

Д. Е. Горохов

Детская хирургия

Часть 3

Книга доступна в электронной библиотеке biblio-online.ru,
а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»

Москва ■ Юрайт ■ 2019

УДК 61
ББК 5г
Г70

Автор:

Горохов Дмитрий Егорович (1863—1921) — детский хирург, организатор здравоохранения, общественный деятель.

Горохов, Д. Е.

Г70 Детская хирургия. В 3 ч. Часть 3 / Д. Е. Горохов. — М. : Издательство Юрайт, 2019. — 231 с. — (Серия : Антология мысли).

ISBN 978-5-534-07399-7 (ч. 3)

ISBN 978-5-534-07397-3

В издании в трех частях представлен труд одного из основоположников детской хирургии в России, автора первого отечественного руководства «Детская хирургия». В книгу вошли материалы больничных наблюдений в хирургическом отделении Московской Софийской детской больницы, разработанные автором за несколько лет; за исключением литературных справок и некоторых общих данных, материалы эти посвящены большинству болезней органов движения (туберкулез, остеомиелит, genu valgum, косолапость) и, кроме того, включают сведения о группе больных детей с повреждениями и с болезнями уха.

В первой части описаны болезни органов движения, повреждения и болезни уха; во второй — мозговые грыжи, пластические операции на лице, травматические и термические повреждения и дано подробное описание различных болезней и способов их лечения; третья же часть включает в себя материалы, не вошедшие в отделы или подотделы, имеющиеся в первых двух частях, — повреждение костей черепа, сотрясение мозга, опухоли, хлороформный наркоз у детей и другие проблемы со здоровьем.

Для широкого круга читателей.

УДК 61
ББК 5г

ISBN 978-5-534-07399-7 (ч. 3)
ISBN 978-5-534-07397-3

© Оформление. ООО «Издательство Юрайт», 2019

Содержание

Предисловие	5
Повреждение костей черепа. Сотрясение мозга	6
Заячья губа. Волчья пасть	22
Резекция суставной головки нижней челюсти при анкилозе	36
Пересадка слизистой оболочки	38
К казуистике язв на слизистой оболочке щеки и на губе	41
Опухоли	43
Ангиомы лица	43
Тератома	55
Дермоидная киста	57
Саркомы	59
Об опухолях, наблюдавшихся в хирургич. Отделении софийск. Дет. Б-цы за трехлетие (1912—1914 гг.)	93
Аневризма левой голени	100
Corpus alienum tracheae. Tracheotomia	103
Эзофаготомия. Извлечение инородных тел из пищевода	107
Заднеглочный абсцесс	110
Кривошея	113
Spina bifida (3 случая)	116
Брюшная гематома	120
Эхинококк печени	123
Грыжи живота (несколько случаев)	125
Аппендицит	128

К оперативному лечению каменной болезни	138
1. Камнедробление.....	138
2. Уретротомия.....	142
Болезни мужских половых органов	145
Recto-colpo-perineoplastica.....	148
Пересадка кожи на область локтевого сгиба и на тыл кисти при рубцовых сведениях после ожога.....	168
Пластическая операция при приращении большого пальца к кисти вследствие ожога.....	177
Косолапость (3 случая)	178
Pes equinus paralyticus (2 случая)	181
Гемостаз с применением пинцетов à demeure	183
Костный туберкулез	190
Хлороформный наркоз у детей	200
Источники (кроме обозначенных в тексте):	206
Статистика заболеваний в Московской Софийской детской больнице за 15 лет (1897—1912 гг.)	207
Группировка заболеваемости детей хирургическими, внутренними и другими болезнями. Заболеваемость детей в сопоставлении с хирургическими болезнями.....	207
Об амбулаторных больных за 1897—1912 гг. (с приложением помесечной посещаемости за 5 лет, за 1910—1914 гг.)	228

Предисловие

В часть 3-ю нашей «Детской хирургии» включены материалы, не вошедшие в отделы или подотделы, имеющиеся в первых наших двух частях «Детской хирургии».

Кроме материалов по хирургии заболеваний детского возраста, наблюдавшихся в Московской Софийской детской больнице, в 3-ю часть «Детской хирургии» вошло еще несколько наших наблюдений из прежней нашей хирургической деятельности. Небольшая часть из представляемых наблюдений публиковалась мною в медицинских журналах и в медицинских газетах: в «Хирургической Летописи», в «Хирургии», в «Медицинском Обозрении», в «Еженедельнике журнала Практической Медицины», в «Медицинской Беседе», в «Терапии», во «Врачебной Газете», в «Практическом Враче», а также и в «Трудах О-ва Русских Врачей в Москве». Часть материалов составила отделы для 4-го выпуска «Медицинского отчета Московской Софийской детской больницы за 1912—1914 гг.» Изданием 3-й части «Детской Хирургии» вместе с вышедшими первыми двумя частями ее исчерпываются почти все главнейшие особенности хирургии у детей; при этом нами представлено было довольно большое число оригинальных случаев по детским хирургическим болезням. Не могу не высказать благодарности за изготовление некоторых фотографий старшему врачу Софийской детской больницы В. В. Розанову, ассистентам хирургического отделения больницы и за консультации в важных больничных случаях д-ру П. И. Постникову, а также за помощь при корректуре Л. С. Гороховой.

Весь свой труд по хирургии болезней детского возраста, как значится, между прочим, на вкладной странице 2-й части «Детской Хирургии», автор посвящает памяти дочерей Надежды и Екатерины.

Автор
Москва. 1916

Повреждение костей черепа. Сотрясение мозга

У детей приблизительно в половине случаев встречаются повреждения лобной кости, нередко бывают переломы основания черепа, напр., из 21 больн. (сравн. вып. 1-й «Отчета»¹ по Софийской больнице, стр. 105) в 10-ти случаях повреждена была лобная кость и в 3-х случаях имелся перелом основания черепа, в 11-ти случаях переломы черепа были открытыми; из 21 больных умерло 5.

Надо иметь в виду, что ушибы костей черепа и без переломов их, ушиб и смещение мозга при сотрясении его (см. ниже) иногда могут проявляться тяжелыми клиническими признаками повреждения черепа.

Вследствие чрезвычайного разнообразия симптомов повреждений черепа, различного течения их, хирургическая помощь нередко становится в неопределенные условия в отношении показаний к оперативному вмешательству; напр., 16 апр. 1913 г. в Софийскую детскую больницу принят был мальчик, 2 лет (В-ов Алексей, № 356), с *тяжелыми симптомами травмы черепа*, получившейся вследствие падения из второго этажа квартиры на мостовую.

Ребенок хорошо упитанный, слева голова сильно опухла в областях височной, теменной и лобной, припухлость мягка, флюктуирует, кожа под нею местами окрашена в синеватый цвет, в области глазницы — кровоподтеки, изо рта вытекает со слюною примесь крови. Ребенок вял, в полусознательном состоянии, на зов и боли реагирует. Правые рука, нога и лицевые мышцы в состоянии пареза, коленный рефлекс справа усилен, тоже рефлекс правой руки усилены. Пятна Trousseau ясно выражены. Пульс слабого наполнения, до 150 в минуту.

¹ «Медиц. отчет Московской Софийской детской больницы за 1897—1905 гг.», вып. 1, 1907 г.

Вскоре по поступлении в больницу был приступ клонических судорог в парезованных конечностях и в лице. Прощупать кости черепа из-за гематомы ясно не удастся. На 2-й день по поступлении в больницу: парез руки и ноги слабее выражены, лицо еще скошено немного. Ребенок в сознании. На 3-й день — парез исчез, опухоль меньше. На 5-й день — пятен *Trousseau* нет. С уменьшением гематомы ясно прощупывалась трещина над левым ухом в вертикальном направлении. По истечении недели выписан из больницы в хорошем состоянии. Применялся лед на голову, давались возбуждающие.

В приведенном случае было несколько показаний к оперативному вмешательству, особенно в первые два дня, но дальнейшее течение выяснило, что в данном случае давление на мозг являлось результатом лишь довольно значительного внутричерепного кровоизлияния, постепенно исчезавшего, со стороны же повреждения костей черепа ясных показаний не было, трещина без костного вдавления обнаружена была лишь в последние дни перед выпиской ребенка из больницы (через 1 неделю по поступлении его в больницу).

Приводим еще здесь сведения о больном с тяжелым повреждением главным образом *основания черепа*, которое по течению своему в начале болезни представлялось довольно безнадежным¹. Мальчик, 12-ти лет, упал с лошади и доставлен в Софийскую больницу в бессознательном состоянии при явлениях частых, повторяющихся с небольшими промежутками тетанических судорог в конечностях, главным образом в левых. Тризм жевательных мышц, так что рот разжать не удавалось. Зрачки сужены, на свет не реагируют, пульс редкий, полный, мочеиспускание произвольное. Отмечены были незначительные кровоподтеки и ссадины на голенях и небольшая ссадина в левой седалищной области. Приставлены две пиявки к перегородке носа, лед на голову, клизма. На 2-й день больной в том же состоянии, назначена питательная клизма. На 3-й день судороги стали слабее и несколько реже — появлялись приблизительно через четверть часа. В промежутках между припадками судорог замечалась ригидность мышц нижних конечностей. Пульс удовлетворительный, дыхание не учащено. Больной может проглатывать изредка и только по одному глотку жидкой пищи, t° поднялась до $39,5^{\circ}$. На 4-й день судорог

¹ Там же.

не было, на 5-й день только два припадка не сильных судорог, t° оба дня высокая. На 6-й и 7-й дни судорог не было, t° нормальная, мог проглатывать 2—3 глотка жидкой пищи; мочился непроизвольно и очень редко, так что приходилось спускать мочу катетером. Зрачки сужены не так сильно, как при поступлении, при дотрагивании до роговицы правого глаза рефлекса почти не получается, с роговицы левого глаза рефлекс получается. Больной начал реагировать также при раздражении кожи. На 8-й день замечена ссадина и припухлость в области правого теменного бугра. Сделан разрез по месту припухлости, удалена скопившаяся под кожей кровь, надкостница оказалась неповрежденной, рана зашита наглухо. К вечеру на 9-я сутки t° повысилась. На 10-й день из правого уха появилось гнойное отделяемое, область сосцевидного отростка отекала. При исследовании правого уха барабанная перепонка оказалась перфорированной. На 13-й день сняты швы (на 6-й после разреза), рана раскрылась, из нее вылился гной. В левой седалищной области на месте ссадины — изъязвление. Судороги, начавшие было ослабевать, стали продолжаться опять, как и при поступлении, почти непрерывно; t° держится повышенная. На 15-й день появилась краснота в верхней, части лба, t° по-прежнему высокая. Рана на голове при перевязке оказалась сухой, вокруг нее покраснения нет. В левой седалищной области язва, величиною несколько больше игральной карты. Краснота на лбу через день исчезла, t° упала до нормы. Больной не обнаруживал проблесков сознания еще неделю, судороги продолжались почти непрерывно и более в левых конечностях. Больной худел, так как клизмы питательные плохо удерживались, а проглотить в один прием он мог всего 2—3 глотка. На 24-й день больной как бы пришел в сознание, выпил за один раз чашку молока, пил еще воду. Затем на несколько дней снова впал в прежнее бессознательное состояние. К концу 1-го месяца стал подавать руку здоровающимся с ним, сам открывал рот, когда давали пить, но глотал по-прежнему плохо, правые конечности в состоянии пареза. Рана на голове почти зажила. В течение 2-го месяца состояние больного значительно улучшилось, стал довольно крепко жать руку, говорил «да» и «нет», хотя довольно невнятно, показывал язык, язва в левой седалищной области довольно быстро заживала. К концу 2-го месяца мальчик стал несколько владеть правой рукой и ногой, научился говорить довольно внятно, но говорил нараспев. Еще через

месяц начал понемногу ходить, причем несколько волочил правую ногу, а в течение 4-го месяца его пребывания в больнице больной значительно поправился: речь, движения и память стали лучше. Выписан домой, пробыв около 4 месяцев в больнице, со следующими явлениями: ходит довольно удовлетворительно, не шатается (даже с закрытыми глазами может сделать 6—8 шагов), функции правой руки еще не вполне нормальны, память по временам изменяет, часто бывает раздражителен, плачет, говорит по-прежнему нараспев и медленно.

Здесь помещается история болезни примерного случая повреждения черепа, где только своевременно мною сделанная в земской больнице *трепанация черепа* предупредила летальный исход больной¹.

10/IX в Дмитровскую земскую больницу (Моск. губ.) привезена была девочка Оля, 7 лет, дочь крестьянина из сел. Починок, Ольговской волости.

Как выяснилось из расспроса матери, 27/VIII перед вечером дочь ее бросила горсть земли в проходившего полупьяного парня, который нанес ей удар в левую часть лба угловатым осколком кирпича, девочка упала на землю, но скоро пришла в себя, целый вечер проплакала. Из раны около 1/2 ч текла кровь; веки и окружность глаза посинели. Ночь провела беспокойно, жалуясь на головную боль. 28-го утром Олю привезли в ближайшую фабричную больницу, где фельдшер перевязал девочке рану, целый день 28-го и до вечера 29-го Оля пролежала и ничего не ела, 29-го вечером встала, ходила, пошатываясь, немного ела и пила. 30-го днем началась рвота, которая появлялась каждый раз, как больная что-нибудь съест или выпьет, в остальное время ее тошнило, с этой ночи вольная стала часто вскрикивать, в полусне часто звать мать и отца и много плакать.

Рвота в некоторые дни утихала, по временам усиливалась. Общее значительное ухудшение и побудило родителей положить Олю в больницу.

Status praesens: в области левого припухшего лобного бугра кожная ранка, диаметром в $1\frac{1}{2}$ см, окаймленная вялыми грануляциями; зонд, введенный в нее, идет под кожей, по направлению к темени и кнаружи, на протяжении в 5 см, наталкивается на кость; нарушение целостности кости зондированием ясно

¹ «Медиц. Обозр.» 1892 г.

не устанавливалось, получалось ощущение вдавления кости. Девочка с слабо развитым костным скелетом, бледна. По словам матери, в последние две недели слабило ее через 2—3 дня, нарушение в мочеиспусканий замечено не было. T° 37,8°, пульс 80. Окружность раны, при поступлении больной в больницу, тщательно была выбрита, вымыта раствором сулемы 0,1 %, промыта была и подкожная полость, вставлен дренаж и наложена повязка.

До 15/IX состояние больной было весьма удовлетворительно, рвоты прекратились со дня поступления в больницу, сон хорош, на головные боли не жаловалась, они бывали изредка и в слабой степени; t° была почти нормальна, maximum 37,8°. Повязка менялась через день. Нарушений в отправлениях кишечника и мочевого пузыря не было.

Консервативное лечение больной, после того как со времени повреждения прошло около 3-х недель, при весьма удовлетворительном течении болезни в последнюю неделю, не оставляло желать ничего лучшего, к тому же и количество отделяемого из раны становилось заметно меньше.

16/XI. Девочка, готовясь к выписке, радовалась, что скоро будет дома, встала в 6 час. утра, хотела сойти с кровати и упала на колени: в правой руке и в правой ноге явились клонические судороги, державшиеся около 15-ти минут; при этом сознание не терялось.

В 9 час. утра, тоже при полном сознании, появился новый приступ клонических судорог в правой половине тела, с подергиваниями в правой половине лица, в этот раз судороги были сильны и безостановочны в продолжение часа и сопровождались частыми приступами рвоты. В 10 ч утра Оля потеряла сознание при полном параличе правой руки и правой ноги и парезе левых конечностей, при потере чувствительности, при ускоренном, неправильном, несчитаемом поверхностном пульсе, при неправильном поверхностном то ускоренном, то замедленном дыхании; зрачки были, расширены — левый значительно больше, чем правый. Такое состояние интенсивно глубокой комы длилось полчаса; после этого снова, тоже при полной потере сознания, наступили судороги, продолжавшиеся $4\frac{1}{2}$ часа с короткими паузами. К постоянным судорогам правых конечностей и судорогам в области правого лицевого нерва часто присоединялись судорожные движения левых и области левого n. facialis, судорожные глотательные движе-

ния и клонические сокращения языка вправо; глаза скозились вправо и вниз, клонически подергиваясь по горизонтальному направлению; рвота появлялась почти непрерывно, промежутки между приступами ее были приблизительно в 5—10 мин, частый и слабый пульс изредка делался замедленным. Лицо приняло выражение *faciei hypocraticae*. В 12 ч сделана была инъекция 1 грамма серного эфира. В два часа спешно, под давлением *indicationis vitalis*, была начата операция *трепанации*. В виду полной потери сознания хлороформирование не производилось. Голова была вымыта раствором сулемы, поле для операции выбрито. В виду слабеющего пульса с дикротизмом пред операцией сделана была инъекция под кожу живота 1 шприца Праваца раствора *camphorae* 0,06, *aether. sulf.* 4,0 и в конце операции — в 3 ч еще 1 шприц того же раствора — по 1/2 шприца в каждую нижнюю конечность. Разрез до кости проведен был по тому направлению, как проходил зонд, затем дугообразно направлен к средней линии черепа; от середины этого разреза проведен был еще разрез кнаружи в 3 сантиметра, получился неправильный Т-образный разрез, надкостница отделилась легко распаторием. Кость оказалась нарушенною в своей целости: трещина, начинаясь от верхней периферии лобного бугра, шла косвенно сзади и кнаружи, не доходя до края лобной кости, длина ее — 3 см; от начала этой трещины под очень острым углом начиналась кнутри вторая трещина, длиною в 2 см; костный угловатый участок, окаймленный этими двумя трещинами, представлялся слабо вдавленным и у вершины своей имеющим перекрестные маленькие трещинки. Трефин, диаметром в 2 см, установлен был так, что в центре его имеющаяся пирамидка отстояла на 2 мм от вершины угла, образуемого трещинами; кружок кости выпилен был так, что обе трещины выпилены были на протяжении 3/4 см; по мере углубляющейся пилы, пирамидка, при снятии тrefина, несколько вдвигалась, так что зубцы пилы выступали заметно более, чем пирамидка, и при этом условии пирамидка почти пробуравила кость, так как вследствие выпуклой формы *os. frontis* центральная часть выпила выстояла более кнаружи, чем его периферия. Трефин снимался 2 раза для большей осторожности по мере углубления инструмента, при снятии тrefина каждый раз вдвигалась и пирамидка.

Как только тrefин вошел в *duploe ossis frontis*, то своим надавливанием он вызывал еще более бурные припадки

compressionis cerebri — более частый и энергичный клонус в мускулах и более продолжительную и сильную рвоту, так что требовалось большое внимание, чтобы фиксировать трефин и не пройти с пилой далее, чем следует, движение трефином производилось не в одной только плоскости, а так, что пила с той стороны, где нет трещин, углублялась больше; трефин был снят тогда, когда связь выпиленного кружка держалась в описанном костном вдавленном участке; кружок был поднят элеваторием, причем в связи с выпилом одновременно был вынут осколок *tabulae vitreae* из места вдавления; маленький осколок этой пластинки, размером в конец писчего пера, оказался вколотым в *dura mater*, которая в окружности представлялась в состоянии гиперемии. Осколок был вынут пинцетом, края трепанационного отверстия были сглажены при помощи пинцета и скальпеля. Мозговой пульсации не было, кровотечение из *diploe* кости было довольно значительное, останавливалось шариками ваты. Вся рана и открытая часть твердой мозговой оболочки были, вычищены от сгустков, надкостница и кожа были сшиты 4-мя шелковыми узловатыми швами, через кожу и надкостницу до *dura mater* вставлен был дренаж, затем наложена повязка.

Когда при помощи элеватория удален был выпиленный костный кружок и пинцетом — осколок, вонзившийся в *dura mater*, то судороги и рвота прекратились: лицо сделалось сейчас же симметричным, косоглазие исчезло; дыхание сделалось более глубоким, первое сознательное движение руки больной, при наложении повязки, было по направлению к трепанированной области.

После операции, в постели, больной поставлена клизма из одного стакана теплой воды с прибавкой 1 столовой ложки портвейна. Назначено внутрь: портвейн по чайной ложке через 3 часа, *spiritus aethereus gtt x pro dosi* через 1/2 часа.

Оля лежала в кровати беспокойно, часто вскакивала, ее приходилось постоянно удерживать, часто вскрикивала, хватаясь рукой за повязку, по временам звала мать. Засыпала часто, спала недолго, $t^{\circ} 37,9^{\circ}$ в 6 веч., пульс 115, число дыханий в минуту 20. Ночь была в том же состоянии, мочилась ночью 1 раз.

17/IX в 9 час. утра пришла в сознание, разговаривала, $t^{\circ} 36,6$, пульс 120 — частый, неравномерный, число дыханий в минуту 17. Повязка промокла, сменена, при перемене повязки наблюдалась мозговая пульсация. Веч. прослабило

умеренно — не жидко, мочилась среди дня и вечером, съела 1/2 яйца всмятку и маленький кусочек белого хлеба, t° 37° , пульс 128, число дыханий — 19.

18/IX. Спала покойно, ночью мочилась 1 раз, на вопросы отвечает толково, в правой ноге чувствует онемение, болезненность в области селезенки, язык обложен белым налетом, живот втянут, *spinae ossium ileorum* выстоят, пульс — 100, тоны сердца акцентированы, руки и ноги холодноваты, число дыханий — 18, t° до времени выписки больной держалась нормальной ($36,8—37,5^{\circ}$). В продолжение дня играла в куклы, чаще лежала, мочилась 3 раза. Диета: 2 яйца всмятку, 1 ф. белого хлеба, чашка куриного бульона, чай. *Spiritus aethereus* отменен, так как больная пить эти капли отказывается. Пульс 80, дыханий 20.

19/IX. Утром. То же. Пульс 100, дых. 20. Прибавлено молока 1 кр., 1/4 курицы и 2-я чашка бульона. Суточное колич. мочи 350,0, в моче много осадка из фосфорнокислых солей и белок. Веч. слабило после клизмы 2 раза обильно, мочилась 3 раза, чувствует небольшие боли около пупка; боли в области селезенки и онемения в ногах нет; в правой руке сил несколько меньше, чем в левой.

20/IX. Утром мочи 900,0 с осадком. Пульс 116 с перебоем, неравномерный, дых. 20.

21/IX. Утром мочи 800,0, осадка меньше. Пульс 104, дых. 22. Повязка сменена, рана в удовлетворительном состоянии, дренаж укорочен.

28/IX. При перевязке сняты швы, вынут дренаж, отделяемого мало. Прибавлено 1/2 ф. белого хлеба.

3/X. Повязка, заживление в месте операции полное, моча без осадка и без белка.

7/X. На месте дренажа звездчатый рубец и пульсация. При сердцебиении изредка аритмия. Никаких других болезненных явлений нет. Выписана из больницы.

29 октября Олю снова привезли в больницу. Оказалось, что она заболела брюшным тифом, который продолжался до декабря. В течение этого периода не было никаких явлений, имеющих отношение к бывшему ранению головы.

Однако же, через 5 месяцев начались эпилептоидные припадки: клонические судороги в руках и ногах и перекашивание рта в правую сторону; продолжительность припадка около 1/2 часа, иногда припадки повторялись ежедневно, иногда

через неделю, иногда и через месяц, каждый раз по утрам, — или как только проснется, или когда только что встанет; после припадка чаще наступает сон. Если больная не засыпала или мало спала после припадка, то у нее являлась рвота, боли в мышцах.

Через 2 года отмечено: часто вздрагивает, припадки являются или ежедневно или через 1—2—3 дня, больших промежутков между ними не бывает, после припадков тошнит и болит голова, рвоты же не бывает. Последние два месяца во время еды часто ложка выпадает из рук.

Место, где была трепанация, пульсирует по-прежнему, имеет звездчатый рубец. Больная малокровна. Внутрь употребляла за последние 1¹/₂ года разнообразные лекарства, чаще kalium bromatum совместно с kalium jodatum, argentum nitricum, arsenicum и т. п.

Ниже следуют краткие сведения о 4-х детях, поступивших в Софийскую детскую больницу с повреждениями черепа¹, свидетельствующие также о своевременности *оперативной* помощи:

1) Девочка, 1 г. 10 м. упала со 2-го этажа на камень и впала в бессознательное состояние, была рвота. При поступлении соответственно левой теменной кости гематома и прощупывается трещина. 1-й день: сознание есть, пульс плохой, t° ниже 37,0°, рвоты нет. 2-й день: t° 36,7—37,2, много спит, пульс слабее. 4-й день; утром отмечен был паралич правых конечностей; под полунаркозом сделана операция: трещина шла от середины внутреннего края правой теменной кости через левую на затылочную и основание черепа: dura mater и pia местами перфорированы; небольшая потеря вещества мозга; запавшие края скусаны кусачками; швы, тампон; во время операции, паралич правых конечностей исчез, но вечером опять появился; t° нормальная. На следующий (5-й) день паралич ноги исчез, в руке сохранился; общее состояние удовлетворительно. На 8-й день — возможны небольшие движения в правой руке; при перевязках разможженные части мозгового вещества понемногу отторгались. Через месяц уже владела вполне обеими правыми конечностями (движения восстановились постепенно).

¹ «Медиц. отчет Моск. Софийской детской больницы за 1897—1905 гг.», вып. I, 1907 г.

2) Мальчик, 2 л. 6 м., три дня назад упал с 3-го этажа, с тех пор все время в бессознательном состоянии. При поступлении отмечалась на правом лобном бугре рана $1\frac{1}{2}$ см длиной, проникающая до кости; перелом кости в горизонтальном направлении, верхний отломок вдавлен под нижний край на протяжении 4—5 см; рана отечна, немного серозно-гнойного отделяемого; t° 37,3. Hemiplegia sinistr., paresis n. facialis sin.; пульс 120—140; сведения затылка, контрактур нет, в первый день судорог не отмечалось; мочится и испражняется под себя. 2-й день — t° 37,6—38,5°. Состояние ухудшилось; зрачки сужены — почти без реакции, бессознательное состояние продолжается, полная нечувствительность соединительной оболочки. Вечером этого дня под хлороформом операция, — прямолинейный разрез см, надкостница отодвинута на небольшом протяжении, верхний отломок заходит под нижний на протяжении 4—5 см, нижний выступающий край удален долотом, затем щипцами Luer'a и Dahlgren'a расширено отверстие черепа, после чего удалось приподнять элеватором верхний широкий, вдавленный по краю отломок, твердая, мозговая оболочка цела, между ней и костью немного сгустков, которые удалены; отдельных осколков не было, никакого кровотечения; глубокая тампонация, повязка. Через несколько минут после операции стал самостоятельно двигать левыми конечностями, в этот же вечер ребенок стал узнавать мать, просил пить (первые его слова после падения).

T° была повышена после операции два дня: 38,6—37,6°. На 4-й день опять появилась гемиплегия, но состояние больного улучшилось, к концу второй недели он уже подавал левую руку, в начале второго месяца стал брать пищу как правой, так и левой рукой, в середине второго месяца больной стал ходить, к этому времени рана совершенно закрылась.

3) Мальчик, 5 л. В день поступления ударила лошадь копытом в правую теменную область, кожная рана. Весь 1-й день пребывания сознание отсутствовало, была рвота, t° 35,6—37,0°. 2-й день: изредка приходил в сознание — отвечал, ел, было действие кишечника. На 3-й день все утро рвота, под хлороформом по рассечении кожи от места кожной раны найдена трещина, которая шла от середины правой теменной кости к наружному углу правого глаза, в середине ее протяжения часть кости в 2— $2\frac{1}{2}$ см длины и $1\frac{1}{2}$ см ширины вдавлена и отделена от остальной кости, этот осколок удален, dura mater

нигде не перфорирована; тампон, швы. После операции весь день метался и в сознание не приходил, рвоты не было, t° корм., пульс 90, кишечник действовал. На следующий день мальчик пришел в сознание (отвечал на вопросы, просил есть), а через два дня исчезло и апатичное состояние; дальнейшее состояние больного было совершенно удовлетворительное, ранка закрылась через 3 недели.

4) Девочка, 7 л., 3 дня назад попала головой в маслобойную машину. При поступлении отмечалась рваная рана в правой теменной области (затампонированная иодоформной марлей); правая теменная кость переломлена на 5 частей: осколок представлял ее середину и имел приблизительно форму квадрата, стороны которого шли параллельно краям самой кости, остальные четыре осколка окружали средний и соприкасались друг с другом по линиям, проведенным от углов среднего обломка к углам теменной кости. Осколки вдавлены в полость черепа. Отмечалась еще зашитая рана у правого верхнего века и левосторонний парез респираторной ветви лицевого нерва. 1-й день: мочеиспускание и стул задержаны, других ненормальностей не отмечено; t° 36,8—38,6°. На 2-й день под хлороформом предварительно удалены мелкие осколки у краев описанных трещин, а затем элеватором приподняты вдавленные большие отломки теменной кости, мозг и твердая оболочка тотчас же встали на место, часть раны защита. Из расшитой раны у века вышло с 1/2 чайной ложки гноя. После операции вечером t° 40,5, затем она в течение 10 дней упала до maximum 37,5. На 7-й день больная стала мочиться самостоятельно. К концу второго месяца рана почти на всем протяжении зарубцевалась, но совершенно закрылась только еще месяц спустя, после того как был удален секвестр в 2—2 $\frac{1}{2}$ см из всей толщи кости.

При отсутствии ясных признаков повреждения костей черепа необходимо, как упомянуто выше, исключить commotio cerebri. Проявления *сотрясения мозга* недлительны, но нередко бывают довольно тяжелы. Для примера приводится случай средней тяжести (№ 188—1915 г.): девочка О-ва Саша, 10 лет, дочь крестьянина из Волоколамского у., спрыгнула с трамвая на полном ходу; в момент падения потеряла сознание, была рвота, доставлена в больницу при явлениях слабости, сонливости и частой рвоты; пульс 88 в минуту. Сонливость и рвота наблюдались до 3-го дня по поступлении в больницу. На 5-й день выписалась из больницы с хорошим самочувствием.

Иногда бывают и летальные исходы вследствие сотрясения мозга. В Софийской детской больнице за 1897—1914 гг. на 117 детей (82 мальч. и 35 дев.) с *commotio cerebri* число смертных исходов было 9 (5 у мальчиков и 4 у девочек). Провести границу между чистою формою сотрясения мозга, выражающеюся в ушибе мозга без видимых анатомических изменений в мозгу, и тяжелой формой сотрясения мозга, когда через некоторое время выступают в мозгу явления фокусного поражения (внутричерепное кровоизлияние), иногда бывает очень трудно; в этих последних случаях при летальном исходе на вскрытии обыкновенно обнаруживается и перелом основания черепа.

Но и в благоприятно кончающихся случаях нередко при наличности перелома черепа на первый план выступают только симптомы сотрясения мозга, а самый перелом *cranii* точно выясняется лишь в позднейшее время, а вначале шли не констатируется или лишь с некоторою вероятностью предполагается; например, наблюдение за 1915 г.: девочка (№ 263), 1 г. 7 мес., вчера упала со 2-го этажа; вначале была рвота; принята в больницу с гематомой в области правой теменной кости, с большим синяком и опухолью в окружности левого глаза; на месте гематомы, по-видимому, есть костное вдавление; через $1\frac{1}{2}$ недели, по мере того как всасывалась гематома, ясно стала прощупываться трещина в черепе в области шва теменной и затылочной костей с правой стороны. Выписана в хорошем состоянии.

Возьмем материалы Софийской больницы по *повреждениям черепа за трехлетие 1912—1914 гг.* в соотношении их к группе повреждений вообще за эти три года и к переломам в частности. Всего поступило в означенное трехлетие, со всякого рода повреждениями 394 больных (277 мальч. и 117 дев.), в том числе с разными переломами 143 больн. (110 мальч. и 33 дев.), причем с переломами черепа за это время лечилось 14 детей (11 мальч. и 3 дев.), что составит 9,8 % в отношении всего числа переломов (в отношении 143 детей) и 3,6 % в отношении всей группы детей с повреждениями, т. е. в отношении 394 детей. Детей с сотрясением мозга за трехлетие (1912—1914 гг.) было 34 (21 мальч. и 13 дев.); здесь мы касаемся сотрясения мозга (*commotio cerebri*) постольку, поскольку оно противопоставляется в цифровом взаимоотношении повреждению костей черепа. Но при этом надо всегда принимать во внимание, что переломам костей черепа, как мы уже частью указывали выше,

обыкновенно сопутствуют в той или другой степени явления сотрясения мозга. Приведем на справку вкратце сведения о 6-ти (из 14-ти) случаях сотрясения мозга и перелома черепа (ум. 3) за рассматриваемое трехлетие.

Мальчик, 2-х лет (№ 356, 1913 г.), упал со 2-го этажа на мостовую, в полусознательном состоянии доставлен в больницу с гематомой слева на голове (см. историю болезни в самом начале изложения о повреждении черепа); мальчик вял, сонлив; правые рука, нога и лицевые мышцы в паретическом состоянии; вскоре по поступлении в больницу — приступы клонических судорог в парезованных конечностях и в лице, на 2-й и 3-й дни паретическое состояние мышц постепенно ослабевало, с уменьшением гематомы ясно ощупывалась трещина над левым ухом; диагноз: *commotio et contusio cerebri; fractura cranii*; ребенок выписан через неделю по поступлении в здоровом состоянии.

№ 370, 1913 г., мальчик, 2 л. 7 мес., упал со 2-го этажа; появились рвота, кровотечение из носа, опухоль левого века, рана нижней губы снутри, не исключена возможность *fissurae cranii*; выздоровление через 1¹/₂ недели.

№ 449, 1913 г., девочка, 8 лет, попала под автомобиль, доставлена в полусознании при явлениях многократной рвоты с кровью, при замедленном пульсе, в височной области слева гематома и костное вдавление; в больнице 1-ю неделю лихорадила, выписана с улучшением через 15 дней по желанию матери.

№ 597, 1913 г., мальчик, 4 лет, упал с крыши с 4-аршинной высоты; бессознательное состояние несколько минут, а затем — затемненное сознание до смерти, наступившей на 3-й день; рвоты; кровотечение из носа, рта, боли в подложечной области, расширенные зрачки, слабый и редкий пульс, за правым ухом большой кровоподтек, на правой теменной кости около ее границы с затылочной, по-видимому, небольшое костное вдавление или трещины в направлении в *basis cranii*, кровоподтеки в разных местах тела, мочится редко; на 3-й день в течение 1 часа при слабом пульсе и расширенных зрачках продолжались судороги конечностей, языка, стерторозное дыхание, и затем наступил паралич дыхания. При все возрастающей слабости больного и явной безнадежности достаточных показаний к оперативному вмешательству установлено не было.

№ 333, 1914 г., мальчик, 3 л. 11 мес., попал, по-видимому, под лошадь, было, бессознательное состояние, кровотечение

изо рта, носа, пульс малый, частый, рвота несколько раз, в правой височной области — кровоподтеки; умер в тот же день.

№ 569, 1912 г., девочка, 5 лет, упала со 2-го этажа, бессознательное состояние, рвота, кровотечение из носа, изо рта, опухоль правой стороны головы, погибла от слабости сердца через 11 часов после повреждения.

Случаев, потребовавших оперативного лечения при переломах костей черепа за трехлетие 1912—1914 гг., было только 2 (из 14-ти); следует, отметить, что эти три года были благоприятны в отношении умеренного числа повреждений черепа; еще особенностью повреждений черепа этого трехлетия является то, что обе операции на черепе были произведены не вскоре после травмы, как это было в вышеприведенных случаях, а много времени спустя — с целью удаления секвестров черепных костей.

В прежние годы оперативных случаев было больше: так, за 9 лет (1897—1906 гг.)¹ при переломах черепа требовалась операция в 21 случае (ум. 8). Материал о повреждениях черепа показывает, что дети, по недостатку надзора за ними, нередко попадают под экипажи, под лошадей, падают из окон квартир со 2-го, с 3-го и даже с 4-го этажей.

Не считая 6-ти случаев с переломами черепа за 1912—1914 гг., сведения о которых приведены выше, остальные 8 случаев переломов костей cranii распределяются следующим образом: 7 детей — мальчики, 1 — девочка; по возрасту: от 4—9 л. было 6 детей; моложе 2-х лет — 2 больн., из них 1 дев., 1 год 2 мес., упала с 3-го этажа на асфальтовую мостовую, умерла рано утром на 2-й день; другой — мальчик, в возрасте 1 г. 8 мес., упал из окна 2-го этажа, умер в тот же день; тоже из окна 3-го этажа упал 3-в Николай, 4 лет 5 мес. (выздоровел); из остальных 5-ти мальчиков двое были сшиблены автомобилем (1 выздор., 1 ум.), 1 — был придавлен телегой (ум.), 1 — попал под упавшее бревно (вызд.) и у одного механизм повреждения не указан (вызд.).

В 5-ти случаях (из 8-ми) был перелом основания черепа, в том числе 1 был с переломом ключицы, операций им не производилось, из них выздоровел — 1, умерло — 4; в остальных 3-х случаях были повреждения черепной крышки, причем у одного, кроме того, имелся и перелом голени; все трое выздоровели, из них оперированы 2.

¹ Там же и в части I-й моей «Дет. хирургии».

Симптомы — в момент повреждения и с которыми поступали в б-цу дети с повреждениями черепа — таковы: бессознательное состояние тотчас же за повреждением у всех детей, рвота у двух и рвота с кровью у одного, кровотечение из ушей у четырех детей (у двух из обеих ушей, у одного из правого уха и у четвертого из левого уха), в том числе у одного ребенка в выделении из уха была примесь серозной, спинномозговой, жидкости и у другого вся подушка промокала от истечения цереброспинальной жидкости; кровотечение из носа отмечено у 6-ти детей и изо рта — у четырех. бессознательное состояние держалось иногда довольно долго, а у одного мальчика, 8-ми лет, умершего на 3-й день, полусознательное, бессознательное, бредовое и беспокойное состояние продолжалось до самой смерти (до 3-го дня). Расширенные зрачки обозначены у двух, а суженные — у одного, слабая реакция зрачков у одного; пульс замедленный и слабый — у двух, пульс частый и малый — у одного; дыхание замедленное, прерывистое — у одного; судорожное сжатие челюстей — у одного; приступ судорог — сильное, тоническое сокращение спинных и затылочных мышц с *exorhtalmus*'ом и с парезом левого лицевого нерва у одного; непроизвольное извержение кала указано у одного. Другие данные: боли в левом глазу и в левой стороне головы, припухлость на лбу и темени у одного; кровоподтеки и ссадины в разных местах головы у одного; значительные гематомы на голове у 3-х детей, в том числе у одного — гематома и рана в правой затылочно-височной области с трещиной в чешуе височной области (выздор.). Большие раны с переломами свода черепа были у 2-х, оба оперированы (выздоровели):

1) Мальчик, 9-ти л. На правой стороне головы над *processus mastoideus* рана в 5 см, проникающая до твердой мозговой оболочки; трещина в черепе (тоже около 5 см) со вдавлением имеет вид овала, направляясь вверх, налево и назад; в горизонтальном направлении над ухом, не соединяясь с этой трещиной, — еще трещина в 5—6 см; явления сдавления на мозг постепенно стихали, вследствие чего только через 2 месяца после повреждения потребовалось под хлороформом удаление двух секвестров на голове, одного размером в 2×2 см и другого в 2×4 см; одновременно были выскоблены вялые грануляции в окружности секвестров, а также: произведено выскабливание кости на голени и язвы на ней, получившейся вследствие гнойного воспаления у места перелома; кроме того, маль-

чику сделано было несколько инцизий (гематомы на голове и гнойника голени); выписан через 10 месяцев пребывания в б-це с небольшой заживающей ранкой на голове.

2) Андрей, 4 л. В лобной и теменной областях удалено, под хлороформом, несколько секвестров, произведено выскабливание до твердой мозговой оболочки, получился дефект в черепных костях размером в 6 × 10 см; для этой операции мальчик поступал в б-цу 2-й раз после повреждения; через месяц после этой операции вновь, под хлороформным наркозом, удалены секвестры, но небольшой величины; выписан через 2 мес. и 3 нед. с заживающей небольшой язвой в величину 15-тикопеечной серебряной монеты.

В заключение следует указать, как это видно и из вышеизложенного, что выбор между первичной трепанацией черепа и последовательными операциями на черепе решить иногда очень трудно, но скорейшее выяснение показаний к немедленной операции более клонится к выгоде больного, чем продолжительное выжидание.

Ближайшим показанием ранее всего может служить кровотечение, которое иногда бывает угрожающим; так, нам в одном случае при повреждении *sinus longitudinalis*, пришлось зашить прорванный острым костным осколком синус, при удалении осколка кровь из синуса хлынула струей в ширину писчего пера высотой до 1/2 арш., выздоровление с нагноением.

Сдавление мозга также часто требует скорейшего вмешательства, несмотря на кажущуюся безнадежность случая; так, у грудного ребенка при обширном повреждении свода черепа с разрывом оболочек и самого существа мозга, по удалении костных обломков я при поднятии некоторых подъемником к концу 1-й недели стала исчезать гемиплегия одной половины, а к концу 3-й недели стали исчезать и параличи руки и ноги другой стороны, затем еще не говоривший ребенок научился внятно говорить, твердо стал ходить, лишь высоко поднимая одну ногу; отторгавшиеся части мозговой массы в данном случае, по-видимому, в своей функции постепенно, заменялись соседними мозговыми центрами. Такие случаи, как последний, хотя и не часты, но к установке показаний к безотлагательной первичной трепанации должны действовать ободрающе.

Заячья губа. Волчья пасть

Заячья губа. Врожденное расщепление верхней губы, довольно частый порок развития, носит название *заячьей губы*; различают простую заячью губу с одним расщеплением — *labium leporinum simplex* и с двойным расщеплением — *labium leporinum duplex*. Как простая, так и двойная заячья губа могут в свою очередь комбинироваться с расщепленным небом, какое уродство носит название «*palatum fissum*», «*faux lupina* — волчья пасть». *Palatum fissum* захватывает твердое и мягкое небо вместе; реже встречающееся расщепленное только одно мягкое небо обыкновенно не сопутствует заячьей губе. Одновременно у детей с *labium leporinum* и *palatum fissum* иногда наблюдаются и другие уродства.

В Софийской детской б-це за 1897—1914 гг. с заячьей губой и волчьей пастью госпитально оказана, была помощь 81 больн., в том числе 37-ми мальчикам и 43 девочкам.

В ранних детских возрастах, чаще начиная от полугода, в Софийской детской б-це, как увидим ниже, производится при рассматриваемых уродствах пластика губы, причем одновременно применяются и оперативные приемы, содействующие успеху пластической операции на губе, например, рассечение или резекция сошника, если он чрезмерно выдвигает межчелюстную кость и мешает сшиванию губы, дополнительные разрезы для устранения изъязнов в ноздрях, отсепаровка щек со стороны полости рта для ослабления натяжения в швах; пластические же операции на небе, если уродство в нем сопутствует заячьей губе, откладываются до старших возрастов — до возрастов старше 5-ти лет.

Приведем краткое описание простой заячьей губы, сопутствующей волчьей пасти, поясняющее рис. № 1.

Костя К-в, в возрасте 1 г. 4 мес., поступил в б-цу 20 февр. 1914 г. с *labium leporinum et faux lupina*. Левое крыло носа почти на двойное расстояние отодвинуто кнаружи, вследствие чего искривлена носовая перегородка наклоном влево почти

до 45°. Левая часть верхней челюсти выстоит кпереди, губы верхней челюсти растут неправильно — имеют наклон кзади, два таких зуба видны в дефекте верхней губы: расщелина неба (волчья пасть) — довольно широкая, в поперечный палец шириною, идет через твердое, мягкое небо, заканчиваясь раздвоением язычка. Ребенок довольно упитанный.



Рис. 1



Рис. 2

Сопутствующие уродства у этого ребенка еще имелись следующие: 3-я фаланга левого указательного пальца раздвоена и располагается в сильно расходящемся в стороны положении, на верхушке каждого раздвоения — зачаток ногтя; правая стопа — в положении резко выраженной степени *pedis valgi*.

Простая заячья губа без расщепления неба обыкновенно не сопровождается выступом верхнечелюстной кости, как это мы видели в предыдущем случае, на рис. №№ 2, 3 и 6 представлена такого, вида простая заячья губа.

Рис. № 2, Е-нов Алексей, 2-хлетний мальчик, поступил в Софийскую б-цу 29 мая 1914 г. с расщелиной верхней губы на уровне левой ноздри вплоть до десен; левая ноздря несколько уплощена; левый верхний средний резец имеет кариозный процесс, также кариозно поражен и левый 1-й коренной зуб; через две недели по удалении кариозных зубов, когда ранки в ячейках зубов зажили, произведена была, под хлороформом, операция сшивания расщелины губы, причем оживление краев