie. 1903. B. XXXVI.

Robinson and **Corner.** A case of aneurysm of the intracranial part of the left internal carotid artery caused by a bullet wound trough the right eye. — Lancet. V. II, p. 1420. 1904.

Dinkler. Hirnveränderung nach Schädeltraumen. — Münchener Med. Wochenschr. 1904. № 23.

Roncali. Intorno agli accidenti terziari consecutivi oi traumi cranici in rapporto singolaremente alla loro terapia colle cranio resezione. Considerazioni sopra 113 casi clinici. — Policlinico. Sez. chir. 1904. № 6.

English, T. C. The after effects of head injuries. — Lancet. 1904. II. 20, 27. III. 5.

Roncali. L'intervento chirurgico e la quistione della responsabilita giuridiche nei casi di neuro-psicosi post traumatiche. — Policlinico. Sez. chir. 1905. № 9, 10.

Roncali. Osservatione anatomo patologiche e cliniche sopra due casi di disturbi cerebrali come contributo all'istologia ed alla terapia chirurgica delle sclerosi nevroglio-connettivalie delle nevrogliosi pure (gliosi) posttraumatiche. — Policlinico. Sez. chir. 1905. № 11—12. 1906. № 1—4.

Bayertal. Über Spätmeningitis nach Schädelverletzungen. — Monatsschrift f. Unfallhkde. 1905. № 11.

Cantas. Sur un cas de plaie du crâne et de l'encephale. Resultats elaignés. — Lyon médical. 1905. 17 Sept.

Heilbronner Karl. Über Geistesstörung in unmittelbarem Anschluss an Hirnerschütterung. — Münch. med.Wochenschr. LII. 50. 1905.

O'Hanlon. Delaied results of a wound of the brain. New-York med. journ. 1905. Jan. 21.

Brewitt. Untersuchungen über die Spätresultate nach komplizierten Schädelbrüchen. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 79. 1.

Liniger. Interessante Fälle aus der Unfallpraxis: Kopfverletzung; anscheinend glatte Heilung. Übertreibung angenommen. Tod an Meningitis und Hirnerweichung. — Monatsschr. f. Unfallhkde. 1906. XIII. 4, p. 97.

Revenstorf, H. Geheilter Hirnschuss. Tod an Meningitis nach $1^3/_4$ Jahren. — D. Zeitschr. f. Chir. 1906. LXXXII, p. 270.

Nonne. Meningitis purulenta 6 Jahre nach einer Kugelverletzung. — Aerztl. Ver. Hamburg. 1906. 20. Nov. Citiert nach Virchow-Hirsch's Jahresbericht.

Stieda, Wilh. Ueber Geisteskrankheiten im russ. Heere während des russisch-japanischen Krieges. — Zeitschr. f. Nervenheilkde. und Psychiatrie. 1906. XVII, p. 875.

Schaikewitsch, M. Ueber Geisteskrankheiten im russischen Heere während des russ.-japanischen Krieges. — Z.-B. f. Nervenheilkde und Psychiatrie. 1906. XVII, p. 872. Nov.

Cushing, Harvey. A discussion on some immediate and some remote consequences of cranial injuries. New-York and Philad. med. journ. LXXXV. 4, 5, p. 161, 208. Febr. 1907.

Bernhardt M. Spätfolgen eines Schrotschusses in die rechte Schläfe. — Berl. klin. Wochenschr. 1908. XLV. 21.

Hasche, Klünder. Ueber atypisch verlaufende Psychosen nach Unfall. — Arch. f. Psych. und Nervenkr. 44 Bd. 2. H. 1908. Цитир. по. Münch. med. Wochenschr. № 33. 1908.

Reinecke. Jacksonsche Epilepsie. (Demonstration.) — Ärztl. Ver. in Hamburg. 18. II. 1908. Цитир. по Münch. med. W-schr. № 9. 1908.

Rubin, J. Pneumokokken-Meningitis als mittelbare Spätfolge eines Schädelunfalls. — Münch. med. Wochenschr. № 41. 1908.

Spencer, H. A. Gunshot injury of the head; symptoms after 6 years; trephined. — Transvaal med. journ. 1908. IV. 3, p. 65. Oct.

Ewald, K. Ueber Gehirnerschütterung. — Wien. klin. Wochenschr. 1909. № 40.

Frank, L. Ueber 225 Schädelfrakturen mit Nachuntersuchungen aus dem städtischen Krankenhaus zu Nürnberg. — Inaug.-Diss. Würzburg. 1910, реф. по M. M. W. 1910, № 37.

Ransohoff. Gunshot injury of the brain, with late manifestations after immediate recovery. — Transact of the amer. surg. assoc. XXVII. 1909, реф. по Z. B. f. Chir. 1910. № 17.

Schumacher, Julius. Die Erwerbsfähigkeit nach schweren Kopfverletzungen. — Inaug.-Diss. Strassburg. 1910, реф. по M. M. W. 1910. № 30.

Klein, Friedrich. Geistestörungen nach Schädelverletzungen. Ing.-Dissert. Leipzig. 1910.

XIII. О застрявшихъ пуляхъ.

Köhler, A. Historische Untersuchungen über das Einheilen und Wandern von Gewehrkugeln. — Veröff. aus d. Gebiet des Mil. Sanitätswesens. H. 1. 1892.

Altermatt, O. Beitrag zur Kasuistik und Klinik penetrierender Schusswunden, insbesondere über das Schicksal eingeheilter Geschosse. — In.-Diss. Zürich. 1895.

Schloffer, H. Ueber embolische Verschleppung von Projectilen nebst Bemerkungen über die Schussverletzungen des Herzens und der grossen Gefässe. — Beitr. z. Klin. Chir. 1903. XXXVII. 3, p. 698.

Schjerning, Otto. Ueber Körper-Längsschüsse. — Veröff. aus d. Geb. d. Milit. Sanitätswesens. 1903. H. 23.

Hemmel, Fr. Ueber das Steckenbleiben und Einheilen von direkten und indirekten Geschossen im menschlichen Körper. — Inaug.-Diss. 1906. Berlin.

XIV. Примѣненіе рентгеноскопіи при огнестрѣльныхъ раненіяхъ черепа.

Eulenburg, A. Kugeln im Gehirn; ihre Auffindung und Ortsbestimmung mittelst Röntgenstrahlen-Aufnahmen. — D. med. Wochenschr. 1896. XXII. 33, p. 524, 554.

Scheier, M. Zur Anwendung des Röntgenschen Verfahrens bei Schussverletzungen des Kopfes. — Verhandl. d. Versamml. deutsch. Naturforscher und Aerzte. 1896.

Scheier, M. Zur Anwendung des Röntgenschen Verfahrens bei Schussverletzungen des Kopfes. — D. med. Wochenschr. 1896. XXII. 40.

Bartoloni. Radiografia d'un proiettile nel cranio ed estrazione dello stesso. — Gazz. degli osp. e delle clin. 1897. № 70.

Bunce, P. D. Bullet located in the motor arca of the brain. with X-rays. — New-York med. record. 1897. April 17, p. 563.

Péan. Sur l'extraction de deux projectiles ayant pénétré dans l'interieur du crâne, faite en se qui dant sur le procidé radiographique M. Mergier. — Bullet. de l'acad. de med. 1897, p. 594.

Beauvais. Projectiles dans la tête chez deux criminels ayant tenté de se suicider. Epreuves radio graphiques. — France méd. 1898. № 45.

Braatz. Beitrag zur Hirnchirurgie. Kugelextraction aus dem Gehirn mit Hilfe des Röntgenverfahrens. — Zentr.-B. f. Chir. 1898. 1.

Bergmann, E. v. Durch Röntgenstrahlen im Hirn nachgewiesene Kugeln. — Berl. Klin. Wochenschr. XXXV. 18. 1898.

Burkhardt, v. Ein Fall von Revolverschussverletzung des Gehirns. Entfernung der Kugel nach Bestimmung ihres Sitzes durch Röntgenphotographie nebst Bemerkungen über die Behandlung der Schussverletzungen des Kopfes überhaupt. — Med. Korresp. Bl. des Württemberg. ärztl. Landesver. 1898. Bd. LXVIII. № 35, 36.

De la Camp. Zur Kasuistik der Lokalisation von Geschossen im Schädel mittelst Röntgenstrahlen. — Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. 1898. Bd. II. H. 1, p. 12.

Déstot. Recherche d' une balle à l'aide de la radio graphie chez un malade atteint de crises épiléptiformes. Soc. d. sc. med. de Lyon. — Lyon. médical. 1898. № 48.

Henschen. Die Röntgenstrahlen im Dienst der Hirnchirurgie. — Mitteilungen aus den Grenzgebieten. 1898. Bd. 3. H. 2.

Henschen, Lennander und **Stenbeck.** Om Röntgens strälar i hjärnkinigiens tjanst. — Nordicht medicinicht Arkiv. 1898. VIII. № 30.

Küttner. Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Kriegschirurgie. — Beitr. z. klin. Chir. XX. 1898.

Clement, Lukas R. Localisation of bullets by X-rays. — Brit. med. journ. 1899. Oct. 21.

Chlumsky, V. Die Kugelextraktion aus dem Gehirn mit Hilfe des Röntgenverfahrens. — Beitr. z. klin Chir. XXV. 2, p. 364. 1899.

Tuffier, Th. Recherche des projectiles dans le crâne par la radiographie et l'appareil de Contremoulins. — Presse méd. 1899. 101.

Nicolaysen, J. Vulnus sclopetarium capitis. — Nordicht medicinicht Arkiv. 1900. IX. 3—4. № 19.

Laval, Ed. La radiographie appliquée aux projectiles logés dans la tête. — Gaz hebd. 1900. XLXVII. 44.

Lewschin. Beitrag zur Fremdkörperextraktion aus dem Gehirn. — Z.-B. f. Chir. 1900. № 34.

Левшинъ, Л. Л. Къ операціи извлеченія постороннихъ тѣлъ изъ мозга. — Врачъ. 1900. № 29.

Chaput. Balle dans le cerveau. Extraction au moyen de l'appareil de Contremoulins. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1901. № 13.

Contremoulins. Méthode de localisation de projectiles. — Bull. et mèm. de la soc. de chir. de Paris. 1901. № 30.

Mignon. Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. Utilité de la radiographie. — Gaz. hebd. 1901. № 9.

Mignon. Détermination de la situation d'un projectile dans la tête par les procédés radiographiques usuels. — Bull. et mém de la soc. de chir. de Paris. 1901. № 3.

Malapert et **Mauclaire.** Trépanation tardive pour oblation d'une balle de revolver. Application de l'appareil de Contremoulins. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1901, p. 14.

Mauclaire. La radiographie dans les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXVII, p. 20. 1901.

Mattiolius. Schädelschuss und Röntgenaufnahme. — D. Zeitschr. f. Chir. Bd. LX, p. 591. 1901.

Contremoulins und **E. v. Bergmann.** Über die Entfernung von Geschossen aus der Schädelhöhle. — Z.-B. f. Chir. № 21. 1902.

Perassi, A. Radiografia in ferita del capo de palle di revolver. — Giorn medico di Roma. 1902. № 10.

Schjerning, Thöle und **Voss.** Die Schussverletzungen. (Fortschritte auf d. Gebiet d. Röntgenstrahlen. Ergänzungsband VII.) Hamburg, L. Gräfe u. Sillem. 1902.

Stamm, H. Beitrag zur Lagebestimmung von Fremdkörpern im Gehirn mittelst Röntgenphotographie. — Z.-B. f. Chir. 1902. № 12.

Haga, E. Beobachtungen an Röntgenbildern von Schussverletzungen aus der Zeit der chinesischen Wirren. (1900.) — Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen. 1903. 6. Band.

Keen and **Sweet.** (Philadelphia), A case of gunshot wound of the brain in witch the Roentgen-rays showed the presence of eight fragments of the bullet. — Amer. journ. of the med. sciences. July, 1903.

Wieting und **Raif Effendi.** Zur Frage der Geschossextraktion aus dem Gehirn bei penetrierenden Schädelschüssen. — Münch. med. Wochenschr. № 17. 1903.

Wild. Ortsbestimmung einer Kugel im Gehirn und ihre Extraktion. — Diss. Freiberg. 1903.

Holzknecht. G. und **Dömény, P.** Über Projektilextraktionen aus dem Gehirn während der Röntgen-Durchleuchtung. — Wien und Leipzig. Wilh. Braumüller. 1904.

Tuffier. Extraction d'une balle située à la base du crane au niveau de la partie inférieure du „lobe frontal." Localisation par la radioscopie. — Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1904, p. 305, 607.

Schierning, R. Die Verwendung von Röntgen-Strahlen im Kriege. — D. med. Wochenschr. 1905. XXXI. 17.

Colmers, F. Die kriegschirurgische Bedeutung des Röntgen-Verfahrens und die Art seiner Verwendung im Kriege. — Münch. med. Wochenschr. LIII. 14. 1906.

Graessner. Die Lokalisierung der Fremdkörper nach der Fürstenauschen Methode. — IV. Kongress der Deutschen Röntgengesellschaft 26. IV. 1908.

Schüller. Über Röntgen-Untersuchungen bei Krankheiten des Schädels und Gehirns. — Wiener med. Wochenschr. № 10. 1908.

Braun, H. Über die Ortsbestimmung von Geschossen im Schädel. — Deutsche med. Wochensch. 1909. № 16.

Nichner. Über den heutigen Stand der Verwendung von Röntgen-Strahlen im Kriege. — Berlin. klin. Wochenschr. № 51. 1909.

XV. Изъ литературы объ осложненныхъ переломахъ черепа.

Gübler. R. Klinische Beiträge zur Kasuistik der komplizierten Frakturen des Schädeldaches. — Beitr. z. klin. Chir. 1895. XIII. 2, p. 475.

Потѣенко, В. В. Къ вопросу о леченіи осложненныхъ переломовъ черепа. — Лѣт. русск. Хир. 1896, стр. 829.

Лезинъ, В. В. Къ вопросу о поврежденіи мозга при открытыхъ переломахъ черепа. — Врачъ. 1898. № 14.

Leplat. Des esquilles pénétrantes dans les fractures du crâne: mècanisme, diagnostic et traitement. — Gaz. hebd. 1898. № 76.

Самохоцкій, С. О. Къ вопросу о первичной трепанаціи при травматическихъ поврежденіяхъ черепнаго свода. — Лѣт. русск. хир. 1898, кн. 5.

Patel. Les fractures de rocher. — Gaz. des Hôp. 1899. 46—49.

Tubenthal. Drei Fälle von offenem Schädelbruch. — Deutsche militärärztl. Z. 1899. H. 1.

Jamagami. Über die komplizierte Schädelfractur. — Diss. Münch. 1900.

Luys, G. Betrachtungen über die traumatischen Verletzungen der sinus der harten Hirnhaut. — Diss. Paris. 1900. По реф.

Lamb, D. S. Spiculum of bone, from shot fracture of skull, which rested against the brain for forty four years. — New.-York med. journ. 1901. № 3.

Wharton. Wounds of Venous sinuses of brain. — Annals of surg. 1901. July.

Vaughan, G. T. Three noteworthy cases of brain injury. — Amer. journ. of the med. sciences. Nov. 1901. Цитир. по Z.-B. f. Chir. № 8. 1902.

Жегалкинъ, П. Къ казуистикѣ оскольчатаго перелома свода черепа, осложненнаго выпаденіемъ мозга. — Мед. обозр. 1902. Т. 58. № 15.

Glengross. Über komplizierte Schädelfraktur. — Diss. München. 1902.

Löhlein. Schädel- und Gehirnverletzung. — Fr. Ver. d. Chir. Berlins. Sitzung 12. V. 02. Z.-Bl. f. Chir. № 25. 1902.

Müller, A. Zur Kasuistik der Schädelverletzungen mit besonderer Berücksichtigung ausgedehnter präduraler Haematome. — Diss. Kiel. 1902.

Nathan. Über komplizierte Schädelfracturen. — Diss. Bonn. 1902.

Patel, M. Remarques sur certains variétés des fractures isolées du rocher. — Revue de chir. 1903. № 4.

Blanco, S. L. Tolerancia del cerebro en los traumatismos. — Rev. de med. y cir. pract. de Madrid. 1904. 7. VIII. Цитир. по Z.-B. f. Chir. № 40. 1904.

Caraillon. Traumatisme du crâne; enfoncement tres étendu de la voûte; hémiplegie totale. Aphanie. Intervention. Hematome sus et sous dure mérien. Secondairement hernie cérebrale. Elimination. Guérison. — Lyon médical. 1904. CII, p. 837. Avril 24.

Козловскій, Б. С. Два случая поздней трепанаціи при травмѣ черепа. — Хирургія. 1904. Май.

Машинъ, І. А. Случай обширнаго поврежденія головы. — Русск. Хир. обозр. 1904. II., кн. 3, стр. 641.

Rawling. Fractures of the skull. — Lancet. 1904. April 9, 16, 23.

Зальцбергъ, И. О. Три случая перелома черепа. — Врач. газ. 1904. № 24.

Willmoth, A. D. Injuries to the head. — Amer. pract. a news. 1904. XXXVII, p. 257. May 1. Цитир. по Schmidts Jahrbücher.

Hathavay, F. J. Fraktures of the anterior fossa of the skull dividing the optic nerve. — Lancet. 1905. 21. Jan.

Кузнецовъ. Къ вопросу о трепанаціяхъ при травматическихъ поврежденіяхъ черепа. — Русск. врачъ. 1905. № 40, 41, 42.

Poissonier. Les fractures de l'orbite. — Gaz. des Hôp. 1905. № 111, p. 1323.

Pourrat. 4 cas de fracture du crâne. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1905. Décembre. XLVI. 12, p. 487.

Buzzard and **Cunning.** A case of post-traumatic haemorhage from the superior longitudinal sinus without fracture of the skull. — Lancet. 1906. 24/III.

Chandoye. Fracture compliquée du parietal droit; trépanation; epilepsie Jacksonnienne tardive consecutive; nouvelle trepanation 15 mois aprés l'accident; guérison. — Arch. de méd. et de pharm. milit. 1906. XLVII. 2, p. 145. Feb.

Гусевъ. Къ вопросу о травматическихъ поврежденіяхъ черепа. — Мед. обозр. 1906. № 23, 24.

Lair. Fracture du crane. Trépanation, transport dix heures en montagne deux jours après. Guérison. — Arch. de méd. et de pharm. mil. Febr. 1906.

M'Eldowney, W. P. and **Cousins, J. W.** Remarks on a case of severe compound fracture of the skull; recovery. — Brit. med. journ. 1907. May 4.

Schönewerth, A. Über komplizierte Schädelfrakturen. — Münch. med. Wochenschr. № 45. 1908.

Frazier. Problems and procedures in cranial surgery. — Journ. of the amer. med. assoc. LII. 23. 1909.

Kusnetzow, M. M. Zur Frage der Trepanation bei traumatischen Verletzungen des Schädeldaches. — Arch f. Klin. Chir. Bd. XC. H. 4. 1909.

Phelps. An analytical and statistical review of one thousand cases of head injury. — Annals of surgery. IV, V, IX, X. 1909.

Положенія.

1) Военно-полевыя тангенціальныя раненія черепа (переломы), причиненныя малокалиберными оболочечными пулями и частями артиллерійскихъ снарядовъ, нуждаются въ первичномъ оперативномъ вмѣшательствѣ.

2) Глубоко-проникающія раненія черепа (сегментальныя и діаметральныя), причиненныя малокалиберными оболочечными пулями подлежатъ индивидуализирующему способу леченія.

3) Раненія черепа съ застрявшими малокалиберными оболочечными пулями обыкновенно не нуждаются въ первичномъ вмѣшательствѣ; между тѣмъ какъ такія же раненія частями артиллерійскихъ снарядовъ подлежатъ первичной операціи.

4) Опытъ надъ огнестрѣльными раненіями различныхъ частей тѣла въ мирное время не даетъ намъ права судить о леченіи тѣхъ же раненій въ военно-полевой обстановкѣ.

5) Леченіе тетануса впрыскиваніями сыворотки пока не оправдало возлагаемыхъ на нихъ надеждъ.

6) Стремленіе изъять изъ употребленія латинскіе термины въ медицинской литературѣ является весьма нежелательнымъ.

Curriculum vitae.

Оттонъ Марковичъ Хольбекъ, потомственный дворянинъ, протестанскаго вѣроисповѣданія, родился 17 іюня 1871 года въ Камско-Воткинскѣ Вятской губерніи. Среднее образованіе получилъ въ Первой Классической Гимназіи въ Тифлисѣ, которую окончилъ съ аттестатомъ зрѣлости въ маѣ 1889 года. Осенью того-же года поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Дерптскаго, нынѣ Юрьевскаго, Университета. Въ 1895 г. сдалъ экзаменъ „rigorosum“ и въ январѣ 1896 г. получилъ званіе врача. Въ теченіи 1896 г. состоялъ врачемъ экстерномъ при Рижской городской больницѣ. Въ январѣ 1897 г. назначенъ младшимъ врачемъ I-аго генералъ-адмирала Великаго князя Константина Николаевича флотскаго экипажа, въ іюнѣ того же года младшимъ судовымъ врачемъ эскадреннаго броненосца „Петропавловскъ“. По домашнимъ обстоятельствамъ вышелъ въ отставку въ декабрѣ 1897 г. и назначенъ ассистентомъ перваго хирургическаго отдѣленія Рижской городской больницы. Въ названной должности состоялъ до ноября 1899 г., когда былъ командированъ Россійскимъ Обществомъ Краснаго Креста въ составѣ санитарнаго отряда, посланнаго для подачи помощи раненымъ и больнымъ бурамъ въ Трансвальскую республику во время Южно-африканской войны. Изъ Африки вернулся осенью 1900 года. До весны 1902 г., работалъ въ клиникахъ въ Германіи, Швейцаріи и Франціи. Съ 1902 года до весны 1904 г. состоялъ врачемъ экстерномъ при хирургическомъ отдѣленіи Обуховской женской больницы (несъ временно обязанности ассистента) и врачемъ консультантомъ при Александровской мужской больницѣ въ Петербургѣ, учрежденной гражданами Германской имперіи.

Весною 1904 года командированъ Россійскимъ обществомъ Краснаго Креста въ составѣ Собственнаго Ея Величества Государыни Императрицы Маріи Ѳеодоровны летучаго отряда на Дальній Востокъ, осенью того же года назначенъ старшимъ врачемъ названнаго отряда. Въ послѣдней должности состоялъ до возвращенія отряда съ Дальняго Востока въ декабрѣ 1905 г., когда былъ назначенъ штатнымъ ординаторомъ (помощникомъ завѣдующаго отдѣленіемъ) хирургическаго отдѣленія Обуховской женской больницы. По болѣзни въ исполненіе своихъ обязанностей, однако, не вступилъ. Весною 1907 г. сдалъ при Императорскомъ Юрьевскомъ Университетѣ экзамены на степень доктора медицины. Въ мартѣ 1909 г. назначенъ вторымъ сверхштатнымъ ассистентомъ при хирургической факультетской клиникѣ Императорскаго Юрьевскаго Университета, въ каковой должности состоялъ до декабря 1910 г.

Имѣетъ слѣдующіе доклады и печатные труды.

1) „Ueber Nierenverletzungen und ihre Behandlung.“ St. Petersburger Med. Wochenschrift № 51, 1898 и протоколы X-го съѣзда общества Лифляндскихъ врачей.
2) „Drei Fälle von Darmocclusion durch Meckel'sches Divertikel“. Archiv für klin. Chirurgie. 1900. Bd. 61. H. 1.
3) „Ein Beitrag zum Vorkommen des Tetanusbacillus ausserhalb des Bereichs der Infektionsstelle beim Menschen.“ Deutsche med. Wochenschrift. 1903. № 10.
4) Рефераты по русской хирургической литературѣ 1903 года, состоя сотрудникомъ „Jahresberichte über die Fortschritte und Leistungen der Chirurgie.“
5) „Изъ наблюденій по полевой Хирургіи.“ Русскій хирургическій архивъ. 1903, кн. 1.
6) „Случай пересадки сухожилій при болѣзни Little'я.“ Русскій хирургическій архивъ. 1904 г., кн. 1.
7) „О гастростоміи“. Докладъ, читанный на IX-омъ съѣздѣ общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова. 4—11. I. 1904 г.
8) „Briefe aus dem Fernen Osten.“ St. Petersburger med. Wochenschrift. 1904. №№ 28, 29, 33, 40 и 44.
9) „Ueber Tetanus-Erkrankungen im russisch-japanischen Kriege.“ St. Petersburger med. Wochenschrift. 1906. № 36. Festschr. für Dr. Emmanuel Moritz.

настоящую работу:

10) „О военно-полевыхъ раненіяхъ черепа“. Наблюденія изъ опыта Русско-Японской войны, — представляетъ въ качествѣ диссертаціи для соисканія степени доктора медицины.

Стр.

56
62
101
126
„
139
148
156

158
174
191
199
202
227

231
250
268
296
299
305

311

321
339
354
358—35[illegible]

381
383

425
533

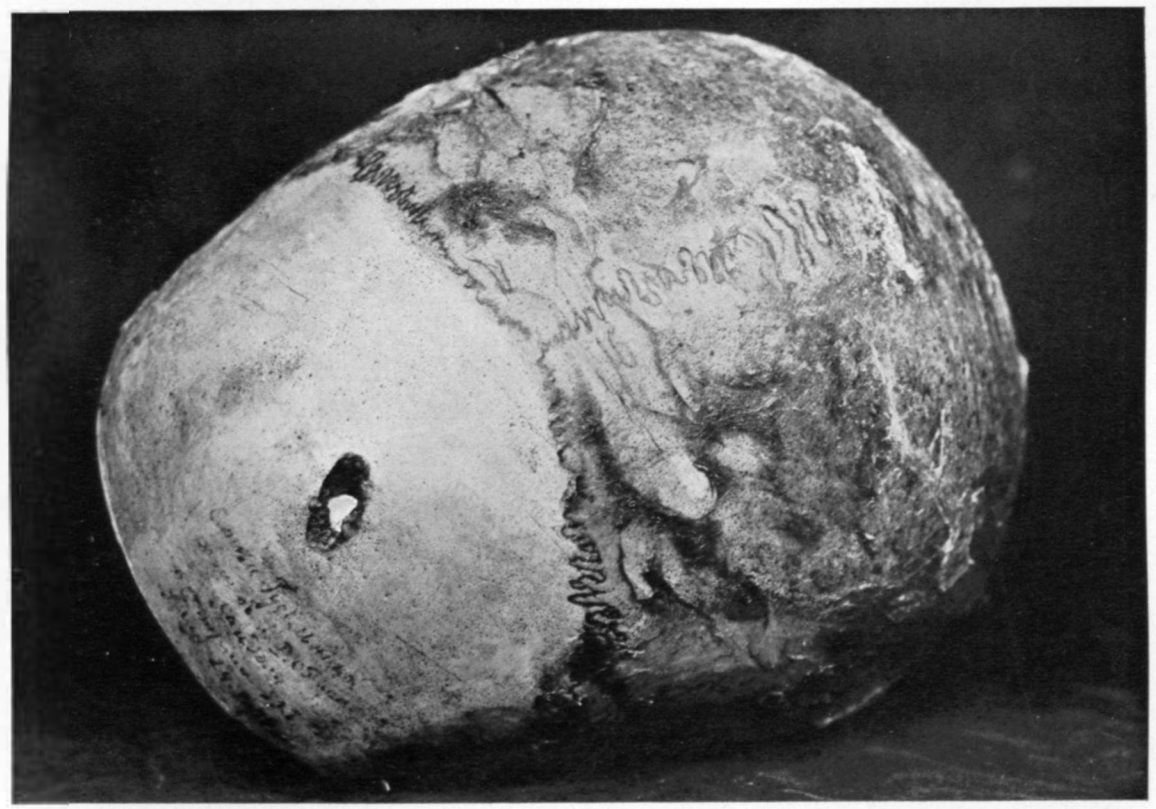
Опечатки.

Строка		Напечатано	Слѣдуетъ читать
сверху	снизу		
	16	наискось	наискосъ,
	9	мелкихъ	мягкихъ
	7	Guénu	Quénu
15		соотвѣтствующаго паралича	соотвѣтствующей параличу
	6	сота	coma (лат.)
18		(стр. 201)	(стр. 138)
19		при	три
7		возможность гипералгезіи.	возможность другого объясненія для возникновенія гипералгезіи.
13		раздраженія	нарушенія
20		или	если
11		(IV)	(VI)
	7	№ 225 *)	№ 255 *)
1		черепа, и болѣе	черепа болѣе
Въ таблицѣ № X			противъ №№ 113, 144, 301 и 305 — знакъ смерти (†)
10		имморагическія	геморрагическія
	15	maehabiles	malhabiles
	18	Sackson	Jackson
	5	продолжительно	непрерывно
13, 15		лопоратомія	лапаротомія
Табл. XII столб. 7		294	249
Таблица № 37		% опер. орбит. ран. 28,4 и 28,4	30,7 и 36,3
16		значительно	незначительно
	17	также	такое
20		полушарія	полугодія
Таблица № XV „Пульсація рубца“		№ 321 — № 339 +	№ 321 + № 339 —
20		даже	также
Таблица № 47		столб. 2: работоспособные столб. 4: неработоспособные	неработоспособные работоспособные
11		№ 77	№ 76
11		№ 429	№ 249

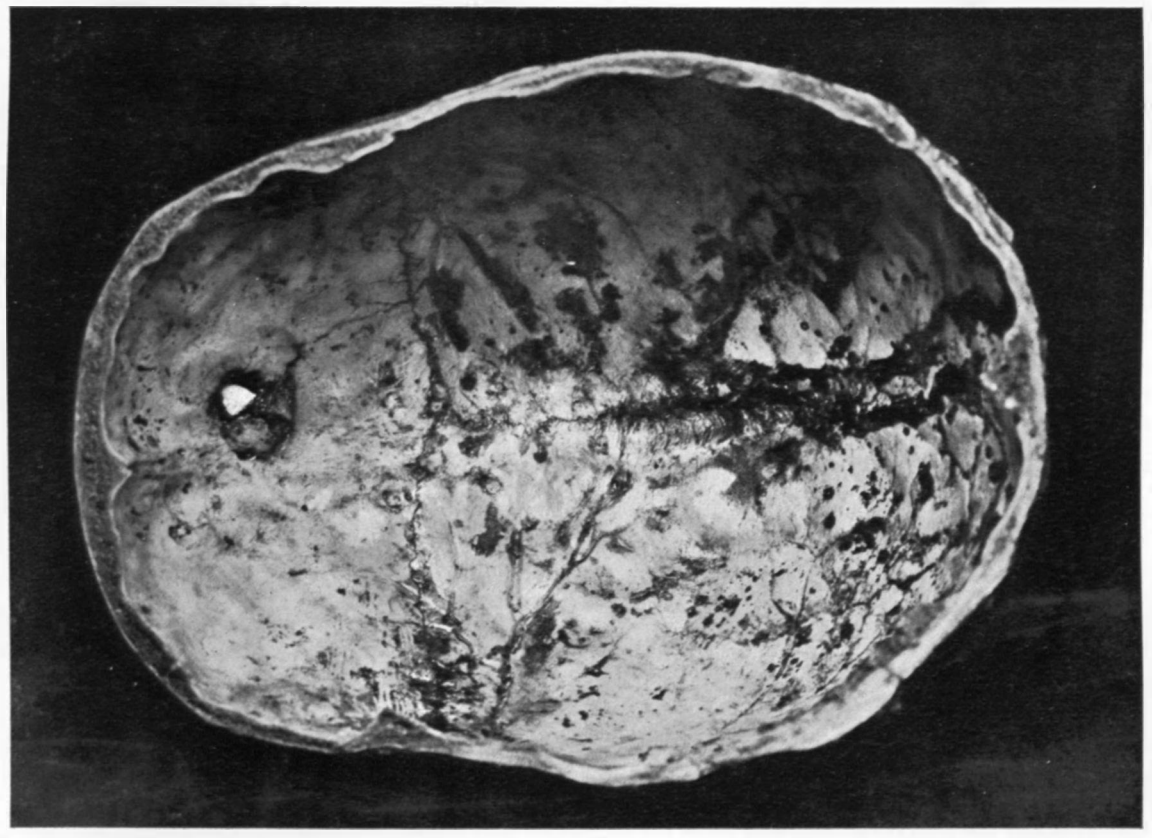
№ I.



№ 95. Тангенціальное раненіе правой лобной области оболочечной пулей на разстояніи приб. 400 шаг. — Трещина по направленію полета пули. — Дефектъ (послѣ débridement) длиною въ 28 mm., шириною въ 22 mm.



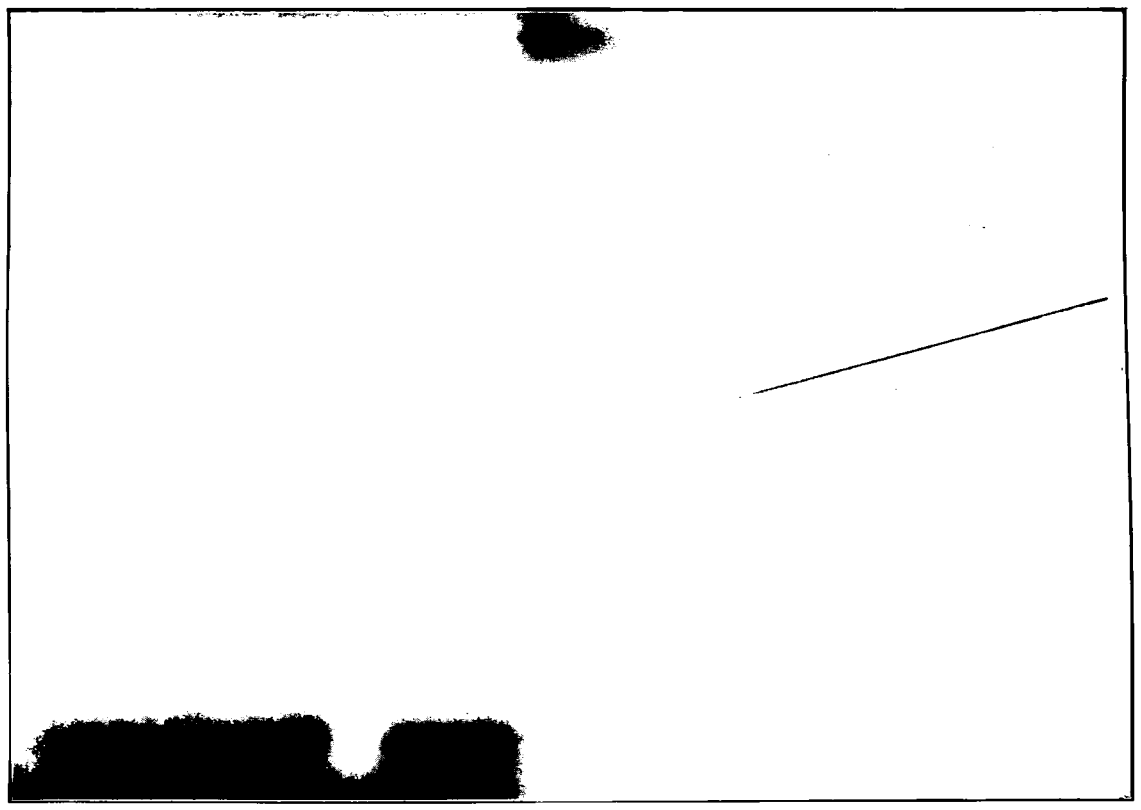
№ 199. Входное отверстіе оболочечной пули, застрявшей въ мозгу. Дефектъ наружной пластинки длиною въ 17 mm., шириною въ 6 mm.



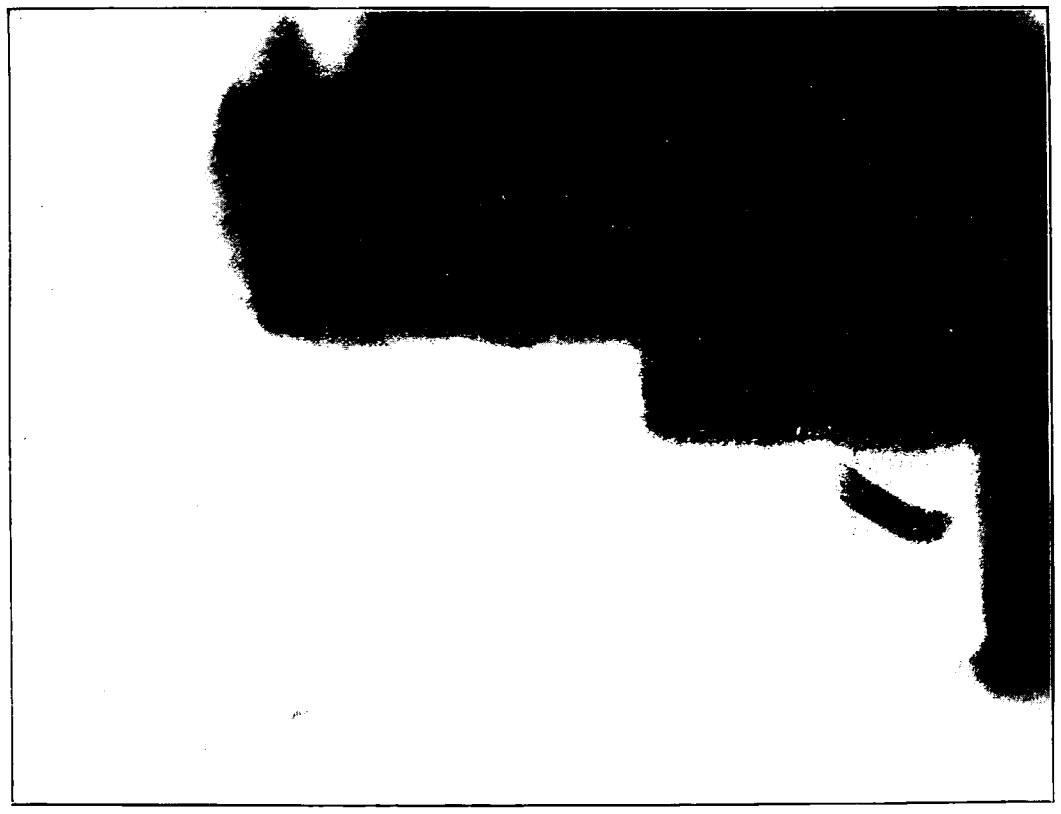
№ 199. Входное отверстіе (внутренняя сторона) оболочечной пули, застрявшей въ мозгу. Дефектъ величиною въ 8 mm. въ діаметрѣ. Вверхъ и внутрь отъ дефекта оскольчатый переломъ внутренней пластинки на протяженіи 10 mm.



№ 309. Плоское отверстие (внутренняя сторона) перпендикулярной пуле, застрявшей в кожуру. Покрутив зеркало видеть **пере**ломы внутренней пластинки.



№ 202. Салдиковъ Димитрій, 26 л.
раненъ ? об. п.,
пост. 2. III. 05 въ Е. П. Л. въ Гунчжулинѣ,
умеръ 5. III. 05.
Об. п. вошла въ лѣвой височной области выше края ушной раковины. Застряла **на основаніи черепа.**

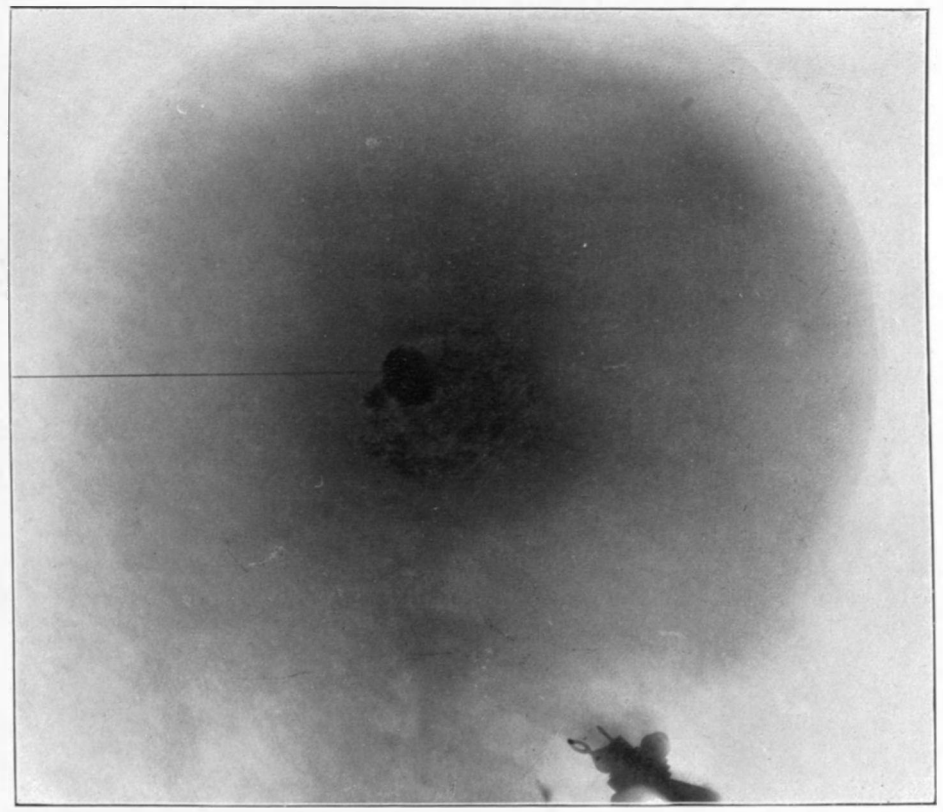


№ 207. Киселевъ Константинъ

раненъ 27. IX. 04 об. п., опер. 20. X. и 6. XI. 04 (пуля удалена), пост. 2. X. 04 въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ, эвак. 24. XI. 04.

Об. пуля вошла на четыре поперечныхъ пальца впереди ламбдоиднаго шва, на 1 ctm. отъ средней линіи въ лѣвой теменной области. Застряла въ мозгу въ затылочной области слѣва, немного ниже ламбдоиднаго шва (см. снимокъ № V [I]).

№ X.



№ 307. Козыревъ Михаилъ
раненъ 20. VIII. 04 шрапнелью,
пост. 24. VIII. 04 въ Л. И. М. Ѳ. въ Гунчжулинѣ,
эвак. 14. IX. 04.

Пуля вошла на 1,5 ctm. выше лѣвой ушной раковины и раскололась на двѣ части. Одна половина пули проникла въ полость черепа, другая застряла въ мягкихъ покровахъ (см. снимокъ № V [II]).