

617
1112

О ПОЛНОЙ РЕЗЕКЦИИ
ГОЛЕННОСТОПНОГО СУСТАВА.

ДИССЕРТАЦИЯ
на степень Доктора Медицины
Федора Гаага.

3p

МОСКВА.
Въ Университетской типографии (Каталь в №)
на Сорокинском бульваре.
1868.

ИЗДАТЕЛЬСТВО

21/1

ИЗДАТЕЛЬСТВО

I.

История. Медленность исторического развития резекций гомологического сустава и зависимость их от вида хирургии. — Обзор истинности резекций этого сустава до Вреера. — Подробное описание полной резекции ота Мора до конца сороковых годов и причины преобладания их, которых исключили эти операции на почве анатомического периода. — Полная хирургия этого периода на почве резекций большого сустава по отношению к соответствующим им ампутициям: отношение резекции гомологического сустава к ампутиции бедра in loco elevationis. — 2-й период — от начала сороковых годов до нашего времени. — Переобработка учебки об ампутициях на основании анатомического периода и возможности так называемой консервативной хирургии. — Быстрое развитие ампутиции резекций. — Почему и на каком почве резекция гомологического сустава преобладает исторически выше прочих больших резекций? — Предубеждения наших современников.

Полная резекция гомологического сустава занимает одно из самых недавних мест в истории резекций большого сустава. Следи за историческим развитием этих операций, легко заметить их ровное распределение на две группы. Одна, которая влечет резекции кости и мяса, приобрела доверие хирургов и относительно короткое время, и имь без особенных препятствий отвезено было почтено место в оперативной хирургии. Кожа стала извлекаться сравнительно быстро, и, по мере ее возрастания, являлась соответствующим образом стимулировалась все тщательнее и тщательнее. Напротив, другая резекция, называемая резекцией подвздошной и тазобедренного сустава, право гражданства на хирургию достала не легко; медленнее иль в оперативную хирургию в течение долгого времени сопряжено было с значительными затруднениями, и многочисленными защитниками этих операций пришлось выдвигать продолжительную борьбу с рутинной и предрассудочной, прежде чем имь удалось доказать большому числу хирургов справедливость своих возр-

По поручению медицинского факультета Императорского Московского Университета печатать пожелания. 4-го декабря 1866 года.

Доктор А. Волкович.

ний. Несмотря, однако, на то, что резекция этой группы должно представляться в невыгодном свете, никак нельзя сказать, чтобы общественное мнение относилось к нему равнодушно; напротив, как уверяют, с ним весьма мало с обеих сторон борьбы, как исключительности спорных, возмущавших от времени до времени как в печати, так и во многих общественных, и в которых заметную роль играли лучшие представители хирургии, ясно видно, что вопрос об этих резекциях, несмотря на общность своего клинического применения, издавна имел в глазах весьма образованных хирургов высочайший интерес. Сельский же то представлять нам историю резекции голеностопного сустава. Эта операция не подходит ни к той, ни к другой группе; до последнего времени она оставалась в тени. Ей не приходилось, подобно резекции шейки и тазобедренного сустава, выдерживать исключительных нападений; за то и решались сторонников было в нем меньше, чем в какой другой. Об этой операции говорили и писали весьма мало, и к производству ее прибегали крайне редко. Проводивши оперативной хирургии мысли величайших умовцев о ней в своих трудах и показавши производство ее во трубах; но рёбра и как бы рёбра шейки голеностопного ее применения или приходилось прибегать, или к ним относились с наибольшим равнодушием.

Важнее ли была эта операция в древности, мы не знаем. На основании отрывочных указаний, находящихся в произведениях древних писателей, можно с уверенностью предположить, что врачи древней Египетской, Целея, Греческой, Римской эпохи были практически знакомы также с некоторыми резекциями, к которым они прибегали преимущественно в случаях осложненных вывихов.

Вообще судьба частых резекций голеностопного сочленения, т. е. таких, которые ограничиваются вырезанием одной или двух из образующих его костей, тесно связана с историей его травматического переломов; и так как никак нельзя сказать, что последние предположить, что последние случались в древности редко, чем теперь, то очень вероятно, что и случаи некоторых операций были тогда не совсем редки, чем былье что древние врачи, не имея хороших средств для остановки кровотечения, боялись ампутиаций и всевозможных старались их избирать. У больше

вредных вывихов, бывавших до времени изредка, мы не встречаем ни малейшего намека на что-либо подобное на нашу операцию. С изобретением непосредственной переклади сосуда *Амброзио Виро*, учение об отпавлении членов получило прочное основание и стало быстро совершенствоваться, но, вместе с тем, положено было начало и тому направлению в ампутиации, которое имело продолжение трех столетий господствовало в хирургии в период обнаруживавшихся прескорбными увальнениями. Известная острога Людовика XIV, убравшая, что вы, для своих солдат, во столько битвах воспринимала оружие, сколько века сводит хирургов, достаточно показывает, как легко относились представители тогдашней хирургии к этим тяжелым операциям. Несмотря, однако, на такое преувеличенное доверие к ампутиациям, несмотря на то, что *Ж. Л. Понс*, пользовавшийся в свое время колоссальным авторитетом, видеть в безрезультатном отпавлении голени единственное средство спасти больного в случаях осложненных вывихов голеностопного сустава, в Французской Хирургической Академии проводили выражаться в таком же смысле даже в конце прошедшего столетия, — несмотря на это, сила мысли к образованию стени, в случаях тяжелых травматических повреждений голеностопного сустава, подвигавших к общепринятому масштабу к ампутиации, появилась в этом период довольно рано, но крайней мере задолго до случая *Тераса Района* (1768), от которого исток резекции ведут свое происхождение. Так, еще в 1670 году, *Фабриций Гальданский* проводил с успехом вырезание таранной кости в случае вывиха, осложненного переломом сустава; так же операция, в течение столетия столетия, которая была в *J. B. Boylly, Aubray, Denon, Meiberg, Lousmeyer, Truc, Dep, Charley*. В начале того же 18-го века, а именно в 1714 году, *Гэ* сделал удачную резекцию названного конца тазобедренной кости, по поводу осложненного перелома последней; 30 лет спустя, *Гокс* (1767) первый проводил резекцию выстояние как раз вырезав названного конца большой берцовой кости. Несколько раньше его, *Гоб* (1766) вырезать три дюйма от названного конца обеих голени костей по случаю осложненного вывиха, до получить во смысле удивительнейший результат: оперированный ногой оставался слабою

и больной не мог свободно пользоваться ею. Удичие оказалось пыткой в этом же роде *Баркслоуда* (1782), *Моро* (1782), *Тейлора* (1789). В текущем столетии искусство частичных резекций голеностопного сустава стало быстро увеличиваться, особенно с тех пор, как *A. Бюссера*, в своем классическом творении (*dissections and fractures of the joints*), показал значение и терапевтическое достоинство этих операций в случаях околосуставных вывихов. По свидетельству *Гейбелера*, число таких произведенных до 1859 года частичных резекций, со включением случаев вывихания той-же кости, как частичного, так и полного, доходило до 152, и огромные большинство их было предпринято по поводу вывихов, осложненных переломами суставных концов костей и вскрытием сочленения.

Что касается до полной резекции голеностопного сустава, то история ее преимущественно является сь историей так-называемых органических спайчатых сочленений, от которых бы вероятно эти страдания происходят: от причин дегенеративных или травматических. Эта операция, как уже сказано выше, производилась весьма редко: *Рид* в 1847 году мог выставить не более семи случаев полной резекции голеностопного сочленения. Первый предположивший и выполнивший ее на живом был французский провинциальный хирург *Моро*, известный своим ссылом антипной в области резекций. Оперированная им 20-летний молодой человек страдал костеяд, развивавшемся в голеностопном суставе вследствие вывиха (*dislocation*); несмотря на значительную утрату околосуста, произведенную операцией, достигши весьма блестящих результатов: спустя десять месяцев больной мог совершенно свободно пользоваться своим восстановленным коленостопом. Способ, по которому произведен был эта первая резекция голеностопного сустава, сдвинул классическим. Однако, несмотря на счастливый исход операции *Моро*, Хирургическая Академия во Франции никакого внимания ни на нее, ни на ее автора. *Моро*-сын, ревностно продолжавший дело, которого сто отцом, представлял той же Академии, в 1803 г., отчет о всех резекциях, сданных им обоим в голеностопном суставе; но его старания добились одобрения академиков и на этот раз оказались тщетными. Ученый арестант оказался весьма неблагоприятно обр. этих консервативных попытках, и вы-

сказался в таком же смысле 13 летъ спустя, при повторной вь сьите второго, дополненного издания брошюры *Моро*.

По свидетельству *Велле*, полную резекцию голеностопного сустава во Франции производил еще *Шомбюва* два раза: в 1813 и 1830, в обоих случаях сь успехом, в *Ру* одинъ разъ, также в 1830 г. В последнем случае операция была смертельной посыле — абсолютностью окончательно утроненного р. гол. с. в руках французских хирургов, и безъ того не представляя особенного доверия къ резекциям во всяких коленостопных. В Германии, до конца сороковых годов, эта резекция также не была особенного успеха. *Кюлер* производил ее два раза: в 1813 году, по поводу жестокой травматического происхождения, вь ушибах; и в 1823 г., по случаю дискрамической костной, но безуспешно, ибо через годъ, по принятой резекции страдания кости, потребовалась ампутация. Тесслеру старший сдвинул в 1844 году полную резекцию голеностопного сустава по случаю *Гейбелера* старшего ибавь неблагоприятный исход: больной был ампутирован по случаю возврата и уморъ отъ ампии. *Гюльсера*, оперировавший в 1848 году, потерял своего больного на четвертый же день послѣ операции.

Во всего замечательно, что вь Англии, вь этой классической странѣ резекций, вь которой учение о частичных вывиханиях голеностопного сустава и значение его при осложненных вывихах, получили, благодаря *Бюссеру*, прочное отношение и рациональную основу, — первые вывихания этого сочленения, по поводу органических его страданий, не разу не были произведены до 1851 г.; да, при операции *Линколла*, *Уолле*, производима вь некоторых авторами, такъ случаи полной резекций, какъ мы увидимъ ниже, сюда не относятся. Такимъ образомъ, мы, до конца первой половины текущего столетия, можем выставить не более девяти случаев полной резекции голеностопного сустава. Незначительность этой цифры тьмъ убавле бросается вь глаза, что вь казуистич. резекции колѣно—операции, сданныхъ всегда совершенно описательно — мы можем выставить свыше 30 случаевъ, относящихся къ концу прошлого и первой половины текущего столетия: тьмъ сравнительно крупной цифрой мы не получили бы даже вь томъ случаѣ, еслибы, вь конченныхъ случаяхъ полного вывихания голеностопного сустава, мы прибавили еще число всехъ частичныхъ резек-

ний, произведшихся в тот же период времени и по тому же поводу. Реzekция въ тазобедренном сочленении, съ 1819, когда эта операція въ первый разъ была выполнена на живомъ А. Янголомъ до 1850 г. произведена, по статистикѣ Фохъ (Fock, Bemerk. u. Erfahr. über die Resektion im Hüftgelenk. in Arch. f. Klin. Chir. B. 1), 21; следовательно, тоже гораздо больше. О резекціяхъ лопатки и говорить нечего: *Leibfrieder* насчитываетъ до начала сороковыхъ годовъ 93 случая полного изрѣзанія лопаточнаго сочлененія по поводу органическихъ страданій.

Близость искусства ампутации къ теченію естественнаго періода до какой степени разнятся, если мы обратимъ вниманіе на различіе различныхъ резекцій по отношенію ихъ къ соответствующимъ ампутациямъ и къ степени живости сохранившихся членовъ.

Какъ известно, методическія резекціи суставовъ вступили въ хирургию въ качествѣ соперницъ ампутациямъ. Онѣ были предложены въ видахъ ограниченія области этихъ послѣднихъ, съ цѣлью сохранить въ известныхъ случаяхъ члены, обреченныя по господствующимъ возрѣваніямъ на отнятіе. Само собою понятно, что, при сохраненіи члена, нѣльзя въ виду и сохраненіе въ какой-нибудь мѣрѣ его опакроченій: степень восстановления функций члена всегда служила мѣрникомъ, удачи или неудачи резекціи. Очевидно вѣрней съ тѣмъ, что эти операціи должны были имѣть различное значеніе, смотря по живости членовъ и смотря потому, насколько, въ случаѣ отнятія послѣдняго, его можно было замѣнить искусственнымъ снарядами. Естественно, что чѣмъ важнѣе членъ и чѣмъ труднѣе его замѣнить искусственнымъ снарядами, тѣмъ большее значеніе должна получить сохраненіи его резекціи. Рѣзкое различіе, существующее въ этомъ отношеніи между верхними и нижними конечностями, неизменно должно было привести къ рѣзкому разграниченію производимыхъ на нихъ резекцій. Въ самомъ дѣлѣ, человеческая рука представляетъ такой совершенный и приспособленный къ такимъ сложнымъ отправленіямъ механизмъ, что отнятіе ея составляетъ потерю, невозможную для большаго: естественные аппараты могутъ замѣнить верхнюю конечность рѣзкіе только со старыми забавной формы. Оттого явилось — сохранить руку посредствомъ такъихъ операцій, какъ резекціи лопатки, плечевой головки, во время по паденію со-

чувствіи, даже среди самыхъ предубѣжденныхъ. Не трудно было понять, что какъ бы ни была важна рука послѣ этихъ резекцій, все же она менѣе важно лучше и полезнѣе простой кулаки. Выгоды резекціи въ этомъ случаѣ были до того очевидны, что самое усердное пристрастіе старымъ сталъ совершенно относиться къ сильнымъ попыткамъ втроеболѣе, и направилъ свои нацѣлы не столько на основную цѣль оперативнаго метода, сколько на способъ и рѣзкіе его клиническія приемы.

Совершенно иное отношеніе большинства хирурговъ къ резекціи въ нижнихъ конечностяхъ. Легкость, съ которою большіе или меньшіе отходы послѣднихъ могутъ быть замѣнены искусственнымъ снарядами, даже самыми простыми, отпихала въ глазахъ огромнаго большинства всюкую цѣну, всякое значеніе у резекцій, тѣмъ болѣе, что, по господствовавшему въ то время догмату убѣжденію, резекцированный членъ не могъ служить достаточно прочною опорой для туловища и что, потому, сохраненіе его, во всякомъ низкомъ полнѣе больному, должно было, напротивъ, стоить ему въ тягость. Если же, вѣрнѣе того, являлось въ вниманіе, что объ отсоединеніи, соприкосновеніи съ резекціей, составляла себѣ, на основаніи однихъ только теоретическихъ соображеній, преувеличенное понятіе, и что, напротивъ, изъ ампутации смотрѣть simplestъ легче, то слѣдуетъ помнить, почему кончили вѣрныя резекціи существовать вѣнныя конечности въ хирургическую практику вѣрнѣе до послѣдняго времени такой энергичней и вѣрнѣе отпоръ. Если на верхнихъ конечностяхъ рѣзкіе связанныя съ резекціей большаго сустава считались въ болѣе или меньшій мѣрѣ невозможными, въ виду несомнѣнныхъ преимуществъ этой операціи предъ ампутаціей — съ точки зрѣнія очевиднаго результата, то на нижнихъ конечностяхъ, по убѣжденію большинства, рѣзкость была равносильна не чѣмъ-либо.

Но послѣднее воззрѣніе не могло, однако, prevailъ съ одинаковою силой къ резекціямъ всѣхъ суставовъ нижнихъ конечностей. Чѣмъ дальнѣе суставъ отъ туловища, чѣмъ важнѣе нелегкая часть члена, тѣмъ меньшее значеніе должна имѣть его резекція въ качествѣ операціи, замѣняющей ампутацію. Такъ, напримеръ, третья часть воюаго пальца — часть до того ничтожная, и выходящая такъ мало вліянію на правильное

отражение живой конечности, что в сохранившейся ее покое реакции не сбить и элемент; права ампутиции остаются здесь неприменимыми. Напротив, чем ближе суставы к туловищу, тем важнее имеет значение конечности, тем большее значение приобретает реакция в том, наоборот, имеет значение достояние конкурирующей с нею ампутиции. Так, например, восприятие на предвечном, долгое время господствовавшее мнение реакции тазобедренного сустава, как термознательного средства в излечении болящих этого сустава, никому, однако, не когда серьезно придет в голову мысль заменить эту операцию выведением бедра. С этой же точки зрения реакция колена и голеностопного сустава должна была иметь в глазах хирургов несомненное значение. Идея — сохранить посредством реакции колена, здоровую голень, соединяющую с здоровой стопой посредством здорового сустава, но когда удалось не стояло внимания уже потому, что, несмотря на господствовавшее пристрастие к ампутициям, отчасти бедра всегда считались важнее, а удобства требующихся после него протезических средств были хорошо известны. К тому же, вопрос о возможности заменить ампутицию бедра реакцией колена должен был казаться тем более недумываемым для внимательного размышления, что эта операция впервые выступила на сцену хирургии случаев бесплодного успеха; Коркки, оперированный *Parrolo*, мог так хорошо действовать своею разрывавшою ногой, что, по излечении, он оставался в состоянии продолжать свою службу. Отсюда можно вести реакцию колена к хирургической практике и тем самым иметь высшей целью и значение дано в глазах своих предубежденных; он, до известной степени, оправдывается целью, возможность которой, по крайней мере в теории, было или даже сознавалось самим; и если, в течение долгого времени, не могли возникнуть исследования Парра оставались неопровергаемыми, то в этом главным образом виноваты глубоко зарывшиеся в ум большинства хирургов понятие о необходимости, будто бы, основательных, сопряженных с реакцией такого большого озлобления, о громадных трудностях исследованиям лечения, о небрежности окончательного результата.

В совершенно новом свете представляется реакция голеносто-

пале сустава. При несомненных выгодах ее совершения — ампутиции голени, эта реакция должна была казаться операцией, не заслуживающей внимания тем же из хирургов, которые больше или меньше благоприятно относились к реакции колена в тазобедренного сустава. Стоило ли, в самом деле, подвергать большого риска рода случайностям и опасностям, сопряженным с реакцией, и в некоторых, в то же же, случаях, составили себе предвечное мнение; стоило ли раскопать из-за сохранения стопы, еще количество людей, когда ампутиция и loco electiois не только была, но господствовавшими убеждениями, безосновательными, но только быстро забвения большого от страданий, но давая, гримб того, преледную культу, с которою оперированные, при помощи арестно и удобного снаряда, могли ходить еще лучше, то и не хуже, чем после всякой удавшейся реакции? Познано, что, если держалась такая мысль на ампутицию голени, реакция голеностопного сустава негод и не в том же когда видна энергической поддержки; о распространении этой операции в хирургической практике не считал нужным элемент, в том же убеждения, что, в этом случае, *non se debet esse*. Для того чтобы реакция голеностопного сустава могла иметь побуждение ее явнее в оперированной хирургии, необходимо было прежде всего раздать людям относительно ампутиции голени; а для этого необходимо было переработать учение о возможности к ампутициям вообще во совершенно новую эпоху. Возможность такой переработки являлась в конце первой половины нашего столетия. Благодаря приложению статистического метода в обширных масштабах в распределении смертности после отаки членов, добрые к ампутициям, так долго осуждавшиеся хирургов и так сильно термознательное введение в хирургию других, более консервативных операций, значительно возросло. Равнодушное мнение в этом смысле оказал статистический исследования, произведенный в парижских госпиталах. Малькем в 1848 году.

Важнейшим результатом работы этого талантливого автора было резко выраженное стремление к ограничению области ампутиции — стремление, которое, прежде всего, выразилось в известной текст, предложенной Брюссельскому Академии на конкурс премии за 1849 — 51 — 53 г. (*lire sommaire, d'après l'état actuel*

de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les réséctions osseuses) и другим уже въ сочиненіяхъ Моссорі (*Insidie Morsus La Chirurgie Conservatrice*, Bruxelles, 1812), Девона (*Devona, Des moyens d'éviter les amputés et des réséctions osseuses*, Bruxelles, 1833); особенно же въ трудѣ бреславскаго хирурга Шула (*Paul, Die conservative Chirurgie*, Breslau, 1834), поминавшемъ на именованъ языкѣ въ 1834 году. Съ этого времени, выраженіе—*консервативная хирургія*, принадлежало, если мы не ошибаемся, первому изъ названныхъ писателей, стало довольно распространенно въ хирургіи и, несмотря на свою туманность, векоръ приобрѣло такую популярность, что въ настоящее время трудно найти сочиненіе или статью по части хирургіи, гдѣ бы оно, или различныя его варианты, не встрѣчалось по нескольку разъ.

Хотя, въ томъ Бреславльскомъ Академіи, продолжалась, вѣрнѣ съ ампутоміею, какинъ нибудь хирургической практикѣ и резекціи костей, однако, на самомъ дѣлѣ, этого не случалось: виденъ въ наибольшей степени разрѣшился только относительно ампутоміи, крутъ которыхъ быть доверять до возможнаго минимуму; напротивъ, резекціи, — эти естественныя и блаженныя антигенны отвѣтія членовъ, — получивъ съ этого времени выходящее дѣталь развитіе. Такъ, случаи вырванія суставовъ на верхнихъ конечностяхъ, бывшіе, какъ мы уже видѣли впродѣ, нѣрѣдкимъ, стали повторяться еще чаще, тогда какъ прежде, что самоистязанія или ампутоміи далеко не болѣзненно въхъ. Изъ статистики Гейсселера видно, что, съ 1819 по 1859 годъ, получимъ резекціи локтевого сустава произведено болѣе, чѣмъ въ теченіи всего предыдущаго періода; на каждый годъ послѣдній приходится среднимъ числомъ только девять случаевъ этой операціи, тогда какъ на каждый годъ означеннаго десятилітія въхъ приходится болѣе семидесяти. Что касаетъ до резекціи суставовъ на нижнихъ конечностяхъ, то, начиная съ началъ современнаго столѣтія, обѣихъ операціи нѣтъ возрастаетъ съ быстротой, нѣтъ болѣе удивительнаго въ глаза, что, какъ сказано выше, эти операціи производились прежде весьма рѣдко. Здѣсь, однако, мы, какъ и въ верхнихъ періодахъ, находимъ рѣзко различіе между резекціею колѣна и голеностопнаго сустава, — различіе, давнее какъ только право заключить, что исторически, производимое въ началѣ о по-

казаніемъ съ ампутоміею раскрытіемъ опасности этихъ операцій, нѣтъ на дальнѣйшую нѣтъ судьбу жизни далеко неодинаково. Для резекціи колѣна какинъ это было рѣдко и рѣшилось; между тѣмъ какъ до 1819 года число всѣхъ шибетныхъ случаевъ этой операціи едва доходило до 30, въ 1859 году оно уже возросло до 182. Замѣтимъ при этомъ, что послѣдняя операція, знаменитая у Гейсселера, далеко не можетъ называться редкою, такъ какъ, по статистикѣ Гриве (*Grise, On the knee joint*, 1863), въ одной Англіи, съ 1830 по 1860, было произведено 238 резекціи колѣна! Даже Французомъ, которыхъ нелюбіе къ резекціямъ суставовъ на нижнихъ конечностяхъ всегда выражалось особенно рѣдко, и тѣ, въ виду высокой смертности послѣ отпадія бедра, причислялись исключительно скорѣе на вырваніе колѣна: годъ три тому назадъ, Верволь хотѣ съобрать до 12 случаевъ этой операціи, принадлежавшихъ его соотечественникамъ и поминавшихъ одинъ изъ Аргитъ въ довольно короткій промежутокъ времени. Наконецъ, уже виденъ то обстоятельство, что за послѣдніе 15 — 16 лѣтъ, на обѣхъ одной почти резекціи въ говорилось и не вышло такъ много, какъ в резекціи колѣна, оно поминавши, каинъ значеніе получили эти послѣдніе въ глазахъ нашихъ современниковъ.

Далеко не въ такомъ времени сабѣ представляется нѣтъ исторія полной резекціи голеностопнаго сустава въ предѣленіе означеннаго періода. Число случаевъ этихъ операцій тоже возрастаетъ, но въ разнѣхъ неравномерно нѣтъ значительно. Такъ, въ Англіи, гдѣ резекціи колѣнаго сустава получали съ легкой руки Феррессо (1850) такое широкое, быть можетъ даже слишкомъ широкое примѣненіе, можно вполнѣ не болѣе десяти случаевъ полной резекціи голеностопнаго сустава. Изъ нихъ четыре принадлежатъ Гоммю, который впервые ввелъ въ Англію эту забытую до него операцію; остальные шесть свойственны Верволь, Кольманомъ, Гиссомъ (Ниссу), Каммингомъ, Гермеромъ и Гумбромъ. Какъ видно будетъ ниже, называемъ съ операціи нѣтъ случились нѣкогда сустава. Въ Америкѣ, Галлоуэ (*Halloway*), Рейджеръ (Редер) и Джоселетъ произвели каждый по одному разу эту операцію. Во Франціи, одинъ только Седло отвѣчалъ, въ 1857 году, производя полную резекцію голеностопнаго сустава, но случаи травматическаго его поврежденія; подражателей между его соотечественниками у него до сихъ поръ не вышло,

отности, впрочем, по той причине, что в этом случае, впрочем, из благоприятный исход операций, тем не менее было самое тяжелое. Наконец хирурги опередили всех прочих в частоте проведения полной резекции голеностопного сустава. С 1859 г. *В. Лангсбек* проводил эту операцию два раза, *Нуссбаум* и *Гейссера* — по четыре, *Вейдерхер* и *Бруна* — по два, *Тельстор* младший, *Говерла*, *Козе* и др. по одному разу. В большинстве этих случаев, как правило, к резекции слуханы хроническое воспаление и костная ткань, размягченная, была в течение таковых травматических повреждений, так и без видного внешнего клиника. Только во двух случаях (*Бруна* и *Нуссбаум*) приведена была полная резекция по поводу травматического повреждения сустава. У всех полная резекция голеностопного сустава была произведена, сколько мы знаем, только дважды: один раз — в клинике Никогорова доктором Енис, по случаю костобоя, и другой раз — мною, в Госпитальней Клиник Московского Университета, по поводу кострякаго злокачественного вывиха. Итак, мы знаем лишь случаи этой операции, за последние 17 — 18 лет, которые не было хороша.

Еще ли можно искать причины такой малочисленности в редкости страданій голеностопного сустава. Последний, впрочем, относится к болезням, именно подвороженница разнообразных страданій; по частоте заболевания различными формами хронического воспаления, они занимают последнее место, а по некоторым (*Starr*) даже первое место. Можно бы заметить, что приведенная выше цифра не может идти в параллель с сравнительно громадным числом резекцій колена, так как органические страданія, развивающиеся в голеностопном суставе, подразделяются на те, которые только являются резекциям, но и к таковым, которых мы по причинам не рассматриваем. Однако таких случаев немного. Из статистики *Гейссера* видно, что с 1843 года производится по этому поводу: резекция внешнего конца малой берцовой кости (два случая).

•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•
•	•	•	•	•	•	•	•	•

Итого... 9 случ.

Если мы прибавим к этим два случая резекцій малой берцовой кости *Дельо*, *Рагера* (bis), *Вуда* (*Wood*), пять случаев вывихания таранной кости *Рагера* (одновременное удаление вывихнутой лодыжки), *Гейссера* (bis), и получим сумму присоединям к числу полных резекцій, то получим цифру 60, выразившую число всех известных резекцій голеностопного сустава, как полных, так и частичных, произведенных по поводу органических страданій сочленения, в течение последнего периода до 1865 года включительно. Незначительность этой цифры (сравнительно с числом резекцій колена, число которых, как мы знаем, было только до 1860 года) трудно объяснить относительно редкостью болевой голеностопного сустава: во 1-х, органически страданіи этого сочленения, так же, как и в последние, вовсе не редки; во 2-х, тяжелые травматические повреждения — особенно вывихи и переломы — едва ли воспринимаются в каком-либо другом суставе так часто, как в голеностопном; а они, в последние своего стадия, могут вконец подорвать из резекциям не только истеричны, но и пользы. Чем же объяснить редкость этих операций? Сколько нам известно, они удаляются главным образом следующим образом: во 1-х, хотя бы статистических исследований и оказалось, что ампутация *in loco electio* гораздо опаснее, чем другая операция, однако несомненно достоинства оставшейся конечности были давать ей возможность продолжать усиленную конкуренцию с резекцией голеностопного сустава; последней же так было трудно соперничать с оставшимся голем, что резекция колена не оставил безразлична. Но, кроме того, резекция голеностопного сустава производится в течение последних 16 лет, выдержав другую, еще труднейшую конкуренцию со стороны трех новых операций: а именно с *ампутомией под лодыжкой* (*Lectur*), с *ампутомией* своим по способу *Берна-Сейла* и с *осколочиванием* операцией *Пирогена*. Первые два выдержав, правда, еще недавно до наступления второго периода (до конца сороковых годов), до надлежащую оцѣнку себя, равно как и ампутацию *Пирогена*, получив только за последние время; а как скоро терапевтическое достоинство этих операций вытеснилось и делением их

въ оперативной хирургии упрочилось, то значение резекции голеностопного сустава должно было еще более возрасти.

Естественнымъ последствиемъ рѣдкости этой резекции является тотъ фактъ, что господствующимъ противъ нея предубѣжденіемъ, которое при большомъ числѣ случаевъ клиническихъ наблюденій, конечно бы расшаталось, продолжаютъ существовать и въ настоящее время. Между современными писателями, говорившими о резекции голеностопного сустава, больше противниковъ, чѣмъ сторонниковъ этой операціи. Такъ, *Поперелла* (*Péperella Anatomie topographique*, p. 718) говоритъ, что резекція голеностопного сустава не въ какомъ случаѣ не стоитъ дѣлать. *Седильо* (*Sédillot*, p. 519), несмотря на полученный имъ успѣхъ, весьма недвѣрчиво относится къ резекціи голеностопного сустава и предпочитаетъ ей ампутацію *Сейма* и *Дюверра*; онъ предполагаетъ, что частными исходами этой операціи бываютъ только въ исключительныхъ случаяхъ, что, напротивъ, всеобщие исходы, о которыхъ авторъ будто бы благоразумно умалчиваетъ, встречаются на самомъ дѣлѣ, гораздо чаще. *Легюссан*, одинъ изъ лучшихъ современныхъ военныхъ хирурговъ, говоритъ: *Nous sommes portés à rejeter la résection tibio-tarsienne* (полная резекція?)... *les dangers de l'opération et l'incertitude qui plane sur la valeur de ses résultats définitifs nous paraissent justifier suffisamment notre opinion.* (*Légoussant. Traité de chirurgie*, d'année. p. 749. 1843). Английскіе хирурги тоже неблагоприятно относятся къ полной резекціи голеностопного сочлененія. «*Посмотря на удивительный исходъ операціи помысла Морю,*» говоритъ *Ферриссонъ* въ 1837 году, «образъ дѣйствій этого хирурга въ новое время, очевидно, не имѣлъ подражателей. И не имѣя личной опытности въ этомъ дѣлѣ, но вполне, чѣмъ случитъ, въ некоторыхъ производимыхъ этой операціи возможнъ былъ отродомъ, должны остерегаться весьма рѣдко. И сего ради эту операцію, продолжая тотъ же авторъ, «всегда трудно и во многихъ отношеніяхъ больше опасно для больного, чѣмъ ампутація въ суставѣ или ампліею колѣна.» (*Ferrisson's Practical surgery* 1837, pg. 447). Такъ говорятъ хирурги произведшіи больше традиціи резекціи колѣна!

Впрочемъ писаніе Англичанъ къ вырѣзанію голеностопного сочлененія, по мнѣнію Боргуаля, должно объяснять неблагоприятнымъ

отзывомъ о ней такого авторитетнаго писателя, какъ *Сейма* (*Syme. On excision of diseased joints*, p. 148), который положительнъ усомнился въ возможности получить послѣ этой операціи сколько-нибудь годную для ходьбы ногу. Такъ какъ *Сейма* на разѣ не принималъ этой резекціи, то очень вѣроятно, что въ основаніи его невыгоднаго о ней отзыва лежалъ тѣ же случаи исходовъ, которые позже составили этого славнаго хирурга такъ вредными отзывами объ операціи *Пирогова*, а именно: отечное пространство къ употребленію имъ способа выдѣленія и деторизація только во время, что могло бы сколько-нибудь стѣснить ему клиническаго приключенія. Что касается до современныхъ писателей хирурговъ, то, благодаря относительному болѣе частому клиническому матеріалу и болѣе близкому знакомству съ исторіей резекціи голеностопного сустава, у нихъ, вообще говоря, сложилось болѣе правильное воззрѣніе на достоинства этой операціи. Однако предубѣжденія и у нихъ еще далеко не исчезли; нѣкоторые изъ нихъ относятся къ выгодамъ полной резекціи голеностопного сустава, если же къ духу совершеннаго отграниченія, то во крайней мѣрѣ перешагнуло, уклончиво. *Линдбергъ* (*Lindberg. Operationsleere*, 1861, pg. 126) утверждаетъ, что эта операція дала мало хорошихъ результатовъ; по его мнѣнію, безразличнѣйшимъ ее исходомъ—неизбѣжное срѣзание резекціонныхъ частей; всюду, даже наибольшую подвижность она считается столь же вредною для отграниченія оперированной конечности, какъ и та, которая является послѣдствіемъ развитія обыкновенныхъ псевдартрозовъ. Также же мнѣнію о необходимости востанова сращенія для годности резекціоннаго члена держатся и *Бардольфо* (*Bardeleben-Fisler. Lehrbuch d. Chirurgie*, IV. 881); зѣтъ авторъ считаетъ незначительное сохраненіе вытѣкающихъ сухожилій, и поэтому образованіе перваго локута очень предпочтѣнъ бы всякому другому способу, еслибы рѣзченіемъ первичныхъ большеберцовыхъ сосудовъ и нервовъ не шлолось ему основнымъ для исцѣленія стѣны. При оцѣнкѣ терапевтическаго достоинства резекціи голеностопного сустава, онъ, даже въ послѣдствіи виднѣи своей хирургіи, держался устарѣвшей системы *Рида*, благоудѣльные результаты которой, по его мнѣнію, еще ничего не доказываютъ; только съ появленіемъ настоящей статьи *Лангебека*, онъ, вмѣстѣ съ *Фолькманомъ*, рѣшился добрыми глазами на бла-

статее будущее, ожидающее этого рода операций. Выдержка видима не доверяет полным резекциям головностопаго сустава; из его словых слышится как бы упор нашим современникам, за предположение будто бы распространение этих операций; она ожидает лучших результатов от отаия стана по Парову и думает, что в будущем будущем кругу резекций должно существовать в пользу той или другой из соответствующих инпуаций. Делме неблагоприятно отаивается о резекциях головностопаго сустава и предпочитает им отаие чела.

Итак, докторамь, главна причина предубежденій против резекцій головностопаго сустава и рідкости их производится заключаетса в томъ, что для них конкуренція съ инпуациями была гораздо труднее, чьомъ для резекцій другихъ суставов; въ первомъ периодъ развитіе ихъ задерживалось всеобщимъ доверіемъ къ отаію голови in loco morbi; во второмъ ей, кромь того, пришлось выдержатъ соперничество съ тремя новыми инпуациями, чего не случилось ни съ какою другою резекціей.

II.

Литература. Источники отаиваемы в общій Голландскій таблиць вьсшихъ резекцій головностопаго сустава. Обзорные случаи, въ которыхъ имъ эту таблиць. Служитъ авторъ. Таблиць.

Спеціальная литература резекцій головностопаго сустава, какъ можно уже судить изъ моего сказаннаго объ историческомъ значеніи, этихъ операций, весьма неботна. Кромь упомянутой уже небольшой статьи *Jouvenot's* Ueber Resection des Fussgelenks bei Schussfracturen desselben (Berliner klinische Wochenschr. 1863. 23 Januar), и кромь довольно скуднаго материала, разбранаго по различнымъ периодическимъ изданіямъ, она ограничивается сльдующими сочиненіямъ:

Morison—Observations pratiques relatives à la résection des artic. Paris. 1803.

Idem—Essai sur la résection des articulations malades. Paris. 1816.

Brieger. Die Resection des Fussgelenks. Inaug. Abhandl. 1862. Tübingen.

Ossmann. Ueber die Resection des Fussgelenks. Dissert. Würzburg. 1851.

Krause. Ueber Resectionen und Luxationen des Fussgelenks. Diss. Marburg. 1862.

Первая изъ этихъ монографій уже давно стала библіографическою рідкостью и редеть, равно какъ и вторая, лишь историческое значеніе; остальные три суть докторскія диссертации, весьма трудно доступныя, съ которыми мы можемъ ознакомиться лишь по красивымъ рефератамъ, помещеннымъ въ *Casati's* Jahresbericht. Въ хирургическихъ руководствахъ, даже воиблимыхъ авторахъ, каковы *Эверетъ*, *Кардоловецъ*, *Брилъ*, *Верверъ* и др., резекція головностопаго сустава разсматривается весьма поверхностно. Лучшая литература касается для изученія этой операции служить трактаты о резекціяхъ *Еиера* (*Jacquet*, in *Recht's* Handwörterbuch der Chirurg. B. V. S. 359. Decapitatio epiphysium), *Руда* (*Ried*. Die Resectionen der Knochen. 1860. Nürnberg) и *Гейфельдера* (*Oscar Heyfelder*. Operationslehre und Statistik der Resectionen. Wien. 1861). Первыя два уже устарьли и имеютъ лишь историческое значеніе. Что касается до посльднего, то хирургическая литература предлагаетъ намъ въ немъ наибольшее и, по объему, единственное руководство къ изученію не только резекцій въ общемъ смыслъ, но и всьихъ вообще возможныхъ операций на костяхъ. Существенная и самостоятельная часть этого труда заключается въ обширныхъ статистическихъ изсльдованіяхъ, для которыхъ основаніемъ послужили клиническія матеріалы, собраныи послъ Руда въ огромномъ количествъ. Не вдаваясь въ разсматриваніе достоянствъ и недостатковъ этого сочиненія, основательно разобранаго *Гурьломомъ* (*Gurlitt's* Bericht. Arch. f. Klin. Chir. 1869—71. Heft 3), мы остановимся только на тьхъ его страницахъ, которыя посвящаются изученію и статистикъ нашей операции. Зьсь мы встрьчаемся со многими погрьшностями, доказывающими, что авторъ собиралъ факты безъ строгой проверки и что она гораздо рьже справлялась съ первоначальными источниками, чьмъ можно бы заключить, судя по его соизамъ. Такъ, въ числъ двадцати двухъ собранныхъ имъ случаевъ полной резекцій головностопаго сустава, двьдцать (и въ историческомъ обзоръ и въ таблицъ) упоминаются о какомъ-то случаъ Руда (*Ried*), прозваннаго будтебы полную резекцію головносто-

ного сустава в 1819 году, по поводу острозлошной раны. Основываясь на показаниях Гейвельдера, Демме, Эвертс и др. также приписывают эту операцию к изобретениям Резиуса и относят его к ольденбургскому году. На самом же деле оказывается, что Резиус никакой резекции не делал и что острозлошная рана, по случаю которой ему приписывают эту операцию, известна не в 1819, а в 1745 г., в страсти при Фотонгуа. Субъект, полагаясь наведь к такому хирургическому ведению, редкой Шарля де Амьена, был решен удалить адрит, которое раздражало ему кости голеностопного сустава и вообще произвело такое разрушение в сочленении, что Резиус хотел было тотчас же ампутировать его ступню человека. Но усиленные просьбы большого заставили его отказаться от первичной ампутации; она ограничилась на первое время удалением свободных осколков и попытка сохранить ногу. Четыре месяца спустя, равной мог ходить без палки. Приписали же резекцию этой ступни различным хронического гоним в отношении его в 1819 году. Гейвельдер сообщает на Форс (Fors), того самого, который так изобрел свои двукратные участки в премиях, возникших в 1736 г. в Хирургической Академии по вопросу о первичных и вторичных ампутациях и который описал случай Резиуса именно по поводу этих премий, в своей диссертации на академическую премию за 1736. (Prix de l'Académie roy. de Chirurgie T. II. 1736. p. 30. Obs. 2.) Смысла на Вельде тоже очевидно; указывая на заболевание Резиуса, этот автор не слова не говорит о резекции, а только об удалении осколков; год операции у него также не обозначен.

Далее Гейвельдер приписывает Амстатину Ремсею (Ramsay) производство первой полной резекции голеностопного сустава по поводу вывиха в этом сочленении, осложненного переломом таранной кости, и сообщает при этом, как Астац Куера. Но эта сочинения названного писателя — a treatise on dislocations and fractures of the joints (Edition of 1831. p. 236. Communication of the dr. Ramsay of Amsterdam), в котором заболевание Ремсея описано in extenso, ни указывает следующее: Штеа Тельсон, 40 лет от роду, 21-го июня 1792 года получила, вследствие падения с лошади, осложненный вывих голеностопных костей, который вызывался из широкой раны многих частей; при

этом наблюдался непрерывный перелом таранной кости, верхний скелет которой оставался в связи с концом большого берца и вырвался вместе с ним из околочной раны. Словом, раздробление сустава было таково, что Ремсей, прибегнув к большому случаю два часа, немедленно рывался на ампутацию, которая и была бы произведена, если бы, при более тщательном исследовании, не оказалось, что крошечные переломы голеностопного сочленения, еще существовали переломы бедра той же стороны. Это обстоятельство заставило Ремсея отказаться от откидки голени сь безразлично удалением ампутации при этой откидке таранной кости, а зафиксировать без затруднения вправить вывихнутые концы костей голени. К концу сентября того же года рана совершенно зажила, перелом бедра консолидировался, и вскоре больной получил возможность ходить, опираясь только на палку. Ампутации не произошло; между голенью и стопой образовалась как бы новая сустав, обладавший почти нормальной подвижностью. Таким образом заболевание Ремсея, описанное Гейвельдером в изобретениях полных резекций голеностопного сустава, оказывается просто случаем застарелого вывиха таранной кости.

Случай Моро-Сана, введенный под № 4-м в статистическую таблицу нашего автора, строго говоря, тоже сюда не относится, потому что эта операция (произведенная 17-м-летнему больному, слабому, золотухному, по поводу хронического страдания сустава) состояла только из удаления паразитических костеядой таранной кости и нижнего конца большой берцовой; маловероятно, чтобы хирург счел возможным сохранить, так как при исследовании он оказался здоровым. Последовательное лечение затрудно весьма долго, и результаты операции были довольно плохой: стопа искривилась внутрь так, что больной при ходьбе мог операться только на наружный ее край. Случай Моро относится к группе описанных операций, составляющих переход от частичных резекций к полным. Подробное изучение особенностей сюда заслуживает того бы значительно разъяснить вопрос о сохранении малго берца, когда удален большой берцовый кость одна, или вместе с таранной, — вопрос весьма важный по тесной связи своей с вопросами о возрождении суставных концов после резекции.

Къ этой же группѣ должно отнести и случай Вебера (Friedreich und Hesselbach, Beitr. zur Natur und Heil. K. II. S. 142), названо отсюда Гейссельдеромъ изъ полнымъ резекціей голеностопнаго сустава. Большой страдалъ разстройствами в костяхъ, развивавшимся въ голеностопномъ сочлененіи вследствие осложненнаго вывиха. Операция, произведенная чрезъ шесть недѣль отъ начала боляши, ограничилась резекціей куска fibula величиной въ 1²''' ; таранная же кость, потерявшая всякую связь съ соседними костями и свободная лежавшая въ полости сустава, была просто удалена щипцами.

Еще съ великимъ правомъ можно отнести случай Лиссона (Foureaux, Nouveaux éléments de médecine opératoire, 1816. T. I, p. 592) къ полнымъ резекціямъ голеностопнаго сустава. Судя потому, что о немъ говорится въ таблицахъ Гейссельдера, можно подумать, что, кроме удаленія кости таранной, ладьеобразной и двухъ клиновидныхъ, были еще отрезаны суставные концы обѣихъ берцовыхъ костей; на самомъ же дѣлѣ, отъ нихъ удалена одна только внутренняя лодыжка, такъ что, послѣ операціи, во отношеніи нижняго укороченія ось голенныхъ костей. Несмотря на обширную убыль скелета стопы, произведенную этою операціей, послѣдняя, очевидно, относится къ частичнымъ резекціямъ голеностопнаго сустава.

Нашъ авторъ приводитъ еще случай Ронжанде, гдѣ, по поводу осложненнаго вывиха и перелома въ голеностопномъ суставѣ, произведена была въ 1822 г. полная резекція этого сочлененія. Подробностей — никакихъ; сказано только, что успѣхъ операціи констатированъ 30 дѣтъ спустя, ослѣдовавъ тоже же выбѣса. Такъ какъ намъ не удалось отыскать въ литературѣ болѣе подробнаго описанія этого случая, то, удерживая его для нашей таблицы, мы возлагаемъ отысканность за него на Гейссельдера.

Наконецъ въ таблицахъ Гейссельдера показано, что Ру (Roux) произвелъ полную резекцію голеностопнаго сустава въ 1830 г. съ счастливыми успѣхами. Это именно; операція произведена въ 1832 г. и окончилась смертью больного. (Foureaux, *ibid.*)

Такимъ образомъ, изъ двадцати двухъ собранныхъ Гейссельдеромъ случаевъ считаемъ себя въ правѣ выкинуть пять, следъ изъ подлѣвшихъ; остальные же семнадцать внесемъ нами въ подлинную ниже таблицу съ некоторыми поправками и дополненіями.

Присоединимъ къ нимъ еще тридцать одно наблюденіе; частью принадлежаша Гейссельдеромъ, частью сообщенныя послѣ виданія его книги. Описаніе этихъ случаевъ и ссылаю читатель можетъ найти въ указанныхъ источникахъ; здѣсь мы считаемъ достаточною привести ихъ кратко.

Robert, von Koblentz (Casper's Jahrb. 1835. B. V. S. 237. Wien. med. Wochenschr. NN 10, 33, 41, 1835). Омерзительная паружая лодыжка, костьки таранной и большой берцовой костей. Операція сдѣлана въ два приема, съ четырехъ-недельнымъ промежуткомъ. Сначала Робертъ надѣлся ограничиться однимъ только удаленіемъ паружой лодыжки; но, такъ какъ, съ теченіемъ времени, послѣдній концы fibula и таранная кость оставались пороченными костьками, то, четыре мѣсяца спустя, пришлось прибѣгнуть къ резекціи всего сочлененія. Разрезы удалены частію скелета: большой берцовой кости 76 миллим., малой берцовой 59 миллим.; значить, послѣдняя выстала надъ первымъ на 11 миллим.; таран. к. же удаленъ. Несмотря на тщательное сохраненіе мягкостенныхъ, возрожденіе кости оказалось неудовлетворительнымъ: она осталась укороченною на 55 миллим.; следовательно, наибольшій хѣтръ возрожденнаго части большой берцовой кости равнялся только 33 миллим. По возрожденіи большой кости ходить при помощи обуви, слабѣеиной выносливѣмъ кобылуемъ и, на первомъ время, желавшимъ боковымъ шагомъ.

Boncock (Garl's Bericht für 1839 in Arch. für Klinisch. Chirurgie. Lenzet 1839. V. I. p. 365. Vol. II. p. 331. 1843. Vol. I. p. 142), введя новую резекцію голеностопнаго сустава въ Англию, произвелъ эту операцію съ 1831 по 1839 годъ четыре раза.

1) Въ 1831 году оперированъ мальшечка, страдавшій костьками голеностопнаго сустава со спайками кожи, открывавшимися въ старѣе паружой лодыжки. Большой выдвинулся чрезъ три мѣсяца и могъ въ послѣдствіи (спустя годъ) не только ходить безъ затрудненія, но даже бѣгать и прыгать. При толстой подошвѣ, уравнивающей длину оперированной конечности съ длиною здоровой, большой ода замѣно хромалъ. Помнящему, въ сочлененіи голеней со стопой произвелъ совершеннаго измѣненія; за то въ Шопаревскомъ суставѣ развилась въ значительной степени конклеваторная подвижность.

2) Въ 1837 году, двадцатипятилѣтнему мужчкѣ произведена такая же операція по случаю костьки таранной кости и суставныхъ костькамъ голеныхъ костей, — отъ каждой изъ потлѣвшихъ удалено по 1¹/₂'''. Выздоровленіе окончилось въ четыре мѣсяца, причемъ въ сочлененіи голеней со стопой возстановилась подвижность. Оперированный ходить съ помощью изобрѣденнаго имъ сандаля, слабѣеиного босоножья шапана, и въ которомъ внутренній кобылужъ

были заменены спиральной пружиной. Что касается до формы оперированной конечности, то, судя по рисунку, из этого отклонения не остается ничего лучшего. В течение восьми лет (до 1862 года), Нипсоэк имелъ часто возможность наблюдать оперированного и видѣть, въ какую легкость онъ могъ идти въ горы.

3) Въ томъ же году и по тому же показанию оперирована женщина, у которой кариезные свищи открывались из передней поверхности сустава и въ сторону внутренней лодыжки. Последовательное леченіе тенулось весьма долго, и большия выписались изъ больницы до окончанія выкорчеванія; 6—7 мѣсяцевъ спустя, она скончалась отъ страданій лодыжекъ.

4) Въ 1838 году, у шестилѣтняго мальчика, страдавшаго кистой и свидами голеностопнаго сустава, удалены во только нижніе концы обѣихъ берцовыхъ костей и большая часть таранной кости. Черезъ шесть мѣсяцевъ большой мѣсять ходить и ходить, но опущена болѣе. И въ этомъ случаѣ устоялъ операціи консервативнаго сустава восемь лѣтъ.

Nesbiter's (*Oesterreichische Zeitschrift für prakt. Heilkunde* 1862. S. 98, 138, 133, 167 etc.) приводитъ три случая полной резекціи берцово тараннаго сочлененія.

1) Пациентъ въ правую голеностопную суставъ, кистой, многочисленныя свищи. Черезъ три мѣсяца послѣ операціи большой мѣсять уже ходить при помощи одной только палки. Въ техническомъ отношеніи этотъ случай замѣчательнѣе тѣмъ, что, по удаленіи наружной лодыжки помощью костяныхъ кожаныхъ таранная кость была вынута и суставная ее головка откидана вогнутою пилкой; затѣмъ Нейдереръ разсѣкалъ жидкія части нѣтъ внутреннею лодыжкой и, отослорвавъ ихъ сверху и снизу, проникалъ общее свѣщеніе обѣихъ голеныхъ костей тою же пилкой.

2) Кистой въ голеностопномъ суставѣ той же стороны. Резекція произведена *in situ*, при податливыхъ боковыхъ разрывахъ. Выкорчеваніе продолжалось весьма долго; въ теченіе последовательнаго леченія развились некротическія свищи въ предплюсневыхъ костяхъ нѣтъ. Окончательный исходъ, относительно годности члена, неизвѣстенъ.

3) Въ третьемъ случаѣ резекція голеностопнаго сустава произведена Нейдереромъ (*Arch. für Klin. Chirurg.* V. VI. H. 2. S. 359) во время послѣдней Шлезвигъ-Гольштейнской войны, во поводу естественнаго рана означеннаго сочлененія. Восстановленіе подвижности въ голеностопномъ сочлененіи. Конечность укоротилась на 1". (*Archiv. für Klin. Chirurg.* V. VI. H. 2.)

Косѣ изъ Гайльсдорфа (*Medic. Correspondenz-Blatt des Würtemb. ärztlich. Vereins.* 1862. S. 209 Bericht v. Gurk. in *Arch. f. Klin.*

Chir. v. Langenbeck. V. V. H. 2. 3. 1864) сообщаетъ слѣдующій случай произведенія нѣтъ резекціи. 29-лѣтній мужчина выпрыгнулъ изъ бѣгавшаго экипажа, упалъ на внутренней край правой стопы и получилъ вывихъ голеностопнаго сустава, ослепительный разорваніемъ раны надъ внутреннею лодыжкой, которая значительно выдвинулась надъ внутреннюю край стопы. По истеченіи трехъ мѣсяцевъ, большой вывихъ къ Боуу въ слѣдующемъ состояніи. На три дюйма выше внутренняго мизела закрѣдилось, въ проекціи одного дюйма, отверстиемъ некрозомъ, простиравшемся отъ свѣщенія туго наложенной повязки; наружный край стопы былъ обрѣзанъ впередъ; внутренняя лодыжка, суставная кость, выдвинулась, всюю своею толщею надъ внутреннимъ край стопы; концы переломленной малоберцовой кости совершенно подвижны. Изъ двухъ симметричныхъ отверстій, открывшихся въ теченіе близкаго времени, вытекало довольно значительное количество душно-пахучаго газа. Стопа представлялась атрофированною. Последующіе концы показали, что между таранною и большимъ берцовою костями находилась совершенно свободная оселокъ, и что сочлененная поверхность послѣдней, равно какъ и суставная концы малой берцовой кости, были перерезаны и пѣдены. Разрѣвъ въ три дюйма вдоль задняго внутренняго края большого берца нѣтъ, до внутренней лодыжки; отсюда перерезанъ разрѣвъ впередъ, до *in* *abialis* *ambos*. По отсѣженіи лоскута и обнаженіи нижняго конца большой берцовой кости, отъ послѣдней откинулъ крючокъ длиной въ 1" 3"; поманутый оселокъ, оказавшійся частью сочлененной головки таранной кости, удаленъ и, вождя въ тѣмъ, посредствомъ долота и пестика покиннъ, удалены всѣ поврежденныя костяной части таранной и малоберцовой костей. Убѣдъ скелета равнялась 2" 1". Теченіе раны было благоприятно; количество укоротилась только на 1 1/2". По историченіи, большой, суставной отломокъ, мѣсять проходить нѣтъмъ выскъ съ помощью габриолью онъ еще замѣтно хромалъ.

Barwell (*Lancet*, 1862. Vol. II, p. 171). 25-лѣтняя дама, страдавшая въ теченіе семи лѣтъ кистой голеностопнаго сустава, при обильномъ изгибѣнн и многочисленныхъ свищахъ. Съ цѣлью исследовать степень пораненія сустава и костей стопы, В. сдѣлалъ вертикальный разрѣвъ посреда наружной лодыжки и продолжилъ его впередъ на 1 1/2", во направленіи короткой малоберцовой кости. Такъ какъ, по отсѣженіи доступа и вскрытіи сочлененія оказалось, что кости шлоны, за исключеніемъ таранной, были, вѣдннмъ, здоровы, то Барвелъ имѣлъ возможность привести концы костью резекціи сочлененія по способу Мора. Кровотеченіе во время операціи было значительное; случилось, край того, нѣсколько последовательныхъ кровоточивей, мѣсять обильныхъ. Постепенный упадокъ силъ; за нѣсколько времени до опер-

ти, состоявшей из десяти дней после операции открыты были бубоны, о которых раньше упоминали, — обстоятельство, давшее повод предполагать специфическое заражение.

У. Вревас (Brigel) Die Resektion des Fesselgelenks, Inaug. Dissertation. Arch. für Klinische Chirurgie, Gerl's Verleibt) произвел 4-х-летнего мальчику резекцию голеностопного сустава, по случаю воспаления и kostohой послыдаго. Больной существовал уже восемь месяцев и начался без видных признаков. При поступлении больного в клинику, голеностопный сустав и окружающие его мягкие части представляли уже значительную степень разстройства; значительное утолщение кожи на стороне внешней лодыжки, пять смывшихся отверстий скарлатины и три на внутренней стороне сочленения. Через послыдаго здесь легко проникать до пораженных костейдой кости. Сделав двух-дюймовый продольный разрез над наружной лодыжкой, и вынул конец внешней берцовой кости освободив от перемычек его микротомом частой и боковых sawок. Затем произвел над же разрез над внутренним концом большой берцовой кости, и, не тщательно отделив спереди и сзади мягкие части, пораженные концы обухов голених костей отделил Брюнновом резекционной пилой. От малоберцовой кости удалено 8", от большой берцовой кости — кусок, выходящий с наружной стороны 3 1/2", а с внутренней 3". От значительно утолщенной головки таранной кости, посредством резекционной лопки, удален слой толщиной в 2 1/2". Часть выделенной из жесткой лодыжки, обхватывающей наружную поверхность члена и устроенной из мягкой подвязки. Укреплен обада резекции. По отделении двухкостельных сочленений, резекционная ранозажила к концу третьего месяца, не представляя из своего течения никаких осложнений. Движения в вновь образованном сочленении почти так же свободны и обширны, как в здоровых суставах. Поступил тверды и свободны. Кровота незначительна.

Писарду, 1869 (Medical times and Gazette, 1861. 1. S. 414). У 12-ти-летнего, недавного совершенно здорового мальчика, в течение шести недель, без всяких внешних признаков, развивлось острое страдание (?) (extensive disease of the ankle) голеностопного сустава. Предложена была операция ампутации; но, вследствие несогласия родителей, Гумери напелл возможным ограничиться резекцией. По вскрытии сустава посредством переднего полудлинного сечения мягких частей, оказалось необходимым удалить все таранную кость с лодыжобразно, и и вынул концы обухов голених костей. По отделении шести недель рана почти зажила, но состояние члена было весьма неудовлетворительно; стопа шедела как бы на один только покровок, так что пришлось прибегнуть к ампутации голени в верхней трети.

Тем же хирургом произведен у шестилетней девочки ползая резекция голеностопного сустава, по случаю долге продолжавшегося страдания этого сочленения. Результат операции оказался неудовлетворительным относительно годности оперированного члена.

Дэвис, 1838. Об этом случае известно также, что больной был молодой субъект, что рано после операции, произведенной в 1838, шикла хорошо, но что оперированный член, даже спустя три года, оказался до того слабым в соеденении голени со стопой, и до такой степени атрофированным, что от-во не мог служить прочной опорой для тела. (Medic. t. 4. Gaz. 1861. II. S. 132.)

Селест (Lancet, 1861. 1. 318). Криво сложившей 50-ти-летней больной была оперирована по поводу органического страдания предлоказанного ей правый голы и выражавшегося весьма значительной, сначала болышакон, а потом по болышею опухлостью голених сочленения. Вследствие ослабления связочного аппарата, стопа находилась в отклоненном состоянии. Операция произведена по способу Ганкова: полудлинный разрез от одной лодыжки к другой, длиной в 2" выше и толще верхушке выходящий нить нить, проведенный спереди сустава и проведенный только до сухожилий. Лоскуты отосеквированы и проводятся сверху. Затем наружная лодыжка, по отделении от нее сухожилий и боковых связок, отбрана костными пилитром; то же самое сделано потом с внутренней лодыжкой. Суставная поверхность трамв. с отпалена. Мысль спустя рано выходящая из удовлетворительного состояния, но окончательный исход остался неизвестным, относительно годности члена/резекции резекции в. Archiv. für Kriegschirurgie, 1861. S. 79). 2-го случая Контана же в Lancet 1861. 1. 328 не могли найти. По всей вероятности, ее старини резекрента произошла ошибка. В означенном журналь, стр. 325, сказано, что Контань предлагать Патофизиологическому Обществу Лондонь молодой человек, оперированного в 1857 Ганковом, и проводило подлоказанного оперированного членомностью при помощи особо-устроенной обуви. (См. табл. № 20.)

О Гаррисе, упоминаем в резекрент означенного журналь, сказано в *Lancet*, что этому хирургу пришлось произвести четыре раза вырезание таранной кости у взрослых субъектов, по случаю образовавшихся свищей и переломов. Из двух дое выделорыды; остальные двее умерли. О полной же резекции голеностопного сустава не сказано ни слова Пестомь ни случай отот такю оставивши на ответственности означенного резекрента.

Бейссер (Beilage zur Deutschen Klinik, 1860. S. 70) произвел пять раз резекцию голеностопного сустава:

1) 1852, Апрель, 20-ти-летней престарелой страдавшей 10 недел костейдой и смертельной костью означенного сочленения, и уже

значительные изуровнены. По окончании 12-ти недель после операции, больной выдоравлился; несмотря на то, что между голенью и стеной образовалось неподвижное сращение (вместо) большой муск ходить свободно, с незначительной хромотой.

2) 1832 Сентябрь. Крестовник 41-го года, значительное истощение, страдавший 20 недель костоболью голенистоного сустава. При операции большая и малая берцовые кости отпилены на высоту $7\frac{1}{2}$ " от сочлененной их поверхности, таранная кость совершенно удалена. По истечении 11 недель больной выдоравлился; в соединении голени со стеной захватывался некоторая подвижность. Членки укоротились только на $1\frac{1}{2}$ ", и спустя 16 недель после операции, совершенноный муск возвратил на горы вынослив на 3.000 футов.

3) 1832. Ноябрь. 11-ти-летняя золотухная девочка. Костоболью голенистоного сустава, длившаяся уже два года. Незаживающее течение раны после резекции поставило Гейссера пробить крестовник члена, от жоскостей которого болела ушная.

4) 1833. 14-ти-летний крестьянин, ослабленный от продолжительного вынужденного, заболел костоболью голенистоного сустава, развились крестовки за травматическим повреждением. Резекция предпринята спустя четыре недели от начала болезни. Таранная кость при этом удалена целиком. Препарата deficiu tremensii потребовали большие приемы опиума. По истечении двадцати недель большой муск считался вполне здоровым. Утренняя подвижность восстановилась годично со стеной.

5) 1834. (Schmidt's Jahrbuch. 1835. S. 89.) Этот случай упомянуть в таблице Гейссера.

Литература из Минской (неизданное собрание профессора Прусова автор) приводит четыре раза полную резекцию голенистоного сустава:

а) В 1844 году, 27-ти-летний германец оперирован по случаю костоболью; время суставных хлопот гонимых костью и таранной кости, удалил еще часть локтевой. По окончании семи месяцев рана совершенно зажила, и больной стал свободно наступать на оперированную конечность; но, за десятии месяцев после операции, у больного развилась легочная чахотка, от которой она вскоре скончалась.

б) В 1863 году, рабочий 41 года получил раздробленный перелом голенистых костей с отчуждением, осложненный промывкою раненой конечности. Нагноение, омертвление и костоболью резекция произведена во истечении трех месяцев от начала болезни. На выдоравливание потребовалось четыре месяца; оперированный, при помощи локтевого аппарата, стал так хорошо и свободно ходить, что ему можно было продолжать свою службу при железной дороге.

в) В 1866 году произведена полная резекция голенистоного

сустава 26-ти-летнему колдуну человека, по поводу десяти недельного воспаления и костоболью, развились на суставе в следствие приращенной раны, воздушной и дула. Крест таранной кости, при операции удален была еще некоторая часть локтевой выдоравливание совершалось за два месяца. Большой свободно наступать на реконструированную конечность и ходить без вспомогательного аппарата.

4) Рабочий при железной дороге, 34 лет, получил в следствие удара золотухным стрелком, раздробленный перелом в суставе, осложненный приращенною раной последней. Несмотря на сильную ушибы мягких частей и обширность раны, Наблюдая ранах на резекцию, которая произведена в тот же день. Посредством локтевой кисти главным раздробленные концы голенистых костей, убои которых после операции равнялись около $2\frac{1}{2}$ " таранная кость, перемещена на два острия, удалены сохранив. Смерть за четвертый день, при явлениях переставшего омертвления, дошедшего до колена (gangraena traumatica prodigiosa).

Доктор Кисс, из Нижнего Новгорода, в своей статье о трудностях резекции (Archiv. für Klinische Chir. 1866. B. 8) сообщает, между прочим, случай полной резекции голенистоного сустава, произведенной им у 32-х-летней женщины, по поводу костоболью хронического характера голенистых костей. При операции, поврежденные концы обильно костью удалены поровну, посредством долота и локтевой кисти. Оча таранной кости удален только верхняя суставная поверхность. Постепенный упадок силы, начиная с четвертого дня. Смерть на десятый день.

Из двух случаев обширных резекции, произведенных на стои доктором Hodges (West. med. and surg. Journ. vol. 75. N. 19) и рефераты напечатаны в Медицинских Известиях 1866 № 17, мы удивляемся случаю: У женщины 54 лет, от роду, неизменно боль суставных вынужден, образовалась вследствие сильного воспаления мягких частей правой стопы, омертвление обеих костей клыки и нижних концов голенистых костей. Воздушной разрыв мягких частей на тылке нос, стоны, удаление обеих костей клыки и около дюйма от большой и малой берцовых костей. Выдоравливание пошло быстро; спустя неделю рана совершенно зажила, стопа приняла свою обыкновенную форму и отличалась от здоровой только значительным утолщением и отсутствием локтевого бура. Для ходьбы она представляла превосходную цену культи.

Лодовиц, в Висс-Норст (Garl's Bericht für 1863—63. S. 919. im Archiv für Klinische Chir.), привел 45-ти-летнему больному полную резекцию голенистоного сустава. Из восьми оперированных рефераты об этом случае, известно только, что операция была

предпринята спустя некоторое время после травматического повреждения сочленения, последствием которого было омертвление мягких частей (?). Случаем является полный выдероженности; часть укороченнее была лишь на $\frac{1}{2}$ " и у больного при ходьбе замечалась только незначительная хромота. Сказано, что сохраненный член оказался для больного полезней всякой искусственной ноги.

Langensbeck в своей статье (Berliner Klinisch. Wochenschrift. 1863. 25 Januar), упоминает историю в четырех проведенных им же в частной практике резекций голеностопного сустава, из которых в одном резекция была повидимому полная, — приводит пять других случаев этой операции, относящихся к последней Шлясмант-Гольмштейнкой войны и в которых показанием служили острейшие повреждения голеностопного сустава. Во всех случаях резекция была успешна. Из них мы удаляем два следующие, из которых резекция сустава была полная:

1) Вранбэнцль Прусского лейб-гвардейского полка, раненый 28-го марта во время боя у Штутера, во время близкого расстояния. Пуля вошла через внутреннюю лодыжку и вышла через заднюю. 1-го мая произведена операция от указанного конца обильно голенных костей отделило $2\frac{1}{2}$ ", кровью того удалили вся суставная поверхность таранной кости. Большой выдерожен (во сказанное во сколько времени) и был представлен Лангсбекем Берлинскому Медич. Общ.; из это время он уже был в состоянии ходить без затруднения в продолжение $\frac{1}{2}$ часа. Укорочение в конечности незначительно, и стопа нормально соединена с голенью под прямым углом. Несмотря тщательного сохранения наклонности, на место удаленных костей произошло такое обильное новообразование костной ткани, что голень на этом уровне значительно толще, чем на здоровой конечности.

2) Мунхенберг 5-го Дрездак полка, раненый 29-го июля, при битве Аллена. Современное подробное исследование голеностопного сустава при значительном выделении стоны. 15-го июля резецированы обе лодыжки, на высоту $1\frac{1}{2}$ ", и вся таранная кость, раздробленная на несколько осколков. Къ острию большой совершенно выдерожен, причем волею резекции, относительно формы члена, оказалось самым удовлетворительным.

Во время междоусобной войны в Германии (1866 г.), Брюкс произвел один раз полную резекцию голеностопного сустава, по поводу раздробления последнего осколками гранаты; но во никак успеха. Операция предпринята на третий день после ранения. Через два недели больной умер при следующих явлениях. (См. также сообщение профессора Брюкса в газету.)

Поэтому James произвел ту-же операцию 23-х-летней

создану, также по случаю острейшей раны, семь недель после получения осколков Неходт немальеров. (Americ. Journal of the medic. Sciences, Jan. p. 84. Constals. Jahrbuch. 1866.)

В заключение, приводим подробное описание случая полной резекции голеностопного сустава, произведенной нами в Госпитальной Клинике Московского Университета.

И. И. А. поступил на университетскую госпит. клинику в Екатеринбургской больницы 4-го августа 1864 года, по поводу осложненного вывиха в правую голеностопную сочленения, существовавшего сличнее шесть месяцев. Больному 35-леть; роста его высокий, тело довольно полное, но худое, лицо бледное, худощавое, волосы и глаза весьма свѣтлые. При разговоре его оказалось, что около 10 месяцев тому назад, он в некотором состоянии опущился на тротуар так, что стопа подвернулась наружу; вследствие сильной боли он лишился сознания и потому подробностей извещия не помнит. Когда пришел его домой, оказалось, что стопа была сильно искривлена наружу, а конец большеберцовой кости вылезал из прорванных или разрывавших частей. Кровотечение было довольно обильное. Уставши врач тотчас же направил стопу в положение в большой части обыкновенную лубяную повязку. Спустя сутки, у больного открылись сильные признаки delirium tremens, продолжавшиеся около двух недель. В течение этого времени он часто вскакивал, обраскивал съ себе повязку, причем большие коленки артериальной значительные и часто повторяющиеся насилие; обильные стоны вскари повторялись в аркаше стоны, а между части аршиал во такое состояние, что время уже больше не рѣшался на направление; съ этого времени они ограничивались только употреблением противовоспалительных средств, воздержанием от всякого механического движения. По ихъ же совету, больной, по истечении девяти сличнее месяцев, перехал в Москву для того, чтобы подвернуться отчасти лечению, и, съ этою целью, поступил въ хирургическое отделение Госпитальной Клиники. При исследовании, большая конечность оказалась въ следующем состоянии: стопа повернулась вокруг своей вертикальной оси так, что приняла совершенно косое положение. Наружный обрешеток скрути въ здоровой носей, а пятка наружу, такъ близкая въ риске выраженных случаях pedis varj; внутренний край стоны обрешеток вперед, а наружный скрещен. Выходя съ тѣмъ произвелся некоторый стоны и вскруга повернутой оси, — поворот, вследствие которого носей опущился, а пятка принадлежал; выходя, стопа отчасти повернулася вокруг своей продольной оси так, что внутренний ее край представляется слегка выпущенным, а наружный — приподнятым. Малая берцовая кость переломана непосредственно над лодыжкой;

нижней ее околоток сохранять свою связь со ступней и подвешивать ее уклонением задней, представляя, из отклонения кверху околотку, ретроаксационно осю (didoc. ad axis) или вероверию (didoc. ad rotipolam). Первое выражается отклонением анатомического осю вперед, под углом в 135°, приблизительно; а второе — поворотом его снаружи внутрь. Об уклонении ступни и связанного с нею анатомического осю задолберной кости можно составить себе ясное понятие, если представить, что вертикальная ось ось, покруту которой совершился оборот внутрь, не составляя продолжения оси голени,



и перевертывая ее под углом в 135°, открывая наружу и вперед. Нижней конец большой берцовой кости выдается на 16 millim. из раны между частей и представляется поперечником; задний его край обвисает только до половины, передний скрывает за малыми частями; внутренний же, соответствующий основанию второй лодыжки, обвисает на носок своим продолжением и представляется перпендикулярным, как бы выдвинутым. Что касается до ступи внутренней лодыжки, открывшейся в момент вывиха, то она прощупывается на внутренней поверхности пяточной кости чрез оушную часть и видна довольно ясно в бугра. Рана между частей, расположенная в вид поперечной, сидит вверху пяточной кости, платно обхватывает своими краями выдвинувшийся конец кости; анатомическая, далеко унесенная под внутренней край пяточной, вскрыта грубо-

видимею каростати; верхняя же, платно затканная над выдвинувшейся костью, представляется тонкой, но хлестко выжимавшейся рубцовой; покровы над вывихнутой костью значительно заткануны и покровы достигаются краснотой. Отделяется из раны жидковатое, довольно густое и обладает спондилолитическим акротическим запахом. Занять, артефицией под выдвинувшуюся кость, скользить по ее суставной, длинной хрящу, поверхности на протяжении одного дюйма, но направлением малой берцовой кости. На наружной стороне сочленения, близ наружной лодыжки, замечаются два саморазных отверстия, из которых отделяется укрешное количество жидковатого гноя. Введенный в эти отверстия зонд выдвигается в карловую кость. Окружающий мякоть части, равно как и покровы на всей пяточной поверхности ступи, представляются олушными, склерозированными; кожа не приподнимается в складку и даже не двигается с места. Пятка утолщена; она покрыта обширными, весьма тонкими рубцами, платно треснувшими, частые с пяткой отростком, частью ее Акциломель ступи. Рубец ступи — следствие прежде бывших глубинных продольных. Вследствие возврата ступи наружу внутрь, затканности суставника представляется как бы скрученными и перекозты сь голени на ступю в вид явногого вывиха. Пальцы полуоскутны, двѣ их представляется явочасоческой отклонен. Активные движения, или в них, так и в ось ступи, едва заметны: при явочасных движениях ступи в разгибание (восстановлении лишь в весьма ограниченную степень) замечается в некотором положении в коихх перекозленной задолберной кости. Больной ощущает по времени глухой, ноющая боль в вывихнутой ступи. Давлением выдвинутой боль лишь в ступи наружной лодыжки. Нежная чувствительность значительно притуплена в ступи, особенно же в пальцах. Замечны атрофия мускулатуры голени, вследствие продолжительной неподвижности. Отрешение конечности совершенно удовлетворительно. Общее состояние совершенно удовлетворительно.

Из непосредственного наблюдения вывихнутого члена, равно как из анатомическимъ данных, было видно, что первоначально произошедший вывих голенистокопного сустава *scorvus* (laxa pedis subtalofibularis interna) не малозначен, на которую всего чаще происходит вывих этого рода; а именно выдвинуто задолберна ступи наружу, вся тяжесть тела упала на внутренний край пяточной; при этом на внутренней стороне сочленения произошла растяжение связки, а на наружной — уорь пяточной кости в верхнюю наружную лодыжку. Усть ось пяточной проведена сь осью в стремительности, артефициями салу соприкосновения означенных частей, то артефицием движение ступи покруту своей продольной осю не останавлилось, но продолжалось в том же направлении, то-есть наружу; вследствие

этого, с одной стороны, малоберцовая кость, но будучи в состоянии выдерживать шагов пяточной кости, перемещалась в направлении толчков вперед, именно непосредственно над наружной домышкой (первой над позвонком) переломов малоберцовой кости по Динкграу (и с другой — домышек был артефактом разрывов внутренних боковых связок или отрывов самой наружной лодыжки. В данном случае артефактом последнее. Тогда большая берцовая кость, лишившись своей связи с таранном, оседала внутрь с внешней поверхности последнего, как то вышло из плоскости, и прорвала нижнюю часть. При этом lig. fibulo-fibulare, как это обыкновенно бывает в подобных случаях, вероятно осталась при нижнем конце малоберцовой кости, вместе с оторвавшимся кусочком большой берцовой.

Несмотря на obviousность позвонка большого, итьт нижнего соматина, что первоначально стоим приняло то положение, которое когда наблюдается при описанном вывихе, а именно: что оны была откинута наружу и повернулась вокруг своей продольной оси так, что внутренний ее край представлялся эпуцием, а наружный приподнятым. Что касалось до отклонения и резко бросающегося в глаза поворота стопы вокруг вертикальной оси, то нижнее итьт соматина, что оны — явление последовательное, но наиболее типичное для скелетов самого вывиха и развилось, вероятно, мало-по-малу вследствие продолжительного лежания конечности в неуправляемом положении, причем центр тяжести ее постоянно падал на внутреннюю поверхность пятки. В виду описанного состояния большой конечности, приходилось выбирать между ампутацией и резекцией. Относительно ампутации не существовало в данном случае ни одного противопоказания, и эта операция казалась тем более уместна, что большой остоно готов был перетерпеть человек, который становился ему в тягость, а в дальнейшем надеясь которого оны не шло уже никакой надежды. Против резекции же, напротив, существовало одно важное обстоятельство, а именно: неизбежное состояние вывиха стопы шло, на котором в течение продолжительного времени весьма легко могло бы возобновиться развитие обширных пролежней. Несмотря на все, мы решились на сохранение члена, предостерегая себя прибегнуть к ампутации в ближайшем, чтобы ни дальнейшего хода для стало ясно, что мы не успели избежать резекции неосуществима. В продолжение первых шести недель по поступлении больного в больницу, на наружной стороне члена, на уровне перелома малоберцовой кости два раза развивались язвы, по вскрытию которых можно было бы было ознакомиться с состоянием переломной кости; оказалось, что переломный лоскут можно было не только вскрыть и ободить омертвевшие концы перелома малоб. к.

ны и пройти поперек всего остоно; вместе с тем можно было консервировать в гостую наружную лодыжку.

Операция была произведена 25-го сентября. Больной предварительно усиленно здоровировал; период возбуждения был весьма продолжительным, что и следовало ожидать от субъекта, злоупотреблявшего спиртными напитками. Водя вывиха конца большой берцовой кости, по внутренней его стороне, сделали разрез, длиною в 2" и перпендикулярно оуказывавший на верхний край описанной выше переломной линии, близко к переднему ее углу. Малая часть остоно была по объему стороны этого разреза, вместе с надостной, которая оказалась удлиненною, сочюю и углубляемою от плоскости кости. За ней — иель — резектория, мы отделили ее просто черепком скальпеля. Этого разреза, однако, оказалось недостаточно для всестороннего обнажения вывиха конца б. берц. к.; наружная половина этого конца (обращенная к малоберцовой кости) оказалась скрытою в вывихе частях, а, чтобы сделать ее доступною для консервации инструмента, необходимо было: 1) продлить поперечную рану вперед, до сустава передней малоберцовой мышицы, 2) оуказать на задний угол этой раны другой вертикальный разрез, параллельный первому. Этими двумя разрезами овертала оспиральный лоскут, но отделив концы его можно было удобнее освободить вывих концы большой берцовой кости от окружающих его вывихов частей. При этом, тем, проводимом вокруг этого конца остоно пальцею помощию акрилового указательного конца остоно было сдвинуто к некоторым затруднениям, и, при попытках увеличить вывих нижнего конца fibulae, — попытках, производивших с целью облегчить этот акт операции, омертвившая часть лодыжки овертала на границе с живою костью. Оторвавшийся кусочек соотвествовал внутренней и задней верхней вывиха конца б. берц. к. и заключал в себе часть суставной поверхности и остоно внутренней лодыжки. Вышина его равнялась 2 cent., а ширина 16—18 mill. Оны оставалась в ране вывиха большой берцовой кости горизонтально отстояла кусочек вывиха в 3 centim. Затем, на наружной поверхности члена, на стороне наружной лодыжки, вдоль малоберцовой кости, сделали разрез длиною в 2 1/2 дюйма, концы перелома изолировали от мягких частей и освобождены от облитившей их рыхлой и губчатой массы костной мозоли, которую мы удаляли ложечками даламом, и верхний конец остоно издалека вместе с вывихом Шваннгольца, на остоно уросты с большой берцовой костью. Оказалось, что этот вывих, шлою которого представлялся косвенный вывих, наружу и вперед, омертвела только на высоту 15 mill. (пальцами) и что омертвившая часть держалась еще неподвижно, хотя демаркационная линия представлялась значительно углубленною.

Нижний конец, на котором процесс оссификации уже закончился, был покрыт остеоцитными наростами, распространяющимися и на наружную лодыжку. Вследствие оставался в связи с таранной и лодыжечной костями, и представлялся как значительным пространством обремененным от костистости, гомогенным, таранною; на ней близко держалась кусточность нижнего конца б. бер. к., оторвавшись в момент вывиха. Удалив ее не представлялось никаких затруднений. Таранная кость, лишенная своего временного покрова, шероховатая, образовала грабцовидности, отдалась до такой степени рассечению, что от нее легко можно было срывать горизонтальные слои посредством острого долота. Такое последнее срывание продолжалось пока в разрез не получалась субста, равномерно кровоточащая поверхность губчатой кости, без всякого признака гомогенной инволюции. Таким образом удалено было почти все тело таранной кости, от которой осталась только тонкая часть в связи с лодыжечной костью.

По отсечении полости резекционной раны от края, т.е. от верхних окостенений, грабцовидных наростов и остатков переброшенной сочлененной сумки, ключи которой были удалены позвонками, сделана была попытка привести стопу в правильное положение; но она удалась только в положении: повернуть стопу вокруг вертикальной осевой линии, без значительного насилия, довести только до 45°, приблизительно так, как задние ее еще оставались рвано обременены внутри; при дальнейшем же попытке повернуть стопу несколько наружу, малая часть претерпевала значительное растяжение, а поверхность разнородных костей возникало одна из другой с такою силой, что губчатое вещество из трещины и, при большем насилии, могло бы значительно пострадать. Очевидно, что, для полного и свободного вращения стопы, необходимо было уменьшить длину толстых костей, особенно большой берцовой, от которой главным образом и зависела затрудненность. По самым долгим, как скоро от концов толстой и т. к. вырвано было (посредством пилы Шинковоского) по окружности вышней 1/3 септ., то стопу без всякого насилия удалось привести в совершенно правильное положение, под углом угла, открытым прямо вперед; при этом концы разнесенных костей пришли в легкое соприкосновение между собой, но уже не встречались одна из другой. Кровотечение во время операции было незначительно и не требовало ни одной перевязки. Надоступная была по возможности выдвигнута вперед; здесь, где она еще находилась в связи с частями кости подлежащими удалению, мы ее тщательно отделили ручной скапелом. Убедившись, что подлежащая до него утолщенная часть — 5 септ. 4 mill.

По приведении стопы в правильное положение, края обиты

раны были сверху стянуты ленточной повязкой, а снизу оставалась открытой для свободного стока отделяемого; затем вышняя была перевязана изнутри корня, и резекционный член, слегка забинтованный, уложен в проводочной жолобь Боннета, снабженный прачинным подстилкой.

Воскрес, однако, обнаружилось неудобство такого способа перевязки. На следующее же день оказалось, что стопа вышла из своего правильного положения, частью вследствие неравномерного обматывания подстилки, частью же вследствие давления туловища, передвигавшихся костей тазовых. Далее, вышняя часть из жолоба, при окостенении перевидалась, и удерживание его на ручке во время перевязки раны, причем невозможно было избежать трения костных поверхностей, было неудобно для нас, болезненно для оперированного, и не могло бы остаться без вредного влияния на течение резекционной раны. Не окончательно, решительное указание на возможность дальнейшего содержания члена в Боннетовом жолобе или подобном ему аппаратах, заключалось в том, что, несмотря на самое тщательное устройство подстилки, при которой давление на пятку было доведено до возможного минимума, рубец на правой стороне пятки все-таки стал воспаляться; во истечении двух суток после операции, на нем развился глубокий прорывок, вышедший в суставную. Было ясно, что, для сохранения стопы от дальнейшего разрушения, необходимо было освободить ее от всякого давления. Необходимо было, следовательно, придумать аппарат, который, выходя из сустава, выветривать бы так, давая бы шанс возможности дельно ее использовать; неудобство, однако, тщательная перевязка и перевязки, во нарушая целесообразности члена и во выходя его из данного сустава, едва ли представляло бы выход. Этим самым членом мы не могли достигнуть посредством придуманного нами способа частичного подпихивания (*hyalineous padding*), подробное описание которого читатель найдет ниже, из дельно о последовательном дельном раны после резекции голеностопного сустава. Удалены удерживание с отнюдь чуждым аппаратом артезиальным или эвентриальным, обитым в пластмассовый бинтовочный, в течение десяти недель удерживалась на всту в безупречном промышленном положении; резекционный член оставался в совершенной неподвижности в только три раза в течение этого времени пришлось его снять с аппарата для перебинтовывания и подстилки. Пятка, совершенно недоступна силе, так, для руки, так и для глаза, была свободна от всякого давления; образовавшийся на ней прорывок очень скоро окостенел от окостеневших частей, образовав паточную кость, которая незначительной оссификации, покрылась трансуляцией, и, по истечении шести недель, гомогенная поверхность окончательно превратилась в рубцовую.

Общая реакция после операции была незначительная; аноректическое состояние возобновилось в продолжение первых трех дней на укреплённой диете (maxim. 7-ра—18,2, пульс — 96), и к 1-му октября совершенно исчезло. Утренняя реакция была также весьма укреплена. На другой день, края раны представляли едва заметную припухлость и красноту; вышарый край доскути омертвела на высоте 2 — 3 лини. Анаэробично-прогнившие отделившиеся (Wundsecret), представлявшие, в течение первых двух дней, в обильном количестве переносимый материал, вскоре заменились доброкачественными гноями, отделившимися в укреплённом количестве. К концу первой недели наружные раны совершенно очистились и покрылись хорошим грануляцием. Что касается до полости реконструктивной раны, то она также мало-по-малу наполнилась грануляционным тканью, так что, к концу второй недели, уже весьма было проступить поводить из одной наружной раны в другую. Развитие тканей совершено в достатке соответствовало самым естественным ассоциациям: в течение первого месяца, с гноем вышло только два небольшие кусочка губчатого вещества кости, величиной каждый в просяное зерно. Кроме того, на внутренней краевой поверхности большой берцовой кости остался некоторый полость контактного вещества, вышарив в $\frac{1}{2}$ лини, а длиной в 4 см., которая на шестой неделе отделилась целиком. В этот момент, значительно сократился. Состояние стопы, вследствие возвращений ее в правильное положение, стало видимо улучшаться: весы после операции: припухлость малых частей запястья поверхности мало-по-малу уменьшилась, подвижность в запястьях значительно увеличилась, самостоятельный отклик исчез. К концу ноября (на девятой неделе) образовался шарик козляк наружной раны, между ногой и Ахилловым сухожилием; но искусственное вскрытие и другие меры привели его к быстрой ликвидации. Из ранки досетой недели выделение полости реконструктивной раны могла считаться окончанным; разрыв на наружной стороне соединения замкнулся правильно, и вступил рубец, рана же на внутренней стороне превратилась в свищ, пропускаящий гноиды до глубины $\frac{1}{4}$ и весьма долго не заживавший. 7-го декабря подвижность стопы с аппарата для подвешивания стопы. Не позволяя на образование кожаного пузыря и ошибочно считая возможным лучшему состоянию операции, мы продолжали настойчиво добавлять искусственное соединение голени со стопой, а с этой целью заключили оперированную часть в створчатую крахмальную повязку, которая ежедневно смачивалась для промывки и держалась свиса. При этом позволяло было больному ходить на костылях, не опираясь на большую ногу. Но весы, по течению шести недель, показали, что в равновесии соединенных сохранялась подвижность, до некоторой степени умень-

шавшая на образование кожаного пузыря, те члены были оставлены без движения, а мы продолжали развивать подвижность стопы, считали весьма ограниченной, посредством естественных движений, производившихся естественным изгибанием стопы и разгибанием, причем больному было позволено становиться и переступать на оперированную ногу, 28-го марта 1865 года, Н. П. А. был вынужден из-за боли в ступне изменить состояние (см. отчет, p.); оперированная конечность горела здоровой на 3, 2—4 лини; стопа находилась в совершенно правильном отношении голени и коленному; наружный вид ее вполне удовлетворительный; кожный толстостенный сустав представлял подвижность, преобладающую в нормальную; движения движения стопы и разгибания только в полноту не были обширны, чем на здоровой стороне. Ветовой подвижности (ab-adductio, relatio introm. et extrom.) стопа также не существовала. Поверхный разрыв голени, в месте перехода ее в стопу, представлялся, вследствие отсутствия движения, уменьшенным; внутренняя, поперечный диаметр стопы, при переходе ее в голень (то-есть в месте соответствующего телу ступни места) представлялся увеличенным. Соединение ступни совершенно закрылось; рубцы, оставшиеся по заключении раны, прочны, вступили и вправо сроднее с костью. Мышечная оперированная конечность еще в значительной мере атрофирована, члены значительно тоньше и худее здоровые; тем не менее, оперированный вынужден из него без боли и козляк ходить с помощью одной ноги в продолжение получаса, но с трудом устойчивости, но держится на одной ноге больше, чем еще не может по причине ее слабости. При обильном сокращении массах голени, утренняя подвижность длинней конечности с длиной здоровой, оперированной ходить лишь укреплена хромота; причем сила хромоты, по всей вероятности, гораздо больше зависит от атрофии мышц и робота наступания на большую конечность, чем от укорочения ее в голени и приведения, вследствие этого, стопы в положение *pedis equini*, во время ходьбы.

Из массы, полученной после козляк от этого больного, оказывается, что в осети того же года оперированная нога значительно окрепла и подвижна, вступил, стал сильнее и тверже, хромота незначительна, а что оперированный, принимаясь опять за свои обычные занятия, ходить на службу и совершает работу очевидно вполне, оправдывая на то три дня по привычке.

Вот собранные нами случаи, по включению нами принадлежавшие, мы включили в анатомическую таблицу, рассматривая их в хронологическом порядке. Так, сиб толь принадлежавшие операции остались нам неизвестными, мы забыли его гадать рубрикация.

Таблица полных резекций

№ №	Год операции.	Возраст пациента.	Пол.	Возраст операции.	Показания из описания.
1.	1732.	Косак р.	Ж.	19.	Косточка, развалившаяся частью из-за опухоли голеностопного сустава; болела долгое время.
2.	1813.	Clampron.	Ж.	15.	Косточка.
3.	1838.	Bathmann.	М.	7	Остеомиелит шишки.
4.	1830.	Clampron.	М.	7	Косточка сустава.
5.	1859.	Wohl.	М.	7	Косточка.
6.	1833.	Jaeger.	М.	7	Косточка сустава, развилась из-за воспаления 2 года до операции перелома.
7.	1835.	H.	?	?	Косточка.
8.	1844.	Textor. sen.	Ж.	7	Косточка.
9.	1846.	J. F. Nuyfeldt.	Ж.	38.	Показание сустава, развилось вследствие воспаления и переизменилось в опухоль. Большой перелом.
10.	1848.	Ottother.	М.	39.	Косточка, вращалась вперед, нарушилась.

голеностопного сустава.

Зачастые описательные данные в историческом анамнезе.	Исход.
L—образный разрыв вывиха частью над областью лодыжки. Намеки на вывих обхватывали суставы сзади до 10 ^м выше лодыжки; тогда же вступило в силу воспаление голеностопной части таранной кости.	Линейнообразный. Точная рана оказалась чистой и безболезненной, во время 8 недель пребывания было установлено, что можно было оставить часть без заглаза. Большой вывих ходил только по направлению 3 недели. Укрепление раны 25 швами. Воспаление стихло; воспаление сустава поднималось в Шарковом суставе.
.....	Линейнообразный. Большая часть ходила чистой по 3 недели; она в основном была открыта в области Фланса, Fodré и Велл; выходящая часть представляла участок шириной даже по направлению 16 дней.
.....	Линейнообразный. Небольшое воспаление сустава 39 дней.
.....	Линейнообразный. Часть опухоли вывела наружу для заглаза.
.....	+ Неблагоприятный. Операция окончилась смертью.
Операция была трудна вследствие большого размера таранной кости с большой берцовою. Относительно Нотера см. стр. 37.	Линейнообразный. Случае в разрезе в среднем голене по способу поперечного. Лечение основано на возможности и возможности онемения в сторону. Сильно востроумно онемение, опер. часть ходит по направлению чашки, но часть чистой она была не чиста.
.....	Неблагоприятный. По случаю возврата востроумно воспаления сустава, закончилось воспалением.
.....	Линейнообразный. Разрыв вывиха оставался чистым частью в чашке.
.....	+ Неблагоприятный. По случаю возврата востроумно в разрезе сустава по направлению сустава 39 ¹ / ₂ недели чашки, часть вывиха, на 5-8 дней, большой удерживал часть.
.....	+ Неблагоприятный. Случае в разрезе раны была весьма благоприятна, и общее состояние было благоприятно, но спустя 6 недель, развилась значительная опухоль, от которой большой удерживал. Анатомическое исследование показало, что часть была 1. х. окружена в виде голенею, и что на остатке таран. х. образовалась часть бы сустава. вывиха.

№№	Год опера- ции.	Имя оперирован- ного.	Возр. по- слепе- ния.	Возр. пре- жде-слепе- ния.	Показания къ опера- ции.
11.	1854.	Теховъ Яко.	М.	19/2	Костюда хрусталя.
12.	1854.	Id.	Ж.	23	Костюда, развитаяся вследствие острого воспаления сустава, рана- тельного происхождения.
13.	1852.	Веннер.	Ж.	30	Костюда и капсула вывихи су- става. Обширн. капсулы.
14.	1851.	Нансеекъ.	Ж.	8	Костюда. Соединенъ твѣмъ, опре- деленной изъ стороны наружной ло- дыжки.
15.	1853.	Веннер.	Ж.	41	Костюда, длинныя 20 верствъ. Об- ширн. капсулы.
16.	1853.	Веннер.	Ж.	11	Костюда, представляющая 2 тѣла у податливости суставу.
17.	1853.	Веннер.	М.	46	Строение сустава, развитыя и выпуклая часть вывиха и вывиха привязки; костюда.
18.	1854.	Веннер.	М.	30	Основанный на предметъ познания нужной изъ сустава. Большая беда, кость вывихавшая изъ сустава, вы- пуклая часть, таранная кость вы- пуклая.
19.	1855.	Колбетъ (изъ Кайнальи).	М.		Оперативное излеченіе вывиха; костюда таранной кости и вывиха костюды большъ. Беда, кость.
20.	1857.	Нансеекъ.	Ж.	25.	Костюда.

Изъясненіе относительно причины и механизма болезни.	Исхода.
Сделаніе вывиха и вывихав- шая рана, происшедъ изъ подъ сустава сохъ одной ло- дыжки къ другой, третья же часть вывихавъ твѣмъ. Она наружного конца этого наружнаго сустава была другой вывихавшей раны подъ суставу лодыжки. Всѣмъ вывихавъ твѣмъ, вы- вихъ удаленъ изъ сустава (Импровизованно). Таранная кость представляется раз- дроблена. Лодыжки, вы- пуклая часть, таранная кость удалены.	Благодаримы. Къ концу втораго месяца послѣ операции большѣе уже кость сле- за стѣблѣ и развѣтлѣя стѣбу; въ кон- цу третьяго, рана совершенно зажила, а вѣнъ кости отъливала большой кость со- вершенно свободно ходить съ естественнымъ обрун, събвѣнносъ твѣтосъ лодыжки.
.....	Благодаримы. По истеченіи 12 недѣль вылеченны. Ампутація. Незначитель- ная хромота.
Ранахъ вывиха.	Благодаримы. Вылечены изъ 3 ме- сяца. Кость зализана кривою. Большой вывихъ вывихъ и пролился.
Она развилась между суста- вомъ 10, 11, таранная кость составъ удалила.	Благодаримы. Большой вывихавъ по суставу 11 вывиха. Таранная развилась 12, 13, 15. Некоторая подвиж- ность въ суставу твѣмъ со стѣбу. 16 вывихъ вывихъ большая кость уничтожена по вывихавъ твѣмъ. + Неблагодаримы. Ампутація, въ кон- цу вывихавъ смерти.
Вра операция удаленъ изъ та- ранный кость.	Благодаримы. Большой вывихавъ черезъ 20 недѣль. Уничтожена подвиж- ность въ суставу твѣмъ со стѣбу.
Она болѣе, бедра, в. удаленъ 7, вывихавъ твѣмъ твѣмъ. Таранная кость вывихавъ твѣмъ. Чѣмъ вывихавъ твѣмъ твѣмъ для податливости.	Благодаримы. Суставъ податливъ болѣе костюда длинныя кость вывихавъ твѣмъ обрун, събвѣнносъ твѣтосъ лодыжки. Некоторая подвижность въ суставу твѣмъ со стѣбу.
Она болѣе, бедра, кость удале- на 10 вывихавъ твѣмъ, таранная кость удалена 11 вывихавъ. Соедине- ны и рана твѣмъ.	Благодаримы. Таранная часть изъ 21 мѣс. Остатъ съ костью, частью изъ пер- вой кость.
Она произошла между костью у- далено изъ 14/2.	Благодаримы. Несмотря на слабость костюды сустава, большѣе свободно хо- дитъ съ костью събвѣнносъ твѣтосъ лодыжки.

N.№	Год описанья.	Вид ооцистрон.	Возраст ооцистрона (лет).	Показания из ооцистры.	
21.	1857.	Nannet.	Ж.	?	Косицы.
22.	1857.	Schiffel.	Ж.	27.	Ослепленный эмбрион голубоват, суровый. Дробный шаровидный внутри. Дольчатый; середина шаровидной части в эмбрион среднего эмбриона вперев.
23.	1858.	Gurke.	Ж.	
24.	1858.	Nannet.	М.	6.	Косицы.
25.	1858.	Nannet.	М.	26.	Хроматическое оправление сущности (но-тежды), разлагается только из вихарива.
26.	1858.	Colton.			Косицы.
27.	1858.	Davis.		
28.	1860.	Canton.		
29.	1860.	М.		
30.	1860.	Никитичев.	Ж.	12.
31.		Id.	Ж.	4.
32.	1861.	Neudörfer.	М.	7.	Название и востребованное название востребованного сущности.
33.	1861.	Brant.	М.	4.	Название и востребованное сущности. По-длина продолжения 8 востребован.
34.	1862.	Neudörfer.	Ж.	7.	Косицы пришло голубоватого сущности.
35.	1863.	Koch.	Ж.	20.	Ослепленный эмбрион белый, безв. и, перелом над безв. части. Косицы и ооцистры.

Востребованное название ооцистрона	Исходь.
.....	1. Межостранный. Только разв. была востребованная. На 2-8 востребованная востребованная ооцистра (2).
Удалены все востребованной части. От востребованной востребованной 4 части (белая ооцистра) востребованная востребованная востребованная на второй день.	Классифицированный, востребованная из востребованной востребованная востребованная. На востребованную 3-го востребованная востребованная. На востребованную 6-го востребованная востребованная востребованная востребованная ооцистра. Неподвижное ооцистронное востребованная с востребованной. Укороченно 4 дня.
.....	Неблизостранный. Сущности востребованная со востребованной востребованная в востребованной, что востребованная востребованная востребованная. Классифицированный. Часть в востребованной востребованной востребованной востребованной.
.....	Амурская in loco ceteris сущности 4 востребованной востребованной. Выделенная.
.....	Классифицированный. Подвижное ооцистронное востребованная с востребованной.
.....	Межостранный. Часть из востребованной востребованной востребованной востребованной.
.....	Классифицированный.
.....	Классифицированный.
Полученный востребованной сущности. Удалены все востребованной части.	Межостранный. 6 востребованной сущности востребованной востребованной востребованной. Выделенная.
(Удалены все востребованной части)	(Результат ооцистры востребованная востребованная востребованная востребованная)
.....	Классифицированный. Часть в востребованной востребованной востребованной востребованной.
.....	Классифицированный. Часть востребованная востребованная востребованная востребованная востребованная с востребованной.
.....	Максиметный из ооцистронной востребованной ооцистрон. Часть. Востребованная востребованная востребованная.
.....	Классифицированный. Укороченно разв. 1 1/2. Свободна в востребованной востребованной при ооцистра востребованной востребованной.

№№	Год опера- ции	Имя опериру- емого	Воз- раст	Воз- раст	Позвонок к операции
36	1862.	Barwell.	Ж.	28.	Нагноение в позвонке в области позв. 7 шейн.
37	1864.	Langenbeck.	Ж.		Остеомиелит позв.
38	1864.	Il.	М.		Тубер.
39	1864.	Назловитъ.	Ж.	27.	Косточка.
40	1864.	Алгоръ.	Ж.	35.	Осложненный абсцесс спинн. мн.- ногового 9 шейного; вскрытие и иссечение.
41	1864.	Kendlerer.	Ж.		Остеомиелит позв.
42	1865.	Johnson.	М.	45.	Травматич. повреждение
43	1865.	Kendlerer.	Ж.	41.	Нагноение в позвонке, позвонке и оперативное вскрытие, вскрытие по- лученного за 3 месяца осложнен- ного абсцесса.
44	1866.	Il.	Ж.	30.	Нагноение в позвонке туберкул. су- ст. спинн. мозгового промозгового позв.
45	1866.	Esche.	Ж.	33.	Кисточка.
46	1866.	Beane.	М.		Остеомиелит позв.
47	1867.	Naubauer.			Раздробление системы в абсц. в преддверии мозжечка.
48	1868.	Halloway.	Ж.	38.	Рана существовала уже 7 недел.
49	1868.	Hedges.	Ж.	27.	Оперативное вскрытие абсцесса спин- ногового позв. в позв. 7 шейн.

Исход	Исход.
.....	↑ Неблагоприятный. Смерть на 10-й день после операции.
Операция произведена на 23-й день. От полученной раны удалено 2 1/2 дюйма. Суспензия закрыта. Истощение, отечность, Операция произведена через 4 нед. от полученной ран- ной удалено 1 1/2 дюйма. Выздоровление после операции несколько.	Клинический. Выздоровление без про- ведения операции. Лихорадка.
Вскрытие и удаление кисты удалено с частью позвонка.	Клинический. На исходе 7 недель больная стала свободной и без боли выступила на операционную площадку. Подвижность.
Вскрытие раны. Удалено остаточной операции—5 см. 4 нед. Ампутация для выде- ления кости.	Клинический. Рана зажила на 2 1/2 недели, оставшаяся часть закрыта на 6-й неделе. Выздоровление—5 нед. 4 нед. Образование кисты сустава. Больная вышла и свободно выдержала на операцион- ную площадку.
.....	Клинический. Улучшение—2 нед. Подви- жность.
.....	Клинический. Улучшение—3 1/2 нед. Неопре- деленное улучшение.
.....	Клинический. По истечении 4 недель больная стала свободной. Подвижно- сти в соединении позвонка не стояло. Не- значительное улучшение.
Кровь из раны в виде дренажа снята часть позвонка.	Клинический. Рана зажила на 2 1/2 недели. Свободная и безболезненная по- ступь. Подвижность на 10-й день.
.....	↑ Неблагоприятный. Смерть на 20-й день, при наличии постоянного рана не закрыта.
.....	↑ Неблагоприятный. Смерть от абсцесса на исходе 2 недель.
Примечание раны (на 7-й неделе). Удалено остаточной операции—2 1/2 дюйма.	↑ Неблагоприятный. Смерть на 4-й день. (продолжена трахеотомия и др.)
Удалено с части позвонка, и 1 1/2 дюйма позвонка.	Клинический. Значительное улучше- ние. Позднее выздоровление.

III.

Терапевтическое достоинство какой реакции самонестоматного сустава. 1) Смертность после этой операции из сравнения со смертностью после ампутации in loco electiois, под названием и после отнятия стана из операции Кюера-Сейна и Перона. 2) Сравнение выживаемых ампутированных с резекцией голеностопного сустава со сравнительно выживаемыми ампутированными в частях различных отделов конечности.

Вопрос о терапевтическом достоинстве реакции сустава должно рассматривать с двух сторон: во 1-х, со стороны достоинства или годности сохранившегося члена; во 2-х, со стороны опасности, к которой доставляется предполагаемая цель операции.

Рассмотрим прежде всего, как велика смертность после резекции голеностопного сустава. Из сотни девяти оперированных умерло после резекции семь. Из них у четырех смертельный исход наступил вскоре после операции (от 4 до 10 14-го дня), а именно: в случае *Руссолюа* на четвертый день, при сильнейшей септицемии и острогнойного отека; в случаях *Веруала* и *Еле* — на десятый день, при язвах и восстановившейся силе (причина смерти не обозначена ясно), и в случае *Брума* — на четырнадцатый вследствие пиэмии. У двух других (случаи *Гюнкера* и *Гонкова*), смерть наступила спустя больше или меньше значительное время после операции, а именно: больной *Гюнкера* умер спустя пять месяцев после операции, при явном признаках развития быстротечной дегенерации чихотки, которая наступила в такое время, когда ран заживала уже на весьма незначительном. В случае *Гонкова* смерть также наступила спустя семь месяцев, вследствие перенесенной холеры. Кроме того, из четырех больных, которых была произведена посттравматическая ампутация, умерло двое; всего девять. Следовательно, обща смертность несколько меньше $\frac{1}{10}$ или, выраженная в процентах, = 17,8% (на одного умершего приходится 4,4 выживших). Сравним эту цифру с процентным содержанием смертельных исходов после различных ампутаций, могущих заменить резекцию голеностопного сустава.

1) Смертность после отнятия голени in loco electiois, по известным статистическим исследованиям *Мальмста*, равняется

35%. Но на эту цифру нельзя смотреть так; она дает слишком увеличенное понятие об опасности означенной ампутации. Надо бы иметь в виду, что *Мальмста* собирал свои данные при условиях неидеальных, что материалы его исследования служили большею частью жертвы итальянских дождей и что, наконец, таковы были условия парижских госпиталей были очень дурны. Хотя цифра, полученная *Штаркеледером*, *Бодилом*, *Делле*, *Мохамедом*, благоприятнее для ампутации in loco electiois (от 31% до 40%), однако и ей не могут быть служить масштабом для сравнения смертности после этой операции со смертностью после резекции голеностопного сустава, так как ей свойственны закон-хирургической практики. Но статистикам кажется, что небольшие госпитали, особенно умеренных и выдорываемых после отнятия голени оказываются значительно благоприятнее: по *Фелькеру* (*Fölkers. Archiv f. Klin. Chirurg. B. IV. H. 2. S. 374*), из числа девятидвух ампутаций голени, произведенных с 1854 по 1862 в Кальской клинике, было четыре смертельных исхода; следовательно 25% (четыре умерших приходится на трех выдорываемых). В 43 случаях тонко ампутаций, собранных *О. Вебером* (*O. Weber. Arch. f. Klin. Chir. B. 14. H. 2. S. 313*) в общине Гейделбергенских больниц, оказывается 13 смертельных исходов, то-есть 30% (один умерший приходится на 2,30 выдорываемых). По *Феликсу* (*ibid.*), произведенных в том же госпитале в больном масштабе (534 случая), число умерших относится к числу выдорываемых, как 1:2,55 или 28% умерших. Вообще можно заключить, что, в обыкновенной госпитальной практике, процентное содержание умерших после ампутации голени в верхней $\frac{1}{3}$, колеблется между 25% и 30%.

2) Хотя выдорываемая ампутация голени, известная под названием *Ленуаровой ампутации*, имеет еще очень много противников, однако в настоящее время можно считать ее вполне доказанной, что смертность после этой операции значительно меньше, чем после предыдущей. Впрочем, в цифре смертности, выведенной различными авторами, замечается значительная погрешность. В 27 случаях, собранных *Аролем* и *Марксеном*, умерший относится к выдорываемым почти как 1 к 10. Велика погрешность его отчетности: 1: 7. По *Феликсу* око-1:4,5. По *Веберу* (*O. Weber. l. c.*) можно, не впадая в крайности,

допустить это отношение равнозначное 1:3, следовательно процентное содержание увеличь—16,6%.

3) Выделение стемы во *Energ-Schlag* (в отношении к стемке видоизмененная Коха, Kochs) дает, повидимому, худшие результаты, чем видоизмененная ампутиация: из 178 случаев, собранных Вебером (I. c.), приходится 44 смертельных исхода, то-есть 24,7%. Но не должно при этом забывать из виду, что из стемки приведенной цитированной работы, собранной Ларроуэ и Маклеодом (McLeod) в Бромскую клинику, равно как и изюмками видоизмененной *Шен-амбергера* (четыре случая), Демме (три случая), *Quain* два случая, относящиеся к Итальянской и Швабско-Голландской войнам: все эти случаи, равно как и военно-хирургическую клинику, дают сами по себе весьма высокую долю смертности, а именно: 41,8% (Weber, I. c.). Несравненно благоприятнее, относительно смертности, результаты этой ампутиации в мирное время: из 194 ампутированных по способу Сайма (O. Weber, I. c. Weber-Günther) смертельных исходов было только 15, то-есть 14,4%, следовательно несколько меньше, чем при Лепуровой ампутиации. Заметьте, что в означенную статистику вошла только два случая Вруна, тогда как их в 1862 было во избежание шести, с двумя смертельными исходами. (Guth's Bericht, I. 1862, Arch. f. Kl. Chir. B. 3, S. 498, Schmidt, Anpralationen u. Examinalationen in Tübingen). Принимаю во внимание эти соображения, мы для смертности после Саймной операции получим во 14,4 и почти 15%.

4) Что касается до смертности после *Пироговской ампутиации*, то за неопределенностью этого вопроса, рондиному, всего естественнее было бы обратиться к самому автору этой прекрасной операции. Понятие нашего великого хирурга было бы для нас тем драгоценнее, что за ним, вопреки утверждению наших вышних и не только отечественных, но и иностранных, кь сожалению, русский ученый, в своем последнем творении, обязанном к немецкую хирургическую литературу*, заявляет, что он не только не может представить точных статистических данных относительно своей операции, — чего мы (имея в виду богатый материал и огромные средства, позволя-

* Нашей литературе пришлось довольствоваться лишь переводом этого драгоценного труда как выходящего за пределы ее сферы компетенции в части военной хирургии.

имая в его распоряжении) никак бы некое право требовать от него, — во что ему convenient в точности на вообще при проведенных по его способу в России ампутиаций, и в тоже числе случаев лично ему принадлежавших. То же самое мы говорить в смысле своем к Демме (*Demme, Militär-Chirurg. Studien*), который обратился было к нему за сведениями о результатах его операций в России. Удивительно ли после этого, что Ферриером, а за ним и Мангейм, прервано исполнение странного желания Пирогова в кообритемному ему способу отнять стемку и вместо ее заключить, что она сама отпадает от своей операции? Н. Н. смелее определить принятие им настоящего положения ильбию предоставить другим способ своего способа и ильбию ожидать пристрастия. В этом заявлении нашего знаменитого хирурга мы видим новое доказательство его безпристрастия; но нельзя не согласиться, что такое доказательство слишком дорого обходится науке, и что ради этого не следовало жертвовать огромным материалом*, который повидимому безвозвратно пропал для хирургии. Таким образом мы, для оценки чисто-русской операции, должны волею или неволею обратиться к данным немецкого происхождения.

Уже в 1857 году *Герман Кесслер* имел собрать 22 случая отнятия стемы по Пирогову; из них в пяти операции были смертельными исхода. О Вебере принадлежат к ним 33 новые случаи и на общую сумму оперированных 35, вышла только одна смертельная исхода. Таким образом отношение умерших к выжившим было бы, по Веберу, 1:6,8, а процентное содержание смертельных исходов — 12,7. Однако в этом мы должны заметить, что из трех случаев *Демме* в таблице Вебера вычислены только два отнятия благоприятный исхода (Weber I. c.). Третий же, в котором большой утер на 30-ый день от имени *Fabers* Beiträge zur Statistik der Amputationen und Resektionen, in Arch. f. Kl. Chir. B. 4, H. 2.), вероятно был еще неизвестен в это время. Пробавить к отням 36 случаев из принадлежавших Adell Новово и ильбию благоприятный исхода и три из принадлежавших случая, из кото-

* Пароль предположить, что во продолжении Крымской войны проведено около 190 ампутиаций стемки по его способу. Демме I. c.

рихх два выжило смертно, на по общую сумму оперированных, 61, получить десять смертельных исходов. Стадо быть, отношение умерших к выжившим будет 1:6,1, а процентное содержание смертельных исходов = 13,6.

Сопоставив означенные выше цифры для приблизительного выражения степени смертности после резекции голеностопного сустава в соответствующих ей ампутиях, мы получим для

ампутиях в верхней трети	25%—30%
— над лодыжкой	14,6
— стном по способу Эгера-Сайма	14,4
— — — Парротса	14,2
Резекция голеностопного сустава	17,8

Сравнив последнюю цифру с полученными нами для трех нижележащих ампутиях, можно было бы с первого взгляда прийти к заключению весьма невыгодному относительно резекции. Но не должно упускать из виду, что в получаемом для этой операции число смертельных исходов (десять) вошли два случая, в которых смерть впоследствии случилась долгое время после операции, вследствие страдания дисталь (случай Гютера в Ганкова), и впоследствии, следовательно, в весьма сомнительной, во всяком случае весьма отдаленной зависимости от резекции; мы с тем большим правом можем выкинуть эти случаи из эпидемиологической таблицы, что, при определении процента смертности для означенных ампутиях, подобные случаи тоже не приняты были во расчет*. Таким образом, если мы для резекции голеностопного сустава, вместо десяти смертельных исходов, примем во внимание только семь, то отношение умерших к выжившим будет 1:5,7, а процентное содержание смертельных исходов = 14,8% — цифра хотя и менее благоприятная выведенной Гейсслера (1/4 — 13,6%), однако дающая нам вполне право смотреть на резекцию, как на операцию, которая может быть или не менее выгодно конкурировать даже с относительно безопасными или замкнутыми ее ампутиями.

* Указанный для примера на № № 4, 3, 10 и 20 Вибранной таблицы для Парротсовской ампутии. (Weber, I. с. p. 348).

Если же мы, кроме того, сообразим, во 1-х, что из семи принятых нами случаев смертельного исхода, в двух больные умерли не после резекции, а вследствие за недостаточностью ампутией† и что, стало быть, из этих двух случаев трудно решить, насколько каждая из означенных операций виновата во смерти оперированных; во 2-х, что в числе оставшихся пяти находится случай Брюна, который во военно-полевой практике (первичная резекция по поводу отстрелянной раны), тогда как, при выводе процента смертности для ампутией, случаи относящиеся к военной хирургии не приняты в расчет; во 3-х, что из одного из оставшихся четырех случаев (случай Нуссбаума, № табл. 47) резекция предпринята без всякого окончательного решения; во 4-х, наконец, если мы примем во внимание, что из таблицы Гейсслера нами выкинуты удачные случаи Мере младшего, Лисмана, Вебера и Уолла, в которых операции весьма близко подходила к полной резекции голеностопного сустава; то мы, для этой операции, получим гораздо более благоприятную цифру и притом в заключение, что она равносильна может быть жизни, чем любое из конкурирующих с нею ампутией.

Справедливость этого означенного на голых фактах заключения подтверждается и общими теоретическими соображениями. В самом деле, ранение при резекции должно быть менее важно, чем при ампутиях. При первом удаляется одна только скелетная часть кости, тогда же часто рассекаются настолько, насколько это нужно для получения доступа к последним, притом все больше или менее важные образования (нервы и сосуды) стволы, сухожилия) остаются нетронутыми. Таким образом, по окончании операции, получается двойная рана кости, осложненная относительно неважным ранением мягких частей. Последнее, в некоторых случаях может само по себе быть меньше значащим, что оно нередко состоит из простого расширения уже прежде существовавшего рана или свищевого отверстия. При ампутиях, напротив, совершенно удаляется целая часть члена, и, следовательно, заносится обширная рана, про-

* Подобные случаи из Веберовских статистик для ампутией.

интенсивнее через всю толщу мягких частей. Здесь общее понятие оргазма (шок) должно быть значительно, чем при резекции, и влияние его на дальнейшее течение раны должно быть тем ощущаемее, чем к нему приходится еще состояние невольного угнетения, вызываемого из большого сознания своего неустрашимого увечья. С другой стороны, нельзя не допустить, что при ампутации, вследствие разрывания коих толщи мышц, мышечной клетчатки, сухожилий и их влагалищ, крупных кровеносных сосудов, мускульная реакция может, *сегри паритас*, легко принять угрожающие размеры, и что здесь оперированный подвергается большому риску со стороны прогрессивных воспалений клетчатки, со стороны затекания лимфы, септицемии и проч., чем при резекции, где воле травматизма гораздо ограниченнее и воспалительные явления образуются оканчиваются. К сожалению, непозволна статистических данных и незначительность полученных цифр не позволяют нам выразить из числа различия существующего между двумя операциями, относительно частоты появления грозных для жизни осложнений. Укажем только на то обстоятельство, что в девяти случаях смерти, или — за исключением № 10 и 21 см. табл. — в семи, после полной резекции голеностопного сустава, лимфы и септицемии нево избежательно только по одному разу, как причины смертельного исхода. В случае Брюса больной уверяет от лимфы через девять недель после операции, в службе же Нуссбаума из четвертый день, вследствие септицемии, при активной острогнойного отека (*oedema parietum acut. Paragona*; *gangrena traumatica profundus* Брюса). Описательно же больного Гейсслера (№ 9) трудно рвать, когда развивая лимфу, после ампутации как еще до нее. Ввиду же статистических таблицы Вебера показать, что названные осложнения при ампутициях встречаются гораздо чаще: в среднем-четыре случаев Саттлера из-за интрузии, образованных отчасти вследствие, с достоянием смертельными исходами, лимфы возникала шесть раз, как причина смерти оперированных. На такое же количество смертельных исходов после Пареговой операции приходится три случая смерти от лимфы * и два от септицемии **.

* Случаи *Wegre* (Weber I. c.), *Esmersch* (Vikkers I. c.) и *Wob.*

** Случаи *Fack* (Weber I. c.) и *Wob.*

Заметим еще одно весьма важное обстоятельство: в обоих приведенных выше случаях Брюса и Нуссбаума резекция была предпринята по поводу типичных травматических переломов и притом произведена асептично по занесении последних (серьезная резекция). В подобных случаях весьма трудно рвать, с тем более неясно является развитие лимфы или септицемии, с самою же операцией, или с повреждением, по поводу которого послышался перелом; трудно по той причине, что при резекции удаляется только пострадавшие концы костей, тогда как в лимфе, вероятно сильно воспаленной, остаются на месте. При отделе члена, напротив, операция производится, вообще говоря, на здоровом месте; поэтому, если после ампутации, предпринятой по тому же поводу и при тех же обстоятельствах, развивается лимфа или септицемия, то эти явления очевидно находятся в непосредственной связи с травматическою операцией.

Нельзя, имея названное основание предполагать, что воле члена при полной резекции двояким раз косте делают эту операцию оканчивая ампутиций, при которой кость распавшаяся только раз. Статистические исследования Паула, Брюса, относительно опасности различных ампутиций, доказывают, что она находится в гораздо большей зависимости от количества и свойств разрываемых мягких частей, чем от числа и обширности разрывов кости. Так Делуара-Ламутиция, несмотря на значительное-большую величину оставшейся после нее раны кости, представляет почти такое же малое количество, чем оставшие только в верхней трети. Последнее, в свою очередь, объясняет ампутиций бедра, несмотря на то что после него является рана двух костей, из которых уже одна — рана бедренной кости — обширнее раны бедренной кости (при отделе бедра в средней). Даже, тот факт, что раны, оставшиеся после так-называемого надлобления (*oblique*), где кровная поверхность кости одной раз восторо больше раны ампутированной кости, представляют с действительным добротностью, этот факт, сколько нам кажется, должно окончательно решить преувеличенные отношения относительно обширности раны кости при резекциях.

Нельзя, имея преимуществе ампутиций, то есть сравнительно

меньше обширное ранение кости, никак не может относиться к отнятию стопы по способу Парротта. В самом деле, если эта операция, по цели и результату, относится непосредственно к ампутированию, то, по существу оставшейся после нее рана, она близко приближается к резекции: здесь, как и после всякой полной резекции in continuitate, являются два расколоченных одна против другой кровяные поверхности кости. Однако, несмотря на это, из всех операций, конкурирующих с полной резекцией головноствого сустава, Парроттовская едва ли не самая безопасная.

Что касается до быстроты заживления раны после операции и продолжительности восстановления конечности, то о резекции головноствого сустава можно сказать то же, что и о всякой другой большой резекции, то-есть, что она в этом отношении незначительной мѣрѣ уступает соответствующимъ ей ампутиациямъ. Не поддаваясь никакому сомнѣнію, что после рассекательныхъ или ампутиаций ушибать большее количество костей; но за то остаются въ живыхъ, вообще говоря, требуютъ меньше продолжительнаго времени для своего выздоровленія и скорѣе получаютъ возможность пользоваться своею обрѣзанною конечностью, чѣмъ тѣ, которые подверглись резекціи конечности. Первое мѣсто въ этомъ отношеніи занимаютъ ампутиація Ленуара; по Веберу (Weber, l. c. S. 336), средняя продолжительность заживленія раны, выведенная изъ всехъ приведенныхъ случаевъ этой операции, не превышаетъ 36 дней. Для вытупленія стопы по Сайму, наименьшая продолжительность — 25 дней (всѣмъ рѣдкимъ можно считать исключительные случаи), а среднее — 52 дня (ib. l. c. S. 346). Следовательно, названная операція, въ этомъ отношеніи, стоитъ приблизительно на одинаковой ступени съ ампутиацией in loco ossis, после которой рана, по Веберу (l. c.), требуетъ для своего заживленія — minimum 30, maximum 90, а среднимъ числомъ 52 дня. По Вальде (ib. l. c.), среднее время несколько выше и колеблется между 50-ю и 60-ю днями. Средня между способами Сайма и Ленуара, по продолжительности восстановления конечности, занимаетъ отнятіе стопы по Парротту. Изъ двадцати восьми случаевъ, хорошо извѣстныхъ въ этомъ отношеніи, въ девяти рана зажила меньше, чѣмъ въ мѣсяцъ; шест-

надцать продолжительности заживленія были 15 дней (случай Норре), средня же продолжительность — 43,6.

Въ гораздо менѣе благоприятномъ отношеніи представляется намъ резекція головноствого сустава, относительно скорости выздоровленія обрѣзаныхъ конечностей. Изъ всехъ случаевъ этой операции, въ которыхъ сколько-нибудь точно указаны продолжительность выздоровленія, ни въ одномъ колѣе не дошлое менѣе 2-хъ мѣсяцевъ, въ самыхъ счастливыхъ случаяхъ для него требовалось 3 — 4 мѣсяца, часто оно наступало только къ концу полугодія, а иногда продолжалось по 8 и 9 мѣсяцамъ, прежде чѣмъ больные могли быть сочтены совершенно выздоровѣвшими. Въ извѣстныхъ случаяхъ единственнаго хода шло только къ концу шестого мѣсяца. Вообще можно быть значительной осторожности допустить, что въ резекціи шара средней продолжительности восстановления конечности колеблется между 14-ю и 16-ю недѣлями; во всякомъ случаѣ она, по крайней мѣрѣ, вдвое круше чѣмъ въ худшей (въ этомъ отношеніи) изъ кончатыхъ ампутиаций. Спрашивается, какъ объяснить такое различіе и невыгодное для резекцій различіе? Отъ чего, при относительно менѣе обширныхъ и менѣе важныхъ раненіяхъ, эти операція требуютъ больше продолжительнаго леченія, чѣмъ ампутиація? Не дравась слишкомъ далеко въ разсмотрѣніи этого вопроса, относящагося къ общей части ученія о резекціяхъ, мы только слегка коснемся некоторыхъ его сторонъ, особенно близко относящихся къ резекціи головноствого сустава и занимающихся ее ампутиациями.

Замѣтимъ прежде всего, что одна изъ самыхъ общепонятныхъ причинъ, замедляющихъ выздоровленіе обрѣзаныхъ конечностей после ампутиаций, такъ и после резекцій, бываетъ развитіе случайныхъ воспалительныхъ осложненийъ раны, каковы напримѣръ гнойные экзисты, абсцессы, ожергание сухихъ костей, вторичные пораненія кости и прот. Мы, однако, не имѣемъ никакого основанія допустить, чтобы такіе осложнения встрѣчались послѣ резекцій чаще, чѣмъ послѣ ампутиаций. Напротивъ, въ же обстоятельстве, въ которыхъ мы уже указали (стр. 54), такъ на примѣнъ болѣе частыхъ смертельныхъ осложненийъ въ ампутиаціяхъ, вслѣдствіе съ тѣмъ должны особенно благоприятствовать развитію и тѣхъ известныхъ осложненийъ (по крайней мѣрѣ некоторыхъ изъ нихъ), которые, если и не угрожаютъ жизни обрѣзаннаго, то болѣе или ме-

ние заканчивают его выздоровление. Что рана, в которой для мистической реакции, со всеми ее принадлежностями, открыты широкие пути к неограниченному развитию, адекватна таким же, адекватна всему, представляется более законченными условиями для развития всякого рода состояний и явлений, чем рана, в которой лишь прямых путей не имеется, это понятие само собою. Конечно, опасность от разрыва адекватного количества суточных и вскрытия их адекватных была уже чертужу произведена противниками импутации Лангера, Сайма и Шарова; тем не менее совершенно устранить опасность этого разрыва значило бы ввести в противоположную крайность; из излученных отмеченных операций можно найти много случаев, где смертельные суточные, образующие опасность и означающие ходы, замаскированы от продолжительного воздействия адекватных и т. под. задерживали на более или менее долгое время заживление раны и выздоровление оперированных. В статистических таблицах Вебера эти вскрытия отмечены упоминаются весьма подробно, тогда как в излученных нашей резекции им ничего подобного не могли найти.

Что касается до исследования возможности перемещения везикул везикулы везикулы, то мы также не имеем оснований допустить, чтобы они могли возникать чаще после резекции, чем после импутации, предельная при этом, что при первой удаче было все большее. Дело только в том, что при резекции иногда бывает весьма трудно убедиться из этого исследования обстоятельств, и потому совершенно справедливо, что при этой операции большие чаще раскуют, подвергнувшись вторичному повреждению везикул, чем после импутации. Но, во 1-х, этот раск составляет выгоду, которая далеко не преобладает выгоды резекции; а во 2-х, значение его уменьшается, если принять во внимание, что опасность вторичного поражения везикул если она не сопровождается более тяжелыми осложнениями ограничивается только перспективой возможной импутации. Заметьте кстати, что из сотни девяти случаев резекции безвредного сустава, исследованных импутацией произведено было пять; из них три по поводу вторичного поражения везикул, а два остальные по случаю неблагоприятного течения раны и опасного для жизни состояния члена.

Итак, сообразив все сказанное выше, мы придем к заключению, что если положительное влияние при резекции является гораздо больше, чем при импутации, то причину этого должно искать вовсе не в частоте упомянутых мистических осложнений, а в других обстоятельствах. Главнейшее из них заключается в самой резекционной ране, а именно в ее расположении и форме. При импутации, несмотря на обширность раны, разнообразие и взаимность торсионных частей, рана представляется во своей форме более благоприятными условиями для быстрого заживления, чем рана после резекции. Тут бы и во всяком бы способе не была произведена импутация, получаемая после нее конечная поверхность могла бы приведены к такому близкому сопряжению между собой, что между ними не оставалось никакой, сколько-нибудь значительной, полости. Поэтому главнейшее преимущество этой операции пред резекцией заключается в возможности заживления раны через первичное натяжение. Одна только Сайма импутация составляет равное исключение из этого отношения: оставшаяся после нее доскула имеет форму чашки или кашпана, полость которого должна выполняться грануляцией; первичное же натяжение возможно здесь только по ограниченному доску. От того-то рана после этой операции так долго не заживает; она требует, как мы уже видели, почти вдвое больше времени для заживления, чем оставшаяся после импутации головка над лезвием. От того-то, с другой стороны, можно оставить в Саймовой доску часть нижней части везикул и назвать истинно-сильнее. В своем деле, помимо высшего достоинства культи, способ Шарова имеет пред своим первообразом другое весьма важное преимущество, а именно: сокращение периода заживления. Получаемый при этой операции доскула имеет форму, гладкую поверхность, которая во всех точках сопрягается с поверхностью несомненно разрыва гонки; здесь, следовательно, рана по своей форме настолько не отличается от оставшейся после второй доскулатой импутации и должна, стало-быть, иметь одинаковую с нею выгоду, то-есть возможность заживления per 1-um (достигаемая достоверными наблюдениями), или по крайней мере быть скорее заживлением через натяжение, чем после отрыва стому по способу Егера-Сайма.

Совершенно наша сводится представляется рана после первой

реакции газецистозага, равно как и всякого другого сочленения. Будут ли реакционные концы кости удержаны во взаимной связи друг от друга (во избежание достигнутой сокращения удаленных частей скелета), или они будут обделены между собой, во всяком случае устанавливается после резекции раны представляется возможность тем более обширную, чем значительно величина удаленных частей. Во первом случае, т.-е. при оставлении реакционных концов in situ, возможность является на месте удаленных частей скелета; но ширина дна диаметра члена, она будет ограничиваться поверхностью раскола, а во втором направлении поперечности — ширина частями (см. 1).



Фиг. 1.

связи частей, не допускающей круглого перегиба, а главным образом потому, что граница обломки кости (а и с) иногда не находится на одной высоте с поверхностью ее раскола. В самом деле, в том почти всякой технической возможности удержать границы обломки кости на уровне продолженных частей; как бы тщательно не проводилась операция, реакционные концы все-таки оказываются обделенными на большую или меньшую высоту от окружающих их частей. Таким образом, вокруг обделенных частей возникает симметричная полость герма более неправильная, чем после ампутации Сайна и лишаящая реакционную рану всякой возможности зажить чрез первичное натяжение; вследствие этого совершается только не-



Фиг. 2.

* Мы особенно выделяем этого полемиста, в виду необыкновенности во отношении только с указанием реакционных рань чрез взаимное натяжение.

жду обделенными частями наружных разрывов. Естественно, что, вследствие своей поллой формы, рана после резекции не будет, для своего заживания чрез натяжение, больше продолжительного времени, чем ампутированная, в которой плоская поверхность может быть удобно обделена одна с другою. Но тогда же она имеет пред собою еще ту выгоду, что поверхность ее не так высока и что в ней гораздо чаще, чем после ампутации, остаются части перерожденных сосудов, наружные остатки образований тканей и соединительной сумки, которые приустают, весьма нередко, до крайности заживать, заживающие раны и поддерживаются, в течение долгого времени, давлением и существование свищевых ходов. Пациенты, в реакционной ране, вследствие неправильного ее очертания и неукрепленности, скорее могут возникнуть препятствия к свободному оттоку гноя; но при этом выделении из полости грануляция (особенно если расширение этих последних идет неравномерно), в ней с особенною легкостью могут возникнуть свертывающиеся отделимые заплывы гноя, в которых скопленные гной может в свою очередь подат повод к развитию карбункулы и свищей. Итак, вторичная рана после резекции заживает медленнее ампутированной не потому, чтобы она была более расколота по случайным местам ослаблений, для развития которых послыдств, напротив, представляется более благоприятные условия, а потому, что она—рана поллая и притом весьма неправильная.

Но, кроме того, есть в резекции еще одно весьма важное обстоятельство, объясняющее долговременность последовательного лечения и, вместе с тем, значительно ослабляющее силу лечения или в этом отношении убого. При ампутировании последовательного лечения очень просто: она ограничивается заживающей раной; как скоро последняя закрылась и образовались рубцы конечность, он-рассосавшийся считается излечившимся и выписывается из больницы. В резекции же, этим далеко не ограничивается лечение последовательного лечения во заживающей ране остается бездейственный, стрессорный член, представляющий явную рану еще до того как, что, при первом взгляде на него, в сердце хирурга легко может остаться чувство равно к резекции, ослеплений. Предстоит еще возвратит-

оперированному члену его годность, восстановить до известной степени его функцию, а на это уходить обыкновенно немало времени. Хоть хйры, необходимые для достижения этой цели, в некоторых случаях предпринимаются еще задолго до окончательного заживания раны, однако, в огромном большинстве случаев, требуется, по окончании инвазии, еще весьма продолжительное время для того, чтобы восстановление функции члена могло быть доведено до возможного максимума.

Таким образом, в последовательном лечении после резекции имеется еще третий, заключительный период, которого не должно быть при ампутации и который нередко задерживает в госпитальную резекрованных больных на целые месяцы после заживания раны.

IV.

Предложение. Достойство члена после резекции голениостного сустава и сравнение его с культивом, оставшимся после ампутирования члена.

Переходим к рассмотрению окончательных результатов операции. Мы уже сказали в исторической части, что, в отношении конкуренции с естественными ампутированными для резекции голениостного сустава гораздо больше выгода, чем для второй другой резекции. В самом деле, нельзя не согласиться, что значение этой операции в значительной хйре уменьшается в виду возможности достижения культивом, оставшимся после приведенных четырех ампутиаций.

Отличие голени *in loco amplexus* коллается в этом отношении далеко и иногда заслуживает славы. После этой ампутиации обыкновенно остается превосходная культя, весьма удобная для хождения при употреблении простой дорожки; впрочем, протривности тела падает здесь на сторону большеберцового бутра, где малая часть дотго привыкает переносить значительное давление. Последовательными использованием рубца встрижаются здесь весьма редко, сколько потому что последний не терпит никакого давления, столько и потому что обилие мягких частей и благоприятная форма раны дают рубцу полную возможность доста-

точно обрывать. *Comens (Mém. Soc. des Hopitaux, 22 Oct. p. 315)* утверждает, что нередко есть случаи отпадения голени *in loco*, как ни в одном не видеть таких последовательных изменений.

Что касается до *Лепуровой ампутиации*, то главным мотивом выбора по все было не столько значение более значительной смертности после этой операции, — опасение, основанное на теоретических соображениях и вкратце описанных Фаттам, сколько знания годности самой культы. Обычная заключалась в том, что оставшийся на заживании раны рубец слаб, тонек, изредка, впоследствии выносит самое легкое давление, легко воспаляется, что культя легко становится колючею, делается часто местом невралгических болей; наконец, что употребленные после *Лепуровой ампутиации* протезические скрепы если и не производят прямого давления на рубец, то усиливают его колючесть, патогенные покровы голени черную и, стало быть, в значительной хйре расшатывают его в последовательном применении. Для подтверждения этих обвинений приводились в дело. Так, по свидетельству *Comens (ibid.)* пять оперированных по *Лепуру* ампутиров, один только мог пороочно ходить при помощи искусственной ноги, да и тот постепенно жаловался на неудобство сей коллации; другой постоянно требовал вторичной ампутиации по причине постепенно возобладалающегося воспаления рубца; а тремя остальными пришлось сделать ампутиацию вновь, по случаю возврата востода. У большого, оперированного *Лоблаком (Weber. l. c. p. 317)*, культя, по заживании раны, была до того чувствительна, что не могла перенести ни малейшего давления. *Лоррей*, изданием которого открылся в Парижском Хирургическом Обществе (1836 г.) ряд естественных артеи по поводу терапевтического достоинства *пододыжельного* амплуса голени, представлял оперированного, которому эта операция была произведена во время Брижской кампании на обилье долах и у которого обв культя оказалась колючею, а рубца восточно воспалялось. Однако, безпристрастные исследования доказали, что случаи, подобные вышеприведенным, составляют лишь незначительное меньшинство и что главным образом недоброкачественности культя зависит не столько от оперированного метода, сколько от дурного произ-

ведет операция, от обширного обрешения ланги костью и недостаточности лангах частей для покрытия последнѣхъ. Факты, доказывающіе, что Лекюарова ампутація, при соблюденіи вѣстныхъ техническихъ условій, можетъ дать весьма хорошую кость, повторяется все чаще и чаще. Не говоря о случаяхъ, приведенныхъ Марселемъ, Кларкомъ, Броуи, Веберомъ, мы укажемъ на два наблюденія, легко намъ принадлежанія. Въ одномъ случаѣ, гдѣ операция произведена была въ госпитальной клиникѣ двадцатилѣтнему дѣлцу на обѣихъ ногахъ, по поводу отощанія, обѣ ампутаціонныя раны зажили въ теченіе четырехъ недѣль, оставивъ послѣ себя прочный и несколько по выпрямленій рубецъ. Последовательныхъ измѣненій не было; во промежуткѣ двухъ лѣтъ, на въ год, на въ другой культъ нельзя было замѣтить ни малѣйшей изломлености въ переходѣ въ конечное состояніе. Другой случай имъ принадлежъ наблюданъ въ Тюбингенской клиникѣ. Профессоръ Брюисъ демонстрировалъ въ июлѣ выѣзаннаго года 38-лѣтнему больнаго, которому ось, въ 1843 г., привѣсь Лекюарову ампутацію правой голени, по случаю травматическаго поврежденія стопы. Въ теченіе пяти лѣтъ на раны не было последовательныхъ измѣненій; сама кость, при изслѣдованіи, оказалась превосходною; кость, въ концу значительно увеличенная и представлявшая округленную оконечность, была погружена въ изобиліе магнисию частью, вмѣшаннаго слезы и вѣшь въ видѣ сока; рубецъ, направленный спереди назадъ, представлялся глубоко втянутымъ и совершенно поднимавшимъ почти всю кость своей протяженіи; только у анатаго своего конца онъ оказался довольно слабо приросшимъ къ кости. При помощи весьма простого снаряда, вѣзаннаго точки оковы на боковой берцовый бутръ, внутреннѣхъ мышцахъ и голени малой берцовой кости, сдерживавши насъ ходить твердо и старая поступать въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ. При употребленіи этого снаряда не замѣчалось никакого вреда для рубца вѣзанной покровной голени сверху. Наконецъ, и въ то же время имѣлъ возможность наблюдать, въ продолженіи слѣдующихъ двухъ лѣтъ, одного изъ слушателей профессора Брюиса, которому, три года тому назадъ, произведена была подобнаго же ампутація правой голени, по случаю распространеннаго паралича кисти стопы и вѣжностей въ голенистономъ суставѣ, и который, при помощи

описаннаго снаряда ходъ безъ всякаго затрудненія проходитъ значительнаго разстоянія. Наружный видъ его культы былъ самый удовлетворительный; вѣзаннаго рубца у него никогда не бывало.

Что касается до возраженій относительно неудобствъ искусственныхъ ногъ, такъ-то: ихъ дороговизна, сложности, непрочности, тяжести, ихъ неблагопріятнаго вліанія на культу и слъ рубца и проч. и проч., то они потеряли свое значеніе со времени усовершенствованій и преобразованій, вѣданныхъ Миллемъ, Шварценомъ, Марселемъ, въ вѣдреніи этихъ протезическихъ снарядовъ*. Перечисленіе такихъ омыр, въ этихъ сферахъ, на слѣдующій бутръ имѣлъ означать безаачность рубца; вѣжненіе желаннаго шарьера возда оси члена допускать совершенную свободу движенія въ культѣ, и упрощеніе самого механизма этихъ аппаратовъ значительно уменьшать ихъ тяжесть и вѣжвѣть отъ частыхъ поправокъ. Что болше, подтвержденіе надлежащей ампутаціи, могутъ съ помощію хорошо устроенной искусственной ноги, совершенно свободно пользоваться своею конечностію, это не подлежитъ болше никакому сомнѣнію. *Bress* (*Bress, Gaz. d. Har. 1856. Séance de la Soc. d. Chir.*) наблюдалъ дѣлущу, которая съ помощію такой ноги могла даже танцевать. 28-лѣтній живописецъ, ампутированный на сороковомъ году жизни, вскорѣ по выторженіи такъ хорошо выучился вѣдръ искусственною, Мартономъ приготовленною ногою, что могъ принимать участіе въ спектакляхъ аттрахъ своихъ товарищей; когда занимался своимъ ремесломъ (отриска живописи), онъ легко могъ захватываться на подставку дѣлущу и стоять на ней въ теченіе продолжительнаго времени. Бакъ рѣдкій примѣръ въ этомъ родѣ, *Блоделъ* представлялъ въ Парижское Медицинское Общество вѣжвѣтнюю дѣлущу, оперированную на пятномъ году жизни, и которая, при помощи Марселевою искусственной ноги, могла съ удивительною легкостію ходить по дѣлущамъ, танцевать, ѣздить и прыгать. 26-лѣтній малтръ, подтвержденій на 18-мъ году надлежащей ампутаціи, могъ, при помощи искусственной ноги, исправлять въ теченіе весьма дѣль слонѣдѣтнюю должность парусающаго арти гаванъ. (*Weber, l. c.*)

* Для болшего подробностей имъ отсылать читателя къ статьѣ *Debout*, помѣщенной въ *Bulletin de Therap.* LVIII, Mai, Juin 1860, и къ описанію *Martini* въ *Schick's* *Jahrb.* II, 115, 20 1.

Однако, при всей своей действительности, культя после надломленной ампутации стоит значительно ниже культя, оставшейся после сохранения ступни по Сайму. Главное преимущество этой последней заключается в том, что больные могут опираться прямо на нее и свободно ходить при помощи престога аппарата, уравновешивающего длину оперированной конечности с длиной здоровой; при ней, следовательно, искусственным путем, не имея при всевозможных усовершенствованиях теоретически неудобств, становится возможным. Причина этого в высшей степени важного преимущества лежит столько же в благоприятном положении рубца, находящегося над точкой опоры, сколько в достоинствах материала, служащего для покрытия кости. В самом деле, неточный доскут представляет ту же самую выгоду, что марля части, при которой он вырезается, привычки переносить значительное давление и вполне приспособлены к выдерживанию тяжести тела. Различные неудобства Саймовой операции, однако, например, сквозные прооры покровов на стороне прикрепления Ахилловой ахиллы, или чрезмерное ее утончение, являются жесткие последствиями частичное омертвление доскуты.—эти неудобства, значительно влияющие на достоинство культя, могут быть избежаны лишь при первоначальных способах проведения; их легко можно избежать, если, следуя совету новейших хирургов, мы будем вырезать доскуту не снаружи наружу, а наоборот, изнутри наружу, держась при этом как можно ближе к кости (распаторий) и тщательно стараясь удерживать в доскуте все прикрепление Ахилловой ахиллы. По Веберу, из 71 случая операции по Сайму, в 15-ти культя обозначена весьма хорошо, в 35-ти—просто хорошо и только в 3-х — неудовно. Следовательно, число неудовных культей относится к числу годных как 1:22*. Во всех случаях, где культя обозначена годною, больные могли опираться прямо на нее и ходить с помощью сапога, снабженного вставкой, каблуком. Большой, оперированный в 1831 году Дирденк (Dieb), чрез полгода после операции мог ходить в про-

должение этого часа. В случае Дюссона, где ушибы были констатированы 3/4 года после операции, 25-ти-летию могла быть и прыгать.

Еще лучшие результаты относительно достоинства культя дает операция Диромом. Кроме выгоды, представляемых Саймовою ампутацией, Пироговским операцией имеет пред последнюю то преимущество, что культя не остается более длинная культя,—обстоятельство из эстетической стороны способствующее твердости и прочности поступи. Между тем как культя операции по Егеру-Сайму, вследствие укорочения—9^{мм}, минимум—4^{мм}, средняя же ступня—8^{мм}, культя Пироговской ампутации укорочена только втрое меньше. В 15-ти случаях, в которых Вебер (Weber, I. c. p. 338) нашел точное обозначение послеоперационного укорочения, минимум его был 7^{мм} (случай Бруна), минимум—1,1^{мм}, средн. и 2,8^{мм}. Во всем случае укорочение было несколько больше 2^{мм}. Однако, что марля части, покрывающая из Пироговской культей неточный отросток, вследствие своей тонкости, легко может при ходьбе изнашиваться, тем более что задний конец этого отростка, из который выдвигается вся тяжесть тела, довольно остр и в сравнении с поверхностью ростами голенистых костей,—эти качества оказались неспособными: клинические наблюдения доказали, что коза на означенном месте очень скоро приобретает необходимость для более быстрого наступания степень твердости и плотности, и что вообще оперированные по способу Пирогова, большею частью, ходят с совершенством несравнимым при предыдущих ампутациях. Большой, оперированный Вебером, мог ходить опираться на голую культю и наступать на нее так же твердо, как и на здоровую ногу. 35-ти-летию больной, оперированный Бруном, мог без палки и не ощущая дискомфорта в течение полутора часа. В другом случае того же автора оперированный в два два мог вполне пройти 16-ти-часовое расстояние. (Weber, I. c. p. 348.) Пирогов сам видел в Гейдельбергской клинике у профессора Хейлиуса дедушку, который после двухсторонней ампутации по его способу, так хорошо ходил, что, без предварительного исследования он сам никак не замечал конечностей, когда бы и подорывался неосторожно обиходом ступи. Что касается до отношения удельн. к весу удельн. (относительно годности культя) после ампутации Пиро-

* Weber, I. c. 338. В 15-ти случаях указание по способу Ванден-Век культя обозначена весьма хорошо из шести случаев, просто хорошо—из пяти, неудовно—из одного. Отношение годных к годным было, следовательно, 1:12 (ibid.).

года, то оно почти то же, что и после операции по Бегру-Сайну. По Веберу (ibid. p. 347), из 45-ти случаев, из 23-х культура обозначена весьма хорошо, из 20-ти—хорошо, из 2-х—нехорошо; следовательно, число годных культур относится к годным, по слъ Парротской интубации, как 21/2 к 1, то-есть примерно вдвое, чем в предыдущем случае, где это отношение = 22/5 = 1. Замечая при этом, что культура обозначена весьма хорошо, гораздо чаще уменьшается между оперированными по Парроту (приблизительно 1: 2), чем в группе оперированных по Сайну (1 на 5/4). Надобно помнить, что с увеличением общей шири случаев, это различие ставит еще рѣже, если при производстве Парротской интубации меньше будут гоняться за длиной культуры. В самом дѣлѣ, такъ не важно увеличение послѣдней для широты и твердости выхода, однако не должно преувеличивать его значенія; вѣднѣе старее забываютъ значительное увеличеніе легко можетъ компенсировать неходъ операции, и мы не сомневаемся, что различіе неблагоприятныхъ обстоятельствъ, основанннхъ въ нашемъ случаѣ теченіе раны и заживленія и заживленіе безъагно, въ значительной мѣрѣ условливалось именно этимъ стареніемъ воздуха какъ можно болѣе длинную культуру. Въ виду несомнѣнныхъ достоинствъ означенныхъ интубаций въ отношеніи къ дальнѣйшей годности оперированнаго члена, становится понятнымъ, почему резекція головноствого сустава избрана послѣднимъ временемъ такъ мало значима. Мы уже указали въ историческомъ обзорѣ на предубѣжденія существовавшія до сихъ поръ противъ операции, послѣ которой, по мнѣнію многихъ, сохраненная стопа не представляется болѣе въ достаточной надежной опорѣ для тѣла, не годится для хажанія и вообще не слѣдуетъ хорошей культуры. Это мнѣніе совершенно несправедливо и справедливо наблюденіемъ, члену которыхъ возростаетъ съ возрастомъ джогъ. Изъ 38-ми случаевъ полной резекціи, въ которыхъ выходъ операции хорошо извѣстенъ и теченіе раны было благоприятное, только въ двухъ оперированныхъ членахъ оказалась несомнѣтельно поддержанная тяжесть тѣла (случаи Дювоа и Горнера, №№ таблицы 23 и 27); во всѣхъ же остальныхъ, большыя тѣла болѣе или менѣе свободно поддерживались своего коачествомъ. Въ соображеніи, несподобно изумительныя динимы не возмозгутъ намъ вывести точнаго отношенія между результатомъ ивондъ удо-

вавторительными и посредственными; тѣмъ не менѣе мы можемъ указать на 18-хъ случаяхъ ивондъ табллицъ, въ которыхъ положительна извѣстно, что большыя тѣла совершенно свободно ходятъ, многіе изъ нихъ по нѣсколько часовъ сразу, и что нѣкоторыя могли даже бѣгать, прыгать, лазить по горамъ. Число подобныхъ случаевъ ивондъ было бы значительнѣе, еслибы хирурги не терли своихъ оперированныхъ слишкомъ рано изъ виду. Въ самомъ дѣлѣ, въ болѣешии практикѣ, къ которой относятся громадное большинство случаевъ резекціи, трудно доказать того момента, когда резекцированный членъ достигнетъ такого возстановленія своей оуважн; для этого, какъ уже сказано, требуется болѣею частью, весьма продолжительное время,—во всякомъ случаѣ гораздо болѣе продолжительное, чѣмъ то, которое нужно интубированному для совершеннаго овладѣнія своимъ суставомъ; задержаніе же болѣешихъ на такой длител срокъ было бы безусловно какъ для нихъ, такъ и для болѣешихъ. Веселыя вѣрности постоку, что ивондъ оперированные, находящіе при ивондѣ изъ госпиталъ въ нѣкоторыя случаи съ посредственной результатива, могли бы кончатъ въ разрядѣ блаженнѣйшихъ успѣховъ, еслибы ихъ можно было перевоскрѣснуть спустя годъ или два. Такимъ образомъ, какъ притиръ, случай Брюкса, о которомъ мы еще будемъ говорить ниже, ивондъ не кончатъ бы въ число случаевъ рѣже доказательныхъ, еслибы мы не имѣли возможности переислѣдовать оперированнаго сустава семь лѣтъ послѣ операции. Въ соображеніи, подобныя случаи отъ насъ не много; мы можемъ указать только на слѣдующіе: 1) случай Рондурода, гдѣ послѣ операции былъ констатированъ суставъ 30 лѣтъ; 2) случай Шаланаго, гдѣ оперированный могла ходить по три мишъ не отрывая и былъ наблюденъ въ теченіе 16-ти лѣтъ ивондъными врачомъ; 3) наконецъ на болѣею Галлоа, который, спустя 11 лѣтъ, былъ представленъ въ Лондонское Хирургическое Общество Джаксонамъ, какъ образецъ возможности удавленія резекціи.

Главное условіе годности члена послѣ резекціи головноствого сустава заключается въ прочности содвиннаго тѣла со стеной. Ивондъное время думаетъ, что непосредственнае сравненіе между нами есть *conditio sine qua non* удачливой резекціи; но это мнѣніе оказалось несправедливымъ; изъ казуистич. видю, что почти въ двухътр-

тех случаев с удивительным исходом образовалась подвижное голеностопное соединение. По восьми повторным причинам, указавшим можно бы даже считать патологией относительно неблагоприятных, если бы при нем не развивалась в Швартовом суставе компенсаторная подвижность, дающая оперированным возможность пользоваться до известной степени выгодами сохранения стопы. Это касается до подвижности в голеностопном соединении, то она есть явление желательное только при двух условиях: во-первых, если с нею совмещается достаточная степень прочности, без чего стопа не могла бы служить прочной опорой для тела; во-вторых, если она развивается в нормальном направлении, то-есть в смысле сгибания и разгибания, а не боковых движений были бы или невозможны, или значительно ограничены. Случай, где эти условия не выполняются, то-есть, где, по измерениям рамы, между костями образуется такое слабое и подвижное соединение, что стопа касается во все стороны (так-же, Schlottergelenk), эти случаи относятся к рванатым и заслуживают в большинстве случаев возмещения к ампутации. К счастью, они весьма редки: как мы выше сказали, из 38 случаев полной резекции голеностопного сустава, только из двух операций вышла такой неблагоприятный исход. Вообще же, если не происходит инсульта, мы, в огромном большинстве случаев, имеем полное право рассчитывать на образование нового сустава, более или менее близко подходящего к нормальному соединению. В каком отношении приходится кость из этого сустава, и как располагается к нему различные части старого аппарата—в точности неизвестно, так как до сих пор никому еще не приходилось производить аналого-анатомического исследования ноги после полной резекции голеностопного сустава. Между, однако, с значительною степенью вероятности допустить, что в этом случае новые суставы повернутся относительно в отношении протезологического толку, которое захватится в нормальном соединении; а именно, что большая берцовая кость одна, как в совокупности с малой, округляется в вид сочлененной головки, между тем как на внутренней кости, как на остатке таранной, образуется чашкообразное углубление в вид суставной впадины. Это предположение подтверждается наблюдениями Гомера (№ таб. 16), который, при вскрытии сто-

его оперированного, умершего на 5-й месяц после резекции, нашел в остатке голени в стою линии сабды такого расположения. Относительно же сводчатого аппарата мы совершенно не имеем никаких наблюдений; тем не менее, принимая во внимание случаи, где в резированном суставе развивалась почти нормальная подвижность, мы можем с вероятностью предположить, что здесь естественные линии костей выступают между собой в соединении, близко подходящие к нормальному соединению, то-есть, что они покрываются слоем ланганга хряща и что между ними образуется борозда или жесть совершенно спонгиозная капсула, подкрепляемая в стороны вставившимся лодыжкам прочными боковыми связками. Как бы то ни было, известно только то, что после резекции голеностопного сустава, между голенью и стопой могут произойти все степени подвижного соединения, начиная от прочного, весьма мало подвижного обрешенного границей и до вставившего сустава полного образования, допускающего почти нормальную подвижность. Мы говорим очень потому, что до сих пор еще не было случая восстановления подвижности в ее естественных границах. В случаях сгибания удлинены движения сгибания или разгибания ограничиваются в большой или меньшей мере ограниченными. Тем не менее оперированные свободно ходят своею стопой, так как это ограничение подвижности до известной степени возмещается развитием подвижности в Швартовом суставе, который, как мы уже сказали, в случаях инсульта между голенью и стопой, может превратиться на себя роль голеностопного сочленения. Таким образом, чем бы ни кончился операция—соединением подвижным или неподвижным, большие удивляться за собой стопу больше или менее способную выполнять свое назначение, и в этом-то и заключается главное преимущество резекции голеностопного сустава перед ампутацией с сохранением стопы.

В смысле ходя, как из хороши результаты последних относительно годности оперированного члена, все он имеет два существенные недостатка. Во-первых, всякая ампутация является за собой ужасно, тогда как после резекции не происходит никакого резкого изменения в образе члена. Во-вторых, после стопы лишается ампутированным возможность пользоваться при ходьбе различными суставами. Сгибание его, соединя-

ние, при коротком хождении, с переносом центра тяжести с пятки на голову предплюсневых костей, становится едва и невозможным, и затруднительным. От того оперированные по Лепару, Сайму и Паретову, как бы хороши ни были их культы, могут ходить не иначе, как с выпрямленным коленным, точно так же, как и после ампутации голени и laco decidens, при которой переступание на ампутированную конечность совершается частью движением в тазобедренном сочленении, частью выталкиванием вперед соответствующей половины таза. Таким образом, как бы поступил ни была теория во этих случаях, она из совершенств далеко уступает нормальной походке ампутированных всегда хромают. Если у оперированной Хелуэ трудно было, по походке, водворить двойную Паретовскую ампутацию, то это именно потому, что операция была произведена не на одной, а на обеих конечностях; в току же ноги, скрывая от глаз наблюдателя отсутствие обиход стопы, должны были нести с тазом из значительной ступи скрывать и подвешивать, совершаясь вследствие ампутации из механики хождения. Только хорошо устроенная нога может возратить походку ампутированного ту правды, ту мягкость и эластичность, которая свойственна походке здорового человека. Напротив, в резекциях, сопряженных более или менее вынужден и гибкой стопы здесь оперированным возможность выловиться во время ходьбы коленным, суставом; от того и походка их гораздо более приближается к нормальной, чем походка ампутированных. В наиболее же удачных случаях резекции голеностопного сустава, хромота совершенно не бывает: оперированные ходят совершенно правильно.

Что касается до укорочения, то оно всею нею может быть поставлено из укоря резекции голеностопного сустава. Не можем не привести по этому поводу курьезного случая Шассеняка, который указывает, что полная резекция голеностопного сустава редко достигает цели, так как, даже в наиболее благоприятных случаях этой операции, конечность оказывается укороченною, а больные могут ходить лишь с помощью вспомогательных. (*Observations. Nouveau système de résection. Traité clinique d'opérations chirurgicales, p. 711.*) Трудно понять из этих слов, какую именно цель имеют в виду почтенный автор, думая при производстве полной

резекции голеностопного сустава. Что хирургия еще не научилась искусству вырвать далее сочленение, не умеренно ли следовательно составляющих его костей, это, конечно, не поддается никакому сомнению; равным образом совершенно справедливо, что мы до сих пор не имеем средств достигнуть полного восстановления утраченных при этом частей скелета — *restitutio ad integrum*; так же не менее, ускоряется этих обстоятельствых. Шассеняку вовсе не следует, в оных случаях, при резекции голеностопного сустава, ставить свою цель вышай достигнутой, если ему удастся, хотя бы и с содвиганием сапожника, возратить оперированному возможность ходить.

Как бы ни была значительно укорочена нога после резекции, она все же может быть серьезным препятствием для дальнейшего исполнения оперированной конечности. Единственное неудобство в этом случае заключается в том, что при весьма значительном укорочении, превышающем примерно 3 дюйма, терзает вся выгода сохранения стопы, и конечность не представляет никаких преимуществ пред ампутационною культю. В обыкновенных же случаях укорочение конечности не достигает таких высоких степеней. Оно, говоря вообще, значительно меньше, чем после Саймовой ампутации и немного больше, чем после Паретовской. В случаях, где недостаточное укорочение члена в точности обозначено, maximum его — 5,5^{cm}, minimum — 1,8, средняя числом 3,2^{cm}. Такое укорочение конечности не имеет никакого значения для ее отправления, и немалым его даже могут быть устроены себе приспособлением обуви, уравнивающим длину оперированного члена с длиной здорового.

Как блаженный пример того, из каких совершенств может восстановиться этих конечности после полной резекции голеностопного сустава, приведу упомянутого выше Брунса пациента, которого, после многих и напрасных попыток в Тюбингене, Оберну, Горбе, в наконец отослать во Фурдрессельда, в августь вышайшего года. Равно: *Киноте*, оперированный в Тюбингенской хирургической клинике на 3-м году жизни, оказался благополучно. Присоединить мальчонку, лет одиннадцати, со всеми признаками будущего здоровья и красивого телосложения. Последствием оперированной конечности

показало следующее: она хорошо здоровой на 1^ю, но из-за развития своих навыков не отстала от остальных; развития стопы и мускулатура голени—нормальны. На обеих сторонах голеностопного сустава замечаются складки боковых разрывов, в виде довольно правильных, ступенчатых, часто подмышечных, часто переходящих к кости рубцов бледно-розового цвета. Спереди и сзади наружного рубца находятся другие небольшие рубцы, также выпуклые, по всей ширине складки бывших и искусственно-выкрытых порывов. Боковые выпячивания, соответствующие лодыжкам, шире, в голени, восстановление суставных, переходить к ступе, поперечный размер которой предельно шире значительно увеличивается; вследствие чего форма члена в передней голеностопного соединения становится при рассмотрении спереди knobобразною: обстоятельство это указывающее на уменьшающее уже обратное расположение сочлененных поверхностей костей. Положение стопы совершенно нормально; боковая ее дилатация из поперечных суставов, т.е. дилатация по продольной оси, востро на отсутствие лодыжек, едва возможна; сплюснение и разгибание значительно ограничено, и углубилась, приблизительно, на половину меньше, чем в нормальном состоянии; но недостаточность эта в значительной мере вознаграждается увеличением подвижности в Шарпартенов суставах. Мальчик целый день из постели и помогает отцу в земледельческих работах; он ходит обыкновенно босиком и, вследствие легкого укорочения, пешего прихрамывает. Впрочем при простом башмаке, надвтом на большую ногу, от хромоты не остается ни малейшего следа, и походка энергичнейшего становится совершенно нормальной. Для увеличения прочности и гибкости нового сустава и силы управляющей им мускулатуры, и подвергать мальчика различным упражнениям, из которых оказалось: 1) что он может несколько раз пройти по комнате на одних носках; 2) что, опираясь слегка рукой к столу или стулу, для сохранения равновесия, и приподняв здоровую ногу, он может в течение нескольких минут стоять на носках больной ноги; 3) что он может довольно долго прыгать на этой ноге и играть с своими товарищами в так-называемые борды; и что, наконец, 4) часто в дни в занятии, он едва отстает от самых быстрых.

Резоцирку сказанное выше о терапевтическом достоинстве резекции голеностопного сустава, мы являем к следующим положениям:

Во-первых, выгоды этой операции перед конкурирующими с нею операциями не подлежат никакому сомнению: по крайней мере для жизни и, относительно окончательного результата, стоять несравненно выше первой. Во-вторых, единственною выгодаю резекции — медленность выздоровления, — в сравнении с выгодами так незначительна, что никакая операция не может выиграть чашку побед на стороне операций, пред которыми резекция заслуживает полное предпочтение во всех случаях, где она удобоисполнима и ведет к производству ее не имеется никаких противопоказаний.

V.

Показания. Обязательность, затрудняющая постановку диагноза из резекции сустава, т.е. и стратегическое производство этой операции при ортопедическом лечении различных сочленений. Формы ортопедических операций, которые ведут к выводу из употребления больной резекции суставов, с. Показание из резекции при артралгии, вызывающей этого сустава. Противопоказания со стороны образования суставов костей. Препятствия к лечению в Английском журнале.

Полная резекция голеностопного сустава предпринимается по поводу тех же страданий, которые служат показанием и для резекции других сочленений. Она производится так же при органических болезнях сустава, так и при травматических его повреждениях.

Голеностопный сустав бывает весьма нередко объектом резекции органических страданий, а именно разрушительных форм хронического воспаления; можно сказать, что из ряда больных сочленений он занимает третье место по частоте поражения так-называемой флюидо-оухомы. Тем более бросятся в глаза малочисленность резекции, произведенных по этому поводу. Между тем как в настоящее время существует уже около 200 выписанных случаев полной резекции лодыжечного сустава, из которых значительная служило означенное страдание, — мы для голеностопного су-

ства, едва можно выбрать десятка два подобных случаев, хотя здесь была опухоль развивается чаще чем в левосторонних сочленениях. Отчасти это объясняется тем, что хирургия всегда существовала в Германии на верховях, чем на низших степенях, и что предубеждения против резекции существовали во низших степенях далеко не разоблачены даже в настоящее время. Но это объяснение является недостаточным, если мы обратимся к практике таких хирургов, которых никак нельзя назвать заведовать в предубеждения против операций бы то ни было суставных резекций, в которые, напротив, откровенно отхлещивали, когда отличались своим скепсисом. Так например, Ганссон Текстор (Gottlob Teator. Ueber Wiederzeugung der Knochen nach Resection im Menschen. Würzburg. 1813. Tafelfarischer Uebersicht), основатель Вюрцбургской хирургической школы, производивший, с 1821 по 1843, восемьдесят две резекции, в том числе пятнадцать левосторонних, пять правосторонних, ни разу не выказавшим левостороннему суставу при органических его поражениях. Только в следующем году (1844) он произвел свою первую и единственную операцию этого рода. Бьер, оказавший так много влияния на распространение резекций в Германии, выказывал только два случая резекции левостороннего сустава да и то в одном из них была травматическая происхождение (последний период). Наконец, первый германский хирург, Доминго, производивший, от начала своей деятельности в Берлине по 1861 год, 296 случаев резекций (Lücke, Beiträge zur Lehre von den Resektionen, in Arch. f. Klin. Chir. V. III. H. 1, 2. p. 291), так возмещать пять случаев левосторонних и пять резекций выказав по поводу органических страданий, при всей громадности своего клинического материала, ни разу не выказав возможности артрогенных резекций левостороннего сустава в случаях органических его страданий. В опубликованных им в последнее время семи случаях резекции (из которых только две полные) показавшихся в операции служило травматическое повреждение соединительного сочленения.

Есть, следовательно, еще причина редкости этой операции, не выходящая ничего общего ни с предубеждениями против нее, ни с редкостью органических страданий левостороннего су-

ства. Сколько ни как кажется, оно заключается в трудности возможности подлинно и резекции в конкретных случаях этих страданий.

В самом деле, можно без пренебрежения сказать, что на первом большом сочленении органических страданий не представляются таких условий, таких трудно удаляющихся подлинно и резекции, как в левостороннем суставе; и это зависит от двух особенностей, которыми отличаются орг. страдания указанного сочленения. Первая особенность заключается в том, что здесь эти страдания чаще, чем в других больших суставах, означаются артрогенными явлениями, с сохранением функций кости. Благодаря успешной современной терапии хронических воспалений суставов, благодаря привычке к ней отсрочивающихся нападков, больших разрывов (бур), инфильтратов и т. п., мы имеем право рассчитывать на отнюдь случайный исход даже в поздних стадиях болезни, когда развитие костей уже обнаружилось несомнительными признаками. В этих случаях воспалительный процесс ограничивается чаще или реже полным сращиванием костей, при чем большой остается с нею годною для хождения — столь же годною, как после резекции ее переходя в анкилоз. Уничтожение подвижности в шарнирно-берцовом сочленении не оставляет в здесь особенно неблагоприятного обстоятельства, выходящего до известной степени и здесь развитием подвижности в других суставах стопы. Очевидно, что в подобных случаях резекция была бы неудобна, так как сокращенный ее курс редко не выказывает никаких выгод. Другая существенная черта хронических воспалений левостороннего сустава, зависящая от анатомических особенностей стопы, заключается в том, что с которым большим процесс, особенно для подлинно, может распространиться на соседние суставы и кости, и в том, что это распространение нередко кончается еще в ранние периоды болезни. В указанных означенных страданиях шарнирно-берцового сочленения нередко случаются, при каковой-либо доброкачественности общего состояния, поражение скелета стопы принимая такие размеры, что резекция становится невозможной, и вольному можно только посоветовать един только ампутицию. Эти две особенности хронических страданий левостороннего сустава значительно

случае, когда по показаниям к резекции. Поднятие к этой операции возможно с большою безопасностью лишь тогда, где, с одной стороны, уже нельзя с избыточностью растянута на устьях неоперативного диверсия, а где, с другой, разрушение костей не перешло границ доуказанных резекции. Но так как, болыюю частью, весьма трудно бывает определить, насколько в данных случаях эти отрицательные условия совпадают, то хирург, при обсуждении вопроса о резекции, полагает в крайню задержательное положение. С одной стороны, не в виду возможность произвольного наложения с сохранением функции члена, он опасается сделать бесполезную операцию, а с другой, знает как легко и незаметно совершается распространение болезненного процесса на остальные кости и суставы конечности, он опасается упустить удобное время для резекции.

Гораздо определеннее положение хирурга, когда он имеет дело с хроническими страданиями других суставов. Как скоро, например, при поражении локтевого сочленения, можно констатировать костную сращивание концов костей, видения кости, а мы не можем вполне приступить к резекции; возможность произвольного наложения потому не должна быть удерживать от операции, что результатом послужит, в отряхнутом большинстве случаев, бывшее образование подвижного соединения между плечом и предплечьем и, следовательно, вполне восстановление функции члена; тогда как диверсия неоперативная, так бы оно ни было удачно, неминуемо ведет к анкилозу, который уже сам по себе исключает резекцию. То же можно сказать относительно страданий локтевого сустава, хотя здесь сказанное положение имеет уже меньшую силу.

При вселенных тазобедренного сочленения видения к резекции еще определеннее; здесь хирург, при назначении этой операции, потому не должен стесняться возможностью произвольного наложения, что этот переход, в подвижных стадиях болыюю, до крайности редок, и что он, в отряхнутом большинстве случаев, ведет за собой совершенную потерю функции члена, между тем как после резекции около $\frac{1}{2}$ болыюю остаются в живых (Fock, Bemerkungen u. Erfahr. über die Resektion im Hüftgelenk, in Arch. f. Klin. Chir. 1869. 1 p. 193), и так или приблизительно половина может быть или даже свободно под-

держивать оперированное конечностью. Что касается до опасения упустить время для резекции, то оно при страданиях тазобедренного сустава гораздо менее должно иметь веса, чем при болыюю других сочленениях. Как бы ни была занята болыюю в данных случаях, резекция все-таки остается единственно малюю средственно, представляющим хоть какою-нибудь шансом на спасение жизни, так как эта операция не имеет, по анатомическим причинам, конкурентов со стороны ампутации. Потому общирность поражения скелета здесь не противопоказывает резекции; есть случаи счастливых исходов, где, кроме бедренной головки и вертлуга, удалены были значительные части лобковой и сращившей костей.* Все эти обстоятельства, данные видения к резекции тазобедренного сустава прочную и широкую основу, позволяют, с одной стороны, хирургу приступить к операции, как скоро костная консолидация не исключает образования шнуров и калечных параличей, а с другой — прибегать к ней даже в таких отчаянных случаях, при таком обширном распространении костного страдания, когда, при подобном же обстоятельстве в других сочленениях, желательно думать только об ампутации.

Во хронических воспалительных колчанного сочленения, относительно благоприятные результаты неоперативного лечения дают меньше простора резекции; за то здесь, как и в предыдущем случае, поднятие к ней получают прочную основу в общем состоянии организма, разстройству которого, вследствие тяжести пораженного сустава, обыкновенно достигают возможных степеней, прежде чем разрушение костей примет разкаты, незначительные резекции. Другими словами, при страданиях колчана, равно как и при страданиях тазобедренного сустава, *indicatio vitalis* возмущает обыкновенно задолго до того времени, когда резекция станет по вышнему по причине общирности поражения скелета; так потому не трудно опасаться опоздать в этом отношении, что мы болыюю частью получаем в общем состоянии организма своевременное предостережение. Напротив, при хронических страданиях голеностопного сустава, *indicatio vi-*

* Бриссон приводит из своей практики подобный роду случай. См. его (упомянуто в хирургии.)

talis образовывается с помощью большого числа лишь тогда, когда от резекции нечего больше ожидать и когда, вследствие распространения страдания на соседние кости и суставы плоские, только одна ампутация может удержать угрожавшую большую опасность. В этих условиях большая голеностопная суставная представляется ближайшим сходством с страданиями сочленения ручной кисти; различие между ними заключается только в том, что из соседних распространение болезненного процесса на малые кости в суставы не может надираться ампутацией в ссадо-быль неже исключает резекцию, чем в предыдущих. В самом деле, как бы ни была высока рука после обширной резекции, она для больного все-таки будет полезнее ампутированной кисти; между тем как резецированная нога должна непременно испытать недостаточные требования, чтобы ей можно было удержать ампутированную с соответствующим культивом; в противном случае она становится оперированному в тягость.

Итак, повторяем, возникновению индиферентной резекции при страданиях голеностопной сустава подвергается значительным ограничениям вследствие двух обстоятельств: во-первых, хирург здесь больше, чем при поражении других больших сочленений, в праве рассчитывать на успех неоперированного лечения, над которым, притом, операции в этих случаях далеко не имеют таких благоприятных преимуществ, как при страданиях других суставов; во-вторых, они здесь гораздо чаще, чем где бы то ни было, встречаются с случаями, не поддающимися уже более резекции и в которых время, удобное для этой операции, уже упущено.

Полная резекция голеностопной сустава может быть предпринята при различных формах органических страданий этого сочленения: 1) При остром гнойном воспалении сочленения (arthroplogosis purulenta acuta), типом которого может служить воспаление, развивающееся вследствие приращенной ранки. Само собою разумеется, что в этом случае об операции можно быть речь только по прошествии острой стадии болезни, когда, при несомнительном поражении костей, воспаление уже ограничивается в характерных анатомических ступах. 2) При разрывившемся и захваченном анатомическим суставом (arthroplogosis chronica

purulenta fungosa; arthrose, tumor albus). И здесь операцию приходится производить только в тех поздних стадиях болезни, когда сочлененная сумка уже вскрылась, образовались кариозы, свищевые ходы, и дальнейшее лечение начинает быть или вообще безнадёжным или является на общем состоянии больного.

Всего же чаще прибегают к резекции в тех случаях, когда обильных выделений, при болезненном процессе протекают весьма медленно, с характером торпидным, и где разрушение костей, равно как и перерождение тканей частей, может достигнуть высших степеней, прежде чем образовалась одна кагла гноя. При вскрытии таких сочленений оказывается, что полость их наполнена обильными гнойными новообразованиями, исходящими как от синовиальной оболочки, так и от самих костей, что хрящи разрушены и частью подверглись коллоидному изменению, частью отторгнуты в вид некротических кусочков; в смысле же тканей замечается не только разрыхление вследствие разрастания клетчатчатого tissue из фиброзной грануляции, но и значительные полости костного вещества, в вид губчатых рытвин, каверн*; при всем этом гноя нет, или его очень мало. Поистине, что для производства резекции в таких случаях, можно дождаться момента и вскрытия сустава наружу, — вскрытия, которое или не наступит вовсе, или наступит слишком поздно, то-есть в такое время, когда уже нет времени удобное для резекции. С другой стороны, так как разложение костям здесь весьма трудно, часто даже совсем невозможно, то и прибегать на операцию в этих случаях бывает трудно, чем во всяких других, тем более что и здесь произвольное излечение не составляет редкости, и болезненный процесс, при благоприятных условиях, останавливается самостоятельно. Поэтому хирург, в подобных случаях, особенно развлекать держался неоперированного лечения, и останавливается от него обыкновенно лишь тогда, когда, по причине распро-

Handwritten note:
вскрытия сустава

* Как из образцов такого разрушенного сустава без воспаления, развивающегося по описанию в Hand d. Spec. Chirurg. v. N. 10 u. 11 (H. 338) автором названо, разрывившимся суставом. Относительно этого места см. также Фаллопий, (De artic. operata, lib. 1, c. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24)

страстности страдания костей и глубокого перерождения тканей частей, можно ожидать успеха только от ампутации.

3) Еще реже могут податься поведы к полной реакции голенистоного сустава козосраженного, развивающийся из этого соединения. В литературе нет работ, быть может, два, три случая, где выжили из реакции случаи фибромы или хондромы той или другой локализации, но все она относится к выжившим часточкам реакций (случай Logonow в Gaz. d. Par. 1862. p. 519).

4) Травматические повреждения, иными: перелома, вывиха и огнестрельная раны голенистоного сустава, едва ли могут когда-либо податься к производству первичных полных реакций этого соединения.

В случаях огнестрельных переломов приходится решиться на одно из двух: или на выжидание, то-есть на кооперативный метод лечения, или на первичную ампутацию, причем основным для выбора будет служить не столько повреждение суставных концов костей, сколько степень раздробленности тканей частей. Первое само по себе никогда не послужит ампутации. Если, при переломе, происшедшем от непосредственного влияния насилия, соединяется шаровое ведро и жилая часть из значительной пространств только хряща и ушибов, то всего лучше прибегнуть к первичному отятию головки. Если же, напротив, при переломе, хотя бы и дробном, жилая часть не особенно пострадала и ранение их не представляет особенной важности, то еще можно ожидать успеха от консервативного метода и ограничиться, во крайней мере на первое время, удалением свободных и слабо державшихся осколков (если они легко доступны); первичной же реакцией ни в том, ни в другом случае ждать нельзя.

Несколько старается доказать выгоду этой операции в подобных случаях тех, что она упрощает ранение кости. Но, во 1-х, как уже отчасти замечено выше, опасность из травматических этого рода заключается не в сложности или дробности перелома, а в степени повреждения живых частей; реакция же в этих случаях тем же менее способна улучшить положение, что ожидание от нее упрощение костной раны состоит не легко и что операция сама по себе — независимо травматического повреждения. Во 2-х, вследствие трудности опре-

делить точные границы повреждения кости и невозможности захватить раны, как именно из этих поврежденных частей убирать и какие предосторожности, впоследствии предвзвешенной реакцией распухлости напрасную убить скелета, во исполнение которой тем же менее можно рассчитывать, что образование надкостницы удержит здесь много, не говоря уже о том, что эта операция, в подобных случаях, выходящая из условий наименее благоприятных для восстановления кости. Произведенная при подобных обстоятельствах реакция почему может только отрицательное значение, что она не является за собой никаких существенно-важных улучшений в отношении состояния большого; поэтому, если последнее так дурно, что от консервативного лечения ожидать успеха нельзя, то всего лучше прибегнуть к ампутации, которая ставит большое и совершенно новое, более благоприятные условия лечения.

Со времени А. Купера (Asley Cooper. A treatise on dislocations and fractures of the joints. 1811. p. 185) операция сменила стала довольно часто податься к производству первичных реакций. В этих случаях главным побуждающим моментом служат необходимость или слишком трудная возможность вывиха; поэтому реакция может считаться необходимым и тогда, когда вывих несомненно наружно ранен. Впрочем, поведы к операции, при подобных обстоятельствах, исключительно бывают исключительными вывих таранной кости, направление которой нередко представляется непреодолимыми затруднениями; в таких случаях, немедленное удаление этой кости есть самое действительное средство, чтобы предотвратить развитие опасных вывихов — смещения, столбняка и пр. Что касается до вывихов берцовых и т. в. голенистоного сустава, то они могут потребовать реакции только тогда, когда они осложнены значительной раной живых частей и когда выжили из них по крайней мере одна или другая лодыжка) не может быть произведена без опасного вывиха. Но, так как эти вывихи несравненно чаще, чем в других суставах, вследствие перелома суставных концов, и так как, поэтому, направление здесь должно удаваться относительно легко, то из этого следует, что в подобных случаях можно чаще обойтись без первичной реакции, чем при осложненных вывихах дру-

ских сочленений. Как бы то ни было, во огромное большинство операций этого рода, произведенных по поводу осколочных вывихов в голеностопном суставе, почти исключительно относятся к хирургическим частичным резекциям. Пороженье же вырванного косто сочленения производится по этому поводу весьма редко (случ. Sédillot, № 22). Само собою разумеется, что о полной перитрой резекция может быть речь только в тех случаях вывихов, где, пройдя выстояние одной из трех костей, составляющих голеностопное сочленение, остальные две значительно пострадают, подвергнутся, например, дробному перелому. Даже в этих, весьма редких случаях, можно ограничиться резекцией одной только выстоявшей кости и удалением наиболее доступных осколков, какъ при сложных переломах во сопряженных съ вывихами. Но въ редких случаях стахла, когда въ открытой суставной полости произошло падение, а раздробленная или вывихнутая кость переместилась восточной или оверзубаем, эти повреждения подлежат весьма часто поводу къ производству полныхъ резекций. Изъ нашей таблицы видно, что случаи относящиеся къ этой категории суть самые частые и въ прогностическомъ отношении самые благоприятные. Само собою разумеется, что здесь, какъ и во всехъ другихъ резекциях, операция тѣмъ безопаснее, тѣмъ больше ограничивается область резекции.

Несмотря на частоту оксериальмыхъ раны голеностопного сустава, военные хирурги сороковыхъ и пятидесятыхъ годовъ не представляли ни одного случая ни полной, ни частичной резекции этого сочленения*. Делме, Ледуассе и др. считают эту операцию неприемлемою къ военно-полевой практикѣ и предпочитаютъ ей, смотря по обстоятельствамъ, то ампутирный способъ дѣйствія, то ампутацію. Что неоправданное дѣйствіе можетъ и въ подобныхъ случаяхъ давать благоприятные результаты, не подлежитъ большому сомнѣнію; указываемъ для примера въ всѣхъ известную исторію раны Гарабальди. Но что во многихъ тяжелыхъ случаяхъ оверзубныхъ повреждений сустава, въ которыхъ до послѣдняго времени никто не задумался бы прибѣгнуть къ ампутаціи, можно еще во-

* Во время Крымской войны Стивенъ въвелъ одинъ случай, а Вандеръ два случая полной резекціи голеностопного сустава, исходя изъ этихъ операций новшествомъ. (Stein, Militär-Chirurg. Stud. 3 Aufl. S. 419.)

средствомъ резекціи сохранить весьма удовлетворительную стопу, это возмозительно доказано Лангебеккомъ и Нейдербергомъ во время послѣдней Далеко-Пруской войны. Первый (Langebeck, l. c.) произвелъ пять резекцій голеностопного сустава, по поводу болѣе или менѣе оверзубнаго раздробленія его ступорныхъ свертковъ; изъ нихъ двѣ были полныя, три частичныя; оверзубный выходъ былъ только въ одномъ случаѣ; оверзубивший укоротъ отъ голеностопнаго оверзубія. Второму (Neudorfer, Arch. f. Klin. Chir. B. VI. 2. H. S. 359) принадлежатъ одинъ случай полной резекціи, произведенной по тому же поводу. Во всѣхъ шести случаяхъ резекціи были вторичны. Вообще объ оверзубившихъ ранахъ голеностопного сустава можно сказать то же, что и о прочихъ его травматическихъ поврежденияхъ, т. е., что она могутъ водить поводъ къ производству резекцій только въ послѣдствіяхъ стахлахъ травматической резекціи, когда послѣдняя повлечетъ за собой поврежденіе, какое-либо ограниченіе и т. д. Первичныя же резекціи возможны какъ таковы, такъ и здесь, и по тѣмъ же причинамъ.

Изъ всего сказаннаго выше можно вывести слѣдующее общее воззрѣніе: какою бы ни была форма оверзубнаго или травматическаго страданія голеностопнаго сустава, переходя къ полной резекціи послѣднее можетъ состоять только въ такомъ случаѣ, когда всѣ три кости, входящая въ составъ сочлененія, будутъ повреждены повсюду или оверзубившимъ, и критичъ въ такой мѣрѣ, при которой или совсѣхъ нельзя рассчитывать на произвольное сдѣланіе крѣпкихъ и некротическихъ частей, или послѣднее потребовало бы слишкомъ продолжительнаго изнуренія, опаснаго для жизни оверзубившихъ костей и суставовъ, а иногда и для жизни больного.

Во входа въ разсмотрѣніе обстоятельствъ, служащихъ произношеніемъ ли резекціи войны, мы только остановились на нѣкоторыхъ мѣстныхъ условіяхъ, болѣе или менѣе противоположащихъ резекцію голеностопнаго сустава. Сидя отнесется, во 1-хъ, чрезвычайное распространеніе страданія костей лоды и своено. Здесь, какъ и въ другихъ резекціяхъ, чрезвычайно трудно, чтобы не сказать невозможно, указать въ точности границы поврежденія свертковъ, въ которыхъ произношеніе операции становится невозможнымъ. Многое въ этомъ отношеніи зависитъ отъ

натуры безболезненного процесса и индивидуальности больного. Так например, поражение омертвевшими долами той или другой голени кости, и даже обильно, на значительном протяжении, не составляет еще противопоказания к производству резекции, если существуют условия, позволяющие рассчитывать на более или менее полное восстановление омертвевшей части. Случай Гейссера (№ 13), где от голени кости удалено было $7\frac{1}{2}$ дюймов, между тем как последовательное укорочение не превышало $1\frac{1}{2}$ дюйма, подходит к этой категории. Равным образом не всегда противопоказует резекция распространение страдания на таранную или соседнюю кости своим. Случай Гейсвальдера, Нуссбаума, Текстора и др. доказывают, что можно быть особенно неудобства удалить вместе с таранной костью больше или меньше значительная части пяточной. Но, можно ли при полной резекции голенистоногого сустава ринуться на окостеневшую всю пяточную кость, это вопрос, для решения которого мы имеем слишком мало положительных данных. Случай Уокера (*Walker*), описанный у Гейсвальдера в таблице волиных резекций голенистоногого сустава, потому не может считаться к этому отношению вполне доказательным, что хребт удален был не весь суставный конец той или другой голени кости, а только одна лодыжка, так что операция не повлекла за собою никакого укорочения оси голени. Приводим этот случай вернее. Двухэтапный вторичный страдать распространению холестой пяточной и таранной костью, при явлении интритивной декорации. Так как большой не согласился на ампутацию, то Уокер, предвзвешав голенистоногий сустав здоровым, ринувшись на вышнее обильных названных костей. Двух разрезами, начинавшимся от лодыжки и сливающимися на средней пяти, очертили задний лоскут с верхним основанием. От средней линии разрезыв проводили параллельно с лодыжной два другие разреза, вследствие чего получался второй, задний лоскут с верхним основанием. По отсечении обоих лоскутов и удалении пяточной и таранной костей, оказалась необходимым отрезать от лодыжки. Задняя большеберцовая артерия была перевязана. Через пять недель (?) больной стал ходить на костылях. Заживление раны замедлено было образованием абсцессов абсцессов. По совершенном выздоровлении, больной мог ходить

с помощью саней, слабейшего возможного каблучков. Стопа сплывалась и разбалбалась (*Const. Jahrb. 1848. S. 229*). Гейсвальдер старший, в 1838 году, из Петербурга, также сделал попытку удалить обе кости — таранную и пяточную, но случило холестой, развившейся у соседнего рабочего вследствие холестой руд. холестой, не во избежание: на двадцать четвертый день после операции, состояние омертвевшей кисти и самого больного потребовало отсечения голени, которое и было произведено с успехом. (*Heubler. Operationslehre und Statistik der Resektionen. 1861. S. 173.*)

Как бы то ни было, мы не сомневаемся не в том, что рана после полной резекции голенистоногого сустава, осложненной удалением всей таранной и пяточной костей, может зажить, не даже в том, что член, после такой обширной утраты скелета, может еще быть годным для ходьбы. Но, с другой стороны, не поддается такое сомнение, что в подобных случаях резекция на значительный хребт утратам свой преимущественно перед ампутацией. Во 1-х, трудно допустить, чтобы рана после такой сложной и обширной резекции была безболезненно для жизни, тем как бы то ни было ампутация рана. Во 2-х, вследствие значительного укорочения члена, должны утрачиваться методы сокращения стопы, и обретенная часть конечности едва ли представит какую-нибудь преимущественно перед хорошей культей. А между тем, для достижения большего частью пяточного регулятора, больших приходится подвергать великой случайности весьма продолжительного восстановления голенистоногого сустава. То же самое, и еще с большим правом, можно сказать относительно такых несовершенных попыток, какова попытка операции Гейссера (№ 19), который ринувшись осложнить полную резекцию голенистоногого сустава удалением обеих костей членами. Что избегание холестой из этих костей не составляет еще абсолютного противопоказания к производству операции, доказывает до некоторой степени удачный случай Лессона (*Foerster I. c. 392*), где, вместе с внутреннею лодыжкой и таранной костью, удалены были кости лодыжечная и дуб клиновидная. Само собою разумеется, что при полной резекции голенистоногого сустава, можно, во весьма незначительных случаях, германе скорее ринуться на удаление той или дру-

той из передних эпифизных костей, чем на выдвинутой всей пяточной кости, существование которой необходимо для образования голеностопного соединения, хотя сколько-нибудь приближающегося к нормальному. Вообще говоря, разбираемое нами противопоставление вымучивает глаз ртутью, чем большее число соединений с голеностопными суставами костей выдвинуто в болезненный процесс, и чем меньше шибтов на лице углов, поворачивающих рожничку на их восприятие.

Что касается до противопоставлений со стороны локтевого сустава, то мы упомянем только об одном, несущем особую важность при реакции голеностопного сустава, а именно о продолжении плеча. Это восприятие и часто эпизодическое ослабление могут возникать при всех страданиях, входящих в область показаний к нашей операции; всего же чаще они развиваются за течение травматических поражений околелоктевого сустава, при лечении которых обыкновенными способами изгнать часть плеча необходимо приходится выдерживать более или менее продолжительное время. В такой мере эти предостережения могут служить противопоставлением к реакции, будет зависеть столько же от их обширности и глубины, сколько от их влияния на виду волею операция способом консервативного лечения. Если же виду является только обширными способами перевязки и содержания члена,—способы, при которых так трудно уберечь плечу от вредного для нас давления, то операцию противопоставляют не только глубоким, но и поверхностным, не глубже кожи, пролежням. Мало того, даже рубцы остаются после заживления более или менее глубоким пролежнем, и те служат серьезным препятствием к производству операции, так как они от незначительного и кратковременного давления, необходимого при означенных способах последовательного лечения, легко могут подвергнуться вторичному разрушению. Позвольте себе думать, что, со введением нашего способа перевязки во всеобщее употребление, и пролежни эти, и оставшиеся после них рубцы, со значительной долей потеряют свое значение, как противопоставление к реакции голеностопного сустава.

VI

Техника реакции голеностопного сустава. Различные виды парализации различны и зависят от степени тяжести. Промысл при этом производится. Силы кожной на одной и на разных местах. Выгода сохранения плечного сустава, кости. Парализация суставов: суставы Шассона и Гейбелера. Понятие слов о влиянии сохранения суставов. Порядок проведения операции.

Переходя к изложению производства реакции голеностопного сустава, мы считаем необходимым заметить, что реакция вообще, даже суставная, не может быть эпизодическим, строго говоря, к порядку операций принадлежащим. Как при всех операциях, производящихся непосредственно на частях больных, при реакции хирурга всегда часто бывает вынуждено более или менее уклониться от оперативных типов, выработанных в автоматическом темпе, и видоизменять их согласно с особенностями данного случая. Свойство страдания, направление в число суставных ходов, расположение рубца, род и степень поражения костей—все это имеет существенное влияние на технику реакции и может в каждом данном случае вводить поведи в новый вариант прежде предложенных способов производства. Ближайшее стремление состоит в чистоте метода, старание же то бы то и стало приложить к клиническому случаю технику приема, возникающую из эвентуала, может только компенсировать ущерб операции. На этом основании мы позволим себе думать, что учение о реакции не столько не выкрывается от внесения в него изменений, сколько напр. обширный разрыв мышечной массы (Лангебюкк, Шассона), сдвиг кости до вывиха (Шассона) и т. п. При систематическом применении этих приемов, вероятно бы сличнее часто шла на пользу указаниям хирургического смысла и требованиям данного случая; если же, напротив, свободные от всякой системы, мы ставим строго придерживаться к особенностям последнего, то эти так-называемые принципом изобретать в строгую степень правил, тогда лишь для ограниченного числа случаев.

Для выработки голеностопного сустава предложено было разными авторами несколько способов, отличавшихся между со-

бою, какъ относительно наружныхъ разрезовъ, такъ и относительно сечения костей. И тотъ и другой актъ операции мы рассмотримъ отдѣльно.

А) *Разрезы въ мелкихъ частяхъ.* Сидило и Гейфельдеръ отецъ (*J. F. Heyfelder. Resektionen und Amputationen. 1855. S. 169*) предлагали вскрыть сечениемъ посредствомъ поперечнаго разреза, идущаго спереди отъ одной лодыжки къ другой. Гейфельдеръ младшій (*Oscar Heyfelder I. с. р. 135*), также занимающій этотъ разрезъ, приписываетъ ему слѣдующую выгоду: 1. Онъ открываетъ вообще свободный доступъ къ сечению, которое оказывается сразу открываемъ и, следовательно, позволяетъ лучше, чѣмъ при другихъ способахъ, сориентироваться относительно границъ пораженнаго кости. 2. Онъ даетъ возможность произвести сечение обѣихъ голennыхъ костей за одинъ разъ простою пилей, вслѣдствіе чего получаетсяъ болѣе правильная поверхность раны, чѣмъ при отпиливаніи каждой кости по-рѣзнь. 3. Наконецъ этотъ способъ позволяетъ избежать ризику смерти, чѣмъ при боковыхъ сеченияхъ, вѣроятно отъ наступившей преимущественно во всѣхъ случаяхъ, требующихъ возможности окончанія операціи. Съ этимъ доводомъ нельзя не согласиться, но крайней мѣрѣ до известной степени. Но выгода передняго поперечнаго разреза заключается въ томъ, что производимое надъ ранею горло значительнѣе, чѣмъ при боковыхъ разрывахъ; подобно тому, по крайней мѣрѣ съ теоретической точки зрѣнія, что раны голennостеннаго сустава, произведенныя по означенному способу, едва ли будутъ безвреднѣе конкуррирующихъ съ нимъ ампутиръ, напр. Лексараваго. Съ другой стороны, при поперечномъ переднемъ разрывѣ, раздѣляется вся масса разрывающихся сухожилий, нѣкоторые изъ которыхъ равно желательны такъ въ случаяхъ восстановленія сеченія, такъ и при исходѣ операціи въ ампулю. Вѣдь же на возможность привести концы разрывавшихся сухожилий къ сраженію посредствомъ вложенія на нихъ шва (Локко) слишкомъ много для того, чтобы принять ихъ въ расчетъ. На этомъ основаніи мы полагаемъ, что поперечный передній разрезъ можно удалять лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мягкія части, а съ ними и сухожилия, расположенныя на передней поверхности сеченія, и безъ того уже потеряли значительное наружное непрерывности. То же можно

сказать о переднемъ локтевомъ, реконструированномъ Морго машинъ (*Morion Hk. Essai sur l'emploi de la réssection des os. 1816*), вѣ который образуется или опущеніемъ на концы наменьшаго сеченія двухъ вертикальныхъ боковыхъ разрезовъ, или, просто, проведеніемъ чрезъ всю толщю мягкихъ частей поперечнаго разреза отъ одной лодыжки до другой вѣ обратнаго направлении внизъ. Гукелле (*Huvellet I. с. р. 142*), а по прихвату его и другіе анатоміе хирурги, приписываютъ также передняго поперечнаго разреза съ этою только разницею, что они ведутъ его не глубже кости и подкожной клетчатки; сухожилия же, съ сосудами и нервами, отдѣляются сами отъ костей и отъ окружающихъ, сътраиваются, то къ ту, то къ другую сторону. Но этотъ способъ также не заслуживаетъ предпочтенія, потому что при немъ теряются всѣ приведенныя выше выгоды передняго разреза и что, следовательно, совершенно напрасно увеличивается раненіе мягкихъ частей. Наконецъ то же, что о переднихъ разрывахъ, можно сказать о вскрытіи сеченія швы, по способу предлагаемаго Тексерама (*Reich. J. с. Oscar Heyfelder I. с. 135*) и Уоклема (*Wohley. Casstall's Jahr. 1848. p. 229*). Первый изъ нихъ производитъ въ основаніи одной лодыжки въ основаніи другой поперечный разрезъ, обратившимъ внутренностю внизъ и раздѣляющій всѣ мягкія части до глубины сухожилий, которая отодвигается въ сторону; для болѣе удобнаго обнаженія наружной лодыжки, Тексерамъ ведетъ отъ наружнаго конца означеннаго разреза другой небольшой вертикальный разрезъ внизъ. Уоклей (случай котораго, строго говоря, не относится къ искусственнымъ разрезамъ, такъ какъ есть голennыхъ костей) удалялъ быкъ не вся суставная поверхность) дѣлаетъ то же сѣченіе мягкихъ частей, съ тою только разницею, что заднюю часть разреза (а) онъ опускаетъ ниже верхней точки прикрепленія Ахиллова сухожилия и проводитъ отъ него съ задней стороны до разрыва (б), идущаго параллельно съ заднимъ. При этомъ образуется два доступа—задній (а), съ верхнимъ основаніемъ и шпатель (в), съ переднимъ.



Надобно замѣтить, что Уилсонъ въ упомянутыхъ случаяхъ имѣлъ въ виду выдвинуть одну патологическую кость и притѣмъ въ образованіи означенныхъ ложкутокъ, только убѣдившись, что распространение воспалительнаго процесса требовало, кромѣ того, удаленія таранной кости и обѣихъ лодыжекъ. Способы Текстора и Уилсона, подобно предыдущимъ, даютъ болѣе свободный доступъ къ соединенію и допускаютъ болѣе быструю проиходимость, чѣмъ обыкновенныя боковые сдвѣжки; но выгода ихъ дорого покупается разрывомъ сухожилий и вообще обширностью раненія мягкихъ частей. Мы полагаемъ, поэтому, что ихъ надобно удерживать лишь для тѣхъ исключительныхъ случаевъ, гдѣ особенностью страданія мягкихъ частей сами указываютъ на необходимость вскрыть галеновское соединеніе свода. Въ обыкновенныхъ же случаяхъ болѣе умеренныя заслуживаютъ предпочтеніе предъ всякимъ вышеупомянутымъ. Выгода ихъ заключается въ меньшей ранености, а главное — въ томъ, что при нихъ остаются нетронутыми внутренніе сухожилия.

Единичный продольный разрывъ по Шассонаку для вынесъ релактив до того непрактиченъ, что о немъ нечего распространять. Для удобнаго удаленія интима вонца обѣихъ голенихъ костей необходимо вскрыть соединеніе съ обѣихъ сторонъ. Вуроньеръ (*traité complet de l'anatomie de l'homme comprenant la médecine opératoire*) совѣтуетъ ограничиться двумя вертикальными разрывами, длиной въ три или четыре дюйма, проведенными параллельно концами голенихъ костей и соединяющимися ниже вершины лодыжекъ. Въ способѣ Моро-отца, отъ знанія коира такого же вертикальнаго сдвѣженія ведется съ каждой стороны впередъ болѣе короткий поперечный разрывъ, вслѣдствіе чего доступъ къ соединенію становится свободнѣе. Съ цѣлью открыть оное болѣе свободный доступъ въ суставъ, Коеръ (*Bas's Handbuecherbuch d. Chirurgie*, B. V. S. 529, Jaeger's description *erfahrungen*) дѣлаетъ поперечные разрывы длиннѣе (отъ $1\frac{1}{2}$ до $2\frac{1}{2}$ дюймовъ), а, въ случаяхъ надобности, продолжаетъ ихъ даже впередъ на $\frac{1}{4}$ "". Образовавшись съ каждой стороны этими разрывами параллельными ложкуткамъ можно избѣжить воздушныя, обращенныя наружу, стѣны и вонца, — возможность, принадлежавшая Герарду, и которую Гейфельдеръ (*Oscar Heuffelder*, I. с. p. 134) называетъ *Principium* Вильсона. Показаній, какъ видно изъ его Médecine

opératoire (1840, T. I. p. 393), предлагается воздушный ложкутокъ, обращенный свободнымъ краемъ впередъ и внутрь и отпадающимъ, по отсѣржкѣ его, назадъ и вонца. Каждое изъ приведенныхъ выше издѣланныхъ боковыхъ разрывовъ можетъ являть своею проделкою въ исключительныхъ случаяхъ, хотя даже можетъ случиться, что ни одно изъ нихъ не окажется имѣть приближеннымъ а что, подобно съ требованиями даннаго случая, въ нихъ понадобится всякая издѣлка. Нарядомъ разрывамъ по Моро-отцу — самыя употребительныя и въ болѣе частыхъ случаяхъ самыя удобныя и выгодныя. При производствѣ ихъ надобно имѣть въ виду слѣдующее: 1) вертикальный разрывъ выгоднѣе дѣлать надъ лодыжкой кромѣ той или другой кости, или, по крайней мѣрѣ, какъ можно ближе къ вонцу. Другой обязательствъ отдѣленіе отъ кости свода лодыжекъ сухожилий, а продолженіе поперечныхъ разрывовъ назадъ становится въ болѣе частыхъ случаяхъ излишнимъ. 2) Поперечные разрывы должны проходить неотчетливо подъ верхними обѣими лодыжками, для болѣе удобнаго пересѣченія связки. 3) Ихъ можно на внутренней сторонѣ довести до сухожилия большеберцовой кости, на наружной — до сухой жилы третьей большеберцовой, а въ случаяхъ надобности — и даже, такъ какъ, съ одной стороны, означенный мускулъ часто отсутствуетъ, а, съ другой стороны, пересѣченіе его не представляетъ большой выгоды.

В) Соединеніе костей. Подобно предыдущему, зная, что операція представляетъ различія, усложняемыя особенностями даннаго случая. Такъ какъ, при нормальной расположеніи костей соединенія, таранная кость скрыта между лодыжками, то релакцію можно начать съ нея равнѣ только тогда, когда соединеніе вскрывается свадъ или впередъ, какъ въ способахъ Текстора и Гейфельдера, или же въ случаяхъ выдвѣженія этой кости, направлѣнныя назадъ ее впередъ. При боковыхъ же разрывахъ и, вообще, въ обыкновенныхъ случаяхъ, второй изъ операцій является удаленіемъ нижняго конца голенихъ костей, какъ съ частей свода болѣе неосуществимо расположенныя.

Если кости неравною приблизительно въ одной высотѣ, то ихъ всего удобнѣе, по отсѣржкѣ мягкихъ частей, отпалить въ одну приемъ, притупивъ концы ихъ цѣдную палу или пелетью резинчатой палы Шиндлероваго или Бруса, и которымъ уже отпавленные концы удалить каждый порознь изъ соединенія съ

таршано и пяточной костях. Взада одновременного сближения голених костей заключается в меньшей потерь времени и, главное, в большей правдивости и однообразии поверхности распила.

Если же эти кости выкалываются поразенными на весьма различных высотах, то лучше отказаться от мысли одновременного сближения и воспользоваться возможностью сохранить взаимность той или другой кости в длину. Чем сохранение взаимности длин от длин большой берцовой кости весьма важно и выгодно, это не подвести ни малейшему сомнению. Скорее можно сообразиться в пользу сохранения взаимности малоберцовой кости, и не видеть различия между теми, которые вообще отгораживают сохранение нижнего конца этой кости и видны избегнуть упрочения голени. Одна малоберцовая кость, по своей твердости и слабости, не может служить опорой для тела, тогда как же она расположена вне оси тела и, стало-быть, вне направления центра тяжести тела. Воспользоваться же этой костью, как временной опорой, с целью удержать на избегнутой расстояния таршаную кость от большой берцовой, пока не возродится недостающая часть последней, совершенно, сколько может казаться, решаясь в таком случае, если эта недостающая часть возможна. При сколько-нибудь значительной величине недостатка, такая попытка была бы единственно разумной, так как не единственно избегнутой, а результаты опытов над животными не дают нам достаточно законного права рассчитывать на их успех. По сохранение взаимности малоберцовой части может быть полезно, если во ее видях избегнуть лишнего упрочения члена, то в видях избегнутия будущего соединения между таршаном и большой берцовой костью, — обстоятельства, из которых, сколько нам кажется, еще не было обращено внимания. Если сближение голених костей производится в пределах возможности связи и, притом, большая берцовая кость отпиликается малой, то выдвигается часть *fibulae*, при обломке большой берцовой кости с таршаном, может удобно воспользоваться в верхней поверхности последней, соединиться с ногой в последствии посредством самозачной массы и, таким образом, служить прочною опорой снаружи для будущего соединения. Если же резекция производится вне пределов возможности связи, то-есть близко к суставу, то можно достигнуть той же цели,

отпиливши нижней конец малоберцовой кости косвенно сверху и снизу. Так или иначе, избегнутом малоберцовой кости можно, как нам кажется, избегнуть до известной степени наружную дожимку. Насколько такая попытка, произведенная мною на трупах, может дать удовлетворительный результат во взаимности сближения — предстоит решить будущему. Как бы то ни было, но, при вырезании каждой из голених костей пером, начавшим обыкновенно с нижнего конца малоберцовой (Morgan, Jaeger, Velpeau, Guérin); можно с большим удобством начать резекцию с большой берцовой кости лишь в том случае, если она уже выкинута внутрь и выдвигается из раны нижних частей (случай автора и опыты подопытных). Если же этого нет, то лучше приняться сначала за кость верхнюю кость, то-есть за малоберцовую, так как резекция ее сопряжена с меньшим затруднением и, за удалением нижнего ее конца, более высокая кость, то-есть большая берцовая, становится доступнее, так как последняя, так и для действия инструментов.

Если уже не существует взаимности *fibulae*, осложненного состоянием этой кости или раны нижних частей, то можно лучше резецировать ее *in situ*, до выпущения (Morse), или после него (Egora), употребив либо долото (Morse), либо цангу или, остовтор (Egora), либо коническую костную пиалу (Вейденрейх). Вообще выбор инструментов зависит столько же от консистенции большой кости, сколько от различия вкуса и привычки оператора. По удалении нижнего конца малой берцовой кости приступать к резекции большой, которую, как и в предыдущем случае, можно произвести до или после разобщения связок, и притом или *in situ* (всего лучше цангою илилой или резекционным аппаратом Шинкельского и Брюна) или уже по предварительном выкинута этой кости из раны нижних частей, причем сближение ее можно удобно произвести и простом шилой (Morse).

На какой бы высоте и каким бы инструментом ни производилась сближение голених костей, поверхность его должна быть, во возможности, горизонтально. Не в тех случаях, где поражение кости распространено до посылу протяжения суставного конца на одну высоту, а следовательно преимущественно за короткой или задней ее части, то горизонтальное сближение кости, произведенное на уровне крайней границы ее поражения, может

могда быть сопряжено с слишком значительным потерей вещества и, следовательно, поделен за собой лишнее укорочение члена. Чтобы избежать этого неблагоприятного обстоятельства, Е. В. Вальдеман (*Oscar Heufelder*. I. 5. pp. 136 et 138) предложил косвенные разрезы большой берцовой и таранной костей, подобные тем, которые из последствии предложены были Билдротом (*Bildroth*. *Deutsche Klinik*. 1858. S. 331—334) для резекции голени. Если, напр., суставной конец большой берцовой кости короче преимущественно спереди, а головка таранной кости сзади, то можно удалить большую часть эпифизов верхней конечности сеченьем, по направлению линий *ab* и *cd*. При обратном обстоятельстве, сеченье больше, б. з. производится в обратном направлении (*kl*), а таранная кость или рассеивается в направлении параллельном последнему, или вовсе удаляется; в последнем случае стараясь сеченью (*kl*) провести параллельно верхней поверхности эпифиза кости. Насколько такие косвенные разрезы могут быть полезны, видно из того, что при сеченьях, пересекавших ось члена под углом равном 45°, недостаточное укорочение должно быть равно вдвое больше, чем при соответствующих горизонтальных сеченьях (*e b*, *e d*). На вопрос, могут ли места при таких разрезах расширяться так же удобно, как при сеченьях, так же удобно сростаются между собой, так и при горизонтальных сеченьях, едва ли можно ответить отрицательно. История заживления переломов, как простых, так и осколочных, показывает, что направление члена само по себе не имеет никакого влияния на сращение концов перелома, и что (*celeris paribus*) прочность и правильность ссая зависят от совершенства или несовершенства коагуляции; вследствие же, само собою разумеется, будет тем совершеннее, чем параллельнее будет поверхность члена. То же самое должно быть и при резекциях. Сращение резецированных концов кости будет зависеть не от направления плоскости сечения относительно оси члена, а от того насколько ось, при нормальном направлении последней, будут между собой параллельны, следовательно — на-



сколько совершенно будет их коагуляция. Таким образом, при неминуемых косвенных сеченьях, образование прочного ссая между резецированными концами костей так же невозможно, как и при горизонтальных. Остается только решить, будет ли при косвенных сеченьях часть эпифиза резекции локализована достаточно прочно вперед для того, если резецированные концы срастутся не костным ссаям, а лигamentозно тканью, или если между ними образуется настоящий костартроз. Этот вопрос может решить только будущий клинический опыт, так как способы Вальдемана и Билдрота до настоящего времени испытывались только на трупах. Вальдеман, с одной стороны, что он избегает заключительной пришивки ко живым субъектам. Нельзя также не одобрить указания Вальдемана в сеченьях костей, предложенного Гейсселдером в тех случаях, где страдала суставная головка раздробленно распространена на значительную высоту, параллельно или хрящевой поверхности, в кости, притом, можно сохранить таранную кость или, по крайней мере, значительную ее часть. В подобных случаях, названный автор советует сделать поперечным разрезом направление параллельное с направлением суставной поверхности обеих голених костей, посредством сеченья, изображенного на рисунке в виде полушпильной или лопаточной линии *abcd*. На трупах мы видели всего удобнее производить это, сеченье так: острый и правый долотом или обыкновенною пилой делается сначала косвенный разрез наружной лодыжки; по удалении отграниченной части, длиною около горизонтально оказывается суставная головка большой берцовой кости до основания внутренней лодыжки; резекция кончается косвенным сеченьем внутренней лодыжки снаружи внутрь — шаровым долотом, или просто пилой; в последнем случае большая берцовая кость, для большего удобства, вынимается из раны лезвием чашки. Этот способ ссая сеченья костей так же во всем употреблен на живых субъектах. Очень вероятно, что, при сохранении таранной кости, будущее возможное сочленение выигрывает в прочности от приращения ко старым костям высоты, которыми, до известной степени, заживаются настоящие лодыжки.

Что касается до таранной кости, то всего удобнее удалить ее

сделано совершенно будет их коагуляция. Таким образом, при неминуемых косвенных сеченьях, образование прочного ссая между резецированными концами костей так же невозможно, как и при горизонтальных. Остается только решить, будет ли при косвенных сеченьях часть эпифиза резекции локализована достаточно прочно вперед для того, если резецированные концы срастутся не костным ссаям, а лигamentозно тканью, или если между ними образуется настоящий костартроз. Этот вопрос может решить только будущий клинический опыт, так как способы Вальдемана и Билдрота до настоящего времени испытывались только на трупах. Вальдеман, с одной стороны, что он избегает заключительной пришивки ко живым субъектам. Нельзя также не одобрить указания Вальдемана в сеченьях костей, предложенного Гейсселдером в тех случаях, где страдала суставная головка раздробленно распространена на значительную высоту, параллельно или хрящевой поверхности, в кости, притом, можно сохранить таранную кость или, по крайней мере, значительную ее часть. В подобных случаях, названный автор советует сделать поперечным разрезом направление параллельное с направлением суставной поверхности обеих голених костей, посредством сеченья, изображенного на рисунке в виде полушпильной или лопаточной линии *abcd*. На трупах мы видели всего удобнее производить это, сеченье так: острый и правый долотом или обыкновенною пилой делается сначала косвенный разрез наружной лодыжки; по удалении отграниченной части, длиною около горизонтально оказывается суставная головка большой берцовой кости до основания внутренней лодыжки; резекция кончается косвенным сеченьем внутренней лодыжки снаружи внутрь — шаровым долотом, или просто пилой; в последнем случае большая берцовая кость, для большего удобства, вынимается из раны лезвием чашки. Этот способ ссая сеченья костей так же во всем употреблен на живых субъектах. Очень вероятно, что, при сохранении таранной кости, будущее возможное сочленение выигрывает в прочности от приращения ко старым костям высоты, которыми, до известной степени, заживаются настоящие лодыжки.

Что касается до таранной кости, то всего удобнее удалить ее



прямых или колеблющихся движений, направленных горизонтально; сь этим же целью можно прибегнуть и къ шпалы Лангенбека (Stichsäge), Шпановского или Брууса, хотя въ большинстве случаев эти инструменты лишены, по причине разности таранной кости. Въ случаи же необходимости совершить удаление этой кости, ее выламывают всего удобнее сзади наперед, сначала сь соединенія ее съ плечомъ, а потомъ съ ступня таранно-заднеберцового. Если она раздроблена — осколки удаляются отблыны; Тексторъ излагаетъ даже удобней предварительно раздробить эту кость посредством местных щипцовъ.

Правда ли при удаленіи костей заботиться о сохраненіи ихъ целостности? Мы не считаемъ уместнымъ входить въ подробное рассмотрение этого вопроса, составляющаго въ настоящее время въ высшей степени важную главу ученія о ревматизмъ вообще, и обстоятельному разбору котораго мы посвящаемъ специальную работу. Мы здѣсь ограничимся только кратчайшимъ замечаніемъ: прежде всего скажемъ, что клиническій материалъ вообще еще слишкомъ бѣденъ и представляетъ слишкомъ мало данныхъ для вывода положительныхъ заключеній о возможности возрожденія суставныхъ концовъ костей изъ сохраненной при резекціи целостности. Что же касается специально до резекціи голеностопнаго сустава, то во всей научной этой области мы не находимъ ни одного случая достаточно доказательнаго въ этомъ отношеніи. Доказательнымъ же мы можемъ назвать только тотъ случай, въ которомъ возрожденіе голеностопнаго соединенія, безъ значительнаго упроченія члена, произошло бы при слѣдующихъ условіяхъ: 1) если, при значительномъ упроченіи голеныхъ костей резекціей, ихъ концы, во все время леченія, будутъ удерживались въ отдаленіи отъ таранной или плечевой кости посредствомъ какого-нибудь вытаскивающаго аппарата; или, во крайней стѣри, 2) если, при резекціи значительнаго куска большой берцовой кости, надберцовая будетъ оставлена на мѣстѣ въ качествѣ шпалы, замѣняющей до извѣстной степени вышесказанный аппаратъ. Но, какъ уже отмѣчено было замечено, мы не имѣемъ права прибѣгать къ такимъ рискованнымъ попыткамъ и во будущъ еще жить до тѣхъ поръ, пока не получимъ болѣе прочныхъ результатовъ въ возможности успѣшнаго исхода такого рода операцій. Въ этомъ отношеніи, опыты надъ животными, предпринимаемыя

различными экспериментаторами, съ цѣлью доказать возможность возрожденія суставныхъ концовъ костей въ цѣлыхъ сочлененій, остаются и остаются далеко недостаточными. Какъ бы ни были благоприятными результаты этихъ опытовъ, эти послѣдніе не могутъ имѣть дать достаточно законнаго основанія для клиническихъ приложений и для созданія оперативныхъ методовъ, россчитанныхъ на возрожденіе костей у человека съ такими же размерами, какъ у животныхъ. Остается только дождаться окончанія доказательныхъ клиническихъ данныхъ. Пусть аргументы за преимущественнаго рода попытокъ въ болѣзняхъ противъ прежняго разсужденія на верхнихъ конечностяхъ, сущающей которыхъ мы можемъ расклатъ съ гораздо меньшимъ ущербомъ для большаго, чѣмъ сущающей нижней; и тогда мы, по результатамъ этихъ попытокъ, увидимъ, насколько оны оправданы и позволительны при резекціи колѣна и голеностопнаго сустава. До той поры мы остаемся при убѣжденіи, что сближеніе костей или, во крайней стѣри, удаленіе ихъ изъ сустава нежелательно, другъ отъ друга разстояніи (исключая не спонтанноующаго вывиха вывиха стѣри удаленныхъ частей) есть необходимое условіе успѣха резекціи. На этомъ же основаніи, мы полагаемъ, что наибольшая мѣра резекцировавшаго куска можетъ превышать 2/3 или 3 дюйма только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ страданіемъ сустава, основанномъ энергичнѣе болѣе или менѣе части сустава. Что удаленіе части сустава способно при такихъ условіяхъ въ возрожденіи, даже если она весьма велика, это весьма давно признано.

Скажутъ ли изъ всего сказаннаго, что надостеннымъ сохранять не должно? Совсѣмъ нѣтъ. Вероятно, не подлежитъ сомнѣнію, что изъ оставшихся въ ранѣ надостеннымъ часто развѣиваются большіе или меньшіе куски кости или, частію случаясь для сращиванія обломковъ концовъ костей, частію же расплывающаяся въ видѣ утолщеній, которыя, хотя весьма несовершенны, закрываютъ удаленныя отъ сустава. Но, крокъ того, сбереженіе надостенныя и даже кажется выгодно еще потому, что эти образования, даже оставаясь свободными, въ значительной стѣри способствуютъ укрѣпленію развѣивающагося вновь сочлененія. Наконецъ, истинныя наблюденіемъ доказано, что, при сбереженіи надостенныя и отдаленія ее отъ кости тупыми инструментами, траматичныя операціи значительно слабѣе, и теченіе раны близ-

гиперстиме, чаще в случаях, где с костью удалены надкостница и образован свищ.

Рассмотрев в отдаленности обе главные акта операции, со всякой относящаяся к ним подготовительная различная способств. и, в заключение, опишем самый порядок производства операции, предвослав вконец слова относительно протекания кт этой операции. Большой лежать на спине. При боковых свечениях, оперированную конечность в отделе все тло поверачивать на тот или другой бок, смотря потому, сь которой стороны начинается операция. Хирургу удобнее действовать, если большая конечность покоится на ватном матрацт операционного стола, чтоб если она удерживается на себе покоманданом. Хотя эта операция в обыкновенных случаях и не влечет за собою значительных кровопотери, однако, для субьектов малокровных, истощенных, на которых трудно может действовать и небольшая потеря крови, препараты бедренной артерий в продолжение операции есть во всяком предосторожность. По усилении большого посредством хлороформа, приступать к производству наружных разрезов, выбор которых, как уже сказано, в значительной мѣрѣ определяется особенностями в расположении раны и свиваться отвержен. Так как в большинстве случаев трудно оставить себя точное понятие о границах страданій кости до операции, то лучше начинать послѣднюю небольшим разрезом ($2'' - 2\frac{1}{2}''$), которое по мѣрѣ надобности можно увеличивать.

Малые части надобно разрезать до кости и расширять при этом надкостницу, которую, при сепараций доступа, должно тщательно отдѣлать расчленивъ ее голенихъ костей, а сь нем — и различныя ушибаніе части связочнаго аппарата. Слѣдуя совету Лангенбека, необходимо, по возможности, удерживать рану прирѣзаніемъ жемчужной свиски (J. c.). Все это необходимо для большой крепости будущаго голенихъ сочленения.

Если предполагается перемѣнить обѣ кости на одной высотѣ за одинъ разъ, то дѣлаются свиски сь обѣихъ сторонъ сочлененія известнымъ разрезомъ; затѣмъ малые части (съ надкостницей и остатками связочнаго аппарата), по совершенномъ отдѣленіи ихъ свиреди и свизд, отбрасываются посредством компрессовъ или роговыхъ пластинокъ, и свиченіе голо-

вильхъ костей производится на требуемой высотѣ. Вслѣдъ за этимъ удаляются и таранни кости.

Если же кости поранены не на одной высотѣ, или границы ихъ пораненіе вь точности неизвѣстны, то операция начинается, по стариннымъ уже правиламъ, изъ наружной стороны сочлененія, удаленіемъ шнурнаго конца малой береной кости, стараясь, какъ и вь предыдущемъ случаѣ, о сохраненіи надкостницы и ушибаніяхъ частей связочнаго аппарата. Затѣмъ дѣлается такой же разрѣзъ на внутренней сторонѣ сочлененія, чрезъ который освобожденіемъ отъ надкостницъ и свизокъ большая береной кость перемѣщается нѣ вь сію, или по предварительномъ выведеніи ея къ ранѣ наружу. По удаленіи таранной кости, вырѣзаютъ по возможности всѣ негодныя и ненужныя части связочнаго аппарата, свизки разъ очищаются отъ ступенчатъ явра, ошкорокъ, осколковъ и т. п.; чрезъ вертикальнъ разрѣзокъ обмываются и удерживаются вь соприкосновеніи либо шнуромъ, либо пластыремъ; попеременно же разрѣзъ нѣ вь свизки часть вертикальнъхъ оставляются открытыми для свободнаго стока отдѣленнаго, а рану покрываютъ либо холодымъ компрессомъ, либо сухомъ перевязкомъ. Этимъ приемами назначается, вь строгомъ смысле, послѣдовательное дѣвие, составляющее предметъ слѣдующей и послѣдней главы.

VII.

Воспалительное дѣвие. Сравнительное обзоріе познаний и сварадовъ, употребляющихся при дѣвии ранъ воли ранами голенихъ сочлененнаго сустава. Пакъ издѣлать. Вѣдомъ подымающее слово по способу истери (Dyrosentisch-petitell). Алартеръ свиски и удерживаній. Произведено перемѣн. Подымаемыя свиски свизд. Приски, подбрасываніе вѣстнаго дѣвие вьрѣдѣ оперированнаго члена. Образъ.

Главнѣйшая индиканія при дѣвии ранъ кости реакція голенихъ сочлененнаго сустава состоитъ вь удержаніи стома вь теченіе избыткаго времени воли операции, вь прямилномъ и неподвижномъ положеніи. Средства, обыкновенно употребляющіяся сь этою цѣлю, можно раздѣлить на три категоріи.

1) Вь первой относится равнобѣрнымъ шнуромъ и желобчатая повязка. На оперированную конечность вкладываются боковыя шнуръ, всего впроче свиреди старой, во речной крахмальной

повозки, и удерживаются обводина сузого борта. Но такого рода повозки имеют много неудобств: а) Здесь всего меньше удается удержать оперированный член в неподвижном положении, которое необходимо нарушается при соседних переломах, как бы они осторожнее ни производились. При спускании в складывании шины, при промывании раны, пружины конечности удерживаются на рывках колодки, трудно избежать возможности в резированных костях. б) Далее, повозка по этому способу требует по крайней мере двух лошадей; она тем более неудобна для больного и для врача, чем приходится производить ее по крайней мере одной лошадью и при обильном нагноении — во время двух раз. в) Трудно наложить боковую шину так, чтобы она не производила вредного давления на руку, покрытую более или менее толстым слоем перевязочных веществ, и чтобы ее тем же столько прочно и плотно, чтобы между двумя перевязками не произошло сближения резированных костей. Вообще картонные шины плохо удерживают ствол в правильном положении, особенно если из последних существует наклонность выдвинуться внутрь или наружу. г) Наконец, картонные шины очень легко разламываются отдаленно, проломать в споре становится совершенно возможным, а между тем их, во всяком случае, приходится, не во всякое время можно зашить повязку. Герард предлагает картонных створцев — гуттаперчевых шин и створца непрозрачных гипсовых повязок, прорезанных раствором йодной извести (данной смеси) в водке (Mittelscherb. Erfahr. über Anwend. wasserfest. Verbände in Arch. für Klin. Chirurg. V. II. S. 385); во всех других отношениях, они имеют те же недостатки и неудобства.

2) Еще неудобнее железные створцы, обвивающие заднюю часть перевязки члена и в которых конечность лежит неподвижно, швом, например, своего Пета, проколочные колоды Майора, Боннета, Жюбера де Ламбда, Дунроузера и анарты (на горизонтальных рывках). Относительно полезности и удобстваности ежедневных перевязок, эти створцы стоят на одном уровне с предыдущими. Кроме того, они имеют тот самый недостаток, что контактные их сила слишком слаба и что, в них, правильное и неподвижное положение резированных ко-

стей гораздо меньше обеспечено, чем в створчатых повязках. Так как оперированный член свободно лежит в колоды и предоставляет своей собственной тяжести, то резированные кости только в таком случае остаются в правильном положении, если поверхность кожи будет вполне соответствовать задней поверхности члена. Но этого-то именно и трудно достигнуть на сколько-нибудь продолжительное время; между конечности, утробляющейся для устройства повязки и наложения шнуров между колодой и членом, спора, а главное лекарство, обвивающее всю конечность голени и стопы; от этого последнего, получить во время перевязки правильное положение, весьма часто оказывается в следующем утра внимания: она представляется или опущенной или, наоборот, слишком высоко лежащей, вследствие наклонности голени костей. С другой стороны, колодытме снаружи слишком слабо противодействуют движению мускулов, которая легко передается остальным частям; следовательно, они не могут предотвратить сближения створ, возникающих под влиянием этих рывков. Наконец, еще одно весьма важное неудобство железных створцев заключается в том, что оперированный член, в течение продолжительного времени, должен лежать на задней своей поверхности, — обстоятельство, нередко ведущее к образованию гангренозных пролежней на пятке и Ахиллово сухожилии, несмотря на все старания предотвратить эти части от опасного давления посредством наложения повязок, адгезивных подушек, кружков и т. под. Что повязка таким пролежнем составляет весьма неприятное основание, можно видеть контрастностью исхода операции, об этом говорено было уже выше.

3) Подвижные створцы имеют вред преимущественно по причине, что при их движении туловище принуждено гораздо меньше участия в сближении резированных костей. Вследствие подвижности конечности, на которой повязка оперированная конечность, может двигаться туловища, передвигающаяся голени, передается вперед с тем же стоишь, и следовательно, окончательное положение обречь не получается; во всяком случае, правильность его гораздо более обеспечена при подвижных створцах, чем при жестких железных. Но все, что сказано

е последних по поводу сгибаний, зависящих от тяжести ступи и голени и от неравномерного обкраивания подставки, в равной мере относятся и к подвижным аппаратам. Другое преимущество аппаратов для подвешивания заключается в том, что они избавляют от необходимости поднимать при каждой перекачке оперированную конечность; которую можно сделать доступною снизу, отступая допустимо в то время, как повозкиши удерживают член на руках. Но во всех остальных перекачках оказывается столь же сложное, неудобное и утомительное, как и при вышеразрешенных свращениях в коленках, а именно: а) нужно иметь во избежание двух помешательств, б) как бы ни были они отмыты, но, при разрыве члена на руках во время перекачки, равно как и при удерживании его на сгибную подставку, неминуемо происходит сгибание и движение в осколках. в) Это обстоятельство заставляет нас торопиться, ко входу балласта, не только перекачки, но и подвешивания, исключая шаровые и другие хирургические аппараты, в которых случайно бы оказалась надобность, вследствие разрыва троса или других осложнений на задней стороне конечности. д) Наконец, при подвижных свращениях, так же как и при колотках, могут образоваться на лезвие и Ахиллесовы сухожилия пролежни, от которых всегда не предохраняют ни отпереть, прижатия к доске, ни воздушные подушки.

4) Ни одно из приведенных выше устройств не имеет обычных несъемных повязок. Здесь мы имеем главный образчик в виду повязку гипсовую, которые получили у Лангенбека и других германских хирургов широкое применение в значении ранг повязки резекции, и которая ни сколько не представляет собой законченный, самый выработанный тип повязки этого рода. Гипсовая гансула, приживаясь ко всем неровностям члена и твердая уже во время своего наложения, лучше всяких других повязок и свращения противодействует сгибанию конечности и вполне обеспечивает правильное положение концов костей, как при переломах их, так и повязки резекции. Далее, при коротко наложенной гипсовой повязке (как и при всяком другом несъемном аппарате), разрыве пролежней едва ли возможно, так как здесь противодействие тяжести конечности не сосредоточено в одной только ограниченной области

(линия и Ахиллесов сухожилие), а больше или меньше равномерно распределено на все точки задней поверхности члена. Наконец, если, прижатием в коленке на уровне раны, позволить сидеть за задом колотки и дать возможность делать ежедневные перевязки, во избежание вытекания из их правильного и относительно неподвижного положения; сама перевязка, вследствие этого, крайне упрощается и не требует ни одного из указанных выше неудобств. Пройдяши еще, что обложившие гипсовую повязку ступи единственные аппараты, допускающие употребление повозкиши местными ваннами в дачею осложненных перекачек и ранг повязки резекции суставов. Но главный недостаток этих повязок заключается в том, что при них весь член, за исключением раны и ближайшей ее окружности, остается скрытым для глаза наблюдателя. Оттого употребление их всегда сопряжено с некоторою релаксацией. Наша местная обложка, каковы например гипсовые лезвия, часто разнится так сильно и выражается таким же образом, что под гипсовую повязку их нередко можно распознать только тогда, когда разрыв их принял уже угрожающие размеры. С другой стороны, рана повязки резекции голенистой сустава представляет некоторые особенности, значительно затрудняющие применение в этом случае обложивших гипсовых повязок. В этих случаях, где можно ограничиться единичным разрывом мелких частей (способом Гомера, для резекции колена; Лангенбека, для резекции лезвие и других соединений). Прорывание окна в гипсовую повязку не устраняет никаких затруднений: при коротком материале, гипсовая гансула будет все еще достаточно прочна, еслибы она заняла даже $\frac{1}{2}$ ее окружности. Но, так как при резекции голенистой сустава непременно должно быть две окна, из которых каждое, по крайней слабости раны, должно занять значительную часть окружности гансулы, и так как, наконец, эти окна прорываются на наиболее узком месте повязки, то ить этого случается, что стенка часть повязки удерживается в связи с голенистой лезвием узкими гипсовыми полосками, слишком слабыми для противодействия тяжести ступи, значительно увеличенной весом тяжелой гипсовой ботинки.

Таких образцов, ни на одной из приведенных выше четырех групп не находим аппарата, который можно было бы назвать удовлетворительным во всех отношениях. Такой должен выполнять следующие требования:

1) Удерживать концы резецированных костей в правильном и при этом неподвижном положении, противодействуя всякому влиянию со стороны туловища, вышней оперированной конечности и тяжести частой лежащих выше и ниже области резекции.

2) Аппарат должен быть устроен так, чтобы операция была доступна со всех сторон, чтобы верхняя часть его не была, могла быть проводима без какого-либо нарушения спокойствия члена и давала ему полную свободу движений, и чтобы, выходя из тела, хирург мог свободно промывать рану, ни мало не стесняясь опасением травмировать и испортить повязку.

3) Чтобы при этом не только область резекции, но, по возможности, и остальные части члена были открыты и доступны для наблюдения, и чтобы, таким образом, хирургу была возможность следить за развитием осложнений и принять своевременно необходимые против них меры.

4) Наконец, аппарат должен быть устроен так, чтобы разделение одного из описанных выше элементов, а именно проволочной на петле и Амальгамы туловища, было абсолютно невозможно.

Эта сложная задача, сколько нам известно, в точности выполняется аппаратом, придуманным нами столько же для лечения ранки после резекции голеностопного сустава, сколько и для описанных выше переломов голенных костей на стороне этого сочленения. Он устроен по следующей схеме:

А) Первая его часть есть не что иное как обыкновенная наклонная плоскость, с той только разницей, что голенная ее часть (а) не продолжается в вид непрерывного склона до вершин с горизонтальной плоскостью (b), служащую основанием доски сверху, а прерывается на уровне соединения средней $\frac{1}{2}$ голени с нижней и поддерживается под прямым углом наклонной подставкой (c). Таким образом, голень лежит на плоскости только двумя вершинами третями, что совершенно достаточно для удержания

плоскости концов резецированных голенных костей или верхних отделов, в случае перелома в старой лодыжке. С



одной стороны, бедренный скелет (d) аппарата в значительной мере парализует влияние на них движений туловища, а именно того же вида, которое выражается скользящими движениями в лодыжке; с другой же стороны, удержание бедра и голени посредством бинтов, ремней или косынок противодействует и всяким случайным смещениям костей.

Если вследствие сокращения разрывающегося голеного мускула, существует некоторая наклонность к выпрямлению голени и следовательно к отставанию голенных костей вперед, то ее можно успешно противодействовать помощью петли, вставленной сверху выдвинутой из плоскости нижней трети голени или же, в случае крайности, посредством Мальгемова остроугольника. Заметим еще, что бедренный скелет не должен быть длиннее задних поверхностей бедра (от подмышечной впадины до бедренно-голеностопной складки), так как это делается в наклонных плоскостях, значительных для движения передних концов бедренной кости, с целью удержания до известной степени туза на месте и предотвратить таким образом пронацию. Напротив, здесь тяжесть туза не должна оказывать ни малейшего влияния на оперированную конечность; в противном случае, либо произойдет смещение голенных костей вверх, либо наоборот увеличится со стороны бинтов или ремней давление на гребень большой берцовой кости. Чем касаются до голеного скелета, то он должен опускаться под таким углом, чтобы, при правильной постановке стопы, расстояние между пяткой и горизонтальной плоскостью было не менее одного дюйма.

В) Вторая часть аппарата приспособлена к подбиванию стопы, которое производится следующим образом: кольцо наружного и внутреннего края стопы накладываются на одну плоскость легкого пластика, длиной в половину фута, шириной в три поперечные пальца, так чтобы их концы соприкасались на пятке. Эти продольные полосы удерживаются посредством поперечных болтов узких полосок, которыми упирается вся стопа от основания пальцев до пятки. Накладание нук производится так же, как и при Вейтголова ушибом голени, а именно: полоски накладываются одна на другую черепицеобразно, выступая одна перед другою на половину или треть своей ширины; средняя их обхватывает подошву, а концы, перекрещиваясь на тыльной поверхности стопы, закрепляются в краях последней. Свободные концы продольных полосок прикрепляются к поперечной перекладной станине (e) и тянутся образцом прочно удерживают стопу на желаемой высоте. Чтобы избежать всякого устояния стопы под действием углажа и против направлению ее положению больше устойчивости, то есть устранить возможность колебательных движений, к подошвенной ее поверхности прилагается дощечка (f), которую посредством того или другого механизма можно наклонить под различные углы.

Подбивание стопы составляет оригинальную сторону предлагаемого нами способа содержания конечности после резекции голеностопного сустава в околосуставных переломах в нижней трети голени. Мысль о подбивании большого пальца голени не нова. Подвешено свиреди со времени Соуьера и Мобера вошли во всеобщее употребление при лечении некоторых переломов в раней после резекции. Во время этих способов подбивания и подвешивания были существуют только казавшаяся сходство; на самом же деле они совершенно различны. При первом, во стопу удерживается весь членок, или весь отдаленный конечности, скелет которого потерпел нарушение непрерывности; при втором, подбивается только часть его, лежащая ниже места нарушения непрерывности, между тем как часть вышележащая остается фиксированною. Далеко, при укреплении переломленного или резецированного члена, аппарат голени, на поднятой плоскости, концы костей удерживаются в правильном положении вследствие того, что на них в равной мере действуют движения частей

вышележащих (туловище и бедро). Последние удерживают возможность неслучайно двинуться на вершин конец кости: на всякий движение этого конца следует такое же движение нижнего осколка и, стало-быть, относительное положение обоих остается без изменения. Иная, существенная задача обыкновенного подбитого свиреди заключается в том, чтобы предотвратить сближение костей, уничтожая возможность колебательных движений верхнего осколка, который может бы продолжать выполнение движений туловища и бедра.

При частичном подвешивании (*kyrosarthrosis partialis*)—также называемый на себя назвать предлагаемый способ, в отличие от общепризнанного, который можно бы, в таком случае, именовать способом полного или общего подбивания (*kyrosarthrosis totalis*)—значительная задача, как мы уже видели, заключается в том, а именно предотвратить оперированной конечности на наклонной плоскости, причем часть голени, лежащая выше места резекции или перелома, остается неподвижно-уравновешенною. Что же касается собственно до удерживания стопы на осле, то оно имеет совсем другое значение. Оно представляется задачей, каково обыкновенное подбивание не имеет, или имеет лишь в слабой степени. Впрочем, при подбивании стопы область резекции или околосуставного перелома остается доступною со всех сторон; следовательно мы, с одной стороны, избавляемся от необходимости поднимать часть при каждой перевязке, немедленно становится лишними, и все процедура переноса значительно упрощается; с другой стороны, мы избавляем оный членок от движений, неизбежно происходящих в концах костей при подбивании и удерживании его на рукоятку; переносим, впрочем, ширинирован и пр. могут быть произведены во все время лечения без малейших беспокойств для больного и без малейшего вреда для процесса заживления. Впрочем, при частичном подбивании, резекция произведена на пятке и Ахилловом сухожилии становится абсолютно невозможным. Если же, в данном случае, пролежни уже существуют, или во избежание их остаются более или менее обширные рубцы (как у нашего оперированного), то мы в частичном подбивании видим единственное средство предотвратить неблагоприятное влияние этих осколков на течение раны после резекции и в исходе самой операции.

Мысль приблизить к лямочку пластины для подвешивания стопы заместована нами у Аморинана Смита, предложившего производить постоянное вытяжение при переломах бедра с помощью широких лямочных ремней. Хотя уже давно известно, что механическая сила тяги безразлична для тела, темь многочисленнее ее точки приложения, однако средства, употреблявшиеся до настоящего времени, с целью распределить действие вытягивающей силы на возможно-большую поверхность тела, были весьма несовершенны. Введение с этой целью к хирургической практике лямочного аппарата, посредством которого мы имеем возможность производить самое сильное и самое продолжительное вытяжение без лямочного пресса для тела, составляет чрезвычайно важный шаг вперед и позволяет нам дать вытяжению, этому важному хирургическому агенту, самое широкое применение во всех переломах и болячках конечностей. При подвешивании стопы посредством лямочных аппаратов, сила, удерживающая их кверху этой частью, равномерно распределена по всей его поверхности. При хорошем качестве лямочного аппарата, сила приложения его к поверхности покровов так значительна, что стягивание поперечных волокон становится возможным. Хорошо выполненная лямочная ботинка, не производя никакого ограничения циркулярного давления и следовательно ни малейшего нарушения в кровообращении, одною силой приложения может поддерживать не только тяжесть стопы, средней частью которой размещается четверть обуви, но и тяжесть ее долей пять большую. Такая сила, однако, сила приложения, с течением времени, мало-по-малу ослабевает, вследствие испарения и полусохания кожи, т. е. по прошествии двух недель, ботинка становится неудобною и должна быть заменена новою. Описание предного аппарата кисти на кожу не оправдалось: мы ни разу не наблюдали успеха, несмотря на то, что в одном случае стопа удерживалась на кисти пять недель, а в другом — в продолжение сорока дней.

Устройство нами по вышесказанной схеме сложной аппарата будет подробно описано в особом приложении, имеющем выдти в непродолжительное время. Он представляется ту выгоду, что размеры его скелетов, как бедренного, так и голениго, могут быть по желанию увеличены и уменьшены, а

что стопа и дощечка, приспособленная как к подвешиванию, так и к вытяжению, может, смотря по надобности, двигаться назад и вперед. Поэтому аппарат годится для больных различного роста. Так как, кроме того, он может быть превращен из обыкновенную наклонную плоскость, то его весьма удобно можно приспособить к различным переломам бедра и голени. Наконец, при постоянном вытяжении с помощью (надлежащею тою, которая требуется для машины Дуррелера) этот аппарат легко превратить в подвесной аппарат, допускающий употребление вытяжений в разобранном состоянии при обыкновенных подвесах.

За исключением этого аппарата, можно устроить еще для подвешивания стопы с помощью наклонной плоскости, следующее по жесткой дощечке. Для этого нужна чтобы дощечка, состоящая из лямочной, отрубной или железной пластины, хорошо



проспанной и гладко покрытой клеенкою, покрывала не всю наклонную плоскость, а опускалась бы только до соединения средней трети голениго скелета с пяточно и чтобы она, на этом месте, была около двух дюймов в толщину. На бедренном скелете, и в начале голениго, пластинка может быть значительно толще. Таким образом, спортивная конечность будет лежать на плоскости бедра и двумя верхними третями голени, нижняя же треть со стопою останутся на кисти. Дале, подожавшая дощечка или рамка спереди наклонится так, чтобы стопа, поставленная относительно голени под тупоугольным углом (обыкновенно несколько больше 45°, и темь больше, темь значительно укрепление члена) и обутой в лямочный башмачок, только слегка прикасалась к ней своим подошвенною поверхностью. Если рамка поставлена наискось, что возможно на обыкновенном выполнении стопы и голени, зависящее от двухдвойной под-

стники, оснований возможных пальцами все-таки остаются ниже ее верхнего края, то предельная, поддерживающая стопу полоска перемещается чрез последнюю и закрывается на внешних перекладинах. В противном же случае, т. е. если рана сжимается для этого недостаточно высокою, то к ней прикрывается (всего чаще пластырем же) надбавка, состоящая из двух вертикальных пальчиков и поперечной перекладины, к которой пришивается стопа. Если бы в последней обнаружилась неслышанная изгибность к образованию вогнутой синуры, то ей легко производилось бы, оттянутой с одной стороны, кверху синуры, посредством полоски лишнего пластыря, которая, обогнув снаружи и ставя изогнутой стрелкою, направляется внутрь и прикрывается либо к внутреннему краю рамки, либо к металлической дуге, служащей для удержания последней под известным углом, а с другой стороны оттягивая носок кнаружи посредством такой же полоски отгибающей внутрь головки предельности костей и закрывающей на наружном краю раны. При стрелчатости стопы подается носок кнаружи, означенным полоскам лишнего пластыря дается обратное направление. Что касается до голени и бедра, то они удерживаются в динном или положении ремня, галстухами, бинтами, удерживание которых всего лучше производится подкапыванием возд. или в широких картонных носках, подбитых толстыми слоями ваты. Этого упрощенный аппарат, в сравнении с сложным, представляется тем неудобство, что необходимость неизбежного обстригания волосков, между известной поверхностью удерживаемых из жести частей и доской, волосок остается единично мало жеста для свободного производства прощупывания и перевязки. Далее, при обыкновенном употреблении изогнутых плоскостей, производят постоянного вытеснения или возвышения, или по крайней мере, неудобно. Наконец, во всяком аппарате этого рода можно в данных случаях употребить в дело. Разрезы выполняются в башмаках кожаных или плоскостей большею частью распечатаны на субъектом среднего роста, а при толстой подошвах, отб. годы лишь для рослых больших.

Но как бы аппарат и был произведенно подбитышние стопы—или сложным или упрощенным, перекида раны, во всяком случае, становится легким и удобным для хирурга, а главное—по-

дойкой и безболезненно для больного. Частичное подбитышние дает возможность произвести, в продолжение долгого времени, самые труднейшие перевязки, по нескольку раз в день, не нарушая способности оперированного к его выводу большой количества воз. первоначально данного ей положения. Для означения раны в перевязке мы пользуемся следующим образом: кусок обыкновенной небелой клеенки ставится на длину жабобы и продольно пропускается под свободную часть оперированной конечности так, чтобы вершней ее край проходил до известной высоты между подошвой и лодыжкою на пол. голени, а нижней свободно бы вышла чрез кожаный край кровати. При прижимании и спиртовании жабды, в области конечностей обыкновенно оперированную жабдою, стелется по жабде в сосуд, не смыкая на волстыши, ни аппарата, ни клеенчатого бинтачка. Жабды на рану накладываются перекида, смотря по жабдоности — сухая, влажная или жирная*, причем первоначальное вещество удерживается галстухом, средине которого обматывает члену синуры, перекрещиваясь на тыльной поверхности стопы, смыкается на возвышающей лопатки. Открытое положение оперированной конечности и главное, свободный доступ снизу делают необходимым удалять употреблении, в случае жабдоности, всяких жабдных средств, в роде припарок, примочек, согревающих компрессов и т. под. Вскрытие гнойных скоплений, если только они образуются не в нижней стороне, производят противостерилизацию, проведение дренажных трубок и тому подобны хирургические действия не встречаться никаких затруднений и могут быть совершены без всякого нарушения предельного и конечного положения оперированной конечности. Если бы, напротив, в случае ослепленного перекида, надлежало было конечностям прибинтовать к постоянному ортезу, то стопа бы только оставалась на жабде вышеназначенной клеенчатой жабдой для проведения в сосуды воды, льющейся из трубки аппарата. Стерилизация конечностей пожелала могла бы выйти в известном способе подбитышние тот же недостаток, что они не совместились с употреблением постоянных

* Къ последнему ряду перекидов или къ толстой клеенчатой клеенке прибиваются кожаные ремни.

жестких ванн. Но, вопервых, это было бы не совсем справедливо: можно устроить для ванны аппарат из рода того, который придумал Паульзон для иммерсии животных конечностей, т. е. в вид треугольного вместилища, одна сторона которого, наиболее отлогая и снабжена поддонным дном, служила бы для укрощения голени и стопы, между тем как бедро помещалось бы над ванной, на склоне, расположенном к головной плоскости воды желаемых уклонов, и служившем вместе с тем для удержания в равновесии самого вместилища. Линий пластырь, терпящий в воде свою эластичность, можно бы в этом случае заменить водонепроницаемыми, смоченными коллодием, которыми, должно предполагать, обкрутятся члены достаточно для водонепроницаемости, что есть ее в воде значительно уменьшится.

Съ другой стороны, если бы, при нашем способе подвешивания, устройство жестких ванн в самом деле оказалось настолько удобным, что от них пришлось бы отказаться, то хотело бы не мешало, так как иммерсия далеко не имеет тех преимуществ, которые ей приписываются ее сторонниками. Сплетясь здесь неизбежно подвергать этот способ лечению водной критической оценке; но только сказали, что коллодием на него надежды не оправдались, так как он большей частью основан был на теоретических соображениях. Так, напр., оказалось, что постоянное погружение члена в ванну вовсе не смещает происходяще разл. от вредного влияния на член атмосферного воздуха, который всегда находится в воде, и что разложение отдаленного столь же легко совершается в водной среде, как и при обыкновенном переносе. Предположение же, при употреблении жестких ванн, таю не может состояться в назулах и нервносистемах происшесть испарения, потому будто бы, что они, не втр своего образования, постоянно вымываются оттуда водой, такою не подвергается на практика. В самом деле, трудно сказать ота стоней воды тако, чтоб не всегда в состоянии оделять струи испарения; таю, особенно густой, так vapor и так трудно сближается с водой, что даже востл самых пыльных испарений, его всегда, в большом или меньшем количестве, можно выгнать из пыльных испух. Таким образом, о предотвращении по-

хи, сентимом, посредством жестких ванн, не может быть и речи. Съ другой стороны, многолетнее наблюдение доказало, что продолжительное пребывание в воде, особенно тепловатой, оказывает неблагоприятное влияние на рану, а именно: полагается возможность терять свои здоровый и свейкий ванн; се-сечки зернистой плоти, пропитываются влагой, бледнеют, набухают, представляются как бы отечными, и само образование рубца весьма замедляется. Однако словом, постоянная жесткая ванна, несомненно полезная въ ограниченном числе случаев, вовсе не заслуживает того широкого применения къ лечебнй едоченнымъ болезнямъ и ранъ послъ ампутацй и рессекцй, которое ныч дано было Лангебеномъ, Цейсомъ и друг. Слало ваннъ нестерпимъ, отъ ихъ самомъ. Бернштнъ даже уже не въ такомъ ходу теперь, какъ 1—5 летъ тому назадъ.

Ванн только новое голенистое соединение настолько консолидируется, что стопа, представляемая самою собою, безъ какой-либо поддержки, сохраняет свое правильное положение, то конечно помогает съ аппарата, и больному позволяет иногда спустить ногу съ постели, иногда ходить на здоровой только ноге при помощи костылей, а за темъ уже поступить и въ самостоятельную ходьбу, сначала съ двумя костылями, потомъ съ одной (на здоровой стороне) и, наконецъ, ходить при помощи одной только ноги. Везде съ темъ работаютъ въ соединенномъ производстве наступившихъ движений стопа въ смысле сгибания и разгибания, съ целью способствовать, по возможности, образованию нового голенистого соединения. Съ тою же целью рекомендуются базилью и активная движение въ томъ же смысле. Этихъ главныхъ приемовъ, необходимыхъ для восстановления функции оперированнаго члена, въ большей или меньшей мрбъ содействуютъ теплая жесткая ванна, жаркая ванна, электричество. Каждый, ведущий какую-либо обстановку, напримеръ рессекции пролечной на крестц, исторически болыто, крайне увеличеннаго объема возмозженъ в т. д., дальнйшее доказане за самей было признано неудобнымъ, то оперированную конечность можно снить съ аппарата и раню выложеннаго срока и содержать ее въ втрываемой створчатой повязк, до техъ поръ, пока голенистое соединение не приобрететь достаточной степени зрелости для начай повязывать пш-

настаческих упрочнений. Во всяком случае, для шнита неси от аппарата итд. надобности докидаться совершенного закаливания рама, которая очень широко применяется во много по закаливанию шнита; если кающиеся казначительно в рубчатые наружных рама уже далеко выдвинулись вперед, то аппарат можно заставить створчатого поалкого, больше выдвигая для большого в том отношении, что она допускать перемену положения. В этих случаях, если итд. и не предидется никаких ибстных олоковений, можно даже заключить оперированную конечность в олоковитую гипсовую повязку, наложение которой уже не имеет никаких неудобств, так как, вследствие уменьшения наружных рама, размеры овань могут быть уменьшены, а, в случае олокования аппарата с одной стороны, можно даже ограничиться одним оловком.

Для предотвращения или, по крайней итд., для уменьшения хромоты, необходимо уронить длину оперированной конечности сь здоровую посредством обуви, снабженной высоким каблуком. Чтобы сдлать различие ногь конче заметным, всего лучше оставить наружному каблуку его обыкновенные размеры, а остальную его часть, требующую укорочения члена, устроить внутри ботинка или башмака так, чтобы она нечувствительно переходила в толстую подошву, постепенно переходя слыжающуюся. Что касается до последней, то ей можно дать обыкновенную толщину в носовой части обуви только тогда, если при введении стопы в оловковитый рефис ошнй будет не настолько рыхло, чтобы казначительно затруднить походку; в противном случае, как это бывает при казначительных упрочнениях, необходимо придать высоту соответствующую увеличению толщины подошвы. Зажатие спиральной пружиной, которой один итд. оперированных Ганкса зажимах внутренней каблука, для итд. совершенно неоправдано.

Если новое телескопическое соединение настолько слабо, что стопа от своей собственной тяжести выдвигается в разные стороны как в случае Ганкса (№ табл. 24), то конечность все еще может служить достаточно хорошей опорой для тла, при употреблении вспомогательных боковых шинь итд. стали или железа, идущих вдоль всей голени до подошвы и снабженных на уронит телескопического суща сь обилье стороны прнками оловкования.

При слабости бокового связочного аппарата сь одной только стороны, достаточно одной шинь, накладываемой на эту сторону члена; если при этом в стои существует наклонность выдвигаться носкомь наружу или внутрь (что чаще), то ей можно успешно противодействовать снабжением обуви металлическою подошвой, прочно связанною в правильном положении сь оловкованною шиной. Вообще устройство таких аппаратов различно, смотря по особенностям данного случая.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Стр.

- I. История.** Живучесть исторического материала резанной голландостомной системы и разводные на этих хирургов. Обзор частых случаев резанной этого семейства до Вротера. Известные случаи впадной резанной отъ Море до конца сороковых годов, и время приобретения, на которых выдвинулся это семейство из этого семейства периода. Визиты хирургов этого периода на различные резанной больницы существовали, на основании их составительности или амбулансов; описание резанной голландостомной системы в течение годов в loco oblationis, 2-й период. Отъ конца сороковых годов до нашего времени. Переработка учения объ амбулансах на основании эмпирических данных и анатомических наблюдений амбулансов хирургов. Построение подробного сравнительного исследования исторически уже известны больницы резанной? Предубеждения имеют сороковых годов..... 1
- II. Литература.** Источники специальные и общие. Гейслерова таблица планов резанной голландостомной системы. Обобщение случаев, не вошедших в эту таблицу. Случай автора. Таблица. . 18
- III. Терминологическое разъяснение впадной резанной голландостомной системы.** 1) Сущность впадной операции на сравнении со скарлатиной впадной ампутиции в loco oblationis, наду ладонками и впадной ампутиции сего по способам Егера-Сайла и Парсона. 2) Сравнение впадной ампутиции с резанной голландостомной системы по продолжительности воспалительного явления и частоте различных осложнений..... 48
- IV. Продолжение.** Достоинства впадной операции голландостомной системы и сравнение его с курляндия, оставившим впадной ампутиции впадной ампутиции..... 62
- V. Заключение.** Обстоятельства, затрудняющие постановку диагноза впадной резанной голландостомной системы, и устранение их посредством этой операции при органических страданиях нижнего челюсти. Формы органических страданий, которые входят впадной ампутиции впадной резанной голландостомной системы. Показания к

реакции при периферическом раздражении этого органа. Противопоказания со стороны обширности страданій костей.

Противопоказанія на бічній и Ахиллесовъ суставахъ..... 78

VI. Техника реакцій голеностопнаго сустава. Различныя виды подуживающаго раздраженія и выгоды бѣлымъ свѣтомъ. Приемъ при нѣхъ производится. Силы иѣе кожной на одной и на разныхъ мѣстахъ. Выгода сокращенія мышца мѣлобра, кости. Назначеніе вѣдностей свѣта, способъ Шляпкинъ и Гейбелера. Письма на слѣдъ о значеніи освѣщенія надкостницы, Пародовъ производствъ операціи..... 89

VII. Постъавительное дѣленіе. Сравнительное обзореніе кожныхъ и суставныхъ устройствъ при дѣленіи разнъ послѣ реакціи голеностопнаго сустава. Ихъ мѣропріятія. Выгоды подѣлыванія слѣдъ по способу автора (Surculatibonъ reactio). Аппаратъ саомый и упрощенный. Производство перелома. Постопыма мѣлоны мѣлоны. Пріемы, содѣйствующіе составленію суставнъ оперированнаго члена. Обуръ..... 106

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Реакціямъ голеностопнаго сустава трудно конкурировать съ ампутированными реакціямъ другихъ большихъ сочлененій.

2. Реакція голеностопнаго сустава, даже полная, представляется, при нѣкоторыхъ условіяхъ, болѣе выгодно, чѣмъ содѣйствующія нѣхъ ампутиціи.

3. Наибольшій и нѣбѣе съ тѣмъ нѣболѣе частый исходъ реакціи голеностопнаго сустава есть образованіе подвижнаго голеностопнаго сочлененія.

4. Значительное укороченіе члена (свыше 3") послѣ реакціи голеностопнаго сустава дѣлаетъ эту операцію всѣхъ ее преимуществъ предъ ампутиціей въ отношеніи къ дальнейшей годности оперированнаго члена.

5. Постановка наклонія къ реакціи встрѣчается при страданіяхъ голеностопнаго сустава болѣе затрудненій, чѣмъ при страданіяхъ другихъ большихъ сочлененій.

6. Боковыя разрѣзы живыхъ частей при реакціи голеностопнаго сустава заслуживаютъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ предпочтенія предъ другими.

7. О единичномъ боковомъ разрѣзѣ (Шассенгаузъ) не можетъ быть и рѣчи при полной реакціи голеностопнаго сустава.

8. Предлагаемый нами способъ частичнаго подѣлыванія есть самымъ удобнымъ для дѣленія разнъ послѣ полной реакціи голеностопнаго сустава и нѣкоторыхъ осложненныхъ переломахъ голени въ сторонѣ заднекъ.

9. Результаты, добытые изъ опытовъ надъ животными относительно возрожденія кости изъ надкостницы, чрезвычайно бѣды клиническимъ приложеніемъ; она одна не приращаетъ къ какому-либо сочлененію надкостница при реакціяхъ, смѣтъ и значеніе, нѣтъ-

рое ему приписывается Лангенбеком, Олье и другими сторонниками субпериостального метода.

10. Казуистика так-называемых субпериостальных резекций составляет, конечно, большую часть, либо из случаев, в которых операция не представляет ничего нового, ни по технике, ни по результату, либо из таких случаев, где резекция была произведена в размерах неоправданных, то-есть где убийство скелета, произведенная операцией, значительно превысила размеры возрастной части кости.

11. Возможность возрождения удаленной кости (или образования вновь недостающей) из нормальной надкостницы, в размерах, недостающих хоть сколько-нибудь практическое значение, должна еще считаться недоказанною у человека. На этом основании:

12. Мы считаем уместным к лицевой кости всякого животного в качестве операции остеопластической, так же как, что мы в образовании костного лева не знаем никакой надкостницы.

13. Субпериостальная резекция верхней челюсти, в случаях полипов, стужи этой кости развивающихся, заслуживает преимущественно перед остеопластическою резекцией Лангенбека.

14. Все недостающее для перелома клиновидной кости или недвигательной, или комбинированно для больного. Поэтому самый рациональный способ лечения этих переломов заключается в лечении на спице, с большим клином на вбосу.

