

Vysokoe kamnesiechenie : material dlja otsienki nadlobkovago kamnesiecheniia v Rossii : dissertatsiia na stepen' doktora meditsiny / Nikolaia Solomki ; tsenzorami, po porucheniiu Konferentsii, byli professory I.I. Nasilov, E.V. Pavlov i prosektor E.G. Salishchev.

Contributors

Solomka, Nikolai Viktorovich, 1856-
Maxwell, Theodore, 1847-1914
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

S.-Peterburg : Tip. D-ta Udielov, 1889.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/mk5cb3z9>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

imperfect 400 cases
Серія диссертаций. Соломки (N.) High lithotomy, Tabular view of 400 cases (copy imperfect) [in Russian], 8vo. St. P., 1889

№ 27.

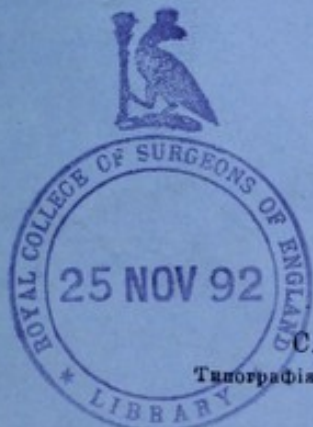
580 (5)

ВЫСОКОЕ КАМНЕСЪЧЕНІЕ.

Матеріалъ для оцѣнки надлобковаго камнесъ-
ченія въ Россіи.

Диссертация
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Николая Соломки.

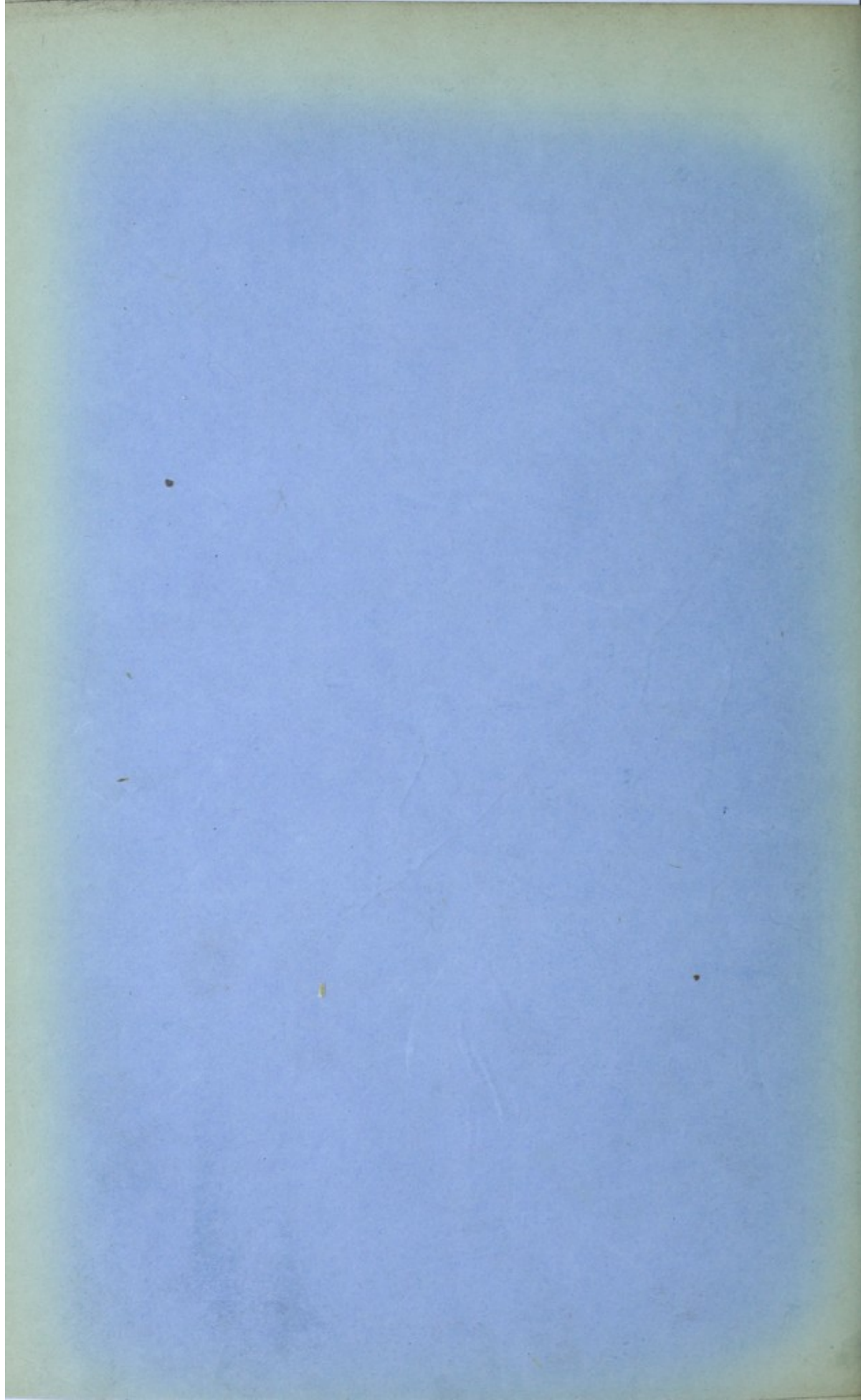
Цензорами, по порученію Конференціи, были: профессоры
И. И. Насиловъ, Е. В. Павловъ и прозекторъ Э. Г. Салищевъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Д-та Удѣловъ, Моховая, № 36.

1889.



Серія диссерацій, допущенныхъ къ защитѣ въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1888—89 учебномъ году.

№ 27.

ВЫСОКОЕ КАМНЕСТЪЧЕНІЕ.

Матеріалъ для оцѣнки надлобковаго камнестъченія въ Россіи.

Диссерація

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Николая Соломки.

Цензорами, по порученію Конференціи, были: профессора
И. И. Насиловъ, Е. В. Павловъ и прозекторъ Э. Г. Салищевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Д-та Удѣловъ, Моховая, № 36.

1889.



№ 27.

ВЫСОКОЕ КАМНЕСЪЧЕНІЕ.

Докторскую диссертацию лекаря Н. Соломки, подъ заглавіемъ: «Высокое камнесъченіе. Матеріалъ для оцѣнки надлобковаго камнесъченія въ Россіи», печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ. Января 21 дня 1889 г.

Ученый Секретарь В. Лашутинъ.

Первому и второму
Съѣздамъ Русскихъ Врачей

ВЪ ПАМЯТЬ

НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ПИРОГОВА,

признавшимъ важность разработки матеріала
по вопросу о различныхъ способахъ камне-
сѣченія въ нашемъ отечествѣ,

посвящаетъ свой трудъ

Авторъ.

Первому и второму

Судьям Юсскихъ Судей

В. ПАМЯТИ

НИКОЛАЮ ПАВЛОВИЧУ ПИРОВОУ

Всего же в этом деле участвовало

по делу о брачном союзе

всего в этом деле участвовало

всего же в этом деле участвовало

Судья

Не подлежит сомнѣнію, что вопросъ о наилучшемъ методѣ камнесѣченія никогда не переставалъ и не перестанетъ интересовать хирурговъ. Литература и казуистическій матеріалъ камнесѣченій—громадны, но тѣмъ не менѣе вопросъ о преимуществѣ того или другаго метода литотоміи долженъ считаться рѣшеннымъ неполнѣ, а потому онъ до самыхъ послѣднихъ дней служить предметомъ многочисленныхъ изслѣдованій.

Если не такъ давно вопросъ о камнесѣченіи казался вполнѣ и безповоротно рѣшеннымъ въ пользу боковой литотоміи, то съ появленіемъ и усовершенствованіемъ литотритіи, срединной литотоміи и, наконецъ, съ неожиданнымъ, громаднымъ успѣхомъ высокаго камнесѣченія, онъ снова сталъ однимъ изъ самыхъ жгучихъ въ нашей наукѣ. Талантливѣйшіе и опытнѣйшіе представители хирургіи раздѣлились на нѣсколько почти враждебныхъ лагерей; каждый изъ нихъ доказываетъ преимущества своего излюбленнаго метода передъ недостатками всѣхъ остальныхъ. Разобраться въ спорѣ—не легко, тѣмъ болѣе, что каждая изъ школъ подкрѣпляетъ свои доводы большимъ или меньшимъ числомъ наблюденій, говорящихъ въ пользу того или другаго метода.

Какимъ же путемъ лучше всего можетъ быть рѣшенъ спорный вопросъ?

Наиболѣе вѣрные выводы и цѣнные заключенія можетъ въ этомъ случаѣ намъ дать только одинъ статистическій методъ изслѣдованія; сводъ сотенъ операций по тому или другому методу, безпристрастный разборъ каждаго отдѣльнаго, хорошо извѣстнаго, случая, даетъ намъ право дѣлать выводы, цѣнность которыхъ—очевидна. Самыя блестящія теоретическія разсужденія нерѣдко рушатся передъ вѣскими, неопровержимыми цыфровыми данными.

Все это хорошо было сознано хирургами и среди массы работъ по вопросу о камнесѣченіи, съ которыми связаны имена такихъ людей, какъ *Nélaton, Guyon, Thompson, Dolbeau, Günther, Volkmann, Dittel, Antal, Rydygier, Bergmann, Petersen, Bouley, Langenbuch, Koenig* и весьма много др., мы встрѣчаемъ не мало работъ, гдѣ многіе цѣнные выводы и заключенія сдѣлались достояніемъ науки, исключительно благодаря статистическому методу изслѣдованія.

И наша отечественная литература по тому же вопросу, бѣднѣе иностранной числомъ, но далеко не бѣднѣе по своему содержанію, насчитываетъ не мало работъ, полныхъ интереса и значенія, въ основу которыхъ положенъ тотъ-же статистическій методъ изслѣдованія. Труды: *Савенко, Басова, Клина, Пеликана, Богда-новскаго, Сеницина, Кузьмина, Склифосовскаго, Шмитца, Розенталя, Ассендельфта, Введенскаго, Салищева, Надеждина, Яковлева* и многихъ др., всегда будутъ извѣстны тѣмъ, кому дороги успѣхи русской хирургіи.

Будучи горячо убѣждены въ томъ, что многіе вопросы хирургіи могутъ быть достаточно хорошо рѣшены только путемъ статистическаго метода изслѣдованія, мы рѣшились въ настоящемъ трудѣ представить, по возможности, полную разработку матеріала, накопившагося въ нашемъ отечествѣ относительно высокаго камнесѣченія, операции, имѣющей жгучій интересъ,

не мало враговъ и защитниковъ. Слѣдовательно, мы взяли на себя трудъ выполнить часть той работы, важность которой была признана на 1 и 2 Съѣздахъ Русскихъ Врачей въ память Николая Ивановича Пирогова.

Въ иностранной литературѣ давно уже извѣстны работы о высокомъ камнесѣченіи: *Günther* собралъ операциі съ 1560 по 1851, *Dulles*—съ 1560 по 1875, *Flury*—съ 1851 по 1878, *Garcin* и *Tuffier*—съ 1879 по 1883 гг. Въ нашей литературѣ извѣстны работы: *Родзевича*, *Веревкина*, *Шмитца*, *Березкина*, *Ассендельфта*.

Первыя изъ указанныхъ работъ въ настоящее время не имѣютъ для насъ особеннаго значенія, такъ какъ обнимаютъ собой матеріалъ: или исключительно доантисептического періода операциі, или-же въ нихъ не разграничены случаи одного періода отъ другаго, такъ что выводы *Günther'a*, *Dulles*, *Flury* и др. имѣютъ для насъ лишь историческій интересъ. Работы *Родзевича* представляютъ намъ простой сводъ операций, опубликованныхъ въ русской литературѣ, безъ всякой критической оцѣнки и безъ разграниченія случаевъ доантисептического отъ антисептического періода операциі; остальные — отчеты о дѣятельности того или другаго хирурга.

Такимъ образомъ, весьма большой казуистическій матеріалъ, разбросанный по различнымъ медицинскимъ изданіямъ, часто подробно и интересно изложенный, остается безъ должной оцѣнки, т. сказать, пропадаетъ для дѣла; тогда какъ собранный въ одно цѣлое, критически обработанный, онъ пріобрѣтаетъ огромное значеніе.

Въ силу только что сказаннаго, нашъ трудъ дѣлится на три главныя части: первую, въ которой приведенъ обзоръ напечатаннаго у насъ о высокомъ камнесѣченіи, вторую, содержащую таблицы операций

доантисептического и антисептического періодовъ и третью, въ которой приведена критическая оцѣнка собраннаго матеріала; въ этой послѣдней части мы подробнѣе остановились на способахъ ухода за раной пузыря, а также на исходахъ операціи. Въ заключеніе, мы сопоставили результаты своего изслѣдованія съ результатами, полученными для боковаго и срединнаго камнесѣченій, что дало намъ возможность сдѣлать нѣсколько выводовъ.

2-го Декабря 1888 г.

С.-Петербургъ.

Во 1-хъ, позвольте сказать, что это очень простая операція и легкая по производству, гораздо легче боковаго камнесъченія...

Я никогда не употреблялъ ни одного шва на пузырь, и имѣть-ли онъ какую-либо заслугу или нѣтъ, остается вопросомъ...

Н. Thompson. Надлобковая операція. 1886.

I.

Началомъ разработки вопроса о высокомъ камнесъченіи въ Россіи должно считать средину 70-хъ гг. настоящаго столѣтія. До этого времени русской литературы по интересующему насъ предмету почти не существуетъ. Съ 1875 г. она мало по малу разростается, такъ что въ наши дни мы уже имѣемъ объ эпицистотоміи значительное число отчетовъ, сообщеній и разсужденій отечественныхъ хирурговъ.

Какъ видно, операція *P. Franco*, впервые выполненная имъ случайно, безъ заранѣе обдуманнаго плана, исключительно ради того, чтобы родители оперированнаго не сказали, что хирургъ не могъ извлечь камень „joint aussi que je ne vouloye pas qu'il me fust reproché de ne l'avoir seu tirer — qui estait à moi grande folie — je délibérai avec l'importunité du père, mère et amis, de copper le dit enfant par dessus l'os pubis“, не пользовалась расположеніемъ въ нашемъ отечествѣ и о ней наши предшественники имѣли вполне сложившееся мнѣніе, не допускавшее ни разработки, ни широкаго примѣненія операціи.

Если иностранная литература эпицистотоміи велика, если съ 1560 г. и по наши дни *sectio alta* служила заграницей предметомъ экспериментальныхъ изслѣдованій, казуистическихъ сообщеній и статистическихъ работъ, то русскіе хирурги до 1875 г. ничего не сдѣлали для этой операціи. Для нихъ вопросъ о высокомъ камнесъченіи былъ вполне рѣшенъ,

показанія къ ея примѣненію были строго выработаны, а такъ какъ эти показанія касались случаевъ исключительныхъ, то и примѣненіе эпицистотоміи составляло явленіе вполнѣ необычайное.

Къ такому заключенію придетъ всякій, кто дастъ себѣ трудъ познакомиться съ русской литературой по вопросу о каменной болѣзни.

Была ли извѣстна эпицистотомія въ нашемъ отечествѣ въ XVI, XVII столѣтіяхъ? Отвѣтить съ положительностью—невозможно, такъ какъ для этого мы не имѣемъ никакихъ указаній. Однако, намъ кажется немыслимымъ, чтобы операція, надѣлавшая въ то время не мало шума за границей, не была извѣстна и у насъ, столь богатыхъ случаями каменной болѣзни и имѣвшихъ своихъ литотомистовъ; не можетъ быть, чтобы первые русскіе литотомисты не знали ничего объ этомъ видѣ камнесѣченія, тѣмъ болѣе, что это были все люди пришлые къ намъ изъ иностранныхъ земель ¹⁾.

Въ XVIII столѣтіи мы уже имѣемъ точное указаніе на то, что эпицистотомія не только была извѣстна, но и преподавалась въ нашихъ медицинскихъ школахъ. Такъ, въ крайне интересныхъ очеркахъ русскихъ медицинскихъ учрежденій того вѣка Чистовича, въ статьѣ о конкурсѣ на должность оператора при Московской Госпитальной Школѣ видно, что въ 1795 г. на этомъ конкурсѣ одному изъ конкурентовъ, прозектору Успенскому, было задано сдѣлать на живомъ ампутацію голени, а на трупѣ — нѣсколько литотомій, въ томъ числѣ и высокую. Послѣ конкурса проф. Гильтебрандтъ и Пеккенъ, интриговавшіе противъ Успенскаго, дали такой отзывъ: „О писателяхъ и ученыхъ сочиненіяхъ, до сего предмета касающихся, говорилъ онъ весьма мало и весьма кратко, не различая Фрера Жака отъ Фрера Кома, сею операціею прославившагося. При секціи алты ничего о ея изобрѣтателѣ и о случаѣ ея дѣлатъ не объявилъ; также не упомянулъ, что пузырь въ сей операціи наполненъ быть долженъ и о другихъ многихъ предметахъ, касающихся до правильнаго, искуснаго и благоуспѣшнаго извлеченія камня ни мало прозекторомъ Успенскимъ упомянуто не было“ (стр. 409).

Изъ этого ясно, что въ то время эпицистотомія была хорошо извѣстна русскимъ профессорамъ; они были знакомы съ работою *Roussel*, съ случаями *Cheselden'a*, *Frère Côme*. Очевидно, операція входила въ программу преподавателей хирургіи и для нее были выработаны показанія. Разъ это такъ, то не подлежитъ сомнѣнію, что высокое камнесѣченіе примѣня-

лось и на практикѣ; такіе хирурги, какъ *Галладей Ульямъ*, въ гор. Рыльскѣ, Курскаго намѣстничества, особенно же *И. П. Венедиктовъ* ²⁾, сдѣлавшій въ теченіи 36 л. болѣе 4000 литотомій, не могли не знать, да навѣрное и оперировали высокимъ разрѣзомъ, но случаи эти до насъ не дошли *).

Впервые мы встрѣчаемъ достовѣрный случай операціи въ 1823 году. Какъ и слѣдовало ожидать, *sectio alta* была сдѣлана случайно, только потому, что камень не удалось извлечь чрезъ промежностный разрѣзъ. Оперировалъ д-ръ *Грумъ-Гржимайло* ³⁾ въ Бѣлорусско-Могилевскомъ госпиталѣ солдата 32 хъ лѣтъ. Попытки удалить камень остались безъ успѣха, такъ какъ онъ не только былъ очень великъ, но кромѣ того „обхваченъ былъ отолстѣвшимъ мочевымъ пузыремъ. По смерти сего больного, еще нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи прожившаго безъ страданій, потому что моча свободно выходила черезъ нижній разрѣзъ, я вынулъ камень. Камень вѣсилъ 11 унцій, въ большемъ поперечникѣ былъ съ указательный палецъ взрослого человѣка, шириною въ $\frac{2}{3}$ того же пальца, а толщиною въ $\frac{1}{3}$ онаго“.

Второй несомнѣнный случай принадлежитъ медико-хирургу *Ушакову* ⁴⁾ и относится къ годамъ его хирургической дѣятельности въ с. Алексѣевкѣ, Гжатскаго у., Смоленской губ. (1816—1833). Въ какомъ году была произведена операція и съ какимъ успѣхомъ—неизвѣстно.

Третій достовѣрный случай эпицистотоміи принадлежитъ проф. *Китеру*; о немъ упоминаетъ д-ръ *Пеликанъ* ⁵⁾ въ своей диссертациі. Операція относится къ 1844 г.; почему здѣсь былъ выбранъ именно этотъ видъ камнесѣченія—неизвѣстно.

О четвертомъ случаѣ *sectionis altae* д-ра *Гейфельдера* мы узнаемъ изъ нѣмецкой литературы; операція сдѣлана въ 1856 г. и описана самимъ хирургомъ въ № 29 der deutschen Klinik.

Слѣдующимъ долженъ быть поставленъ случай *Н. И. Пирюва* ⁶⁾, о которомъ онъ упоминаетъ въ своихъ „Началахъ общей военнополовой хирургіи“. Вотъ какъ описываетъ этотъ случай самъ авторъ: „при изслѣдованіи пузыря зондомъ у этого больного (70 л. старикъ), я ошибся въ величинѣ камня

*) По словамъ *Н. Гильтебрандта*, *И. П. Венедиктовъ*, несмотря на грубость оперативныхъ приѣмовъ, терялъ не болѣе 4 изъ 100 оперированныхъ. Такого числа операций и съ такимъ успѣхомъ не сдѣлалъ еще ни одинъ хирургъ въ свѣтѣ. *Гильтебрандтъ* говоритъ, что *Венедиктовъ*: *tanto successu perfecit lithotomiam, ut omnem certe exsuperet admirationem.*

и счелъ его не такъ большимъ, какимъ онъ былъ въ самомъ дѣлѣ. При операціи оказалось, что это былъ огромный, яйцеобразный уратъ, вѣсомъ въ 8 унцій; несмотря на всѣ усилія, я не могъ его вытащить чрезъ рану въ промежности; кромѣ величины, препятствіе къ извлеченію состояло еще въ томъ, что стѣнки пузыря плотно его обхватывали и разбухлости слизистой, проникая въ неровныя углубленія камня, задерживали его и дѣлали вовсе неподвижнымъ. Я тотчасъ приступилъ къ разрѣзу бѣлой линіи, выше лобковыхъ костей; но и тутъ я бился цѣлыхъ $\frac{3}{4}$ часа, пока мнѣ удалось пальцами вылущить и извлечь камень, приподнявъ его пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку. При этихъ усиліяхъ я надорвалъ переднюю складку брюшины“ (стр. 10). Несмотря на раненіе брюшины, больной выздоровѣлъ и послѣоперационный періодъ не представлялъ ничего особеннаго. Къ какому году относится этотъ случай—неизвѣстно.

Кромѣ приведенныхъ случаевъ мы не имѣемъ до 1877 г. печатныхъ извѣстій объ эпицистотоміи въ нашемъ отечествѣ. Напротивъ того, какъ случаи только что перечисленные, указывающіе намъ, что *sectio alta* предпринималась при исключительныхъ условіяхъ, являясь на выручку другому методу камнесѣченія, такъ и все то, что извѣстно у насъ по вопросу о леченіи каменной болѣзни, указываютъ намъ на полное господство боковой литотоміи; лишь какъ рѣдкость попадаются случаи камнедробленія. *Sectio lateralis* царила и казалось, по крайней мѣрѣ у насъ, что вопросъ о леченіи каменной болѣзни былъ рѣшенъ вполне.

Въ самомъ дѣлѣ, въ 1833 г. мы встрѣчаемъ интересную замѣтку медико-хирурга *Малышева* ¹⁾ относительно предложенія *Civiale*'я. Авторъ указываетъ, что считать этотъ новый методъ лучше практикуемаго боковаго сѣченія „извѣстно у насъ въ каменной болѣзни производится большею частью боковое сѣченіе“ — нельзя, такъ какъ тамъ изъ 8 операцій получено только 3 выздоровленія, а онъ изъ 46 оперированныхъ потерялъ только 2-хъ. На это *Грумъ*, какъ мы видѣли тоже хирургъ, очевидно не раздѣляя мнѣнія *Малышева*, отвѣчаетъ ему заключительными словами коммисіи, дѣлавшей опыты съ камнедробленіемъ въ госпиталѣ Неккеръ: „Методъ *Civiale*я, уничтожить безъ сѣченія камни въ пузырь, равномерно приносить и славу французской хирургіи и честь изобрѣтателю и утѣшеніе человѣчеству“. Заканчиваетъ *Грумъ* свой отвѣтъ *Малышеву* такъ: „у насъ сей способъ врачеванія не можетъ еще быть введенъ въ общее употребленіе. Были и въ Петер-

бургѣ попытки, но онѣ скоро прекратились; почему? изслѣдовать это не наше дѣло“.

Въ 1836 г. проф. *Иноземцевъ* ⁸⁾ печатаетъ свою лекцію о камнесѣченіи, читанную имъ въ Академіи Наукъ, и довольно подробно останавливается на эпицистотоміи. Приводя исторію операціи, говоритъ, что она была сперва оставлена, затѣмъ „поправленная“ трудами *Frère Côme* и *Scarpa*, въ настоящее время употребляется съ величайшимъ успѣхомъ во Франціи, гдѣ *Souberbielle* „есть одинъ изъ счастливѣйшихъ операторовъ, производящихъ *sectionem altam*. Поправка, сдѣланная имъ, состоитъ въ проведеніи въ мочевоѣ каналъ сифона, съ тѣмъ чтобы непрерывно удалять мочу, накапливающуюся въ мочевоѣ пузырь“.

Имъ же даются показанія и противупоказанія къ операціи. „Высокій аппаратъ исключительно назначается при присутствіи въ мочевоѣ пузырь вѣсьма большихъ камней, а также во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ различныя болѣзни *perinei* или окружающихъ частей уничтожаютъ доступъ къ мочевоѣму пузырю черезъ *perineum*. Противупоказывается же этотъ способъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ органическое разстройство мочеваго пузыря достигло высшей степени и гдѣ можно предвидѣть, что хотя камень и удалится черезъ эту операцію, однакожъ исходъ ея будетъ гибельнымъ для больного“.

Далѣе авторъ говоритъ о производствѣ операціи, о стрѣловидномъ зондѣ, наливаніи пузыря и послѣдовательномъ леченіи, которое состояло въ примѣненіи катетра *à demeure, linteum pro cetaseo* „омащенного масломъ“ и введеннаго въ рану; къ катетру *à demeure* можно прибавить сифонъ *Souberbielle*’я для высасыванія мочи.

Въ 1837 г. проф. *Соломонъ* ⁹⁾ въ своей работѣ объ операціяхъ при каменной болѣзни, говоритъ о камнесѣченіи и камнедробленіи. „Нынѣ наичаще употребляются: 1) *Lithotomia s. Cystotomia lateralis, methodus Iacobeae*; тамъ же гдѣ камни имѣютъ значительную величину, иногда предпочитается: 2) *Cystotomia hypogastrica*, или по нѣкоторымъ, 3) *Cystotomia rectovesicalis*. Къ симъ методамъ *Dupuytren* присоединилъ—4) *Cystotomiam transversalem s. bilateralem*, о чемъ ниже упомянемъ“.

Что касается анатоміи частей, разрѣзываемыхъ при эпицистотоміи, то проф. находитъ строеніе ихъ довольно простымъ: „вскрывается передняя стѣнка пузыря, не покрытая брюшиною, которая составляетъ складку и отъ передней стѣнки мочеваго пузыря удаляется помощью перстовъ“. Авторъ подробно говоритъ о наливаніи пузыря, стрѣловидномъ зондѣ,

последовательномъ леченіи. Оно состояло въ примѣненіи эластическаго катетра, перемѣняемаго каждые 48 ч., во избѣжаніе затековъ мочи; съ этою же цѣлью оперированному слѣдуетъ давать полусидячее положеніе въ кровати, такъ чтобы шейка пузыря занимало самое низкое мѣсто. Въ нижнюю часть брюшной раны вставлялся банделетъ до самой раны пузыря; наружная рана стягивалась сверху липкимъ пластыремъ, покрывалась корпіею, компрессами и теобразною повязкою. Согласно *Amussat*, можно вводить въ пузырь эластическую трубку и надъ ней стянуть наружную рану.

Показаніе къ операціи—строго опредѣленное: она назначается при весьма большихъ камняхъ, которые не могутъ быть извлечены черезъ боковое камнесѣченіе. Профессоръ заканчиваетъ разборъ энцистотоміи такъ: „при операціи прокладывается прямая дорога въ полость пузыря и извлеченіе большихъ камней весьма удобно; при ней не ранятся никакіе значительные сосуды. Невыгоды состоятъ въ возможности раненія брюшины, особенно когда пузырь сжатъ, и въ благопріятныхъ условіяхъ для мочевыхъ затековъ“.

Въ томъ же году медико-хирургъ *Малаховъ*¹⁰⁾ въ краткой запискѣ о числѣ калькулезныхъ въ Москов. Маріинской больницѣ за 30 л., говоритъ, что за послѣдніе 7 л. (1829—1837) въ больницѣ сдѣлано 411 операцій боковаго сѣченія, такъ какъ въ больницѣ „этомъ богоугодномъ заведеніи, пользующимся многолѣтнею общею довѣренностью гражданъ и поселянъ, камнеизвлеченіе, названное литотоміею, производится болѣе 30 лѣтъ заслуженнымъ профессоромъ и академикомъ *Гильтебрандтомъ*. Этотъ способъ, основанный на извѣстномъ способѣ *Равія*, оправдывается и въ настоящее время самымъ блистательнымъ успѣхомъ“.

Черезъ 4 года появляется диссертация *Басова*¹¹⁾. Въ предисловіи къ своему труду авторъ прямо указываетъ, что господствующій методъ камнесѣченія—боковой: „*methodus Jacobeae perinealium unica est, quae spatio plus quam triginta annorum in Nosocomiis Mosquensibus, optimo cum successu, usu invaluit*“. Въ 5-й главѣ (*de lithotomia*), перечисляя различные методы камнесѣченія и дѣленіе этихъ методовъ на классы, только вскользь упоминаетъ о высокомъ камнесѣченіи, причемъ, платя дань вѣку, жестоко отзывается объ операціи: „*quare jam dudum ab omnibus refutata est, neque aetate nostra ordini methodarum adnumeranda est*“. Въ концѣ диссертации изъ таблицъ боковыхъ литотомій (*methodus Jacobeae—ope lithotomi obulti peractae*) видно, что въ различныхъ лечебныхъ

заведеніяхъ Москвы съ 1807 по 1841 годъ сдѣлано 2893 операціи, причемъ умерло 270, т. е. $\frac{1}{10}$ смертности около 10. Подробностей объ этихъ операціяхъ нѣтъ; приходится пожалѣть, что авторомъ представлены лишь однѣ голыя цифры. Какой громадный научный интересъ и значеніе представилъ бы этотъ матеріалъ, пройдя черезъ безпристрастную оцѣнку талантливаго хирурга.

Заканчиваетъ авторъ свой трудъ положеніями, между которыми до насъ отчасти касается 19-е, гдѣ онъ категорически высказывается въ пользу боковаго камнесѣченія: *Lithotomiae methodum Jacobeum generalem, aliis excerptitis habemus.*

Далѣе просматривая списокъ операцій, произведенныхъ проф. *Каравачевымъ* ¹²⁾ въ 1842, 43 гг., мы видимъ, что онъ примѣнялъ исключительно боковую литотомію; за то же время имъ сдѣлано только одно камнедробленіе.

Въ 1852 г. проф. *Буяльскій* ¹³⁾ на стр. 10 своего атласа излагаетъ способъ производства *sectionis altae* и говоритъ о послѣдовательномъ уходѣ за оперированнымъ; о показаніяхъ къ операціи не упоминаетъ.

Изъ этого краткаго очерка русской литературы по вопросу о камнесѣченіи мы видимъ, что въ то время *sectionis altae* былъ отведенъ весьма ограниченный кругъ примѣненія; строго выработанныя показанія къ операціи допускали ее выполнять только при большихъ камняхъ, гдѣ нельзя было рассчитывать на удачное окончаніе боковой литотоміи, или же при другихъ какихъ либо исключительныхъ условіяхъ. Напротивъ того, боковое камнесѣченіе было господствующимъ методомъ и только какъ исключеніе дѣлалась литотритія. Въ этомъ мы окончательно убѣждаемся если разсмотримъ весьма немногія мелкія замѣтки и казуистическія сообщенія по вопросу о камнесѣченіи, которыя разбросаны въ медицинскихъ изданіяхъ того времени. Всѣ они подтверждаютъ только что сказанное; печатныхъ сообщеній о случаяхъ *sectionis altae* мы не встрѣчаемъ; однако нѣтъ никакого сомнѣнія, что эта операція, хотя и чрезвычайно рѣдко, все же практиковалась.

По всему видно, что русскіе хирурги вполне остановились на выборѣ оперативнаго метода камнесѣченія и были довольны получаемыми результатами. Прошло много времени, пока стали появляться въ печати заявленія отдѣльныхъ врачей, осмѣлившихся подвергнуть критикѣ излюбленный методъ операціи и заговорить о недостаткахъ его. Первыми, положившими починъ въ этомъ дѣлѣ, должны считаться *Медведевъ* ¹⁴⁾ и *Дуброво* ¹⁵⁾.

Въ интересной работѣ *Медендевъ* сообщаетъ о 44-хъ случ. каменной болѣзни, которые ему удалось наблюдать въ клиникѣ Московскаго Университета. То были: 10 литотрипсій, 3 срединныхъ, 28 боковыхъ камнесѣченій, 2 по способу *Nélaton'a* (*sectio praerectalis*) и 1 *sectio alta*. При литотрипсѣи полученъ 1 смертельный исходъ отъ страданія почекъ; величина камня обусловила трудность дробленія. Дробленіе сопряжено было съ травматизмомъ пузыря и послѣдовательнымъ гнойнымъ нефритомъ. На 3 случ. срединной литотоміи—одна смерть: 63-хъ л. старикъ, гипертрофія простаты, пять камней въ пузырь; послѣ операціи сильное кровотеченіе изъ раны. Вскрытіе показало: почки здоровы; въ верхушкѣ простаты флегмонозное воспаленіе, перешедшее въ нагноеніе и гангрену; въ основаніи простаты кровянисто-гнойный инфильтратъ; гангрена близъ лоннаго соединенія; дифтеритъ стѣнокъ пузыря; смерть отъ септицеміи. *)

На 28 боковыхъ литотомій—3 смерти. Въ одномъ случаѣ смерть отъ перитонита; изъ раны послѣ литотоміи можно было пальцемъ проникнуть въ подбрюшинную клѣтчатку. Смертельный исходъ другой операціи зависѣлъ отъ перитонита и цистита. При вскрытіи найдено: гнойный экссудатъ вокругъ мочевого пузыря, дифтеритъ слизистой оболочки пузыря. На днѣ мочевого пузыря, близъ отверстія праваго мочеточника, найдено прободеніе, сообщающее полость мочевого пузыря съ брюшинной клѣтчаткой; наружная рана покрыта гангреной и дифтеритомъ. Въ третьемъ случаѣ при вскрытіи найдено: въ брюшной полости значительное скопленіе гноя, съ клочками омертвѣлой клѣтчатки; такое же скопище гноя позади брюшины доходитъ почти до почекъ; большіе стволы сосудовъ обнажены отъ клѣтчатки; въ стѣнкахъ мочевого пузыря тоже гнойныя скопища; кромѣ того въ пузырьѣ около восьми штукъ небольшихъ осколковъ.

Между выздоровѣвшими отмѣчены: 1 *fistula recto-vesicalis*, 2 случ. недержанія мочи, 1 случ. *impotentiae*; однажды наблюдалось сильное кровотеченіе. — Въ общемъ, говоритъ авторъ, всѣ случаи, окончившіеся летально, зависѣли отъ травматизма мочевого пузыря, простаты, разрыва ея **).

*) При описаніи этого случая поражаешься и невольно задаешь себѣ вопросъ: какія причины побудили хирурга примѣнить здѣсь срединное сѣченіе? Трудно подыскать случай, въ которомъ было бы такъ хорошо соединено все то, что противопоказуетъ эту операцію. Огромное поврежденіе простаты—результатъ неправильнаго выбора метода.

**) Просматривая, довольно рѣдко попадающіеся въ нашей лите-

Разбирая вопросъ о примѣненіи боковой литотоміи и ея видоизмѣненій при большихъ камняхъ, онъ указываетъ, что статистика высокаго сѣченія при такихъ камняхъ — лучше перинеальной.

Оперируя, можно избѣжать раненія брюшины; однако, согласно съ *Thompson*'омъ, особая раздражительность пузыря является противупоказаніемъ для высокой литотоміи. Что касается до мочевоѣ инфильтраціи, то опытъ учить насъ относиться къ этому осложненію осторожно, такъ какъ боязнь мочевоѣхъ затековъ въ подбрюшинную клѣтчатку при высокомъ сѣченіи не имѣетъ достаточныхъ основаній. Въ случаяхъ же ушибленной и разорванной простаты (особенно у стариковъ) при венозномъ кровотеченіи изъ значительно развитаго простатическаго сплетенія — что не рѣдко при боковой литотоміи и не можетъ быть избѣгнуто никакой изъ ея варіацій — шансовъ на мочевою инфильтрацію больше при боковомъ разрѣзѣ, чѣмъ при высокомъ.

На основаніи своихъ наблюденій и статистическихъ данныхъ другихъ хирурговъ, авторъ убѣжденъ, что *sectio alta*, дѣлаемая при камняхъ въ 4 сант. въ діаметрѣ, дастъ лучшій результатъ, чѣмъ перинеальная; въ настоящее же время хирурги дѣлаютъ *sect. altam* только при величинѣ камня въ $5\frac{1}{2}$ сант.

ратурѣ, протоколы вскрытія умершихъ послѣ операций камнесѣченія, невольно останавливаешься на нихъ и задумываешься надъ вопросомъ: почему такъ долго боковая литотомія была внѣ всякой критики? Гдѣ тѣ преимущества боковаго сѣченія передъ всѣми остальными способами, на которыя ссылаются защитники этой операции. Вотъ напр. выдержки изъ отчета объ изслѣдованіи умершихъ въ госпитальн. клиникѣ Импер. Москов. Университ. проф. *Полукина*: „Семь человекъ (4, 4, 5, 12, 20, 20 и 29 л.), всѣ мужскаго пола, умерли отъ каменной болѣзни мочевоѣхъ путей. Изъ нихъ 4 отжили вскорѣ послѣ операций, произведенныхъ по способу брата *Якова*“. У 2-хъ (4-хъ лѣтн. мальчики) найдены явленія малокровія (кожа блѣдная, какъ бы восковая, полупро-свѣчивающая, равно малокровіе и другихъ органовъ) и у одного при томъ кровяные подтеки въ клѣтчатку между пузыремъ и прямою кишкою. Главная причина кровотеч. была повидимому въ раненіи веннаго сплетенія вокругъ *prostata*. Третій больной умеръ вслѣдствіе затековъ мочи въ клѣтчатку между мочевоѣмъ пузыремъ и прямою кишкою и развившагося отъ того воспаленія брюшины. Четвертый умеръ отъ страданія почекъ, тоже и пятый, но этотъ вскорѣ послѣ операции имѣлъ свищъ на промежности, на мѣстѣ разрѣза. Шестой и седьмой не были оперированы, были *in extremis*, страданіе почекъ.

Москов. Врачебн. Журналъ 1851 г. стр. 39—52. Весьма интересны и поучительны протоколы вскрытій въ работахъ д-ра *Розенталя* и проф. *Богдановскаго*.

Въ заключеніе статьи авторъ высказывается, согласно съ *Thompson*'омъ, что самая главная задача при леченіи калькулезныхъ—открыть камень какъ можно раньше, и такъ какъ величина камня имѣетъ огромное значеніе въ выборѣ операціи и ея исходѣ, то при рѣшеніи дѣлать операцію, самое главное—опредѣлить величину камня.

Если мы видимъ, что докторъ *Медведевъ* стоялъ за расширение показаній къ примѣненію высокаго камнесѣченія, то въ лицѣ д-ра *Дуброво* мы встрѣчаемъ еще болѣе горячаго защитника *sectionis altae*.

Сообщая о 5 камнесѣченіяхъ, произведенныхъ лѣтомъ 1874 года въ Московской губ., Дмитровскомъ уѣздѣ, онъ передаетъ интересныя и поучительныя исторіи болѣзни, оперированныхъ боковымъ разрѣзомъ.

Операція выполнена 4 раза на дѣтяхъ ($7\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$, 5, $12\frac{1}{2}$ л.) и 1 разъ на 32-хъ л. мужчинѣ. Первая операція прошла вполне хорошо; во второмъ случ. получилась фистула на промежности, по поводу которой авторъ говоритъ слѣдующее: „можетъ быть я и ошибаюсь, но, мнѣ кажется, нужно удивляться, что такой исходъ послѣ операціи черезъ промежность получается во всякомъ случаѣ рѣдко. Вѣдь условія раны въ этой мѣстности аналогичны травматическимъ свищамъ, напр. пузырно-влагалищнымъ или мочевымъ; а всякому извѣстно, какъ ничтожна склонность послѣднихъ къ произвольному заживленію“.

Третій оперированный погибъ отъ піэміи, развившейся вслѣдъ за послѣдовательнымъ кровотеченіемъ изъ веннаго сплетенія простаты. Исторія болѣзни этого оперированнаго—крайне интересна.

Рѣшившись, уступая просьбамъ больного, на оперативное вмѣшательство, онъ колебался „не безъ нѣкотораго тяжелаго чувства“—какой способъ камнесѣченія примѣнить въ данномъ случаѣ, не служитъ ли гипертрофія простаты больного противупоказаніемъ къ *section. lateral*. Не имѣя въ этомъ отношеніи личнаго опыта и не найдя предостереженія въ классическихъ трудахъ *Thompson*'а и *Pith*'ы, хирургъ рѣшился оперировать по хорошо ему знакомому методу. Больному было сдѣлано боковое камнесѣченіе; вскорѣ послѣдовательное кровотеченіе, а затѣмъ быстрая смерть при явленіяхъ піэміи. Это наблюденіе даетъ право высказаться *Дуброво* въ томъ смыслѣ, что гипертрофія простаты служитъ показаніемъ къ примѣненію высокаго сѣченія. Существовавшая у больного гипертрофія простаты обуславливалась главнымъ образомъ

варикознымъ состояніемъ *plexus venosi prostatici*, а такое состояние, конечно, должно быть считаемо своего рода „*poli me tangere*“; въ противномъ случаѣ всѣ шансы на развитіе піэміи. Здѣсь всѣ условія благоприятствуютъ развитію этого процесса: образовавшіеся при тампонадѣ сгустки въ просвѣтѣ венъ, находясь постоянно подѣ вліяніемъ выделяющейся мочи и отдѣленія изъ раны „по необходимости подвергаются размягченію, отсюда вторичное кровотеченіе, появляющееся почти и одновременно съ наступленіемъ первыхъ признаковъ піэміи, т. е. съ развитіемъ метастазовъ“.

Въ четвертомъ случаѣ наблюдалось значительное послѣдовательное артеріальное кровотеченіе, потребовавшее энергическихъ мѣръ и давшее поводъ даже къ мысли о переливаніи крови. Почему это кровотеченіе появляется въ однихъ случаяхъ и не наблюдается въ другихъ? спрашиваетъ авторъ. На это трудно отвѣтить, но о немъ должно всегда помнить.

Пятый случай прошелъ безъ осложнений.

Дѣлая выводъ, Дуброво говоритъ: 1) Боковое камнестѣченіе, не смотря на его общеупотребительность, не составляетъ операціи, которою можно было бы удовлетвориться. 2) Если можно сохранить боковое камнестѣченіе для дѣтскаго возраста, лѣтъ до 16, то для случаевъ болѣе зрѣлаго возраста было бы весьма желательно замѣнить эту операцію другимъ способомъ. 3) Тамъ, гдѣ почему либо не можетъ быть примѣнена литотрипсія, всею скорѣе могла бы быть примѣняема *lithotomia alta*.

Доказываетъ авторъ свои выводы такъ. Боковая литотомія даетъ хорошіе результаты только въ дѣтскомъ и раннемъ юношескомъ возрастахъ, дальше $\%$ смертности великъ и результатами *sectionis lateralis* въ зрѣломъ возрастѣ „могутъ быть довольны лишь крайніе оптимисты“. Это подтверждается статистикой Thompson'a *) а потому и выборъ другаго оперативнаго метода необходимъ. Выборъ можетъ быть сдѣ-

*) Въ доказательство Дуброво приводитъ таблицу извѣстной работы Thompson'a.

Отъ	1	до	5 лѣтъ	на	437	случ.	умерло	33, т. е.	$1:14\frac{1}{3}$
„	6	„	11	„	377	„	16	„	$1:23\frac{1}{2}$
„	12	„	16	„	178	„	19	„	$1:9\frac{1}{2}$
„	17	„	20	„	76	„	11	„	$1:7$
„	21	„	29	„	86	„	11	„	$1:8$
„	30	„	38	„	75	„	7	„	$1:10$
„	39	„	48	„	100	„	17	„	$1:6$
„	49	„	58	„	191	„	40	„	$1:4\frac{3}{4}$
„	59	„	70	„	233	„	63	„	$1:3\frac{3}{7}$
„	71	„	81	„	38	„	12	„	$1:3\frac{1}{6}$

ланъ лишь между литотрипсіей, такъ какъ перинеальная литотрипсія (*Dolbeau*) врядъ ли будетъ въ состояніи измѣнить результаты бокового камнесѣченія. „Дѣло не въ величинѣ раненія, а въ его качествахъ“ (курсивъ нашъ) lithotomia recto-vesicalis не можетъ имѣть примѣненія, вслѣдствіе оставляемыхъ ею послѣ себя свищей. Такъ какъ литотрипсія большаго распространенія у насъ не имѣетъ, чему, говоритъ авторъ, мѣшаютъ главнымъ образомъ недостаточное знакомство съ ея техникой и рутинна, то слѣдуетъ остановиться на *sectio alta*. Обыкновенно примѣняютъ эту операцію только при в. большихъ камняхъ или другихъ какихъ либо условіяхъ, неблагопріятныхъ со стороны мочевыхъ путей или возраста. Показанія къ операціи должны быть шире. Если по статистикѣ д-ра *M. Humphry* (102 случ. высокаго сѣченія) % смертности = 30,4 (1:3¹/₅), то эта цифра стоитъ довольно близко къ результатамъ боковой литотоміи въ возрастѣ за 50 л.; если же мы вспомнимъ, что всѣ собранные случаи *sectionis altae* производились у больныхъ за 50 л. и съ большими камнями, то даже и эта статистика можетъ лишь говорить въ пользу высокаго сѣченія.

Совсѣмъ другой % смертности получится, когда операція будетъ производиться при условіяхъ благопріятныхъ; случаи эпицистотоміи, предпринятой у дѣтей, при небольшихъ камняхъ, окончились благополучно.

Заканчивая свое интересное сообщеніе, *Дуброво* того мнѣнія, что „идея *Bruns'a* накладывать на рану пузыря швы, въ особенности если для послѣднихъ войдетъ въ употребленіе кишечная струна, по всей вѣроятности найдетъ себѣ успѣшное примѣненіе. Во всякомъ случаѣ мнѣ кажется, что разработка этого вопроса имѣетъ большую практическую важность и я надѣюсь, что со временемъ мнѣ удастся затронуть этотъ предметъ передъ вами, опираясь на фактическія данныя“.

Дѣйствительно, надежды *Дуброво* вполне оправдались. Черезъ два года мы уже узнаемъ о его 2-хъ счастливо окончившихся случаяхъ высокаго сѣченія. Какъ мы увидимъ ниже, *Дуброво* долженъ считаться у насъ первымъ, применившимъ шовъ пузыря при эпицистотоміи; вѣрный только что высказанному имъ взгляду на кѣгутъ, какъ наиболѣе удобный матеріалъ для пузыряго шва, *Дуброво* въ обѣихъ операціяхъ шилъ струнной нитью и въ одномъ случаѣ получилъ первое натяженіе.

Затронутый имъ вопросъ въ весьма непродолжительномъ времени былъ экспериментально разработанъ д-ръ *Максимовымъ* ¹⁶⁾ въ его диссертациі, вышедшей изъ патолого-хирургическаго кабинета проф. *Н. В. Склифосовскаго*.

Интересная работа *Максимова*, изслѣдовавшая вопросъ первостепенной важности, оценена по достоинству всюду; достаточно сказать, что у многихъ иностранныхъ авторовъ, писавшихъ о высокомъ камнесѣченіи, мы не рѣдко встрѣчаемъ выраженіе: „*шить по Максиму*“. Къ этой работѣ мы вернемся нѣсколько ниже и рассмотримъ ее подробно. Теперь же считаемъ уместнымъ сказать, что задавшись цѣлью выяснить: а) оказываетъ ли вліяніе шовъ на заживленіе раны мочевого пузыря первымъ натяженіемъ послѣ эпицистотоміи, и б) можно ли ожидать хорошихъ результатовъ отъ примѣненія въ этомъ случаѣ струнныхъ нитей, употребляемыхъ съ успѣхомъ съ тою же цѣлью въ другихъ областяхъ? — *Максимовъ* предпринялъ цѣлый рядъ опытовъ на собакахъ, которые и рѣшили оба вопроса въ утвердительномъ смыслѣ.

Вслѣдъ за послѣдней работой въ 1877 году, мы имѣемъ критическую статью д-ра *Крулевскаго* ¹⁷⁾ „*Эпицистотомія. Современное значеніе ея въ теоріи и практикѣ*“. Авторъ является горячимъ противникомъ высокаго сѣченія и такимъ же, если не больше, горячимъ защитникомъ боковой литотоміи. Въ виду интереса, представляемаго въ этомъ отношеніи сказанной работой, при томъ единственной полной по вопросу о высокомъ сѣченіи въ нашей литературѣ, мы должны цитировать ее по возможности подробно.

Первыя страницы труда посвящены сужденію о надлобковой операціи: *Pith'ы*, *Podrazk'аго*, *Mercier*, *Dulles*, а также *Дуброво* и *Максимова*, съ похвалой отзывающихся объ операціи. Д-ръ *Крулевскій* приводитъ статистическія данныя относительно примѣненія *sectionis altae*, какъ за границей, такъ и у насъ, и указываетъ, что за періодъ времени съ 1866 по 1875 годъ операція практиковалась всего 28 разъ, такъ что, не смотря на похвальный отзывъ, она примѣнялась весьма рѣдко; что же касается до исходовъ послѣ операціи, то полученный % смертности (28,6) абсолютно неблагоприятенъ, и „практическій результатъ эпицистотоміи вовсе не соотвѣтствуетъ теоретическимъ сужденіямъ современныхъ авторовъ объ ея преимуществахъ“.

Переходя къ анатомическимъ условіямъ эпицистотоміи и останавливаясь нѣсколько подробнѣе на вопросѣ о поднятіи брюшинной складки при наполненіи пузыря, авторъ указываетъ, что въ этомъ отношеніи не существуетъ опредѣленнаго отвѣта. *Sappey* нашелъ (18 изслѣдованій), что при появленіи опухоли надъ лономъ при наполненіи пузыря складка брюшины приподнимается только на 15, 20 мил., тогда какъ ска-

занная опухоль, а слѣдовательно и тупой перкуторный тонъ поднимались на 8,9 сант. надъ соединеніемъ лонныхъ костей. *Mercier* и *Sabatier* нашли это разстояніе равнымъ 5 сант.; послѣдній изслѣдователь считаетъ такое значительное отхожденіе складки брюшины вверхъ явленіемъ исключительнымъ, ненормальнымъ. *Henle* ¹⁸⁾ говоритъ: „При необыкновенномъ растяженіи пузыря, когда верхушка этого послѣдняго лежитъ противъ пупка, складка брюшины можетъ подняться на 7 сант. надъ верхнимъ краемъ соединенія лонныхъ костей (*Денеффъ* и *фонъ-Феттеръ*). Однако-же, какъ это показываетъ большое число пироговскихъ разрѣзовъ, и при значительно растянутомъ пузырьѣ брюшина иногда глубоко оттѣсняется книзу петлями кишекъ, которыя вѣдряются между брюшною стѣнкой и пузыремъ“.

Проф. *Таренуцкій* ¹⁹⁾ въ своемъ описаніи подчревной области указываетъ: „что мѣсто перехода брюшины на передне-верхнюю поверхность мочевого пузыря можетъ подняться на задней поверхности передней стѣнки живота, на $3\frac{1}{2}$ сант. выше symphysis os pubis. Выше обыкновенно упомянутое мѣсто не поднимается, потому что апоневротическія волокна, идущія, начиная отъ symphysis, изъ бѣлой линіи въ брюшину, препятствуютъ дальнѣйшему растяженію подбрюшинной клѣтчатки. Если мочевой пузырь расширяется дальше, то поднимается исключительно верхушка и дно, а передняя стѣнка пузыря не только свободная отъ peritoneum, но и покрытая имъ, прижимается къ бѣлой линіи и къ peritoneum parietale, соединенной съ linea alba нерастяжимо“.

Проф. *Таренуцкій*, согласно съ *Belmas*, того мнѣнія, что въ положеніи складки брюшины встрѣчается такъ много аномалій—при наполненіи пузыря, растяженіи его и появленіи опухоли надъ лономъ,—что вывести какое либо среднее не возможно. Отсюда видно, какъ разнорѣчивы показанія изслѣдователей, работавшихъ надъ выясненіемъ вопроса о величинѣ поднятія брюшинной складки при наливаніи пузыря, практическое значеніе котораго при выполненіи высокаго камнесѣченія—всѣмъ хорошо извѣстно.

Переходя къ разбору техническихъ условій эпицистотоміи, д-ръ *Крулевскій* старается доказать трудность выполненія операціи.

Начинается эта глава цитатой изъ *Günther*'а ²⁰⁾: „успѣшное выполненіе высокаго камнесѣченія большею частью зависитъ отъ возможности растянуть надлежащимъ образомъ пузырь, а легкость извлеченія камня, по крайней мѣрѣ отчасти

зависитъ отъ возможности удержать мочевой пузырь въ растянутомъ состояніи во все время операціи“ (стр. 305). Начертавъ себѣ этими словами *Günther*'а планъ для доказательства трудности выполненія операціи, авторъ останавливается на вопросѣ о наливаніи пузыря и на производствѣ разрѣза передней стѣнки пузыря.

Въ силу различія въ анатомическомъ положеніи пузыря у дѣтей и взрослыхъ, наливаніе пузыря первыхъ не представляетъ такой необходимости, какая является у взрослыхъ; доказательствомъ сказаннаго могутъ служить счастливо окончившіяся операціи, выполненныя на дѣтяхъ безъ предварительнаго наливанія пузыря. Если у дѣтей этотъ предварительный актъ эпицистотоміи не составляетъ неперемѣннаго условія и гарантіи для удачнаго выполненія операціи, то у взрослыхъ онъ необходимъ; безъ него могутъ встрѣтиться весьма серьезныя затрудненія.

Возможно ли, однако, всегда рассчитывать на успѣшное расширеніе пузыря у калькулезныхъ? Исходя изъ того положенія, что растяжимость мочевого пузыря всецѣло зависитъ отъ его объема, а этотъ послѣдній весьма различенъ и варьируетъ отъ пола, возраста, состоянія здоровья и привычки мочиться, д-ръ *Крулевскій* указываетъ, что у калькулезныхъ больныхъ часто встрѣчается пузырь сжатый съ утолщенными стѣнками, который препятствуетъ расширенію пузыря; *такихъ случаевъ въ исторіи эпицистотоміи—10; 5 изъ нихъ окончились выздоровленіемъ, 4 смертью, исходъ послѣдняго неизвѣстенъ* (стр. 52; курсивъ нашъ).

Если мы къ только что сказанному прибавимъ еще тѣ трудности, которыя сопряжены съ растяженіемъ пузыря, чего мы достигаемъ или впрыскиваніемъ въ пузырь жидкости черезъ уретру „или же заставляя больныхъ удерживаться отъ мочеиспусканія, предписывая имъ обильное питье; искусственное *retentio urinae*“ (стр. 53; курсивъ нашъ), то надѣяться на растяженіе пузыря, а слѣдовательно и на поднятіе брюшинной складки, намъ нечего, такъ какъ „за рѣдкимъ исключеніемъ и тотъ и другой способы оказываются или чрезвычайно болѣзненными, или даже вовсе непримѣнными на практикѣ“ (стр. 53). Болѣзненность эта зависитъ отъ той степени пораженія пузыря, которая встрѣчается у калькулезныхъ наичаще. Случаи концентрической гипертрофіи, а также анатомическія условія мочевыхъ путей у женщинъ, гдѣ длина и ширина уретры весьма затрудняютъ удерживаніе въ пузырьѣ впрыснутой жидкости, къ тому же большія количества впрыснутой

жидкости, по мнѣнію автора, основанному на словахъ *Linhardt'a* ²¹⁾ (стр. 930), не менѣе 4—5 фунтовъ жидкости, дѣлають очевиднымъ „съ какими большими техническими препятствіями сопряжено выполненіе этого перваго и весьма важнаго условія эпицистотоміи“.

Переходя къ доказательству трудности разрѣза стѣнки пузыря, авторъ подробно разбираетъ два условія, при которыхъ приходится вскрывать пузырь: при пузырьѣ растянutomъ и при пузырьѣ спавшемся.

При первомъ условіи, которое, конечно, благопріятнѣе втораго, все же разрѣзъ пузыря представляется дѣломъ, далеко не легкимъ. Трудность эта заключается въ томъ, чтобы произвести разрѣзъ пузыря, безъ раненія брюшины. Если на трупѣ не трудно отличить складку брюшины отъ стѣнки пузыря, то на живомъ, при узкости и глубинѣ раны, покрытой кровью, при постоянно сокращающемся брюшномъ прессѣ, различить точно брюшину крайне трудно. Это сознается всѣми, почему и предложено нѣсколько способовъ для болѣе легкаго и вѣрнаго опредѣленія положенія брюшины, но всѣ они (перкуссія пузыря въ глубинѣ раны, введеніе одного пальца въ rectum и приподнятіе камня къ передней стѣнкѣ пузыря) ненадежны; такъ что при разрѣзѣ передней стѣнки пузыря остается довольствоваться однѣми предположеніями.

Въ доказательство только что сказаннаго, д-ръ *Крулевскій* приводитъ случай *Schmidt'a*, рассказанный *Günther'омъ*, гдѣ брюшина была принята за переднюю стѣнку пузыря; черезъ сдѣланный разрѣзъ случилось выпаденіе кишокъ и на другой день смерть (l. c., стр. 341).

Кромѣ только что указанныхъ способовъ, предложенныхъ для удобнаго и вѣрнаго разрѣза пузыря, слѣдуетъ упомянуть и о другихъ. Стрѣловидный зондъ, изобрѣтенный специально ради этой цѣли, оставленъ всѣми, какъ инструментъ опасный; извѣстенъ одинъ случай (*Civiale*), гдѣ стрѣловидный зондъ прокололъ пузырь такъ, что вышелъ наружу черезъ брюшную стѣнку около пупка. Разрѣзъ пузыря по катетру не можетъ предохранить насъ отъ раненія брюшины, такъ какъ вмѣстѣ съ пузыремъ катетръ приподымаетъ и peritoneum. Кромѣ того, способъ этотъ неудобенъ еще и тѣмъ, что вслѣдъ за вскрытіемъ пузыря, обыкновенно высовывается въ рану клювъ катетра, пузырь быстро спадается и расширение разрѣза затрудняется. Предложеніе *Dzondi*, *Sege*r, *Linhardt'a* отдѣлять, во избѣжаніе раненія брюшины, переднюю поверхность пузыря отъ symphysis os. pubis и вскрывать только эту

часть, не можетъ быть примѣнимо, такъ какъ оно сопряжено съ ушибомъ и разрывомъ околопузырной клѣтчатки,—условія наиболѣе благоприятныя для развитія всевозможныхъ серьезныхъ осложнений. Фиксированіе пузыря острымъ крючкомъ или зубчатымъ пинцетомъ—опасно, такъ какъ, или при захватываніи пузыря, или же въ моментъ спаденія пузыря, возможно раненіе брюшины.

Итакъ, изъ всего сказаннаго ясно, что второй актъ эпидистотоміи въ техническомъ отношеніи представляется весьма труднымъ; всѣ способы, предложенные съ цѣлью опредѣлить положеніе брюшинной складки, а также съ цѣлью защитить брюшину отъ пораненія—оставлены, какъ ненадежныя.

Современный, наичаще практикуемый методъ разрѣза пузыря по *Günther*'у, примѣняется слѣдующимъ образомъ: ножъ вкалывается съ силою въ пузырь, тотчасъ же разрѣзъ удлиняется внизъ настолько, чтобы указательный палецъ легко могъ быть введенъ въ пузырь; когда это сдѣлано, палецъ крючкообразно сгибается и такимъ образомъ фиксируетъ пузырь, разрѣзъ удлиняется и приступаютъ къ извлеченію камня. „Очевидно, говоритъ д-ръ *Крулевскій*, что подобный маневръ требуетъ большой сноровки и во многихъ случаяхъ совершенно не удается. Въ такихъ случаяхъ можно долго блуждать пальцемъ въ клѣтчаткѣ позади соединенія лонныхъ костей прежде, чѣмъ удастся отыскать рану пузыря“ (стр. 60).

При второмъ условіи, т. е. нерастянутомъ пузырьѣ, вскрытіе стѣнки пузыря, конечно, во много разъ труднѣе и возможность раненія брюшины больше.

Вообще раненіе брюшины при операціи должно считаться осложненіемъ весьма опаснымъ. Оно можетъ случиться и до и послѣ разрѣза пузыря; въ этомъ послѣднемъ случаѣ опасность увеличивается еще тѣмъ, что моча изливается въ полость брюшины. Раненіе брюшины случалось у самыхъ опытныхъ хирурговъ и обыкновенно кончалось печально.

Покончивъ съ этимъ вопросомъ, авторъ критически относится къ тому мнѣнію большинства авторовъ, по которымъ извлеченіе камня при высокомъ камнесѣченіи производится крайне легко: „стоитъ только ввести въ пузырь пальцы, захватить ими камень и извлечь его“.

Обыкновенно же это далеко не такъ. Если въ дѣтскомъ возрастѣ, въ силу анатомическихъ условій положенія пузыря и его ширины, извлеченіе камня дѣло нетрудное, то у взрослыхъ этотъ актъ операціи затруднителенъ. Положеніе камня на днѣ пузыря, глубина раны, обуславливаютъ весьма затруд-

нительное извлеченіе его изъ пузыря пальцами; случаи разрыва брюшины въ моментъ извлеченія камня извѣстны въ литературѣ.

Выполнивъ намѣченный планъ, д-ръ *Крулевскій* заканчиваетъ этотъ отдѣлъ своей работы слѣдующими словами: „эпицистотомія у взрослыхъ представляется очень трудной операціей въ техническомъ отношеніи. Трудности техники ея обусловлены главнымъ образомъ анатомическими отношеніями частей, составляющихъ и окружающихъ поле операціи. Выполненіе этой операціи можетъ осложняться случайностями чрезвычайными, требующими отъ оператора большаго самообладанія и находчивости и сопровождающимися нередко тяжелыми послѣдствіями для больного“ (стр. 64). Свой выводъ авторъ подкрѣпляетъ цитатой, изъ *Günther'a*, въ которой тотъ совѣтуетъ оперировать высокимъ сѣченіемъ только тѣмъ, кто усердно занимался на трупѣ, раньше ассистировалъ при операціи и кому хорошо извѣстны всѣ встрѣчающіяся при операціи случайности. „Хирурги, менѣе опытные и незнакомые съ тѣми обстоятельствами, которыми можетъ осложниться эпицистотомія, гораздо лучше сдѣлаютъ, если, гдѣ это только возможно, будутъ избирать другой способъ“ (1. с. стр. 343).

Въ слѣдующей главѣ „Причины смерти послѣ литотоміи вообще и послѣ эпицистотоміи въ особенности“ авторъ затрагиваетъ вопросъ первостепенной важности.

Установивъ положеніе, что всѣ причины смерти послѣ камнесѣченій должны быть раздѣлены на двѣ категоріи: 1) гдѣ смерть обусловливается самой операціей — погрѣшности въ техникѣ, различные воспалительные процессы въ операціонномъ полѣ, все равно въ зависимости отъ травматизма или затековъ мочи, а также септицемія и піемія, и 2) гдѣ причиной летальнаго исхода являются урэмія, болѣзни почекъ, нервныя разстройства и другія болѣзни внутреннихъ органовъ.

Основываясь на категорическомъ заявленіи *Н. И. Пирогова*, „что всѣ причины смерти послѣ оперативныхъ и случайныхъ ранъ пузыря заключаются преимущественно въ мочевомъ затекѣ и урэмии“ (1. с., часть II, стр. 5), д-ръ *Крулевскій* сравниваетъ боковое и высокое камнесѣченія, съ цѣлью выяснитъ при какомъ методѣ операціи мы всего болѣе гарантированы отъ мочевыхъ затековъ, раненія крупныхъ венъ и лимфатическихъ сосудовъ, каковыя и служатъ исходнымъ пунктомъ для развитія септицеміи и піеміи.

Боковое камнесѣченіе, въ случаяхъ правильно выполненной операціи, вполне удовлетворяетъ первому условію, такъ какъ

capsula urethro prostatica составляет естественную преграду для затековъ мочи въ тазовую клѣтчатку. Только въ случаяхъ, гдѣ нанесена большая травма тканямъ при извлеченіи камня, въ клѣтчатку, окружающей пузырь, развивается флегмонозное воспаленіе, моча можетъ образовать затеки (стр. 72).

Второму условію боковое камнесѣченіе удовлетворяетъ только отчасти, такъ какъ раненія венъ — *labyrinthus venosus Santorini*—при операціи избѣжать нельзя (курсивъ нашъ) и она даетъ всегда болѣе или менѣе обильное кровотеченіе. Опасность этихъ кровотеченій заключается не столько въ количествѣ крови, теряемомъ оперированнымъ, сколько въ воспаленіи пораненныхъ венъ, тромбъ которыхъ можетъ послужить источникомъ піеміи.

Эпицистотомія, при высокомъ положеніи раны, при томъ условіи, что рана пузыря раскрывается скорѣе, чѣмъ произойдетъ расслабленіе мышцъ, сжимающихъ начало уретры—отсюда свободное истеченіе мочи въ тазовую клѣтчатку—вполнѣ не удовлетворяетъ первому условію. Что это такъ, служитъ доказательствомъ масса средствъ и предложеній, сдѣланныхъ въ различное время во избѣжаніе мочевыхъ затековъ послѣ sectionis altae.

Положеніе на животѣ, на боку, катетръ à demeure, boutonnière, особые насосы для высасыванія мочи, пришиваніе краевъ пузыря къ краямъ раны брюшной стѣнки, проколъ труакаромъ мочевого пузыря черезъ прямую кишку, операція въ два темпа и, наконецъ, шовъ пузыря—все предложенія, сдѣланныя съ цѣлью защиты оперированнаго отъ мочевыхъ затековъ, служатъ лучшимъ доказательствомъ невыгоды операціи.

Небольшое число опубликованныхъ случаевъ sectionis altae съ швомъ пузыря, не даютъ намъ права дѣлать какія либо заключенія относительно значенія пузырнаго шва при эпицистотоміи. Всѣ извѣстные пока случаи окончились выздоровленіемъ, но они касаются небольшихъ камней, а при такихъ условіяхъ, несомнѣнно, и боковое камнесѣченіе дало бы одинаковый результатъ.

„Важно то, что ни въ одномъ изъ сказанныхъ случаевъ не было смертельнаго исхода ни отъ перитонита, ни отъ піеміи“ (стр. 75). Пока еще вопросъ о швѣ пузыря долженъ считаться открытымъ; тѣмъ болѣе, что всѣ извѣстные удачные случаи примѣненія его касаются исключительно дѣтскаго возраста, а у дѣтей, какъ извѣстно, мы имѣемъ совершенно инныя анатомическія условія, чѣмъ у взрослыхъ.

Удовлетворяетъ ли sectio alta второму условію? Тоже

нѣтъ. Въ дѣтскомъ и среднемъ возрастахъ венныя сплетенія пузыря — мало развиты и неопасны; въ старческомъ же, гдѣ они не меньше, чѣмъ *plexus venosus prostatici*, раненіе ихъ также опасно, какъ и при боковомъ камнесѣченіи. Въ исторіи *sectionis altae* извѣстны случаи смертельныхъ кровотеченій.

Все только что сказанное убѣждаетъ насъ въ невыгодахъ высокаго камнесѣченія, такъ что „не трудно убѣдиться, что боковое камнесѣченіе гораздо больше приближается къ идеалу камнесѣченія у взрослыхъ, чѣмъ эпицистотомія (стр. 76).

Чтобы быть еще болѣе убѣдительнымъ, д-ръ *Крулевскій* заканчиваетъ эту главу перечисленіемъ 56 смертныхъ случаевъ изъ статистики *Günther'a*, въ которыхъ, какъ показало вскрытіе, смерть зависѣла отъ слѣдующихъ причинъ: 12 разъ отъ уреміи, 2 раза — отъ геморрагическаго эксудата въ плеврѣ (вѣроятно — говоритъ авторъ — обусловливался септицеміей); въ 2-хъ случаяхъ камни не были извлечены, 4 случая изъязвленій и экскресценцій пузыря, 1 случай разрыва пузыря, 1 — сращеніе всѣхъ кишекъ, 1 — нарывъ въ сальникѣ, 4 случая воспаленія брюшины, 9 — раненій брюшины, 2 перипуретральныхъ нарыва, 5 омертвѣній брюшины, 7 разъ нарывы вокругъ пузыря. Въ 4-хъ случ. смерть зависѣла отъ піеміи, нервнаго расстройства, большаго количества глистовъ и 1 разъ отъ хлороформа (1. с., стр. 343). Отсюда видно, что причины смерти послѣ эпицистотоміи могутъ быть подведены подъ слѣдующія категоріи: а) воспаленія брюшины, б) нагноительныя воспаленія въ клѣтчаткѣ таза и в) болѣзни почекъ (стр. 77).

Въ послѣдней главѣ своего труда: „Смертность послѣ камнесѣченія“ д-ръ *Крулевскій*, основываясь на статистическихъ работахъ *Günther'a* ²²⁾ и *Dulles* ²³⁾ о высокомъ камнесѣченіи и таковыхъ же *Koulson'a* ²⁴⁾, *Gringau* ²⁵⁾ и *Thompson'a* ²⁶⁾ о боковой литотоміи, сравнивая 1827 случ. *sectionis lateralis* съ 364 случ. эпицистотоміи, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: а) въ возрастѣ до 20 лѣтъ въ пользу боковаго камнесѣченія разность = 13,86%, б) въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ разность въ пользу боковой литотоміи = 27%, в) въ возрастѣ отъ 40 до 60 лѣтъ разность въ пользу боковой литотоміи = 4,5%, д) въ возрастѣ старше 60 лѣтъ разность, опять таки въ пользу боковаго камнесѣченія, = 8,43%.

Относительно вліянія пола на исходъ камнесѣченій, сравнивая таблицы *Crosse* (35 женщ., 669 мужч.) и *Dulles* (82 женщ., 383 мужч.) видно, что у женщинъ боковая литотомія даетъ въ 2 раза лучшій результатъ, чѣмъ эпицистотомія.

Что касается до вліянія величины камня на исходъ опе-

рацій камнесѣченія, то въ этомъ отношеніи, говоритъ авторъ, исторія литотоміи не имѣетъ еще достаточно данныхъ для рѣшенія вопроса о преимуществахъ того или другаго вида камнесѣченія. Таблица *Crosse* (704 случ.) и *Gringau* (744 случ.) разработаны недостаточно полно, такъ какъ въ 1-й таблицѣ мы имѣемъ богатые свѣдѣнія о камняхъ меньше и до 2-хъ унц. (648 случ.), число же камней болѣе 2-хъ унц. (56 случ.)—ничтожно; во 2-й не показано число случаевъ, изъ которыхъ сдѣланъ выводъ для каждаго вѣса камней (стр. 83). Свѣдѣнія, собранныя *Dulles*'омъ, весьма скудны; ему удалось узнать точный вѣсъ камней только въ 97 случ. изъ 478. При такихъ условіяхъ рѣшить вопросъ о вліяніи величины камня на исходъ литотоміи—трудно. На основаніи существующихъ статистическихъ данныхъ можно заключить, что при камняхъ вѣсомъ болѣе 2-хъ унц. смертность послѣ *эпицистотоміи* значительно меньше смертности послѣ боковаго камнесѣченія.

Однако, въ наше время большая величина камня не можетъ служить мотивомъ къ производству *sectionis altae*. Перинеальная литотрипсія *Dolbeau*, по сообщенію этого послѣдняго ²⁷⁾, изъ 64 случ. дала только девять смертельныхъ исходовъ, т. е. $\frac{9}{64}$ смертности послѣ операціи = 16,36, вдвое меньше смертности послѣ высокаго камнесѣченія. Изъ таблицы же *Bermon* ²⁸⁾, гдѣ 46 собранныхъ случ. разбиты по возрасту, становится яснымъ, что въ пожиломъ возрастѣ отъ 59 л. и болѣе, операція *Dolbeau* даетъ результатъ, далеко превосходящій *sectionem altam*, а именно $\frac{9}{46}$ смертности = 25,8, и въ этомъ возрастѣ средняя литотомія по своимъ результатамъ подходит къ боковой.

Въ заключеніе д-ръ *Крулевскій* останавливается на томъ, что литотомія—одна изъ такихъ операцій, гдѣ исходъ много зависитъ отъ личныхъ качествъ и опытности оператора, сравниваетъ исходы боковаго и высокаго камнесѣченій въ рукахъ одного и того же хирурга. Выводъ далеко не въ пользу *эпицистотоміи*. Такъ у *Cheselden*'а на 213 оперированныхъ боковымъ сѣченіемъ умерло 20, т. е. $\frac{20}{213}$ смертности = 9,4; онъ же сдѣлалъ 9 высокихъ литотомій и потерялъ 1, $\frac{1}{9}$ смертн. = 11,1; слѣд. въ пользу боковаго разница—1,73%. *Frère Côme* сдѣлалъ 78 боковыхъ литотомій и потерялъ 6 оперированныхъ, $\frac{6}{78}$ смертности = 7,7; онъ же оперировалъ 82 раза высокимъ сѣченіемъ и потерялъ 15, т. е. $\frac{15}{82}$ смертности = 18,3; разница въ пользу боковаго = 10,6%. Справедливости ради, должно замѣтить, что изъ этихъ 82 оперированныхъ половина была женщины, а такъ какъ эти послѣднія переносятъ операціи камнесѣченія вдвое лучше мужчинъ, то разница въ пользу

боковой литотоміи—еще больше.—Тоже самое мы встрѣчаемъ и у *Soubertielle*.

Изъ всего сказаннаго вытекаетъ слѣдующее:

1) „Не смотря на преимущества, которыя представляетъ эпицистотомія, какъ съ анатомической, такъ и съ технической стороны, она все-таки и для дѣтскаго возраста остается самымъ невыгоднымъ методомъ камнесѣченія, потому что даетъ втрое большій % смертности, чѣмъ камнесѣченіе боковое. Вслѣдствіе этого и примѣненіе ея къ каждому случаю каменной болѣзни у дѣтей не можетъ быть допущено, — по крайней мѣрѣ, до тѣхъ поръ, пока съ положительностью не будетъ опредѣлена главная причина смерти послѣ эпицистотоміи у дѣтей.

Случаи эпицистотоміи съ примѣненіемъ пузырьнаго шва, правда, подають надежду на лучшую будущность эпицистотоміи въ дѣтскомъ возрастѣ, но, изъ имѣющихся въ настоящее время данныхъ, еще нельзя вывести достовѣрнаго заключенія о томъ значеніи, какое имѣетъ пузырьный шовъ для эпицистотоміи у дѣтей.

2) Относительно взрослыхъ—эпицистотомія, какъ въ анатомическомъ, такъ и въ техническомъ отношеніяхъ представляетъ методъ трудный и весьма опасный. При всѣхъ равныхъ условіяхъ она даетъ смертность гораздо большую, чѣмъ камнесѣченіе боковое. Поэтому примѣненіе ея у взрослыхъ въ настоящее время можетъ быть оправдано только въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ, какъ общій же методъ примѣняемый къ каждому случаю каменной болѣзни у взрослыхъ, она не выдерживаетъ критики въ теоріи и даетъ сравнительно весьма печальные результаты на практикѣ. Здѣсь не обѣщаетъ ничего лучшаго въ будущемъ даже и пузырьный шовъ, потому что примѣненіе его, если и совершенно невозможно, то во всякомъ случаѣ вредно. Дѣло въ томъ, что опорожненный пузырь скрывается совершенно за лоннымъ соединеніемъ и вторичное его наполненіе послѣ извлеченія камня становится совершенно невозможнымъ, наложеніе же швовъ на спавшійся пузырь неминуемо будетъ сопряжено съ такими механическими насиліями пузырю и окружающей клѣтчаткѣ, что самое примѣненіе шва принесетъ навѣрное больше вреда, чѣмъ пользы“ (стр. 89 и 90).

„Въ виду всего сказаннаго было-бы преступно со стороны врача примѣнять эпицистотомію у взрослыхъ изъ за какихъ либо одностороннихъ принциповъ: преступно потому, что черезъ это онъ завѣдомо лишалъ бы своего кліента половины шансовъ на сохраненіе жизни. Мѣра преступности въ

этомъ случаѣ увеличивается еще тѣмъ, что больной обыкновенно искренне отдается въ руки оператора съ твердою вѣрою, что этотъ послѣдній строго взвѣситъ всѣ шансы на успѣшный исходъ операціи и избереетъ тотъ методъ, который обѣщаетъ всего болѣе успѣха.

Вотъ тѣ выводы, къ которымъ привело насъ посильное разсмотрѣніе всѣхъ условій эпицистотоміи“ (стр. 91).

Къ числу причинъ, почему въ послѣднее время мы встрѣчаемъ у авторовъ мнѣнія сочувственныя высокому камнесѣченію, говоритъ д-ръ *Крулевскій*, долженъ быть отнесенъ обычай, укоренившійся въ нашемъ столѣтіи, дѣлать выводы и заключенія на основаніи единичныхъ случаевъ. Не то, что прежде, когда практическая хирургія была достояніемъ немногихъ; оперировано мало людей, но случаи этихъ немногихъ операторовъ подавляли своей массой и выводы были очевидны. „Въ тоже самое время направленіе нашего прогрессивнаго вѣка сильно развиваетъ стремленіе публично высказываться о своемъ искусствѣ и жажду литературной извѣстности. Вслѣдствіе этого въ наше время вошло въ обычай описывать единичные случаи и на основаніи ихъ дѣлать обширныя обобщенія и заключенія о самомъ оперативномъ методѣ. Само собою разумѣется, что во многихъ случаяхъ очевидна неосновательность подобныхъ выводовъ, но бѣда, если они провозглашаются прямо съ кафедры лицами, имѣющими право на авторитетность! Зло въ такихъ случаяхъ происходитъ отъ того, что учащееся поколѣніе обыкновенно съ жадностью хватается за воззрѣніе своего учителя, если они только имѣютъ претензію на прогрессъ, слѣпо усваиваетъ ихъ себѣ и затѣмъ выступаетъ съ ними на практику. Но и на практикѣ истина обнаруживается не вдругъ,—первые неудачные опыты обыкновенно не въ состояніи бывають заставить отрѣшиться отъ разъ усвоеннаго взгляда. Новичекъ гораздо охотнѣе свалить всю вину своей неудачи на собственную неопытность, неискусство, чѣмъ заподозрить авторитетъ своего учителя. Всѣмъ извѣстно, какъ много нужно времени для того, чтобы выработался самостоятельный взглядъ, основанный на собственной опытности. А до тѣхъ поръ сколько вреда можетъ быть принесено человечеству и, главное, во имя quasi-прогресса! Справедливость сказаннаго нигдѣ такъ не подтверждается, какъ въ вопросѣ объ эпицистотоміи. „По рутинѣ и по традиціи ко всѣмъ случаямъ каменной болѣзни примѣняется боковое камнесѣченіе“—вотъ любимая фраза защитниковъ эпицистотоміи въ нашемъ отечествѣ (стр. 95 и 96).

Этой длинной выпиской мы кончаем цитировать статью д-ра *Крулевскаго*, на которой намъ казалось нужнымъ остановиться столь долго. Мы поступили такъ въ виду того, что по вопросу о высокомъ камнесѣченіи работа эта является въ нашей литературѣ наиболѣе объемистой и подробно составленной. Какъ справился авторъ съ своей задачей, лучше всего будетъ видно, тщательно познакомившись съ его трудомъ, къ которому мы и отсылаемъ интересующихся. Съ своей стороны мы старались, по возможности, представить подробный рефератъ сказанной работы, снабдивъ его большими выписками, заботились сдѣлать все отъ насъ зависящее, чтобы въ краткомъ изложеніи работа не утратила своего интереса.

Согласно ранѣе высказанному, мы ни разу не позволили себѣ критически отнестись къ тому или другому мнѣнію, доказательству, выводу автора; лишь только позволили себѣ отмѣтить курсивомъ то, что казалось намъ болѣе интереснымъ. Теперь же, покончивъ съ изложеніемъ работы д-ра *Крулевскаго*, мы не можемъ удержаться, чтобы не высказать слѣдующее: только что реферированная работа, подъ конецъ принявшая какой-то странный, вызывающій полемическій оттѣнокъ, не принесла большой пользы боковому камнесѣченію, такъ какъ черезъ какіе нибудь 5—6 лѣтъ оно съ успѣхомъ замѣняется въ нашемъ отечествѣ другими методами. Къ этимъ послѣднимъ прибѣгаютъ не какіе либо искатели дешевой славы и извѣстности, а люди науки, скромные труженики, которыми, по справедливости, можетъ гордиться наша отечественная хирургія!

Послѣ этого невольнаго отступленія продолжаемъ дальше.

Въ томъ же году проф. *Левшинъ* ²⁹⁾ въ одной изъ своихъ работъ упоминаетъ о случаѣ надлобковаго камнесѣченія, окончившимся смертью черезъ 20 ч. послѣ операціи. Она не представляла никакихъ трудностей и осложнений, если не считать, что вслѣдствіе спавшагося пузыря не удалось наложить пузырного шва; кровотеченіе было умеренное.

Вскорѣ послѣ операціи больной началъ слабѣть и, несмотря на всякія возбуждающія, быстро скончался. Вскрытіе не обнаружило ничего такого, что могло бы объяснить столь быструю смерть; найдено: высокая степень гидронефроза почекъ, такъ что мѣстами корковое вещество достигало всего лишь 1½ мл. толщины; околопузырная клѣтчатка, брюшина—нормальны.

Путемъ исключенія проф. объясняетъ смерть въ данномъ случаѣ отъ шока, такъ какъ не было анэмии, отсутствіе же

всякихъ измѣненій въ брюшинѣ исключаетъ ея воспаленіе, а прижизненные явленія вовсе не соотвѣтствовали тому, что должно было бы быть при урэміи.

Черезъ 2 года (1879) мы имѣемъ уже первый печатный отчетъ о 10 случаяхъ высокаго камнесѣченія, сдѣланныхъ въ Россіи; отчетъ принадлежитъ д-ру *Макавѣву* ³⁰⁾. Прежде чѣмъ приступить къ описанію своихъ операцій, авторъ останавливается довольно подробно на разборѣ тѣхъ опасностей, которыя всеми приписываются эпицистотоміи.

Раненіе брюшины—невозможно, если пузырь налить и операторъ дѣйствуетъ осторожно. Опытъ показалъ д-ру *Макавѣву*, что при налитомъ пузырь складка брюшины оттѣсняется настолько высоко, что опасности поранить peritoneum не существуетъ. Обыкновенно верхушка пузыря подымается на 4—6 поперечныхъ пальцевъ выше symphysis; брюшинная складка при этомъ удалена изъ поля операціи настолько, что во многихъ случаяхъ можно спокойно дѣлать разрѣзъ передней стѣнки пузыря, „даже безъ предварительнаго оттягиванія клѣтчатки и брюшинной складки вверхъ пальцемъ, какъ это совѣтуется“. Если же практиковать этотъ приѣмъ и защищать брюшинную складку, то разрѣзъ пузыря—вполнѣ безопасенъ.

Во всѣхъ своихъ случаяхъ авторъ не встрѣтилъ никакихъ затрудненій при наливаніи пузыря; разъ онъ даже налилъ такой пузырь, гдѣ камень былъ тѣсно соединенъ съ передней и боковыми стѣнками пузыря и гдѣ жидкость могла скопляться только сзади камня.

Все это даетъ право смотрѣть на операцію эпицистотоміи у дѣтей, какъ на болѣе легкую, чѣмъ боковое камнесѣченіе. Здѣсь хирургъ—хозяинъ своего положенія; при боковой же литотоміи у дѣтей мы легко можемъ поранить rectum и брюшину, спускающуюся весьма низко по задней стѣнкѣ пузыря и покрывающую значительную часть простаты; приходится дѣйствовать наугадъ и никогда нельзя быть увѣреннымъ, что брюшина и прямая кишка останутся цѣлы, „хотя раненіе ихъ и случается очень рѣдко“.

Что касается мочевыхъ затековъ, то *Макавѣвъ* ихъ не наблюдалъ. Относительно ихъ авторъ того мнѣнія, что боязнь мочевой инфильтраціи при высокомъ камнесѣченіи — преувеличена. Моча нормальная—невредна; беспокоить насъ можетъ только щелочная, разлагающаяся. Но и она, при соблюденіи чистоты и промываніи пузыря нѣсколько разъ въ день дезинфицирующимъ растворомъ (минеральнымъ хамелеономъ), при хорошемъ и свободномъ стока мочи, не можетъ дать никакихъ

непріятныхъ осложненій. У автора, на его 10 случаевъ, три раза встрѣтилась плохая моча, но затековъ не наблюдалось ни разу.

Далѣе разбирается вопросъ о смертности при высокомъ камнесѣченіи.

Какъ извѣстно, эпицистотомія пользуется репутаціей операціи весьма опасной, дающей большой % смертности; однако, анализъ имѣющагося статистическаго матеріала по вопросу о боковомъ камнесѣченіи и эпицистотоміи не подтверждаетъ только что высказаннаго взгляда на операцію.

Прежде всего, слѣдуетъ отмѣтить, что сравненіе цифровыхъ данныхъ приходится дѣлать далеко не при одинаковыхъ условіяхъ. Случаевъ боковой литотоміи опубликовано несравненно больше, чѣмъ высокой; *sectio lateralis* наичаще примѣнялась въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ, тогда какъ эпицистотомія—почти исключительно у взрослыхъ. Наконецъ, эта послѣдняя почти всегда практиковалась въ отчаянныхъ случаяхъ, тамъ, гдѣ выполненіе боковой литотоміи было по-чему либо невозможно или же, гдѣ она, въ силу различныхъ условій, должна была бы окончиться печально. Несмотря на эти неравные и невыгодныя условія для сравненія результатовъ того и другаго методовъ, все же выводъ для эпицистотоміи получается далеко не плохой.

Для доказательства только что сказаннаго д-ръ *Макс-вель* пользуется статистикой, приведенной у *Lefort. Grosse* собралъ 8509 случ. боковой литотоміи съ 12,5% смертности, *Thompson*—1827 съ такимъ же %; всего 10336 операцій съ 12,5% смертности. Такой подавляющей цифрѣ сопоставляются: 104 слус. высокаго камнесѣченія *M. Gumphry* съ 30% смертности, 180 сл. *Gross'a* съ 21,7%, 38 сл. *Souberbielle* съ 26,3% и 100 случ., собранныхъ *Belmas* съ 25%; всего 422 случая съ 24,9% смертности. Что касается до возраста, то изъ всѣхъ собранныхъ случаевъ онъ отмѣченъ у *Souberbielle* (38), гдѣ 35 операцій были предприняты въ возрастѣ отъ 50 до 80 л. Матеріаль *Belmas* указываетъ намъ, что смертность отъ дѣтскаго возраста до возмужалости—7%, до 50 л. 14% и отъ 50 до 80 л.—44,4%.

У *Thompson'a* (l. с. стр. 181). Мы находимъ, какъ и общій выводъ, что боковая литотомія даетъ: до возмужалости 6% смертности, отъ зрѣлаго возраста до 58 л.—16%, и отъ 58 до 80 л.—28,5%. У него же мы видимъ, какое огромное значеніе имѣетъ возрастъ больнаго: *Cheselden* изъ 14 больныхъ въ возрастѣ выше 50 лѣтъ, оперированныхъ имъ боко-

вымъ сѣченіемъ, потерялъ 6, т. е. 42,8%, въ остальныхъ своихъ 199 случ., между которыми 167 были моложе 20 л., тотъ же хирургъ потерялъ лишь 4-хъ, т. е. 2%. Это же мы видимъ и у *Martineau*; онъ потерялъ двухъ больныхъ изъ 84-хъ; изъ нихъ 34 было моложе 14 л. и только 11 выше 60 л.

Если мы сравнимъ статистику *Thompson*'а и *Belmas*, то разница между %—не велика для возраста дѣтскаго и зрѣлаго; напротивъ она громадна для возраста пожилаго: тамъ 28,5%, а здѣсь 44,4%. „Но я этого не принимаю въ расчетъ, говоритъ авторъ, такъ какъ слишкомъ высокій % смертности для этого возраста, показанный у *Belmas*, очевидно нужно считать случайнымъ, въ пользу чего говорятъ случаи *Soubertbielle*, у котораго было столько же больныхъ въ возрастѣ отъ 50 до 80 лѣтъ, какъ и у *Belmas*, а между тѣмъ % смертности равенъ 26,3%. Наконецъ также случайное повышение смертности въ этомъ возрастѣ возможно и при боковомъ разрѣзѣ, что доказываетъ статистика *Cheselden*'а, который потерялъ 42,8%; разница только въ томъ, что при боковомъ разрѣзѣ это выравнивается массой другихъ болѣе благоприятныхъ случаевъ, чего при надлобковомъ сѣченіи нѣтъ, вследствие ограниченности статистическаго матеріала. Такъ что и въ этомъ возрастѣ % смертности при надлобковомъ сѣченіи и перинеальномъ разрѣзѣ нужно считать очень близкими. Если къ случаямъ *Belmas*, *Soubertbielle* въ возрастѣ отъ 50 до 80 л. присоединить и случаи *M. Humphry*, *Grosse*, которые, какъ я сказалъ, нужно тоже причислить къ этому возрасту, то общій % смертности, какъ показано выше, будетъ=26,8%, т. е. очень близко подходитъ къ % смертности въ этомъ же возрастѣ, выведенному *Thompson*'омъ для перинеальнаго разрѣза и даже немного ниже его“ (стр. 213). Такимъ образомъ выходитъ, что даже при вышесказанныхъ невыгодныхъ условіяхъ для сравненія % смертности послѣ высокаго камнесѣченія далеко не такъ неблагоприятенъ, какъ выставляютъ его защитники боковой литотоміи.

Покончивъ съ этимъ отдѣломъ своего труда, авторъ описываетъ свои случаи, предварительно изложивъ тотъ оперативный методъ и послѣдовательное лечение; какого онъ держался при операціи. (См. табл. I, 53—62).

Интересны мотивы, по которымъ *Макашевъ* сшивалъ рану брюшныхъ стѣнокъ; дѣлалось это не съ цѣлью получить первое натяженіе „что бываетъ очень рѣдко“, а съ цѣлью предохранить брюшину отъ выпячиванія въ рану. Обыкновенно

вслѣдъ за операціей, по окончаніи наркоза, дѣти начинаютъ кричать, вслѣдствіе чего peritoneum сильно выпячивается и можетъ разорваться. Кромѣ того сшиваніемъ раны достигается еще то важное преимущество, что дренажная трубка плотно окружается краями раны и въ первые же дни, при развитіи реактивнаго воспаленія, настолько хорошо охватывается окружающими тканями, что вся моча, по законамъ сифона, идетъ сполна черезъ нее въ банку, поставленную рядомъ съ больнымъ. Такимъ путемъ рана почти не смачивается мочою, больной лежитъ въ сухой постелѣ.

Какъ мы увидимъ ниже, этотъ способъ ухода за оперированнымъ долженъ считаться вполне рациональнымъ. Въ литературѣ извѣстны, есть и въ нашей таблицѣ, случаи самопроизвольнаго разрыва брюшины при несшитой ранѣ брюшной стѣнки; что же касается дренажа-сифона, то онъ обыкновенно даетъ хорошій результатъ.

Такой же результатъ полученъ и д-мъ *Макавѣевымъ*: на 10 случ.—2 смерти, изъ которыхъ ни одна не можетъ быть приписана операціи. Это даетъ право сказать автору: „итакъ, высокое сѣченіе должно быть, по моему мнѣнію, выведено изъ числа операцій, практикующихся въ исключительныхъ случаяхъ“.

Въ 1880 г. опубликовано 2 случая высокаго камнесѣченія; одинъ принадлежитъ д-ру *Орлову* ³¹⁾, другой *Глазуновскому* ³²⁾.

Д-ръ *Орловъ* сдѣлалъ эпицистотомію мальчику 14 л.; котораго 2 года раньше онъ съ успѣхомъ оперировалъ боковымъ разрѣзомъ. Операція прошла безъ всякихъ осложнений. Подводя итогъ своему наблюденію, д-ръ *Орловъ* того мнѣнія, что техника надлобковой операціи—несравненно проще, а главное—точнѣе боковой литотоміи; при ней всякая артерія, вена, можетъ быть обойдена; разрѣзы дѣлаются послойно. Не то, конечно, при *sectio lateralis*.

Наливать пузырь, по его мнѣнію, не слѣдуетъ, такъ какъ раненіе брюшины, чего бояться всѣ, легче произойдетъ при наливаніи пузыря или примѣненіи стрѣловиднаго зонда, въ силу того, что при расширеніи пузыря наливаніемъ жидкости прежде всего начинаетъ выпячиваться та его часть, которая покрыта брюшиной. Поэтому лучшій способъ избѣжать раненія peritonei—дѣлать разрѣзъ не на верхушкѣ пузыря, а ниже; впрочемъ если раненіе брюшины и произойдетъ,—„оно не должно смущать“.

Относительно послѣдствій послѣ камнесѣченія боковаго и

высокаго, разница—огромная: и тамъ и здѣсь можетъ остаться свищъ, но при боковой литотоміи кромѣ того весьма возможно половое безсиліе и упорное недержаніе мочи, неподдающееся никакому леченію.

Выводъ: надлобковую операцію во многихъ случаяхъ слѣдуетъ предпочитать другимъ методамъ камнесѣченія, особенно же при камняхъ большихъ размѣровъ. Въ случаяхъ задержанія мочи въ престарѣломъ возрастѣ, когда проведеніе катетра не удастся и есть показаніе къ проколу пузыря *sectio alta* вполнѣ показуется. „Въ этомъ случаѣ, говоритъ д-ръ Орловъ, разрѣзь этотъ я ставлю также высоко, какъ и трахеотомію въ случаѣ задушенія“ (стр. 730).

Д-ръ Глазуновскій, сообщая о своихъ 18 камнесѣченіяхъ, лишь вскользь упоминаетъ о случаѣ эпицистотоміи, окончившейся смертію.

Въ 1882 году д-ръ Захаревичъ ³³⁾ въ своихъ хирургическихъ замѣткахъ также вскользь упоминаетъ о томъ, что за послѣдніе 4 года въ Харьковѣ *sectio alta* произведена 5 разъ: 3 раза проф. Грубе, 1 разъ проф. Зарубинымъ и 1 разъ авторомъ. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ.

Черезъ 2 года появляется весьма интересная статья д-ра Головачева ³⁴⁾, въ которой авторъ, предпославъ краткій анатомическій очеркъ положенія брюшинной складки относительно пузыря, а также тѣхъ измѣненій въ положеніи сказанныхъ частей, которыя происходятъ при наполненіи пузыря, переходитъ къ описанію хода операціи и послѣдовательнаго леченія въ своихъ 6 случ. эпицистотоміи.

Для насъ въ высшей степени важно узнать, что побудило опытнаго хирурга, съ успѣхомъ примѣнявшаго не одну сотню разъ боковую литотомію, дать предпочтеніе высокой. Посмотримъ, что говоритъ самъ авторъ.

„Въ теченіи 8 лѣтъ мнѣ пришлось въ Московской дѣтской больницѣ сдѣлать около 200 перинеальныхъ литотомій со смертностію 1 на 12 или на 13, слѣдовательно на большой % смертности я пожаловаться не могу. Но что меня заставило искать другаго метода, это нѣкоторыя послѣдствія операціи, изъ которыхъ на первомъ планѣ стоитъ недержаніе мочи; недостатокъ, который, въ особенности въ бѣдномъ классѣ, дѣлаетъ положеніе больного очень тягостнымъ на всю жизнь.

Я не могу сказать, какъ часто является это послѣдствіе, такъ какъ не всѣ являются въ больницу, но во всякомъ случаѣ число ихъ превышаетъ число тѣхъ, которые приходятъ

лечиться отъ этого состоянія. Намъ въ больницѣ приходится дѣлать 20—30 литотомій ежегодно и каждый годъ у насъ бываетъ одинъ или два больныхъ, у которыхъ послѣ операціи, сдѣланной у насъ же, осталось недержаніе мочи; что составляетъ около 5% оперированныхъ. *По этому я не ошибусь, если скажу, что число всѣхъ, у которыхъ операція повлекла за собой этотъ недостатокъ будетъ, около 6, 7% и можетъ быть и больше.* (курсивъ нашъ). Надо прибавить, что мы видимъ нашихъ больныхъ до 12 лѣтняго возраста и по этому мы ничего не можемъ сказать о частотѣ появленія другого недостатка, того чрезвычайно важнаго,—это бесплодія, происходящаго вслѣдствіе пораненія ductus ejaculatorii“ (стр. 57).

Другимъ недостаткомъ операціи должно считать кровотеченія, подчасъ весьма значительныя; эти кровотечения останавливаются лишь только тампонадой раны, а она раздражаетъ пузырь и мѣшаетъ заживленію разрѣза; наконецъ, третій и весьма существенный недостатокъ операціи—это невозможность примѣнить листеровскій методъ ухода за раной.

Вотъ тѣ мотивы, которые заставили опытнаго хирурга оставить боковую литотомію и перейти къ высокой, такъ какъ, по мнѣнію д-ра *Головачева*, замѣнить литотомію у дѣтей литотрипсіей врядъ-ли возможно.

При дальнѣйшемъ изложеніи литературнаго очерка мы встрѣтимся неоднократно съ повтореніемъ того-же самаго. Мотивы, заставившіе хирурговъ перейти на сторону эпицистотоміи—тѣже, въ этомъ отношеніи единогласіе полное.

Изъ 6 случ. одинъ окончился летально; смерть зависѣла отъ воспаленія брюшины, развившагося вскорѣ послѣ литотоміи. Однако операція здѣсь была не при чемъ и развитіе перитонита должно быть признано случайностью.

Дѣло въ томъ, что ребенокъ былъ недостаточно захлороформированъ; во время всей операціи пришлось удерживать брюшныя внутренности, выпадавшія въ рану при натуживаніи. Являлась возможность поранить брюшину, не говоря о томъ, что постоянное выпираніе и удерживаніе внутренностей давало всѣ условія для развитія самыхъ дурныхъ послѣдствій. Такъ оно и вышло. Случай весьма поучительный, который даетъ право д-ру *Головачеву* совѣтывать оперировать при полномъ наркозѣ.

Эпицистотомія дѣлалась при налитомъ пузырьѣ, безъ копейринтера; во всѣхъ случ. оперированы были дѣти съ маленькими камнями; извлеченіе ихъ—всегда легко. На пузырь шва не накладывалось, а въ сшитую до нижняго угла брюш-

ную рану вставлялся дренажъ; онъ не вводился въ пузырь, такъ какъ, по мнѣнію автора, такой дренажъ только препятствуетъ заживленію раны. Всегда примѣнялся катетръ à demeure, употребленіе котораго особенно важно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дренажъ не вводится въ полость пузыря, а лишь только въ предпузырное пространство. Здѣсь катетръ не позволяетъ пузырю растягиваться и тѣмъ способствуетъ заживленію раны. Д-ру *Головачеву* пришлось убѣдиться въ справедливости только что сказаннаго; въ одномъ случ. вечеромъ у маленькаго паціента катетръ выскочилъ и до того времени сухая повязка—сразу промокла. Кромѣ этого весьма важнаго условія, катетръ позволяетъ еще примѣненіе послѣ операціи исполнѣ герметической антисептической повязки.

Обыкновенно на 5 д. моча шла нормальнымъ путемъ; выздоровленіе тянулось отъ 9 до 18 д.; въ одномъ только случаѣ—26 д.

Авторъ заканчиваетъ статью слѣдующими выводами о преимуществахъ высокаго камнесѣченія передъ перинеальнымъ: 1) скорость выздоровленія, 2) отсутствіе кровотеченія, 3) отсутствіе дурныхъ послѣдствій операціи, 4) возможность примѣненія антисептики и 5) болѣе легкая техника операціи въ сравненіи съ перинеальной. Слишкомъ большой % смертности послѣ высокаго камнесѣченія, который такъ пугаетъ всѣхъ, долженъ исчезнуть, какъ только перестанутъ дѣлать операцію только въ случаяхъ отчаянныхъ, и станутъ примѣнять ее во всѣхъ тѣхъ, „гдѣ по обстоятельствамъ требуется литотомія, а не литотрипсія“.

Въ томъ же году по вопросу объ эпицистотоміи мы имѣемъ два сообщенія д-ра *Макавьева* ³⁵⁾; оба относятся до одного и того же случая высокой литотоміи съ наложеніемъ шва изъ кѣтгута. Оперированный выздоровѣлъ, все говорило за заживленіе рег ргітамъ пузыря шва, такъ какъ катетръ былъ удаленъ, повязка суха и больной мочился нормально. Однако на 12 д. повязка пропиталась мочей; по изслѣдованіи оказалось, что хотя большая часть мочи идетъ черезъ уретру, но все же часть ея идетъ и въ повязку. Очевидно молодой рубецъ не выдержалъ напора расширяющагося пузыря и лопнулъ въ какой либо своей части.

На основаніи работы д-ра *Максимова*, многихъ опубликованныхъ случаевъ удачнаго примѣненія пузыря шва, а также и своего наблюденія, д-ръ *Макавьевъ* ³⁶⁾ считаетъ возможность заживленія рег ргітамъ—доказаннымъ. Въ чемъ лежитъ неуспѣхъ шва, зависитъ ли онъ отъ техники сшиванія или

выбора матеріала, покажетъ будущее. Лично *Макавьевъ* того мнѣнія, что для шва слѣдуетъ брать не кѣгутъ, а шелкъ, такъ какъ струнные нити легко всасываются и весьма скоро молодой рубецъ предоставляется исключительно своимъ собственнымъ силамъ. Не то при швѣ изъ шелка, гдѣ молодой рубецъ подкрѣпляется остающимися петлями шва, которыя при большихъ расширеніяхъ пузыря не позволяютъ разорваться молодой рубцовой ткани. Тоже наблюденіе заставляетъ высказаться за болѣе продолжительное употребленіе катетра *à demeure*; будь катетръ удаленъ позже, съ огромной вѣроятностью можно предположить, что шовъ не разошелся бы на 11 д. послѣ операціи.

Отмѣчая, что наложеніе шва на рану пузыря нельзя считать дѣломъ легкимъ, д-ръ *Макавьевъ* думаетъ, что отказываться отъ шва только въ силу этого—непозволительно, такъ какъ вся будущность высокой литотоміи зависитъ отъ пузырянаго шва и антисептики.

Въ томъ же году д-ръ *Знаменскій* ³⁷⁾ въ своей прекрасной экспериментальной работѣ „О частичномъ иссѣченіи стѣнокъ мочевого пузыря“, говоря о примѣненіи шва на пузырь, весьма близко касается интересующаго насъ вопроса, и даетъ нѣсколько важныхъ практическихъ совѣтовъ, о чемъ рѣчь ниже.

Къ этому же времени относятся работы д-ровъ *Никольскаго*, *Веревкина*, *Эбермана* и *Попова*.

Никольскій ³⁸⁾ сообщаетъ объ одномъ случаѣ эпицистотоміи, окончившейся летально.

Прежде всего онъ указываетъ, что за послѣднее время въ Германіи, благодаря работамъ *Günther'a* и *Brunns'a*, мы имѣемъ весьма много сообщеній, говорящихъ въ пользу высокаго камнесѣченія; во Франціи, не смотря на то, что тамъ до послѣдняго времени преимущественно дѣлались литотоміи по *Dupuytren'у* и *Nelaton'у*, стали появляться случаи эпицистотоміи, также и у насъ—*Макавьевъ*, *Головачевъ*. Не входя въ подробную оцѣнку того или другого способа камнесѣченія, авторъ того мнѣнія, что окончательная оцѣнка операціи можетъ быть сдѣлана на основаніи сравнительной статистики; это то и побудило его сообщить случай женщины-врача *Никольской*, которой онъ ассистировалъ при операціи *).

Кончая свое сообщеніе, д-ръ *Никольскій* замѣчаетъ, что

*) Несомнѣнно,—это единственный извѣстный въ литературѣ, гдѣ камнесѣченіе сдѣлано женщиной.
Н. С.

производство sectionis altae—легче перинеальной, не влечетъ за собой такого кровотока; операція дѣлается все время на виду, а не въ темнотѣ, какъ при промежностномъ способѣ.

Д-ръ *Веревкинъ*³⁹⁾ въ крайне интересной статьѣ „Lithiasis и lithotomia у дѣтей“ даетъ намъ отчетъ о каменной болѣзни въ дѣтской больницѣ св. Владимира въ Москвѣ съ 1876 по 1884 годы. Работа касается сравнительной оцѣнки различныхъ методовъ камнесѣченія и по своему интересу должна быть реферирована подробно.

Отчетъ обнимаетъ 221 сл. каменной болѣзни. Изъ 2-хъ таблицъ въ началѣ статьи одна—по возрасту, а другая—по продолжительности болѣзни поступившихъ калькулезныхъ, наглядно констатируетъ фактъ, что „самый ранній дѣтскій возрастъ является наиболѣе предрасположеннымъ къ каменной болѣзни“. Относительно пола замѣчается громадная разница между мальчиками и дѣвочками: первыхъ поступило въ больницу 207, вторыхъ 14.

Что касается до оперативнаго метода, то въ больницѣ за время отчета примѣнялось три вида камнесѣченія: *a)* sectio lateralis—147 случ., *b)* sectio alta—24 случ., *c)* sectio mediana—16 случ. и *d)* литотрипсія—2 случ. Для извлеченія камней изъ мочеиспускательнаго канала сдѣланы: urethrotomia externa 15 разъ, incisio orif. urethrae—2 и у дѣвочекъ—sectio urethralis—2 раза. Остановимся прежде всего на боковой литотоміи.

Въ виду преслѣдуемой нами цѣли—оцѣнки эпицистотоміи—мы могли бы обойти молчаніемъ ту часть работы уважаемаго автора, въ которой онъ съ похвалой отзывается о боковомъ камнесѣченіи; но мы этого не сдѣлаемъ въ виду того интереса, который представляетъ эта часть отчета, а также потому, что правдивые отчеты, всѣ безъ исключенія, говорятъ въ пользу всякаго другаго, но ни какъ не боковаго, камнесѣченія. Этимъ цѣннымъ для насъ качествомъ отчета мы и воспользуемся.

Прежде всего отмѣтимъ тотъ фактъ, что до 1882 г. антисептическій методъ леченія послѣ литотоміи не примѣнялся въ больницѣ и на 147 случ. операціи $\frac{0}{100}$ смертности полученъ 6,2; при введеніи же антисептическаго метода—рана промывалась 8% растворомъ хлористаго цинка, посыпалась порошкомъ іодоформа—% смертности послѣ литотоміи равенъ 0. (72 операціи, изъ нихъ 47—sectio lateralis).

При вскрытіи умершихъ (9) послѣ боковой литотоміи найдено слѣдующее:

1) Смерть на 4 день; камень въ 28,0 grm.; размѣры 2,6×2,5×1,6 сант.

Скопление серозно-гнойной жидкости сейчасъ подъ брюшиною, въ окружности мочевого пузыря. Клетчатка инфильтрирована, мѣстами представляется распавшейся. Слизистая оболочка мочевого пузыря утолщена, участками изъязвлена. Лѣвая почечная лоханка и мочеточникъ расширены; изъ лоханки выдѣляется гноевидная жидкость.

2) Смерть на 3 день. Операция прошла безъ осложнений; размеры камня— $2,8 \times 2,4 \times 0,9$ сант. Peritonitis sup. et pericystitis. Въ правой почкѣ nephritis interst. et pyelitis.

3) Смерть на 2 день. Въ пузырьѣ два камня; размеры одного — $3,8 \times 3,1 \times 2,1$, вѣсъ 78,3 grm.; другой разломался. Peritonitis sup. et pericystitis. Слизистая оболочка пузыря утолщена, мѣстами изъязвлена. Лоханки почекъ расширены и наполнены серозной жидкостью.

4) Извлечено безъ всякаго труда 8 камней, вѣсомъ 33,5 grm. Смерть черезъ 3 недѣли. Инфильтрація гноемъ клетчатки въ окружности recti; pyaemia.

5) Смерть на 14 д. Pyelitis, какъ въ правой, такъ и лѣвой почкѣ; въ правомъ мочеточникѣ ущемленъ камень въ бокъ. Pyaemia.

6) Смерть на 23 д. Pyaemia.

7) Смерть на 4 д. Извлеченъ камень размерами $0,8 \times 0,6 \times 0,4$ сант. Въ почкахъ ничего; распространенный peritonitis.

8) Смерть на 2 д. Извлеченъ камень размерами $1,5 \times 1,2 \times 1,0$ сант. вѣсъ 1,5 grm. Свѣжій peritonitis и инфильтрація гноемъ клетчатки въ окружности раны.

9) Смерть на 9 д. Peritoneum гиперемировано и покрыто оболочками фибринознаго экссудата. Въ полости таза немного фибринозно-гнойной жидкости. Тазовая клетчатка въ лѣвой сторонѣ представляетъ рѣзкую картину гнойнаго воспаления. Гнойная инфильтрація между symphys'омъ и пузыремъ, между пузыремъ и лѣвой стороной таза, между пузыремъ и rectum. Она-же и вокругъ шейки пузыря. Въ пузырьѣ и почкахъ ничего ненормальнаго.

Кромѣ 2-хъ послѣднихъ случаевъ, гдѣ смерть прямо зависѣла отъ неудачи при операциі (какъ отмѣчаетъ авторъ), что возможно, конечно, при всякомъ методѣ, въ 5 случ. мы имѣемъ сильно развитый pyelo-cystitis; „въ 2-хъ, 5 и 6 случаяхъ, смерть исключительно зависѣла отъ этого осложнения; въ одномъ pyelo-nephritis. Исключая двѣ неудачи, можно вывести то заключеніе, что боковая литотомія у дѣтей, если она производится еще при отсутствіи осложнений со стороны мочевыхъ путей, даетъ самые блестящіе результаты“. Наиболѣе частымъ исходомъ послѣ боковаго камнесѣченія было выздоровленіе; изъ 135 случ. только въ 7 осталась фистула и въ 2-хъ недержание мочи (стр. 306).

Относительно sectio mediana д-ръ Верекинъ замѣчаетъ, что въ теченіи раны, въ послѣоперационномъ періодѣ незамѣтно разницы съ боковымъ сѣченіемъ. Небольшая смертность (6,3%) послѣ операциі объясняется примѣненіемъ Листеровской перевязки.

Sectio alta дѣлалась въ больницѣ, только въ случаяхъ

быстро закрывался, такъ что полное заживленіе наступило у 2-хъ на 19, а у остальныхъ на 18, 17 и 12 д. Теченіе оперированныхъ—почти безлихорадочное.

Во всѣхъ случаяхъ камни были невелики: отъ 10 до 30 гранъ. Всѣ оперированные выздоровѣли вполне.

Шовъ на пузырь не примѣнялся ни разу. Въ виду хорошихъ результатовъ, полученныхъ д-ромъ *Кадіаномъ*, а также въ виду того, что маленькіе пациенты врядъ-ли перенесутъ катетръ à demeure, примѣненіе у нихъ пузыряго шва можно считать излишнимъ, только затрудняющимъ операцію. При отсутствіи катарра пузыря промываній дѣлать нѣтъ нужды. Оставлятъ дренажъ долѣе 4-хъ д.—тоже, да и опасно, такъ какъ мочеваа инкрустація, образующаяся на немъ, можетъ послужить ядромъ для новыхъ камней.

Замѣчено, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ антисептическая повязка производила упорную экзему вокругъ раны и приходилось вести открытое леченіе, оно нисколько не ухудшало послѣоперационный періодъ: раны подъ карболовымъ или сулемовымъ компрессами заживали прекрасно.

Д-ръ *Кадіанъ* того мнѣнія, что *sectio alta*—лучшій методъ литотоміи у маленькихъ дѣтей. „Этотъ методъ удовлетворяетъ всѣмъ условіямъ, которыя только можно требовать отъ литотоміи. О *sectio alta* у дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ я не говорю; мой опытъ не даетъ мнѣ права ставить ее выше боковаго камнесѣченія“ (стр. 62).

Д-ръ *Эберманъ* ⁵⁹⁾ въ докладѣ о діагнозѣ и оперативномъ леченіи опухолей пузыря стоитъ за эксплоративное срединное сѣченіе, которое, въ случаѣ нужды, не помѣшаетъ перейти къ высокому. При этомъ послѣднемъ совѣтуетъ примѣнять во время операціи предложенное проф. *Trendelenburg*'омъ положеніе больнаго для лучшаго освѣщенія операціоннаго поля.

Д-ръ *Шмитцъ* ⁶⁰⁾ въ своемъ крайне интересномъ сообщеніи о 41 эпицистотоміи, сдѣланныхъ въ дѣтской больницѣ принца Ольденбургскаго, весьма подробно затрогиваетъ вопросъ о значеніи *sectionis altae* среди другихъ операцій камнесѣченія. Въ виду сказаннаго, остановимся на этомъ докладѣ по подробнѣе.

Прежде всего авторъ разсматриваетъ основательность тѣхъ двухъ возраженій, которыя дѣлаются противниками эпицистотоміи, т. е. раненія брюшины и мочевоы инфильтраціи.

Докладчикъ считаетъ первое осложненіе, согласно многимъ другимъ хирургамъ,—не слишкомъ большой важности, ни-

сколько, однако-же, не умаляя при этомъ истиннаго значенія его^а (стр. 90). Ему самому пришлось наблюдать два раза раненіе брюшины: въ одномъ случаѣ можно допустить раненіе *peritonei* во время операціи, въ другомъ-же авторъ вполне увѣренъ, что брюшина не была надрѣзана, но что здѣсь произошелъ самопроизвольный разрывъ *peritonei*. Случай этотъ весьма поучителенъ, а потому цитируемъ его подробно: при объемистомъ камнѣ ($7.1 \times 5.4 \times 3.4$ сант.) въ 5 grm. вѣсомъ, пришлось разсѣчь почти полъ пузыря; извлеченіе камня было довольно трудно, такъ какъ онъ держался ущемленнымъ подъ симфизомъ. По извлеченіи его, тщательный осмотръ пузыря и операціоннаго поля не обнаружилъ ничего особеннаго; наступившая рвота, окончившаяся совершенно благополучно, еще болѣе убѣждала въ томъ, что операція прошла хорошо. Спустя нѣсколько часовъ, снова приступъ мучительной рвоты и въ незащитой ранѣ брюшной стѣнки выпаденіе петли кишокъ; изслѣдованіе указало на разрывъ брюшины, величиною въ 3 сант. Разрывъ на 1 сант. не доходилъ до верхняго угла пузырной раны, такъ что не составлялъ непосредственнаго ея продолженія. Петля кишокъ вправлена, разрывъ зашитъ и больной выздоровѣлъ.

Вторая невыгодная сторона операціи—мочевая инфильтрація должна считаться весьма опасной. Неразложившаяся моча не опасна для раны; разложившаяся моча при хорошемъ стока можетъ дать ложно дифтеритическій налетъ на ранѣ, поверхностный некрозъ тканей, но никогда не повлечетъ за собой развитія септической флегмоны и общаго зараженія. Другое дѣло, если нѣтъ стока: тогда, застаиваясь въ околопузырной клетчаткѣ, къ тому-же пропитанной кровью, столь склонной къ гніенію, моча быстро разлагается и способна вызвать самыя грустныя послѣдствія. „Никто, конечно, не станетъ отрицать, что септический очагъ, расположенный вблизи самой брюшины, заключаетъ въ себѣ величайшую опасность для жизни“.

Нѣтъ, однако, никакой надобности, чтобы общая септическая инфекция происходила извнѣ, напротивъ—она исходитъ изнутри, со стороны мочевого пузыря, при чемъ моча является носителемъ септическихъ зародышей. Въ этихъ случаяхъ мы можемъ потерять нашихъ больныхъ въ самый короткій срокъ отъ *septicémie foudroyante*, при чемъ въ подобныхъ случаяхъ вскрытіе обнаруживаетъ лишь самую ничтожную инфильтрацію кругомъ пузырной раны (стр. 91).

Далѣе авторъ переходитъ къ описанію техники операціи. (См. табл. II).

Д-ръ Шмитцъ дѣлитъ весь свой матеріалъ на двѣ группы: операціи до антисептики и при антисептикѣ.

Въ первой—18 случ. съ 10 смертными исходами, т. е. $\%$ смертности=44.5 $\%$. Изъ этихъ случ. исключено два, гдѣ летальный исходъ зависѣлъ отъ случайныхъ болѣзней, не имѣющихъ никакого отношенія къ эпицистотоміи.

Въ второй группѣ—23 операціи съ 4 смертными исходами, т. е. $\%$ смертности=17,4.

Какъ видно, антисептика огромнымъ образомъ повліяла на исходъ операціи въ рукахъ одного и того-же хирурга, при томъ-же самомъ матеріалѣ и всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ; $\%$ смертности уменьшился почти въ три раза. Однако, д-ръ Шмитцъ все-же считаетъ этотъ $\%$ весьма большимъ, и вліяніе антисептики на исходъ sectionis altae не такимъ еще благотворнымъ, какимъ она является въ другихъ операціяхъ.

Всѣ свои случаи авторъ подраздѣляетъ на 4 группы: *первую* (21 случ.), въ которой послѣоперационный періодъ прошелъ безъ лихорадки, *вторую* (6 случ.), гдѣ послѣоперационный періодъ осложнился интенсивнымъ peri et paracystitide; въ иныхъ случаяхъ осложненіе это сопровождается обильнымъ нагноеніемъ и отхожденіемъ омертвѣлыхъ клочковъ окологрызной клѣтчатки; *третью* (7 случ.), гдѣ послѣ операціи весьма скоро обнаруживались явленія перитонита и *четвертую* (5 случ.), въ которой послѣ операціи быстро наступала рвота и смерть въ теченіи перваго или первыхъ дней при явленіяхъ коллапса.

Въ 3-й группѣ случ., быстро оканчивавшихся летально отъ перитонита, вскрытіе обыкновенно обнаруживало явленія воспаленія брюшины, лишь слабо выраженные; почти исключительно поражался только брюшинный покровъ пузыря; конечно, сюда не относится случай, гдѣ была поранена брюшина. Въ 4-й группѣ случ., гдѣ при явленіяхъ рвоты быстро наступалъ коллапсъ и смерть въ почти безлихорадочномъ послѣоперационномъ періодѣ, вскрытіе обыкновенно давало отрицательные результаты: ни воспаленія брюшины, ни перитонита; измѣненія-же въ почкахъ, по большей части, сравнительно ничтожны.

Сопоставляя эти двѣ группы, въ которыхъ печальный исходъ мало объяснялся данными вскрытія, д-ръ Шмитцъ приходитъ къ заключенію, что такой исходъ единственно зависѣлъ отъ септицеміи въ острѣйшей формѣ.

Зараженіе не могло быть занесено извнѣ (въ палатахъ не

было случаевъ септицеміи), слѣдовательно оно началось изнутри, со стороны полости пузыря. На основаніи этого—позволительны слѣдующіе выводы: 1) что большинство пациентовъ, умершихъ послѣ высокаго камнесѣченія, были прямою жертвою операціи и 2) что причина смерти въ большинствѣ случаевъ была септицемія (стр. 96).

Какимъ-же путемъ мы можемъ гарантировать своихъ оперированныхъ отъ этой септицеміи, берущей свое начало изъ полости пузыря? Гарантій и защитой является шовъ.

Авторъ былъ сперва противникомъ шва, но затѣмъ, на основаніи литературныхъ справокъ, а также своихъ 2-хъ наблюденій (см. табл. II), гдѣ хотя шовъ и разошелся, но наступило полное выздоровленіе, склоняется въ пользу наложенія шва при *sectio alta*.

Шить слѣдуетъ не во всѣхъ случаяхъ; при высокой степени катарра пузыря и особенно тонкой его стѣнкѣ, шовъ не долженъ быть примѣненъ.

Заканчивая свое сообщеніе сравнительной оцѣнкой операцій при каменной болѣзни, докладчикъ того мнѣнія: а) литотрипсія въ дѣтскомъ возрастѣ можетъ быть примѣнена лишь въ исключительныхъ случаяхъ, да и то у дѣвочекъ; б) боковая литотомія даетъ у взрослыхъ смертность около 22%, а у дѣтей лишь около 7%, в) срединное сѣченіе, вслѣдствіе еще малаго числа опубликованныхъ случаевъ, разграничить трудно; по *Allarton* у взрослыхъ % смертности=12.5, а у дѣтей=3½; также и у *Häusinger* ⁶¹⁾. Срединное сѣченіе даетъ лучшій %, чѣмъ боковое, но примѣнять его у дѣтей должно не ранѣе 8 года и при камняхъ не болѣе 2-хъ сант. въ діаметрѣ.

Высокое камнесѣченіе даетъ идеальное выздоровленіе. Преимущества операціи передъ всѣми другими—велики, но % смертности при ней превышаетъ смертность при всѣхъ другихъ методахъ и если не удастся понизить этого процента, то придется отказаться отъ столь выгодной операціи. Однако, слѣдуетъ думать, что при соблюденіи самыхъ строгихъ правилъ антисептики, дѣло до этого не дойдетъ.

Д-ръ *Эберманъ* ⁶²⁾, исходя изъ того, что мочеваѣ инфильтрація весьма опасна, способы, предложенные съ цѣлью избѣжать ее — ненадежны, а именно: операція въ два приѣма, *boutonnière*, дренажи—не удовлетворяютъ цѣли, положеніе на животѣ примѣнимо только у взрослыхъ, шовъ рѣдко удается, предложилъ свой способъ ухода за раной пузыря. Объ этомъ подробно—ниже.

Проф. Синицын⁶³⁾ въ своемъ сообщеніи является защитникомъ боковой литотоміи.

Докладчикъ того мнѣнія, что основные методы леченія каменной болѣзни — камнесѣченіе и камнедробленіе — вполне разработаны, какъ со стороны техники, такъ и показаній; вотъ почему задача современной хирургіи, владѣющей такимъ могучимъ способомъ, какъ антисептика, должна лишь заключаться въ дальнѣйшей разработкѣ вопроса о наилучшемъ веденіи послѣоперационнаго періода.

Однако, стремленія хирурговъ приложить вполне антисептическій методъ къ камнесѣченію выдвинули вопросъ о забытой *sectio alta*, при чемъ погоня за новизной побуждаетъ отступать отъ выработанныхъ опытомъ показаній.

При рѣшеніи вопроса о бѣльшей выгодѣ того или другаго способа камнесѣченія остаются въ силѣ выработанныя до сихъ поръ показанія для дробленія, и приступать къ камнесѣченію позволительно лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ камнедробленіе противопоказывается.

Основываясь на своемъ матеріалѣ *) (154 боковыхъ камнесѣченій съ 7 смертными исходами, т. е. $\% \text{ смертности} = 4,55$), проф. приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: собственно операція только однажды была прямой причиною смерти (*perì et paracystitis* отъ затековъ мочи); въ остальныхъ же случаяхъ 2 раза наблюдался *pyelonephritis*, 2 раза — кистовидное перерожденіе почекъ, 1 разъ — бугорчатка почекъ и легкихъ и 1 разъ — почечные камни съ глубокими измѣненіями въ почкахъ.

Такой блестящій результатъ полученъ при соблюденіи слѣдующихъ предосторожностей: а) крайне осторожнаго извлеченія камня и б) соблюденія особаго выработаннаго метода послѣдовательнаго за операціей леченія. Этотъ методъ состоитъ: 1) въ промываніи пузыря карболовымъ растворомъ, 2) въ дренажѣ пузыря, который защищаетъ рану отъ химически измѣненной мочи, 3) въ тампонадѣ раны кругомъ дренажа тампонами, смоченными въ смѣси іодовой настойки съ глицериномъ и обсыпанныхъ іодоформомъ, который поддерживаетъ асептическое состояніе раны и 4) ежедневномъ смазываніи — 2, 3 раза — гранулирующей поверхности до заживленія

*) По возрасту оперированные распредѣлились такъ: отъ 1 до 10 л. (72 случ.) $\% \text{ смертности} = 0$; отъ 10 до 20 л. (51 случ.), $\% = 7,8$; отъ 20 до 30 л. (25), $\% = 12$; отъ 30 до 40 и отъ 50 до 60 л. (6 случ.), $\% = 0$.

крѣпкой *t. jodi*, что имѣетъ цѣлью достиженія того же асептизма раны.

Отсюда видно, говоритъ почтенный профессоръ, что недостатки, приписываемые боковой литотоміи,—преувеличены. Кровотеченіе наблюдалось рѣдко (автору всего лишь два раза пришлось имѣть съ нимъ дѣло), останавливается легко. Раненіе прямой кишки встрѣчается чаще (у автора—6 разъ), но не опасно, такъ какъ не ведетъ ни къ чему болѣе, какъ къ замедленію полнаго заживленія. Раненіе *ductus ejaculatorii*—продуктъ воображенія, образованіе свищей наблюдается крайне рѣдко, недержаніе мочи не встрѣтилось ни разу. Большой % смертности—по *Thompson*'у для дѣтей 13%, а съ увеличеніемъ возраста до 20 и болѣе—падаетъ до минимума при соблюденіи антисептическихъ приѣмовъ въ послѣоперационномъ періодѣ.

Вотъ почему онъ не видитъ преимущества высокой литотоміи передъ боковой. Преимущества первой операциі заключаются единственно въ возможности извлеченія весьма большихъ камней, но за то вмѣстѣ съ извлеченіемъ большихъ камней „и больные вычеркиваются изъ списка живыхъ“. Другихъ преимуществъ нѣтъ, такъ какъ шовъ пузыря не всегда даетъ первое натяженіе; кромѣ того бываютъ такіе случаи концентрической гипертрофіи пузыря, гдѣ нетолько невозможно примѣнить шовъ, но и пришить края пузыря къ краямъ брюшной раны, какъ это предложилъ д-ръ *Эберманъ*.

Въ происшедшихъ за этимъ сообщеніемъ дебатахъ, между присутствующими на Съѣздѣ хирургами оказались защитники всѣхъ методовъ камнесѣченія.

Проф. *Кузьминъ* — сторонникъ срединнаго сѣченія; д-ръ *Надеждинъ* — тоже; считаетъ эпицистотомію умѣстной исключительно при большихъ камняхъ.

Д-ръ *Макашевъ* говоритъ за высокое камнесѣченіе, такъ какъ только при немъ, при условіи наложенія пузырнаго шва, возможна полная антисептика; что касается шва, то по его мнѣнію слѣдуетъ накладывать этажный.

Кромѣ того онъ полагаетъ, что вопросъ о наилучшемъ методѣ камнесѣченія возможно рѣшить только путемъ статистическаго изслѣдованія; этому послѣднему всего болѣе могутъ помочь земскіе врачи, которые опубликованіемъ своихъ многочисленныхъ наблюденій имѣютъ полную возможность „уменьшить ту разницу, какая существуетъ между статистическимъ матеріаломъ для того и другаго способа“ (стр. 65).

Д-ръ *Воблый* вполне согласенъ съ мнѣніемъ проф. *Синицына*, что противники боковой литотоміи значительно пре-

увеличиваютъ недостатки sectionis lateralis. Онъ доволенъ результатами сдѣланныхъ имъ боковыхъ литотомій; при чемъ хорошій исходъ получается и при неполномъ соблюденіи дезинфекціи раны, такъ какъ, напр. у маленькихъ дѣтей, особенно капризныхъ, она не всегда примѣнима.

Д-ръ *Евсѣенко* вполне доволенъ результатами своихъ 30 боковыхъ камнесѣченій. На это число получены: 1 свищъ, 2 раненія прямой кишки и 1 случай недержанія мочи. Свищъ и раненія прямой кишки окончились выздоровленіемъ, недержание же мочи осталось неизлеченнымъ. Что касается sectionis altae, то имъ произведено (2 раза), также и высокое камнесѣченіе, но послѣоперационный періодъ былъ настолько тяжелъ, что онъ отказался отъ этой операціи.

Д-ръ *Евсѣенко* обращаетъ вниманіе товарищей на подготавливающее леченіе больныхъ, подлежащихъ операціи; всякія промыванія пузыря, его дезинфекція, могутъ быть съ успѣхомъ замѣнены простымъ исправленіемъ мочи внутренними средствами, какъ-то: mag. boracit., acid. boric., naphthalin. и т. д. *).

Проф. *Монастырскій* ⁶⁴⁾ упоминаетъ о 2-хъ случ. эпицистотоміи съ наложеніемъ пузыряго шва. Въ одномъ получено первое натяженіе, въ другомъ шовъ разошелся на 6 д. Защитники этого шва обыкновенно считаютъ достаточнымъ, если шовъ продержитъ хоть три дня, такъ какъ образующаяся за это время грануляціонная ткань вполне защищаетъ отъ мочевыхъ затековъ, но самъ не раздѣляетъ этого мнѣнія и въ послѣднемъ случаѣ опасается за исходъ своего оперированнаго.

Проф. *Склифосовскій* того мнѣнія, что хотя вопросъ о высокомъ и боковомъ камнесѣченіяхъ, поставленный на Съѣздѣ, и вызвалъ нѣсколько интересныхъ сообщеній, но „къ сожалѣнію, нужно признаться, что каждый изъ насъ не вынесетъ изъ аудиторіи вполне опредѣленнаго представленія о томъ, какому же изъ способовъ оперирования слѣдуетъ отдать предпочтеніе“. Отвѣтъ на это можно дать только путемъ статистической и анатомической разработки вопроса о камнесѣченіи.

Sectio alta и mediana, по анатомическому своему строенію, проще и легче боковой литотоміи. Эпицистотомія нуждается еще въ разработкѣ техники операціи; особенно это касается до пузыряго шва. Въ 3-хъ своихъ случ., гдѣ онъ

*) Интересующихся этимъ вопросомъ, т. сказ. — внутреннимъ исправленіемъ мочи — отсылаемъ къ статьѣ д-ра *Евсѣенко*. „Медицин. Вѣст.“ 1884 г.

не получилъ перваго натяженія, причина неуспѣха, вѣроятно, лежала въ несовершенствѣ оперативнаго метода.

Этимъ закончились на 1-мъ Съѣздѣ разсужденія о высокой литотоміи.

Какъ мы видимъ, Съѣздъ не пришелъ къ какому либо опредѣленному выводу, и вопросъ о выборѣ того или другаго оперативнаго метода камнесѣченія, обогатившійся нѣсколькими новыми фактами, долженъ былъ считаться такимъ же открытымъ, какимъ онъ былъ и до Съѣзда. Это хорошо было соизнано членами Съѣзда и проф. *Синицынъ*, предсѣдатель слѣдующей секціи хирургіи, 29-го декабря вернулся снова къ вопросу о литотоміи. Считая, что тотъ или другой отвѣтъ на затронутый Съѣздомъ вопросъ можетъ быть разрѣшенъ только путемъ статистическимъ, при помощи огромнаго матеріала провинціальныхъ врачей, онъ предложилъ секціи выбрать комиссію, которая выработала бы программу для собиранія нужныхъ свѣдѣній по заранѣе опредѣленному плану.

Предложеніе было принято и большинствомъ голосовъ выбраны въ комиссію: проф.: *Коломнинъ*, *Склифосовскій*, *Синицынъ* и д-ръ *Эберманъ*.

Въ 1886 году, кромѣ вышеприведенныхъ докладовъ, сдѣланныхъ на Съѣздѣ и затѣмъ напечатанныхъ преимущественно въ „Хирург. Вѣстникѣ“, мы встрѣчаемъ въ литературѣ не мало работъ по вопросу объ эпицистотоміи; это исключительно казуистическія сообщенія д-ровъ: *Акимова* ⁶⁵⁾, *Асмута* ⁶⁶⁾, *Васильева* ⁶⁷⁾, *Войно* ⁶⁸⁾, *Миславскаго* ⁶⁹⁾, *Пенкина* ⁷⁰⁾, *Подреза* ⁷¹⁾, *Путохина* ⁷²⁾, *Розенбаума* ⁷³⁾, *Соколова* ⁷⁴⁾, *Соломка* ⁷⁵⁾, *Тиллина* ⁷⁶⁾.

Д-ръ *Акимовъ* по поводу своего случая эпицистотоміи высказываетъ мнѣніе, что прежній большой % смертности послѣ операціи не выдерживаетъ критики, особенно же въ виду хорошихъ результатовъ операціи за послѣднее время.

Ничего нѣтъ удивительнаго, что % смертности былъ великъ, оперировались высокимъ разрѣзомъ случаи тяжелые, другіе методы литотоміи были непримѣняемы; при такихъ условіяхъ нельзя было и рассчитывать на хорошій исходъ операціи.

Между тѣмъ *sectio alta*—операція безопасная и обеспечиваетъ намъ успѣхъ; поранить брюшину при современной technikѣ едва ли возможно, мочевоѣ же инфильтраціи нечего

бояться, такъ какъ она не такъ то легко происходитъ *), къ тому же дренажъ пузыря вполне хорошо гарантируетъ оперированнаго отъ затековъ.

Шовъ пузыря врядъ ли долженъ быть накладываемъ, такъ какъ онъ: во 1-хъ, плохо держитъ вливаемую въ пузырь жидкость (опытъ автора съ кошачьимъ пузыремъ: при небольшихъ количествахъ—жидкость просачивалась черезъ шовъ каплями, при большихъ же количествахъ—шовъ разрывался), во 2-хъ, способствуетъ заставанію, а слѣдовательно, и разложенію мочи въ пузырь и въ 3-хъ, не можетъ дать заживленію раны *per primam*, такъ какъ для этого нѣтъ благоприятныхъ условій; даже при самомъ осторожномъ извлеченіи камня края пузырной раны ушибаются. Все это говоритъ противъ примѣненія пузырнаго шва.

Д-ръ *Асмутъ* сообщаетъ весьма интересное наблюдение, гдѣ черезъ 7 мѣс. послѣ счастливо окончившагося высокаго камнесѣченія съ наложеніемъ шва на рану пузыря, оперированный заявилъ, что нѣсколько дней тому назадъ онъ почувствовалъ разстройства въ испражненіи мочи, которыя прошли послѣ того, какъ *per urethram* вышелъ камешекъ. Оказалось, что это была петля шва, около которой образовались инкрустаціи мочевыхъ солей.

Д-ръ *Войно*, въ докладѣ Об-ву Одесскихъ врачей по поводу своего случая эпицистотоміи, ставитъ для операціи слѣдующія показанія: а) большіе камни пузыря у дѣтей, б) камни инкапсулированные или засѣвшіе въ дивертикулахъ мочевого пузыря, в) гипертрофія простаты, мѣшающая введенію въ пузырь литотриптора, г) калезныя суженія уретры, е) присутствіе въ пузырь рядомъ съ камнемъ новообразованій—*sarcoma*, *papilloma*, ф) патологическіе процессы почекъ: *pyelonephritis*, истощеніе больного.

Д-ръ *Соломка*, сообщая о своихъ двухъ операціяхъ высокаго камнесѣченія, упоминаетъ уже о 131 эпицистотоміяхъ, опубликованныхъ въ Россіи. Изложивъ свои случаи, авторъ нѣсколько останавливается на тѣхъ способахъ ухода за раной пузыря, которые практикуются хирургами, а именно: а) шовъ пузыря, б) дренажъ пузыря, в) дренажъ только предпузырнаго пространства, г) сшиваніе краевъ раны пузыря съ краями раны брюшной стѣнки. Въ заключеніе, видитъ преимущества

*) Д-ръ *Акимовъ*, относительно трудности происхожденія мочевыхъ затековъ, придерживается вышеуказаннаго нами взгляда д-ра *Попова*.

операциі въ: *a)* простотѣ техники, *b)* весьма маломъ кровото-
ченіи, *c)* легкости извлеченія камня и *d)* возможности при опе-
раціи самого тщательнаго и подробнаго изслѣдованія пузы-
ря, особенно, если примѣнить освѣщеніе его по способу
Trendelenburg'a.

Д-ръ *Тилингъ* настоятельно рекомендуетъ товарищамъ
примѣненіе практикуемаго имъ этажнаго пузырьнаго шва (ниж-
ній узловатый, верхній непрерывный); въ 2-хъ случ. такой
шовъ далъ заживленіе *per primam*.

Слѣдующій (1887) годъ снова важенъ для оцѣнки высо-
каго камнесѣченія. На 2-мъ съѣздѣ Московско-Петерб. Медич.
Общества въ память *Н. И. Пирогова* эпицистотомія служить
предметомъ весьма важныхъ сообщеній и оживленныхъ пре-
ній, для которыхъ пришлось даже назначить экстренное
засѣданіе.

Въ виду интереса, рассмотримъ подробно какъ доклады,
бывшіе на Съѣздѣ, такъ и пренія между защитниками того
или другаго метода камнесѣченія.

Первымъ выступилъ д-ръ *Березкинъ* ⁷¹⁾ съ докладомъ о
59 случ. у дѣтей, произведенныхъ д-ромъ *Иршикомъ* въ Мо-
сковской больницѣ Св. Владиміра съ 1884 по 1886 гг.

Операциа примѣнялась при всякихъ камняхъ, только
особенно маленькія удалялись срединнымъ разрѣзомъ, и произ-
водилась при строго антисептической обстановкѣ, за исключе-
ніемъ немногихъ случаевъ, оперированныхъ до 1884 года.

Послѣ операциі всегда накладывался шовъ по *Максимову*;
шовъ узловатый, иногда поверхъ его непрерывный кѣтгутомъ.
Въ 20 случ. шовъ замыкалъ вполнѣ рану, въ 39 онъ накла-
дывался только по угламъ и, въ оставшееся несшитымъ
отверстіе, вставлялся дренажъ.

Первый способъ ухода за пузырьной раной практиковался
лишь только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пузырь былъ относи-
тельно здоровъ. Тогда примѣнялся и катетръ *à demeure*; онъ
оставался среднимъ числомъ 4 дня. Рана брюшной стѣнки
сшивалась до нижняго угла, куда вставлялся дренажъ, по-
верхъ антисептическая повязка.

Въ 7 случ. получена *prima*; въ остальныхъ, хотя моча и
продолжала вытекать черезъ рану, но замѣчено, что выздо-
ровленіе наступало быстро, въ 2—3 недѣли. Просачиваніе
мочи наружу начиналось не раньше 2-хъ сутокъ, и не позже
14-ти; часто стѣнки катетра покрывались солями и вызывался
уретритъ.

Второй способъ, т. е. дренажъ пузыря, сшитаго не на

всемъ протяженіи и простая повязка изъ сублимированной марли и гигроскопической ваты, примѣнялся въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заболѣваніе пузыря было значительно. Дренажъ удалялся на 5—9 д., самое раннее на 2, позднее на 19 д. Въ 3-хъ случ., кромѣ дренажа, пришлось примѣнить и катетръ à demeure, такъ какъ рана пузыря была очень низка. Т-ра только въ 9 случ. была нормальна; выздоровленіе чаще всего черезъ мѣсяць, одинъ только разъ черезъ 16 дней.

При первомъ способѣ умерло 3, при второмъ—5. Смертельный исходъ въ первой группѣ зависѣлъ: въ 1 случ. на 4 д. послѣ операціи, отъ затека мочи, который вызвалъ *pericystitidem purul*, а можетъ быть и воспаленіе брюшины, (вскрытія не было); во 2-мъ случ. отъ жироваго перерожденія сердца, и такъ какъ никакихъ другихъ патологическихъ измѣненій не найдено, то вѣроятно смерть произошла или отъ шока (очень поздно,—3 д.), или отъ быстротечнаго сепсиса; въ 3-мъ случ. отъ *pyelonephritidis* на 8 д. послѣ операціи; *pyelonephritis* былъ и раньше. Во второй группѣ летальный исходъ зависѣлъ отъ воспаленія брюшины и околопузырной клѣтчатки (1), катар. пневмоніи и катарра кишекъ (1), катарра кишекъ (2), скарлатины и кори, къ которымъ присоединилась и *pneumonia catarrhalis* (1). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ рана послѣ эпицистотоміи вполне зарубцевалась.

При выполненіи операціи два раза пораненъ *peritoneum*, но оба раненія не вызвали воспаленія брюшины. Кровотеченіе вообще было очень незначительно; лишь нѣсколько разъ пришлось наложить пинцеты на кровоточащіе сосуды брюшной стѣнки и однажды на сосудъ стѣнки пузыря.

Въ общемъ изъ 59 оперированныхъ умерло—8 (13,6%); но изъ этого числа мы должны исключить 3-хъ умершихъ отъ случайныхъ причинъ (скарлатина при зарубцевавшейся ранѣ, кровавый поносъ и катарральная пневманія черезъ два мѣс. послѣ операціи); кромѣ того д-ръ *Березкинъ* исключаетъ еще два случая, гдѣ смертельный исходъ былъ только ускоренъ операціей, а именно: при зажившей первымъ натяженіемъ пузырной ранѣ одинъ умеръ отъ гнойнаго нефрита, другой—отъ гнойнаго цистита, такъ что % смертности въ этихъ 59 случ. эпицистотоміи равенъ 5.

Замѣчено, что на % смертности имѣетъ большое вліяніе возрастъ больныхъ; изъ 33-хъ оперированныхъ моложе 5-ти л. умерло 7 (3 отъ операціи), а изъ 26-ти старше 5-ти л. только 1 и то отъ скарлатины.

Сопоставляя % смертности при *sectio alta* у другихъ авторовъ (*Günther*—23%, *Flury*—20, *Garcin*—14, *Dulles*—21,

новѣйшіе хирурги—23, Шмитц—38,6, Иршикс до 1884 г.—29,2) съ полученнымъ результатомъ, д-ръ Березкинъ сожалѣетъ, что въ только что приведенномъ статистическомъ матеріалѣ неизвѣстно: исключены ли случаи, которыхъ летальный исходъ зависѣлъ не отъ операціи, а отъ причинъ случайныхъ; мало того, въ этомъ матеріалѣ (случ. Шмитца, Иршика) много операцій доантисептического періода, каковыя не могутъ въ настоящее время быть взяты въ расчетъ для оцѣнки эпицистотоміи.

Все сказанное даетъ право сдѣлать д-ру Березкину слѣдующіе выводы: а) къ высокому камнесѣченію должно прибѣгать гораздо чаще, чѣмъ это дѣлалось прежде; б) % смертности при эпицистотоміи въ сообщенныхъ имъ случаяхъ не больше, чѣмъ %, получаемый въ той же больницѣ при другихъ методахъ камнесѣченія; в) пораненія брюшины — рѣдки и не опасны; д) благодаря шву пузыря, разрѣзъ часто заживаетъ *per primam*, что гарантируетъ отъ затековъ мочи и е) какой лучше накладывать шовъ остается пока невыясненнымъ.

Только что реферированный докладъ д-ра Березкина является для насъ особенно цѣннымъ. Помимо своего интереса, докладъ живо рисуетъ намъ, какъ рѣзко измѣнился взглядъ на леченіе каменной болѣзни въ одной и той же больницѣ. Если мы припомнимъ отчетъ д-ра Березкина о камнесѣченіяхъ въ той же больницѣ за періодъ 1876—1884 гг., то увидимъ: а) тогда наилучшимъ методомъ камнесѣченія считалась боковая литотомія; б) *sectio alta* примѣнялась только при большихъ камняхъ, когда нельзя было безъ риска выполнить боковое камнесѣченіе; в) тогда эпицистотомія примѣнялась только у дѣтей очень маленькихъ, теперь совсѣмъ наоборотъ: наблюденіе показываетъ, что % смертности получается значительно болѣе въ возрастѣ до 5 л., въ возрастѣ же старше 5 л. % смертности = 0; д) тогда сдѣланъ выводъ, что летальные исходы зависятъ отъ быстро развивающагося перитонита, какъ слѣдствія операціи, теперь воспаленія брюшины не боятся, такъ какъ, даже въ случаѣ раненія *peritonei*, оно не наблюдается и е) тогда высокое камнесѣченіе, не смотря на свои преимущества, было признано очень опасной операціей и оставлено, теперь же оно возведено въ господствующій методъ.

Какъ видно, разниа въ оцѣнкѣ операціи — поразительная. Чѣмъ объяснить ее? Неужели только модой, поисками за дешевой славой, какъ это всегда говорятъ противники высокаго камнесѣченія? Конечно, нѣтъ! Во всемъ этомъ нельзя заподозрить такого опытнаго хирурга, какъ д-ръ Иршикс,

оперирующий камни по всемъ методамъ и насчитывающий свои литотоміи сотнями. Очевидно, что такой рѣзкій переворотъ во мнѣніи относительно высокой литотоміи, произошелъ на основаніи вѣскихъ мотивовъ, тщательныхъ наблюдений и строго научнаго анализа имѣющагося матеріала; а разъ этотъ анализъ сдѣланъ,—понятна побѣда срединной и высокой литотоміи надъ боковымъ камнесѣченіемъ.

Послѣ этого небольшого отступленія продолжаемъ дальше.

Д-ръ *Никольскій* ⁷⁸⁾, основываясь на личномъ опытѣ^{*)}, а также матеріалѣ, собранномъ въ 4-хъ московскихъ больницахъ, отчетахъ д-въ *Дяконова*, *Веревкина* и на литературныхъ справкахъ, прежде всего высказывается за камнедробленіе, какъ за операцію идеальную.

Къ сожалѣнію, камнедробленіе безъ камнесѣченія существовать не можетъ, такъ какъ случаи камней, подходящіе для камнедробленія, попадаются рѣдко. Обыкновенно калькулезные обращаются къ хирургу поздно, когда у дѣтей уже разовьется значительное несоотвѣтствіе между величиной камня и уретрой, а у взрослыхъ — когда камень успѣетъ вызвать явленія тяжкаго катарра пузыря, при которомъ камнедробленіе противопоказуется.

Переходя къ оцѣнкѣ способовъ камнесѣченія, докладчикъ указываетъ, что каждый изъ способовъ имѣетъ своихъ защитниковъ, и современная школа московскихъ хирурговъ оперируетъ по всемъ тремъ методамъ.

При надлобковомъ разрѣзѣ д-ръ *Никольскій* видитъ главную опасность не въ раненіи брюшины, чего при соблюденіи правилъ, выработанныхъ техникой, можно избѣжать, а въ травмѣ фасціи *Velpeau* и въ томъ, что рана брюшной стѣнки не соотвѣтствуетъ разрѣзу пузыря, который, спавшись послѣ операціи, располагается подъ лоннымъ соединеніемъ. Здѣсь то какъ разъ помѣщается и предпузырная клѣтчатка, инсультуруемая во время операціи весьма сильно. Вотъ условія для мочевоѣ инфильтраціи. Этой послѣдней не могутъ помѣшать антисептическая повязка и шовъ пузыря, которымъ при эпицистотоміи придается такъ много значенія.

Первая не можетъ оказать всего своего вліянія, такъ

*) 8 камнедробленій (1 смерт. исходъ), 82 litotom. lateral. (11 смер.), 2 срединныхъ камнесѣченія и 2 высокихъ (1 смерт.). Вмѣстѣ съ вышеперечисленнымъ матеріаломъ всего: 318 боковыхъ (30 смер. исходовъ), 29 срединныхъ (1 смерт.) и 51 случ. высокихъ литотомій (13 смер. исходовъ).

какъ, при только что сказанномъ условіи спавшагося пузыря, помѣщающагося глубоко за лономъ, при несоотвѣтствіи раны пузыря съ раной брюшной, моча, прежде чѣмъ попасть въ повязку, изливается въ ушибленную околопузырную клетчатку. Второй не удовлетворяетъ своей цѣли, такъ какъ онъ рѣдко даетъ первое натяженіе. „Не смѣю, но хочу думать, что при такомъ несоотвѣтствіи едва-ли, по крайней мѣрѣ часто, наложеніе шва можетъ дать первичное натяженіе“ (стр. 39).

Слѣдуетъ еще отмѣтить то неудобное при высокомъ камнесѣченіи положеніе хирурга, когда ему приходится дробить камень (сверху—внизъ); при сказанномъ положеніи сильно ушибаются края раны пузыря и фасція *Velpeau*.

Срединное камнесѣченіе, не менѣе излюбленное за послѣднее время, должно быть примѣняемо при извѣстной величинѣ камня. Ссылаясь на *Tillaux* (стр. 777), авторъ того мнѣнія, что извлеченіе камней болѣе 3-хъ сант. въ поперечникѣ можетъ повлечь за собой разрывъ *capitis gallinaginis, ductus ejaculatorii*, — обстоятельства, служащія большимъ упрекомъ боковой литотоміи. *Sectio mediana* показана при маленькихъ и средней величины камняхъ, но такіе камни слѣдуетъ дробить.

При боковой литотоміи являются слѣдующія опасности:

1) Она, говорятъ, производится наизусть. Слѣдуетъ оперировать на глазъ, какъ это дѣлалъ въ Москвѣ д-ръ *Gaaz* или дѣлаетъ проф. *Синицынъ*.

2) Обильныя кровотеченія; поперечная и луковичная артеріи ранятся только при неправильномъ разрѣзѣ; *ar. pudenda com.* ранится только при аномаліи ея хода.

3) Большій, чѣмъ слѣдуетъ, разрѣзъ предстательной железы и шейки пузыря исключается при знаніи анатоміи и, если возможно, знаніи величины простаты, вниманіи къ своимъ дѣйствіямъ и къ своему инструменту.

4) Раненіе брюшины—болѣе возможно у дѣтей, гдѣ брюшинная складка спускается по задней поверхности пузыря до *prostata*; у взрослыхъ складка *peritonei* не спускается такъ низко, и при боковомъ разрѣзѣ шейки пузыря можно безъ всякой опасности дѣлать разрѣзъ на цѣлую $\frac{1}{4}$ дюйма черезъ основаніе простаты на дно мочевого пузыря (*Huytl*). Докладчикъ полагаетъ, что опасность эта все же велика.

5) Опасность раненія луковичы—велика; у дѣтей кровотеченіе луковичное—рѣдкость, у взрослыхъ наблюдается довольно часто; слѣдуетъ объ этомъ помнить.

6) Ранение recti—устраняется при соблюдении правил разреза простаты и

7) ранение capitis gallinaginis et duct. ejaculatorii весьма возможно.

Подводя итогъ, д-ръ *Никольскій* того мнѣнія, что всѣ виды камнесѣченія опасны въ анатомическомъ и не безукоризненны въ техническомъ отношеніи; современный хирургъ, однако, долженъ владѣть всѣми тремя способами литотоміи, такъ какъ каждая изъ нихъ имѣетъ свое опредѣленное показаніе. Вотъ они:

1) Если камень великъ и гладокъ, а моча (относительно) нормальна, если хирургъ имѣетъ надежду вынуть камень быстро,—показывается *sectio alta*.

2) Если моча щелочной реакціи, камень и не великъ, но лежитъ въ дивертикулѣ,—показана *sectio alta*.

3) Если камень не великъ, больной взрослый, показывается срединное камнесѣченіе.

4) Если стѣнка пузыря гипертрофирована,—боковое.

5) Если камень и не великъ, но моча щелочной реакціи, съ противнымъ амміачнымъ запахомъ и содержитъ много слизи, гноя,—словомъ, если мочевого пузыря играетъ роль гнойника,—показана только боковая литотомія; при ней одной можетъ быть данъ мочѣ полный стокъ безъ остатка.

6) Если камень шероховатъ и такой величины, что его необходимо раздробить,—боковое камнесѣченіе.

7 и 8) У стариковъ, ради ихъ анатомическихъ особенностей мочевыхъ путей,—предпочтительна *sectio alta*; если же и здѣсь пузырь напоминаетъ собою гнойникъ, то показывается тоже боковая литотомія.

9) У дѣтей пригодны всѣ способы, что стоитъ въ зависимости отъ анатомическихъ особенностей ихъ мочевыхъ путей, а также и неувимой возрастной жизненности. У дѣтей въ 11 случаяхъ боковой литотоміи докладчикъ имѣлъ первое натяженіе черезъ сутки послѣ операціи, и вся моча шла нормальнымъ путемъ.

10) При мочевыхъ фистулахъ показано то камнесѣченіе, въ области котораго находится эта фистула (стр. 42).

Проф. *Склифосовскій* ⁷⁹⁾, извѣстный защитникъ надлобковаго камнесѣченія, предложилъ новый шовъ пузыря, о которомъ ниже.

Въ своемъ интересномъ докладѣ проф. указываетъ, что къ пузырю съ тою или другою цѣлью можно подойти либо путемъ естественнымъ, либо искусственнымъ: черезъ промеж-

ность и надлобковую область. Путь естественный, не смотря на возраженія нѣкоторыхъ хирурговъ, всегда будетъ избранъ при соотвѣтственныхъ показаніяхъ; при тѣхъ же условіяхъ всегда будетъ примѣняться и камнесѣченіе. Какое же предпринять?

Боковое, освященное опытомъ, неудобно въ силу своей анатомической несостоятельности, а также и въ силу тѣхъ послѣдствій, которыми она иногда сопровождается *).

Срединное сѣченіе имѣетъ за собою большія преимущества, но, къ сожалѣнію, путь черезъ предстательную часть шейки допускаетъ прохожденіе только въ извѣстныхъ границахъ: растяженіе свыше $3\frac{1}{2}$ сант. можетъ повлечь за собой разрывъ капсулы и самой простаты, что нежелательно.

Эти то условія, а также и стремленія новѣйшей хирургіи добиваться, гдѣ только можно, перваго натяженія — естественнаго заживленія раны — побуждаютъ насъ обратить вниманіе на надлобковое сѣченіе пузыря съ послѣдовательнымъ швомъ, на этотъ, по выраженію проф. *Volkmann*'а „идеальный и наилучшій способъ“!

Остановившись нѣсколько на странной судьбѣ эпицистотоміи, не имѣвшей успѣха, благодаря двумъ основнымъ положеніямъ противниковъ: раненія брюшины и мочевоѣ инфильтраціи, казавшихся раньше дѣйствительно довольно вѣскими, проф. указываетъ, что въ настоящее время эти возраженія потеряли свою силу. Раненіе брюшины неопасно и можетъ быть избѣгнуто правильной техникой операціи. Примѣненіе кольпейринтера и наливаніе пузыря поднимаютъ брюшинную складку иногда до 8 сант. надъ лоннымъ соединеніемъ, что вполне гарантируетъ насъ отъ ея пораненія; если же она встрѣтится при операціи, то ясно замѣтна и потому можетъ быть пощажена.

Возраженія нѣкоторыхъ, что при эпицистотоміи мало мѣста, хирургу приходится работать въ глубинѣ узкой раны, — неосновательны, такъ какъ при условіи хорошей анестезіи края раны брюшной стѣнки легко раздвигаются и поле операціи — передъ глазами. Примѣненіе же способа освѣщенія по *Trendelenburg*'у и употребленіе шелковыхъ лигатуръ съ боковъ предполагаемаго разрѣза пузыря дѣлаютъ осмотръ, доступъ къ нему, весьма легкимъ; при этихъ условіяхъ наложеніе пузырнаго шва — не трудно.

*) Смотри статью проф. *Склифосовскаго* въ „Лѣтописи Хирургич. Об-ва“ 1885 г.

Мочевая инфильтрація не можетъ служить возраженіемъ противъ эпицистотоміи, такъ какъ первое натяженіе—результатъ шва—достаточная гарантія; если же до вскрытія пузыря примѣнить тщательное обеззараживаніе и вымываніе пузыря, то опасность случайнаго попаданія гнойной и измѣненной мочи въ околопузырную клѣтчатку устраняется.

По наложеніи предлагаемаго проф. этажнаго шва, вставляется катетръ à demeure, что у взрослыхъ вполне возможно, у дѣтей—нѣсколько труднѣе; связавъ имъ руки и ноги, можно все таки удержать катетръ 2, 3 дня. На рану брюшной стѣнки—шовъ и дренажъ въ нижнемъ углу.

Тотъ фактъ, что у собакъ шовъ пузыря даетъ почти всегда заживленіе первымъ натяженіемъ, вѣроятно объясняется анатомической особенностью ихъ пузыря, одѣтаго со всѣхъ сторонъ брюшиной, эластическія свойства которой и обусловливаютъ это сращеніе. Такое предположеніе подтверждается и наблюденіями: у женщинъ случайныя раненія пузыря при извлеченіи опухолей изъ полости брюшины заживаютъ подъ швомъ всегда первымъ натяженіемъ. *Все это наводитъ на мысль допустить у человека сращеніе той части пузыря, которая одѣта брюшиной; здѣсь удобно наложить шовъ по способу Lembert'a.* „Если шовъ *Lembert'a*, наложенный на рану кишечника, дастъ заживленіе первымъ натяженіемъ, то почему такой же шовъ не дастъ подобнаго зарощенія раны пузыря? Вѣдь, свѣжая моча не вредна для раны; а кишечные газы и жидкое содержимое кишекъ гораздо опаснѣе для пластической операціи, чѣмъ моча“ (стр. 225, 226).

Слѣдующій докладъ сдѣланъ д-мъ *Ващенко*⁸⁰⁾, сообщившимъ о своихъ 8 эпицистотоміяхъ; всѣ оперированные (отъ 1½ до 22 лѣтъ) выздоровѣли.

Только два раза больные не подготовлялись къ операціи; обыкновенно же, кромѣ ваннъ, пузырь промывался теплымъ растворомъ салицилловой кислоты. Примѣнялся хлороформный наркозъ совмѣстно съ кокаиномъ; если почему либо нельзя было кончить операцію подъ хлороформомъ,—она оканчивалась подъ кокаиномъ.

Во время операціи три раза выпадала брюшина, въ одномъ случаѣ она была поранена. Теченіе оперированныхъ безлихорадочное; брюшная рана заживала *per primam*. Шва на пузырь не накладывалось; дренажъ оставлялся на 4 сутокъ. Моча шла нормальнымъ путемъ около 13.1 д., въ одномъ случаѣ сильнаго катарра пузыря,—на 23 д. Вѣсъ камня отъ 0,60 до 30.0 грм. Фистулезные ходы послѣ дренажа закрывались между

15—21 д. (6 случ.), а при фосфатахъ—между 37 и 60 д.—Антисептическая повязка (сулемово-йодоформная).

На основаніи личнаго опыта, д-ръ Ващенко пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Разъ мы не имѣемъ дѣла съ фосфатомъ, осложняющимъ постоянно пузырь сильнымъ катарромъ, то операція и послѣдовательное леченіе переносятся хорошо, какъ дѣтьми, такъ и взрослыми; выздоровленіе наступаетъ быстро.

2) При дезинфицированіи пузыря черезъ рану или уретру растворомъ салицилловой кислоты (2%), сулемы (1:6000), моча не обнаруживаетъ своего разрушительнаго дѣйствія на состояніе тканей.

3) Катарръ пузыря, рѣдко отсутствующій при камнѣ, держится упорно только послѣ фосфатовъ; въ другихъ случаяхъ, по извлеченіи камня, не требовалось никакого леченія катарра.

4) Катарръ пузыря послѣ фосфатовъ оттягиваетъ періодъ выздоровленія. Оно въ прямой зависимости отъ успѣха леченія катарра пузыря.

5) Для всѣхъ моихъ больныхъ было обязательно положеніе на животѣ.

6) Не дурно дезинфицируетъ мочу даваемый внутрь 2—4% растворъ резорцина, хотя и понижаетъ иногда сильно температуру.

7) Предлагаемая д-мъ Евстенко *magn. boro-citrica* тоже дѣйствуетъ подобно резорцину, если не разстраиваетъ пищеварительнаго аппарата.

8) Кокаинизируя больныхъ подкожно и мѣстно при совмѣстномъ хлороформированіи, мнѣ приходилось видѣть отсутствіе послѣдовательнаго за хлороформированіемъ упадка силъ и рвоты.

9) Желая сократить періодъ выздоровленія послѣ фосфата, т. е. при катаррѣ пузыря, я *нахожу болѣе целесообразнымъ производить литотомію боковую*, такъ какъ при высокомъ сѣченіи катарръ пузыря болѣе затягиваетъ періодъ выздоровленія и есть основаніе опасаться мочевой инфильтраціи. Наложеніе же пузырьнаго шва здѣсь противопоказуется, потому что на желательное первое натяженіе нельзя рассчитывать, а разъ его нѣтъ, то и способъ оперированія сводится къ дренажу пузырьной раны съ тою только разницею, что если мы будемъ имѣть *primam* въ наружной ранѣ, то придется ее разрушить и затѣмъ уже съ большимъ затрудненіемъ вводить дренажъ въ пузырьную рану (стр. 34).

Вслѣдъ за этими докладами произошли оживленныя пренія, наглядно указывающія намъ до какой степени взгляды хирурговъ разнорѣчивы между собою и какъ далеко еще не рѣшеннымъ долженъ считаться вопросъ о выборѣ того или другаго метода камнесѣченія. Приводимъ краткій очеркъ этихъ преній.

Д-ръ *Линденбаумъ* считаетъ несправедливымъ мнѣніе тѣхъ хирурговъ, которые полагаютъ, что *sectio lateralis* отжила свой вѣкъ; у многихъ она еще будетъ господствующимъ методомъ. Боковое камнесѣченіе далеко не такъ опасно, какъ это утверждается теперь многими, антисептика и здѣсь сдѣлала свое дѣло. *Sectio alta* даетъ большой % смертности, тогда какъ при *sectio lateralis* *Розенталь* имѣлъ только 7,8, *Синицинъ* 4,8, самъ-же *Линденбаумъ* 5% смертности. Кромѣ того она требуетъ извѣстной обстановки, которою располагаютъ далеко не всѣ хирурги. Наложеніе пузырнаго шва мыслимо только при хорошей technikѣ; только благодаря ей проф. *Bergmann* и *Склифосовскій* могли получить такіе хорошіе результаты.

Д-ръ *Эберманъ*—горячій сторонникъ камнедробленія. Оно показуется при маленькихъ камняхъ, можетъ быть легко примѣнено у дѣтей, даже амбулаторно, какъ это не разъ ему приходилось дѣлать у дѣтей и взрослыхъ. У стариковъ гипертрофія простаты противупоказуетъ камнедробленіе и у нихъ не остается никакого другаго оперативнаго пособія, кромѣ высокаго сѣченія; тоже слѣдуетъ сказать и о тѣхъ случаяхъ, гдѣ камень сидитъ въ дивертикулѣ.

Sectio alta у женщинъ совершенно не нужна, такъ какъ въ силу анатомическихъ условій, можно послѣ расширенія уретры удалить какой угодно камень; притомъ его можно предварительно раздробить.

Д-ръ *Вельяминовъ* того мнѣнія, что высказанное проф. *Склифосовскимъ* положеніе: „накладывать шовъ всегда“, не можетъ быть принято въполнѣ. Для наложенія шва существуютъ свои показанія: шить слѣдуетъ только при здоровомъ пузырьѣ и неразлагающейся мочѣ. При обратныхъ условіяхъ шить не слѣдуетъ; дѣлать иначе значитъ идти противъ правилъ современной хирургіи. Успѣхъ шва зависитъ только отчасти отъ техники сшиванія, но главнымъ образомъ отъ того: показанъ-ли онъ, или нѣтъ.

Что-же касается до сшиванія той части пузыря, которая одѣта брюшиной, швомъ *Lembert'a*, то слѣдуетъ ваять во вниманіе, что кишечный шовъ довольно часто и не удается.

Д-ръ *Березкинъ* поддерживаетъ только что высказанный имъ

въ докладѣ взглядъ на шовъ пузыря и указываетъ, что д-ръ *Иршикс* не примѣняетъ пузырнаго шва при разлагающейся мочѣ и вообще при катаррѣ пузыря.

Проф. *Подрезъ* высказывается горячимъ сторонникомъ литотоміи, такъ какъ этотъ методъ является идеальнымъ. Что касается до камнесѣченій, то *sectio alta* не влечетъ за собой тѣхъ грустныхъ осложнений и послѣдствій, которыя связаны съ промежностными литотоміями. Эпицистотомія уже теперь конкурируетъ съ боковымъ разрѣзомъ, а между тѣмъ эта операція только что еще разрабатывается, тогда какъ техника тѣхъ доведена до предѣла. Проф. увѣренъ, что при дальнѣйшей разработкѣ высокаго камнесѣченія, при ней возможно будетъ получать многія преимущества, недоступныя для законченнаго уже въ техническомъ отношеніи боковаго сѣченія (стр. 57).

Д-ръ *Никольскій* не согласенъ съ мнѣніемъ, высказываемымъ многими, что раненіе брюшины при *sectio alta*—неопасно; во всякомъ случаѣ оно не можетъ быть сравниваемо съ лапаротоміями, такъ какъ тамъ нѣтъ условій для загрязненія раны вытекающей мочей. Случаи, гдѣ ранится брюшина, „доказываютъ, что складка брюшины не была отодвинута пузыремъ вверхъ, который въ такихъ случаяхъ не могъ расшириться, а это служитъ противопоказаніемъ къ производству высокой литотоміи“.

Если операціи придается особенное значеніе въ силу того, что съ наложеніемъ шва на пузырь возможна *prima intentio*, что, къ слову сказать, наблюдается и при боковой литотоміи, то нерѣдко встрѣчаются и мочевые затеки. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя наложить шовъ, околопузырная клѣтчатка, инсультированная во время операціи, омывается сильно разложившейся мочей, а при несоотвѣтствіи наружной и пузырной раны, у насъ на лицо всѣ условія для мочевой инфильтраціи. Вообще, врядъ-ли можно сильно рассчитывать на то, что пузырьный шовъ исполнитъ свое назначеніе.

Д-ръ *Введенскій* того мнѣнія, что операціи камнесѣченія могутъ быть оцѣниваемы степенью частоты наблюдаемыхъ при нихъ кровотеченій. Основываясь на статистическихъ данныхъ, видно, что послѣ *sectionis medianae* кровотеченіе наблюдается всего рѣже. *)

*) Основывается д-ръ *Введенскій* на статистикѣ *Rouxen* ⁸¹⁾, по которой на 900 случ. промежностныхъ литотомій было 162 случ. кровотеченій (28%). По даннымъ Московской Маріинской больницы на 733 боковыхъ

Гипертрофію стѣнокъ пузыря, которую д-ръ *Никольскій* ставитъ показаніемъ для боковаго камнесѣченія, невозможно діагностировать при жизни.

Что касается до боковаго камнесѣченія, то оно совсѣмъ оставлено за границей и дѣлается только у насъ.

Д-ръ *Медвѣдевъ* полагаетъ, что выборъ той или другой операціи зависитъ отъ величины камня; при камнѣ больше $3\frac{1}{2}$ сант. поврежденіе простаты весьма возможно и онъ долженъ быть удаляемъ черезъ боковой разрѣзъ. Большинство смертныхъ случаевъ послѣ боковаго сѣченія приходится на камни большаго размѣра.

Литотритія у дѣтей даетъ плохіе результаты; причиною тому—большая чувствительность пузыря; послѣ камнедробленія часто остаются осколки, ущемленные пузыремъ; введеніе литотриптора затруднительно.

Д-ръ *Доброхотовъ* обращаетъ вниманіе членовъ Съѣзда на то, что изъ доклада д-ра *Березкина* 5,6% смертности при эпицистотоміи падаетъ на дѣтей моложе 6 лѣтъ; въ томъ-же возрастѣ при боковой литотоміи проф. *Синицынъ* не потерялъ ни одного больнаго.

Д-ръ *Радуловичъ* не думаетъ, чтобы въ настоящее время можно было съ положительностью высказаться въ пользу высокаго камнесѣченія, какъ это дѣлаютъ уже весьма многіе. Не отрицая, что доклады и пренія о леченіи каменной болѣзни были весьма полезны для членовъ Съѣзда, такъ какъ всѣ методы были разобраны и оцѣнены; не отрицая, что вѣроятно у многихъ изъ членовъ сложилось то или другое мнѣніе, чуждое моды и увлеченія, онъ полагаетъ, что для болѣе полнаго и всесторонняго сужденія объ этомъ чрезвычайно важномъ вопросѣ нужны цифры и факты. Нужна статистическая разработка вопроса, для чего и предлагаетъ выбрать комиссію, которая выработала бы форму статистической карточки; сообразно этой карточкѣ всѣ врачи, производящіе камнесѣченія, могли бы доставлять необходимыя свѣдѣнія.

Это предложеніе поддержано проф. *Ринкомъ* и д-мъ *Балкашинымъ*.

Проф. *Бобровъ* того мнѣнія, что лучше всего оперировать срединнымъ сѣченіемъ, рѣже боковымъ; только въ исключительныхъ случаяхъ необходимо дѣлать эпицистотомію. При выборѣ операцій, кромѣ извѣстныхъ показаній и противупока-

литотомій было 134 случ. смерти, изъ нихъ 12—отъ кровотеченій, т. е. почти 9% изъ всѣхъ причинъ смерти.

заній, слѣдуетъ еще всегда брать во вниманіе и уходъ за оперированнымъ. Гдѣ этотъ уходъ недостаточенъ, тамъ всегда слѣдуетъ прибѣгать къ срединному и боковому разрѣзамъ, такъ какъ при нихъ стокъ мочи болѣе свободенъ. При значительномъ катаррѣ показывается боковое камнесѣченіе, въ силу только что сказаннаго. Литотрипсію слѣдуетъ дѣлать лишь при камняхъ очень маленькихъ и при здоровомъ пузырьѣ. Операция — очень трудна, не можетъ быть изучена на трупѣ *), а учиться ей на живомъ — непозволительно; въ силу этого, оставивъ ее только для вышеперечисленныхъ случаевъ, операцию нужно почти совсѣмъ вычеркнуть (стр. 59).

Что касается до собиранія статистическихъ данныхъ, то данныя эти тогда только имѣютъ цѣну, когда представляютъ матеріалъ одного и того же хирурга, работающаго при однихъ и тѣхъ же условіяхъ. Такова статистика проф. *Синицына* или же д-ра *Березкина*. При всѣхъ равныхъ условіяхъ мы имѣемъ здѣсь отчетъ объ операціяхъ большихъ и малыхъ камней, относительно здоровомъ пузырьѣ и катаррѣ его, притомъ выполненныхъ однимъ и тѣмъ же хирургомъ.

Пренія были закончены краткимъ резюме предсѣдателя проф. *Павлова*, указавшаго, что каждое изъ камнесѣченій имѣетъ свой *réson d'être* и имѣютъ свои показанія. Личное мнѣніе предсѣдателя таково: срединное и высокое камнесѣченія, сами по себѣ или въ соединеніи съ камнедробленіемъ, имѣютъ свои преимущества, но не исключаютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ и боковой литотоміи; что же касается до камнедробленія, то при извѣстныхъ условіяхъ оно является вполне показуемымъ методомъ. Въ дѣлѣ выбора операции много значить личная опытность хирурга. Нѣтъ никакого права утверждать, что вопросъ о методахъ камнесѣченія — вполне исчерпанъ и законченъ.

Что же касается до статистическаго матеріала, собираемаго съ цѣлью рѣшить преимущества того или другаго способа операции, то онъ присоединяется къ мнѣнію, только что высказанному проф. *Бобровымъ*.

*) Часто приходится слышать, что камнедробленіе не можетъ быть изучаемо на трупахъ. Тутъ какое то недоразумѣніе. Стоитъ только на трупѣ сдѣлать высокое камнесѣченіе, положить камень, зашить пузырь и все готово для камнедробленія; учащіеся при этомъ будутъ практиковаться, какъ въ производствѣ эпицистотоміи, такъ и въ камнедробленіи.

Члены Съѣзда отклонили *) предложеніе выработать планъ для собиранія статистическихъ данныхъ, но избрали комиссію для свода всего того, что было доложено на 1-мъ и 2-мъ Съѣздахъ по вопросу о каменной болѣзни.

Въ комиссію вошли проф. *Склифосовскій*, *Синицынъ*, д-ра *Никольскій* и *Эберманъ*.

Вскорѣ послѣ окончанія Съѣзда задача комиссіи была выполнена работой д-ра *Грузенберга* ⁸²⁾.

Подводя итогъ всему, что было сказано на 1-мъ и 2-мъ Съѣздахъ о камнесѣченіи и камнедробленіи, авторъ нѣсколько подробнѣе останавливается на вопросѣ о наложеніи пузырнаго шва при эпицистотоміи.

По даннымъ, представленнымъ на Съѣздъ, въ виду большихъ колебаній въ результатахъ, вывести среднее трудно. Такъ, у проф. *Склифосовскаго* при швѣ получено заживленіе раны пузыря *per primam* во всѣхъ случаяхъ, у проф. *Монастырскаго*—въ одномъ изъ 2-хъ, у д-ра *Иришника* изъ 20 случ. *prima* только въ 7. По статистикѣ д-ра *Шмитца* 15 случ. заживленія пузырной раны *per primam* приходится на 55 операцій, по статистикѣ же *Минина-Эбермана* — 18 на 53 операціи. Въ среднемъ, удача лишь только въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ.

Фактъ этотъ указываетъ, что въ рукахъ корифеевъ хирургія пузырный шовъ даетъ отличные результаты; они работаютъ при такой идеальной обстановкѣ, что при всякомъ методѣ получаютъ успѣхъ. Не то слѣдуетъ думать о большинствѣ хирурговъ, о врачахъ-земцахъ, оперирующихъ при обратныхъ условіяхъ; у нихъ результатъ шва, навѣрное, будетъ плохой. Стоитъ вспомнить статистику д-ра *Березкина*, опубликовавшаго результаты наложенія пузырнаго шва при больничной обстановкѣ (15% смертности со швомъ и 2,5%—безъ шва), чтобы согласиться съ только что сказаннымъ.

Опыты на собакахъ, гдѣ *prima* получается всегда, не могутъ быть перенесены всецѣло на человѣка, такъ какъ условія въ томъ и другомъ случаѣ — далеко неодинаковы. Тамъ мы имѣемъ нормальный здоровый пузырь и нормальную мочу, здѣсь по большей части имѣется дѣло съ катарромъ пузыря, разлагающейся мочей, такъ что, по мнѣнію д-ра *Грузенберга*, „пузырный шовъ, особенно при фосфатахъ и гнойно-катарральныхъ пузыряхъ, еще долго останется привилегированной операціей, доступной лишь избраннымъ опера-

*) Слѣдовательно на 2-мъ Съѣздѣ отклонено было то, что на 1-мъ Съѣздѣ было единогласно постановлено.

торамъ и не подходящей для массы товарищей, обладающей средней техникой и работающихъ при обычной, незавидной обстановкѣ“.

Если мы рассмотримъ статистическій матеріалъ, которымъ пользовались на Съѣздахъ защитники того или другаго метода литотоміи, то боковая литотомія располагала 623 случ. съ 9%, срединная—288 случ. съ 11,1% и высокая—162 случ. съ 14,5% смертности. Если дѣлать выводъ изъ этихъ цифръ, то выводъ — нетруденъ: боковая—*нѣсколько лучше срединной и мною лучше высокой*. Но, спрашиваетъ авторъ: „имѣетъ ли статистика въ нашемъ вопросѣ ту солидную почву, на которой она основывается въ другихъ отрасляхъ науки при изученіи различныхъ интересныхъ и неполнѣ ясныхъ явленій?“

Сравнивать можно вещи вполне однородныя, говоритъ д-ръ Грузенбергъ; когда же это условіе, необходимое для вѣрныхъ выводовъ при сравнительной оцѣнкѣ того или другаго матеріала, не соблюдается, что мы все время видѣли на Съѣздѣ при оцѣнкѣ различныхъ методовъ литотоміи, то отвѣтъ на только что заданный вопросъ можетъ быть данъ только отрицательный.

Въ самомъ дѣлѣ, съ одной стороны (боковая литотомія) мы имѣемъ громадныя цифры, прекрасную технику оператора, набившаго себѣ руку на сотняхъ операций по одному и тому же методу, съ другой—мы располагаемъ далеко меньшимъ числомъ операций, техника которой нуждается еще въ разработкѣ, (высокое сѣченіе), не знаемъ обстановки, при которой онѣ произведены. Все это заставляетъ воздержаться отъ какихъ либо конечныхъ выводовъ, основанныхъ на только что сказанномъ матеріалѣ, а ждать рѣшенія спорнаго вопроса въ будущемъ, при условіи достаточнаго статистическаго матеріала, какъ въ качественномъ, такъ и количественномъ отношеніяхъ.

Къ счастью, такого матеріала пришлось ожидать не долго. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ только что указанной работы, по вопросу о высокомъ камнесѣченіи появляется крайне интересный и богатый данными трудъ д-ра Ассендельффа⁸³).

Въ виду сказаннаго интереса работы, мы считаемъ своимъ долгомъ остановиться на ней подольше и реферировать ее, по возможности, подробно.

Причина, побудившая автора выступить съ отчетомъ о своихъ 102-хъ эпицистотоміяхъ,—выяснившійся недостатокъ данныхъ по вопросу объ этой операциі, а также и то, что какъ на 1-мъ Съѣздѣ Русскихъ Врачей 1885 г. (прибавимъ и 2-мъ 1887 г.), такъ и на Съѣздѣ Нѣмец. Хир. Об-ва въ

Берлинѣ 1886 г. выяснилось различіе мнѣній въ оцѣнкѣ методовъ литотоміи.

Вопросъ о камнедробленіи долженъ считаться тоже далеко не рѣшеннымъ (личной опытности въ литотрипси авторъ не имѣетъ) и за границей лучшіе хирурги высказываются за камнесѣченіе; надо думать, что и у насъ камнесѣченіе всегда будетъ примѣняться чаще, чѣмъ камнедробленіе. Особенно это слѣдуетъ сказать про врачей-земцевъ, которые, въ силу своихъ многосложныхъ обязанностей, не могутъ упражняться на трупахъ для приобрѣтенія необходимой ловкости и легкости руки, которая является непремѣннымъ условіемъ литотрипси, требующей при томъ весьма дорогихъ и ломкихъ инструментовъ.

Наиболѣе употребительное у насъ въ Россіи камнесѣченіе—боковое. Операций эпицистотоміи собрано мало; собранный же матеріалъ (*Родзевичъ, Шмитцъ* и др.) пока указываетъ на весьма большой % смертности, такъ что защитники боковой литотоміи, напр. д-ръ *Розенталь*, опираясь на этотъ матеріалъ, не совѣтуетъ увлекаться высокимъ сѣченіемъ.

Предостереженіе это заставляетъ д-ра *Ассендельфта* подробнѣе остановиться на работѣ опытнаго литотомиста.

Каковы результаты 400 боковыхъ камнесѣченій д-ра *Розенталя* ⁸⁴⁾?

На всѣ 400 операций встрѣтилось всего 2 случ. недержанія мочи, 1 свищъ, 8 кровотеченій; кровотечения были настолько незначительны, что почти всегда легко останавливались отъ прижатія пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку или тампонады, и только въ 2% на все число литотомій пришлось принять нѣкоторыя мѣры для остановки кровотеченія. Вторичныхъ кровотеченій было 2; раненіе прямой кишки встрѣтилось 6 разъ, кромѣ того у 2-хъ развилось сообщеніе съ прямой кишкой послѣ операций: изъ нихъ 3 выздоровѣли вполне, а одинъ умеръ отъ чахотки и двое остались съ пузырно-кишечными свищами. Относительно полового безсилія д-ръ *Розенталь* говоритъ: „я ни разу не встрѣтилъ факта, который бы говорилъ въ пользу этого обвиненія“ (стр. 581). Недержание мочи осталось только у двухъ на все число оперированныхъ.

Среднее пребываніе въ больницѣ послѣ операции было 18,6 д. (дѣти отъ 1 до 16 л., 302 случ.); не менѣе 25 случ. пробыли въ больницѣ не долѣе 5—10 д., но показаны выздоровѣвшими. Изъ 287 оперированныхъ д-ра *Розенталя*, у которыхъ обозначено число дней пребыванія въ больницѣ,

30 пробыли отъ 28 до 30 д., 27—больше 30 и только одинъ 12 д. „Если взять во вниманіе, говоритъ д-ръ *Ассендельфтъ*, часто отмѣченныя *Розенталемъ* у этихъ оперированныхъ осложненія катарромъ пузыря, піелитомъ и т. д., и вспомнить, какое продолжительное время иногда потребно только для излеченія катарра пузыря, то нельзя не согласиться, что и эти больные выпущены д-ръ *Розенталемъ* изъ больницы рано. Онъ этимъ лишилъ себя возможности выставить и послѣдовательные недостатки бокового сѣченія, какъ это сдѣлалъ д-ръ *Головачевъ*, или убѣдить насъ своею работою въ отсутствіи ихъ“ (стр. 329). Съ этимъ нельзя, конечно, не согласиться.

Общая смертность въ случ. д-ра *Розенталя* = 10%; исключивъ изъ этого числа 6 оперированныхъ, умершихъ независимо отъ операціи, мы получимъ % смертности равнымъ 8,5%; для дѣтей = 4,2%.

Какъ видно, результаты — блестящи; понятно, почему счастливый и опытный хирургъ восхваляетъ боковое камнесѣченіе и предостерегаетъ отъ увлеченія остальными методами литотоміи. Не тѣ результаты получены д-мъ *Ассендельфтомъ* въ его 35 случ. lithotomiae lateralis. Не смотря на то, что имъ всегда дѣлался небольшой разрѣзъ простаты, онъ все же въ 8 случ. изъ 35 имѣлъ послѣдовательное кровотеченіе въ день операціи; во всѣхъ случаяхъ пришлось примѣнить тампонаду раны. Они тѣмъ болѣе поучительны, что, вопреки мнѣнію д-ра *Розенталя*, который видитъ причину кровотеченій при боковой литотоміи въ большихъ разрѣзахъ partis prostaticae urethrae, всѣ сопровождались довольно значительнымъ кровотеченіемъ при весьма небольшомъ раскрытіи литотома (стр. 328).

Среднее пребываніе оперированныхъ въ больницы = 52,15 д., изъ которыхъ 7,6 д. до операціи, 30,6 до полного заживленія и 13,9 дня до выхода изъ больницы. Въ послѣоперационномъ теченіи оперированныхъ не встрѣтилось какихъ либо осложнений, а по выпискѣ изъ больницы — какихъ либо тягостныхъ послѣдствій послѣ боковой литотоміи; разъ только мать одного изъ оперированныхъ заявила, что мальчикъ по временамъ не держитъ мочу.

Уважаемый товарищъ считаетъ чрезвычайно важнымъ заявленіе д-ра *Головачева*, по которому 6—7% изъ оперированныхъ промежностнымъ способомъ страдаетъ недержаніемъ мочи.

Такая значительная, при томъ не въ пользу боковой ли-

тотоміи, разница въ результатахъ операцій д-ра *Розенталя* и другихъ хирурговъ, по мнѣнію д-ра *Ассендельфта*, вѣроятно находится въ зависимости отъ того, что первый отступаетъ при производствѣ боковой литотоміи отъ правилъ, выработанныхъ для этой операціи.

Д-ръ *Розенталь* дробить камень, сдѣлавъ весьма малый разрѣзъ; при малыхъ же камняхъ онъ совсѣмъ не рѣжетъ простату, а ограничивается только расширеніемъ предстательной части. Такая литотомія ни коимъ образомъ не можетъ быть названа боковой, въ томъ смыслѣ, какъ мы ее понимаемъ. При такомъ методѣ оперированія отъ боковой литотоміи осталось лишь только направленіе разрѣза на промежности, все же остальное принадлежитъ срединному сѣченію. По справедливости (это наше личное мнѣніе), большая часть отчета д-ра *Розенталя* должна быть названа отчетомъ о литотоміяхъ, произведенныхъ срединнымъ сѣченіемъ, а ни какъ не боковымъ.

Возможно, что такой техникѣ д-ръ *Розенталь* обязанъ тѣмъ, что самый важный недостатокъ боковой литотоміи—недержание мочи—полученъ имъ всего въ 2-хъ случаяхъ изъ 400; возможно и то, говоритъ авторъ, что д-ръ *Розенталь*, которому приводили больныхъ изъ разныхъ и отдаленныхъ губерній и уѣздовъ, впоследствии не имѣлъ возможности, какъ д-ръ *Головачевъ* въ Москвѣ, слѣдить за дальнѣйшей судьбой своихъ оперированныхъ (стр. 328).

Оба объясненія прекрасныхъ результатовъ операцій д-ра *Розенталя*—весьма правдоподобны, но всего ближе къ истинѣ намъ кажется послѣднее. Не отрицая нисколько блестящей техники опытнаго хирурга, мы все же не можемъ не замѣтить, что срокъ пребыванія калькулезныхъ въ больницѣ послѣ операціи в. коротокъ, а извѣстно, что часто недержание мочи, это тягостное послѣдствіе боковой и срединной (гораздо рѣже) литотоміи, появляется спустя нѣкоторое время послѣ операціи. Весьма поучительно въ этомъ отношеніи наблюденіе д-ра *Кадіана* ⁸⁵): „я обращаю вниманіе на фактъ, который мнѣ пришлось наблюдать нѣсколько разъ: первое время послѣ операціи у больного нѣтъ недержанія мочи, а оно начинаетъ развиваться впоследствии, когда рана вполне зарубцевалась, когда исчезнутъ явленія катарра пузыря. Я замѣтилъ это, какъ на своихъ больныхъ, такъ и оперированныхъ моими предшественниками. Приходитъ крестьянинъ съ недержаніемъ мочи; операція была сдѣлана нѣсколько лѣтъ тому назадъ, справишься въ книгахъ и находишь отмѣтки, что больной

выписался вполне здоровымъ. Когда мнѣ попадаются черезъ чуръ благоприятные въ этомъ отношеніи отчеты больницъ или клиникъ, то невольно припоминаются эти факты“ (стр. 512).

Вполнѣ признавая за д-мъ *Головачевымъ* большую заслугу въ томъ, что онъ не побоялся заявить о своихъ частыхъ неудачахъ, давшихъ ему возможность заключить, что недержание мочи послѣ боковаго камнесѣченія наблюдается въ 6—7% всѣхъ операций, мы кромѣ д-ра *Головачева* можемъ указать въ русской литературѣ не мало заявленій о грустныхъ послѣдствіяхъ боковой литотоміи. Изъ работъ д-ра *Веревкина* мы знаемъ, что на 135 случ. операции получено 7 свищей и 2 недержанія мочи, у д-ра *Кадіана* на 21 операцию 2 недержанія мочи, у д-ра *Дурново* одна фистула на 5 операций, тѣже осложненія мы встрѣчаемъ у проф. *Синицина*, *Болдановскаго*, *Склифосовскаго*, *Таубера* и многихъ другихъ. Что касается до рѣдкости кровотеченій при *sectio lateralis*, то мы встрѣчаемъ тампонаду раны весьма часто; извѣстны случаи, гдѣ кровотеченіе бывало весьма значительнымъ и, хотя рѣдко, но сопровождалось такой потерей крови, что служило причиной смерти (случ. проф. *Полунинъ* и др.). Какъ видно, въ сообщеніяхъ о неудачахъ при боковой литотоміи недостатка нѣтъ; ихъ, конечно, набралось бы еще болѣе, если бы врачи были въ состояніи слѣдить за дальнѣйшей судьбой своихъ оперированныхъ, или спрашивать ихъ черезъ извѣстные промежутки времени, а также если бы въ литературѣ съ такою же охотой сообщались случаи неудачъ, съ какою это дѣлается относительно случаевъ удачныхъ.

Все только что сказанное не должно быть понятно въ томъ смыслѣ, что мы приступили къ сравнительной оцѣнкѣ боковаго и высокаго камнесѣченій.

Мы позволили себѣ привести эти нѣкоторыя литературныя выписки исключительно съ цѣлью показать до какого искусства, до какой удивительной ловкости можетъ дойти хирургъ, оперирующій сотнями по одному и тому же методу камнесѣченія, даже въ такой „слѣпой“ операции, какъ боковая литотомія.

Продолжаетъ реферировать работу дальше.

Матеріалъ д-ра *Ассендельфта* обнимаетъ 102 операции эпицистотоміи съ 2 смертельными исходами; если же исключить изъ нихъ одного, умершаго отъ случайной причины (*enteritis follicularis*), то летальный исходъ въ зависимости отъ операции наблюдался только въ одномъ случаѣ и % смертности—около 1, „т. е. такой, о которомъ мы еще недавно

не смѣли думать!⁴. Какъ справедливо замѣчаетъ д-ръ Вельяминовъ.

Въ общемъ, состояніе больныхъ до операціи было хорошее, 18 были плохаго здоровья и 11 очень истощены. Всѣмъ больнымъ до операціи назначалась легкая діета; первое время послѣ операціи назначалось исключительно молоко, спустя довольно долгое время—твердая пища. Каждому давалось по 15—20 грам. салицил. натра. До операціи тщательно промывалась прямая кишка; пузырь промывался рѣдко. Огромное большинство эпицистотомій произведено при помощи больничнаго персонала *); 24 раза помогали врачи и студенты.

Исключительно у взрослыхъ примѣнялся способъ *Garson-Petersen'a*, но безъ предварительныхъ методическихъ расширеній пузыря. У дѣтей до 10—15 л. расширялся только пузырь выпрыскиваніемъ незначительнаго количества жидкости.

По наблюденіямъ автора при операціи на живомъ можно съ успѣхомъ довольствоваться меньшими количествами жидкости въ пузырь и кольнейринтеръ, чѣмъ это нужно на трупахъ.

Во время операціи складка брюшины видна была 22 раза, брюшина не поранена ни разу. Разрѣзъ кожной раны отъ 4 до 8 сант.,—пузыря отъ 2 до 6 сант. Кровотеченіе, какъ правило, незначительно; однако, у 14 оно было довольно сильное. Послѣдовательное кровотеченіе наблюдалось 9 разъ и въ 2-хъ случ. было настолько сильно, что пришлось тампонировать рану. Въ одномъ изъ нихъ послѣдовательное кровотеченіе произошло незамѣтно, сгустки выдѣлились спустя довольно продолжительное время послѣ операціи при промываніяхъ пузыря. Въ 2-хъ случ. кровотеченіе наблюдалось вскорѣ послѣ операціи, такъ что пришлось расшить рану, вытянуть пузырь, очистить его и предпузырное пространство отъ сгустковъ; кровоточащій сосудъ не найденъ; у одного оперированнаго кровотеченіе остановилось, у втораго продолжалось въ окружности дренажной трубки, такъ что рана была затампонирована. Вообще кровотеченіе во время операціи незначительно и останавливается скоро, такъ что обыкновенно на другой день послѣ *sectionis altae* моча оперированныхъ свѣтла; только въ 12 случ. она еще нѣкоторое время послѣ операціи была окрашена кровью.

Кровотеченіе всего чаще происходило изъ артерій стѣнки

*) Частная больница В. А. Пашкова, въ с. Ветошкино, Сергачскаго уѣзда, Нижегородской губерніи.

пузыря, или же изъ слизистой его оболочки, обыкновенно при манипуляціяхъ съ камнемъ, а не изъ сосудовъ околопузырной клѣтчатки; тамъ перевязка сосудовъ весьма легка.

Камни обыкновенно удалялись безъ всякаго затрудненія корнцангомъ или щипцами для камней; одинъ разъ пальцами. Въ рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ приходилось извлекать камень и въ то же время удерживать складку брюшины или выпадающую слизистую оболочку задней стѣнки пузыря, извлеченіе камней нѣсколько затруднялось; при этомъ наружная корка камня дробится весьма легко. Необходимо въ такихъ случаяхъ тщательно выполоскивать пузырь отъ осколковъ, такъ какъ они могутъ дать ожесточеніе катарра пузыря или же кровотеченія. Три раза пришлось убѣдиться, что на эти выполаскиванія вполне рассчитывать нельзя, такъ какъ послѣ нихъ черезъ нѣсколько дней осколки были найдены въ повязкѣ.

По извлеченіи камня промываніе пузыря $\frac{1}{2}$ —1% растворомъ карболовой кислоты. Въ пузырь или одинъ толстый (8 мм.) или 2 тонкихъ дренажа; дренажи обрѣзываются на уровнѣ кожной раны; для укрѣпленія ихъ проводилась карльсбадская булавка. Рана брюшной стѣнки сшивалась до дренажа этажнымъ кѣтгутовымъ швомъ. Повязка изъ іодоформной марли, салициловой ваты, простой обеззараженной ваты, поверхъ бинтъ; до наложенія повязки рана опудривалась іодоформомъ.

Оперированный клался на животъ, на туго набитую соломой подушку, покрытую клеенкой и простыней; подъ голову—маленькая подушечка. Перемѣнялась повязка—когда смочится простыня; въ первые 4—5 д. такая смѣна до 8 разъ въ сутки; при перемѣнѣ повязки брюшныя стѣнки обмывались растворомъ карболовой кислоты. Положеніе на животѣ выносилось легко: дѣти привыкали къ нему весьма быстро, взрослые же, или сразу осваивались съ нимъ, или же чувствовали себя неловко только первые дни. „Промываніе пузыря черезъ рану предпринималось только при гранулирующихъ ранахъ и только тогда, когда моча была мутна, при катаррѣ пузыря (стр. 335).

Всего однажды наложенъ частичный шовъ пузыря. Д-ръ *Ассендельфъ* того мнѣнія, что наложеніе шва весьма затруднительно, требуетъ опытныхъ помощниковъ и врядъ-ли примѣнимо въ земской практикѣ. Накладывать шовъ слѣдуетъ только при относительно здоровомъ пузырьѣ, когда моча нормальна или-же мало измѣнена; при щелочной, вонючей мочѣ наложеніе шва противопоказано, такъ какъ онъ не обѣщаетъ успѣха, до кромѣ того, способствуя застою мочи въ пузырьѣ,

и послѣдовательно можетъ вызвать заболѣваніе почекъ. Въ послѣднемъ случаѣ способъ *Trendelenburg*'а даетъ хорошіе результаты; теобразная трубка съ успѣхомъ замѣняется дренажемъ, поверхъ котораго должна быть наложена антисептическая повязка, такъ какъ оставлять рану, незащищенную отъ рукъ больного, — опасно.

По возрасту оперированные распредѣлились такъ: отъ 2 до 5 л.—30, отъ 5 до 10 л.—30, отъ 10 до 15 л.—19, отъ 15 до 20 л.—13, отъ 20 до 25 л.—3, отъ 25 до 29 л.—7; всего 102 случ.

Какъ видно, большая половина оперированныхъ была въ возрастѣ до 10 л.; до 20 л. было 42, свыше-же 20 и до 30 л.—всего 10 случ. Такимъ образомъ, говоритъ авторъ, возрастъ моихъ больныхъ былъ самый выгодный для высокаго камнесѣченія“ (стр. 513).

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ извлеченные камни были не велики по размѣрамъ и по вѣсу; у 7 больныхъ было по 2 камня, у одного—5 камней.

Д-ръ *Ассендельфт* отмѣчаетъ, что въ случаяхъ, гдѣ вѣсъ камней былъ ниже средняго вѣса камней для извѣстнаго возраста, благопріятное теченіе, т. е. безлихорадочные или почти безлихорадочные случаи наблюдались значительно чаще, чѣмъ тамъ, гдѣ камень былъ выше средняго вѣса камней для извѣстнаго возраста.

У 17 оперированныхъ *) не было вовсе лихорадки; у 14 почти не было лихорадки; въ немногихъ случаяхъ, гдѣ она наблюдалась, т-ра колебалась между 38 и 38.5°. Въ такихъ случаяхъ полное заживленіе, въ среднемъ, наступало на 27,5 д. брюшная рана заживала почти вполнѣ, т. е. оставалась только незначительная грануляціонная поверхность на мѣстѣ дренажа, на 19 д. моча шла исключительно нормальнымъ путемъ черезъ 15,2 д.; дренажъ извлекался среднимъ числомъ на 9 д. послѣ операціи.

Съ незначительной лихорадкой протекло 18 случ. Температура держалась короткое время въ границахъ 38—39. Среднее заживленіе наступало послѣ операціи въ 34 д.; моча шла нормою черезъ 18,4 д.; дренажъ извлекался спустя 9, 8 д.

Сильная лихорадка наблюдалась въ 12 случ. Обыкновенно

*) Приводимыя свѣдѣнія касаются только 74 случ., о которыхъ имѣется подробный отчетъ д-ра *Ассендельфта*, остальные 28 случ. *sectionis altae* прибавлены въ дополненіяхъ къ статьѣ; свѣдѣнія о нихъ не такъ подробны.

все́ больные лихорадили повторно, приступами. Такая лихорадка зависѣла отъ обострѣнія катарра пузыря при выниманіи дренажа, такъ что часто приходилось вводить его снова. Заживленіе въ случаяхъ этой группы наступало на 34 д., моча шла нормально на 29 д., дренажъ извлекался спустя 16,5 д. послѣ операциі.

У 11 оперированныхъ заживленіе сильно замедлилось. Все это были случаи крайне тяжелые съ мутной, гнойной, разложившейся мочей. Къ нимъ отнесены также оперированные съ повторнымъ кровотеченіемъ, а также и тѣ два, гдѣ по случаю сильнаго кровотечения пришлось тампонировать рану; у 3-хъ наблюдалось гнойно-мочевое пропитываніе, у одного кровавое пропитываніе околопузырной клѣтчатки и образованіе сгустковъ; у 3-хъ отдѣленіе кусковъ омертвѣлой клѣтчатки, у одного—тяжелая форма блуждающей рожи.

Сюда же отнесенъ больной съ плохимъ питаніемъ, сильный катарръ пузыря котораго требовалъ систематическихъ промываній; на 85 д. послѣ операциі—у него появились боли въ области лѣвой почки и по направленію мочеточника; вскорѣ отхожденіе весьма значительнаго количества мочевого песку и образованіе лѣвосторонняго перинефрита, потребовавшего разрѣза. На 116 д. свищъ на мѣстѣ разрѣза послѣ эпицистотоміи зажилъ вполне, въ поясничной-же области остается, и положеніе больного должно считаться сомнительнымъ. У одного оперированнаго на 3 д. послѣ операциі наблюдался припадокъ урэміи; у этого больного моча, бывшая до операциі щелочной, съ гноемъ и бѣлкомъ, улучшилась, и хотя была мутна, но спустя нѣкоторое время послѣ выписки общее состояніе мальчика очень хорошо. Наконецъ, у одного больного остается послѣ операциі свищъ; закрытіе его можно ожидать въ скоромъ времени (стр. 514, 530 и 531).

Кэтгутовые швы на брюшной ранѣ обыкновенно не снимались. Изъ 74 случ., подробно описанныхъ въ таблицѣ, у 20 рана зажила *per primam* до дренажа, у 17 края раны разошлись вблизи дренажа, у 2-хъ рубецъ сильно растянутъ и у 3-хъ края разошлись на всемъ протяженіи. Относительно 28 послѣднихъ оперированныхъ, приведенныхъ въ концѣ работы, свѣдѣній нѣтъ. Рубецъ при заживленіи *per primam* получался линейный, у тѣхъ же, у которыхъ заживленіе шло *per secundam*, онъ былъ шириною отъ 0,9 до 1,5 сант.

Реакція мочи не всегда опредѣлялась; не дѣлалось ни химическихъ, ни микроскопическихъ анализовъ мочи; состояніе пузыря опредѣлялось по свойству только что выпущенной мочи.

Замѣчено, что послѣ операціи всего чаще, особенно послѣ тѣхъ, гдѣ приходилось дробить камень, наблюдалось ухудшеніе мочи и ожесточеніе катарра пузыря. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ моча была до операціи свѣтла или съ небольшимъ облачкомъ, послѣ нея появлялся легкій катарръ; наоборотъ, бывали и такіе случаи, гдѣ тяжелый катарръ пузыря быстро улучшался послѣ операціи. Сильно обострялся катарръ пузыря при послѣдовательныхъ кровотеченіяхъ, когда моча долго выдѣлялась съ примѣсью крови; самый сильный катарръ наблюдался въ случаяхъ гнойнаго пропитыванія и омертвѣнія околопузырной клѣтчатки.

Оперированные выписывались изъ больницы вполне выздоровѣвшими съ крѣпкимъ рубцомъ на мѣстѣ брюшной раны, общимъ состояніемъ и пузыремъ настолько хорошимъ, что „могли устоять противъ всевозможныхъ невзгодъ“. Вслѣдствіе такой разумной осторожности, общее число дней, проведенныхъ послѣ эпицистотоміи, была на недѣлю больше, чѣмъ послѣ случаевъ, гдѣ авторъ примѣнилъ боковое сѣченіе, что не можетъ идти въ расчетъ при сравнительной оцѣнкѣ этихъ двухъ методовъ, такъ какъ эти 7—10 д. шли на окончательное и прочное зарубцеваніе, собственно уже давно закрывшейся раны, оставившей самую незначительную грануляціонную поверхность, что для самихъ больныхъ въ сущности безразлично (стр. 530).

На все число оперированныхъ умерло 2. Одинъ отъ перитонита на 17 д. послѣ операціи. Повидимому въ этомъ случаѣ слѣдуетъ допустить зараженіе извнѣ, быть можетъ отъ какой либо погрѣшности въ повязкѣ, а не отъ операціи, такъ какъ 11 дней послѣ операціи температура была нормальна, моча шла черезъ уретру и общее состояніе было вполне хорошо. Другой (по справедливости, онъ не подлежалъ операціи) былъ сильно истощенъ, страдалъ хроническимъ фолликулярнымъ катарромъ кишекъ, преимущественно прямой, и разлитымъ гнойнымъ катарромъ бронхъ; смерть на 18 день послѣ операціи.

Въ концѣ работы д-ръ *Ассендельфтъ* говоритъ, что онъ недоволенъ теченіемъ послѣоперационнаго періода своихъ больныхъ, хотя относительно жизни „результатъ даетъ полное право заключить, что прямая опасность для жизни при высокомъ камнесѣченіи далеко не такъ велика, какъ это предполагаютъ проф. *Кoenig* и д-ръ *Шмитцъ*. Мнѣ удалось получить при высокомъ сѣченіи смертность ниже смертности, полученной всѣми другими способами, не исключая камнедробленія. Полагаю поэтому, что пока нѣтъ надобности отказываться отъ этого

способа. Проф. *Volkman* ставитъ хирургамъ въ прямую обязанность разработывать высокое камнесъченіе. На основаніи своего матеріала, я вполне раздѣляю это мнѣніе, но полученный мною результатъ даетъ право не согласиться съ другимъ мнѣніемъ *Volkman*'а, будто-бы высокое камнесъченіе пока еще очень опасная операція, „гораздо опаснѣе овариотоміи“.

Съ дальнѣйшимъ усовершенствованіемъ техники операціи, главнымъ образомъ съ усовершенствованіемъ послѣдовательнаго леченія оперированныхъ,—можно надѣяться достигнуть и лучшихъ результатовъ относительно послѣопераціоннаго теченія.

„Со временемъ и показанія для cadaго изъ способовъ удаленія камня изъ пузыря выяснятся точнѣе; и только при строгомъ выборѣ способа для cadaго даннаго случая получится наилучшій результатъ“ (стр. 531).

Этой длинной выпиской мы кончаемъ реферированіе работы д-ра *Ассендельфта*, составленной настолько тщательно, что представляетъ огромный интересъ для всѣхъ, кто интересуется и слѣдитъ за вопросомъ о леченіи каменной болѣзни.

Крайне поучительной по своимъ практическимъ совѣтамъ является работа д-ра *Вдовиковскаго*: „Антисептика при операціяхъ надъ мочевыми органами“. Отсылая интересующихся къ этой работѣ (обеззараживаніе инструментовъ для мочевыхъ органовъ, правила промыванія пузыря, совѣты относительно его опорожненія при задержаніи мочи, способы антисептическаго выведенія мочи, нѣсколько словъ объ внутренней уретротоміи, срединномъ сѣченіи), мы остановимся на томъ мѣстѣ работы горячаго защитника и искуснаго литотритиста, которое прямо касается нашего предмета.

Д-ръ *Вдовиковскій* того мнѣнія, что весь успѣхъ *sectionis altae* зависитъ отъ хорошо наложеннаго шва или хорошо выполненнаго дренированія пузыря. Наложить тщательно шовъ—вещь очень трудная въ техническомъ отношеніи; вообще же вопросъ о пузырьномъ швѣ—открытый. Не то-частичный шовъ пузыря съ примѣненіемъ дренажа, играющаго роль сифона; такой способъ ухода за пузырьной раной даетъ отличные результаты, почему авторъ и сторонникъ этого шва съ дренажемъ (по *Guyon*'у). Правила наложенія частичнаго шва таковы: вскрывъ пузырь и удерживая двумя лигатурами, наложенными у его верхушки, удаляютъ камень или опухоль; послѣ этого, тщательно дезинфицируютъ пузырь промываніями и присыпкой порошкомъ іодоформа; края разрѣза осушаютъ карболизованной губкой и на нихъ накладываютъ 3—5 швовъ изъ кѣт-

гута безъ захвата слизистой оболочки такъ, чтобы нижній конецъ разрѣза оставался свободенъ для проведенія черезъ него дренажной трубки. Шовъ, вся открытая часть пузыря, пудрится іодоформомъ и въ нижній уголъ пузырьной раны вводится обыкновенный дренажъ (за неимѣніемъ *Guyon*'овской трубочки съ постоянной кривизной). Необходимо, чтобы дренажъ касался только *bas fond* пузыря и никакимъ образомъ не прилегалъ къ нему плотно. Второй рядъ кѣтгутовыхъ швовъ на *m. m. recti* сверху и снизу дренажа; снова опудриваніе іодоформомъ и, наконецъ, послѣдній металлическій шовъ на поверхностныхъ ткани. Дренажъ также укрѣпляется металлическимъ швомъ, поверхъ всего антисептическая повязка. Обыкновенно при строгомъ выполненіи правилъ антисептики и неуклонномъ дѣйствіи сифона наступаетъ *prima intentio* сшитыхъ частей раны; черезъ 4—5 дней удаляется дренажъ. Часть раны, черезъ которую онъ проходитъ, заживаетъ быстро, особенно если сблизить края раны нѣсколькими шелковыми швами. Въмѣсто дренажа съ успѣхомъ можно употреблять эластическій катетръ (стр. 424).

Въ томъ же году вышелъ первый выпускъ клинической хирургіи проф. *Богдановскаго* ⁸⁷⁾, въ которомъ цѣлая 7-я глава отведена вопросу о высокомъ камнесѣченіи, по поводу произведенныхъ въ клиникѣ проф. 7 эпицистотомій. Оперированы больные отъ 3 до 27 л., между ними дѣвочка 6 и женщина 27 л. Камни извлечены различной величины и вѣса: отъ 10,0 до 250,0 *grm.* За исключеніемъ одного (моча кислой реакціи, мутноватая, съ умѣреннымъ осадкомъ и съ слѣдами бѣлка), всѣ остальные 6 оперированныхъ имѣли щелочную мочу, мутную и съ большимъ осадкомъ, въ которомъ находились: гной, пузырьный эпителий и кристаллы тройныхъ фосфатовъ; во всѣхъ случаяхъ моча содержала слѣды бѣлка, а въ одномъ при кипяченіи появлялись даже хлопья его.

У 4-хъ оперированныхъ былъ *cystitis catar. mucosae*, одинъ имѣлъ умѣренную степень *catar. vesicae*, двое же давали всю картину глубокаго пораженія пузыря: явленія *cystitidis parenchymatosae cum paracystitide*. Изъ оперированныхъ умерло двое, такъ что смертность=28,5. Смерть послѣдовала въ одномъ случаѣ черезъ 25 д., а въ другомъ черезъ 36 ч. Вскрытіе, какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ, указало на глубокія измѣненія въ почкахъ, пузырь и мочеточникахъ, такъ что слѣдуетъ заключить, что смерть послѣдовала отъ уреміи. Въ первомъ случаѣ уремическое состояніе имѣло болѣе продолжительное теченіе, къ нему присоединилась

флегмона предпузырной клетчатки впереди и съ боковъ мочевого пузыря; во второмъ урэмiя была острая, осложнившаяся послѣ операціи развитіемъ общаго перитонита (гиперемiя и помутнѣніе серознаго покрова кишекъ (стр. 182 и 183); 5 операцій увѣнчались успѣхомъ; лихорадочное состояніе въ послѣоперационномъ періодѣ продолжалось 6—12 д. Однажды наложенъ пузырьный шовъ, но безъ успѣха; въ остальныхъ примѣнялся дренажъ пузыря; срокъ выздоровленiя наступалъ, въ среднемъ, на 37 д.

Приступая къ оцѣнкѣ своего матеріала, проф. поступаетъ такъ. По степени пораженiя пузыря больные, подвергнутые высокому камнесѣченію, принадлежали: 4 къ IV группѣ (*cystitis chron. mucosae*), 1—къ III группѣ (*catarrhus vesicae*) и 2 къ V группѣ (*cystitis parenchym. cum paracystitide*); операція дала 28,5% смертности. Взявъ больныхъ тѣхъ же группъ, но подвергнутыхъ боковому сѣченію (66 случ., 13 смер. исходовъ), мы видимъ, что здѣсь % смертности=24,2, т. е. на 4,3 меньше и въ пользу боковаго сѣченiя. „Противъ этого вывода возраженіе можетъ состоять въ томъ, что число высокихъ литотомiй небольшое, а потому выводъ не можетъ быть принятъ за убѣдительный. Величина чиселъ, конечно, важна, но нельзя же въ нашемъ клиническомъ дѣлѣ, для игры числами во что бы то ни стало, добывать возможно большее ихъ количество. Съ положительностью можно сказать, что если бы IV группа боковыхъ литотомiй состояла бы исключительно изъ 28 больныхъ, подобныхъ пяти больнымъ, выздоровѣвшимъ послѣ высокой литотомiи, то при такомъ условіи и въ IV группѣ послѣ боковыхъ литотомiй не было бы ни одного смертельнаго исхода. А между тѣмъ, эти пять больныхъ, надъ которыми произведено высокое сѣченіе, при условіяхъ, дозволявшихъ надъ этими же больными выполнить вѣками испытанную боковую литотомію, какому риску и опасности подвергнуты были они, если принять во вниманіе и анатомическія неудобства заживленiя ранъ при эпицистотомiяхъ и ту разницу неудачныхъ исходовъ, которая съ давнихъ поръ получена отъ той и другой операціи, дающей доступъ въ пузырь, для извлеченiя камней. Къ счастью, ни одна изъ этихъ пяти жертвъ научной пытливости не поплатилась своею жизнью,—а вѣдь легко могло случиться и противное, оставивъ тяжелый гнетъ и укоръ на совѣсти испытателей“ (стр. 183 и 184).

Что касается до мѣръ, предложенныхъ при эпицистотомiи съ цѣлью избѣжать мочевыхъ затековъ, то всѣ онѣ не

оправдываютъ своего назначенія; то же слѣдуетъ сказать и о пузырьномъ швѣ. Статистика *Willy-Meyer* показываетъ, что заживленіе пузыря при швѣ *per primam* наблюдается только въ 16 случ. изъ 41. Шовъ, примѣненный однажды въ клиникѣ профессора, окончился неудачно; другой разъ шовъ не удалось наложить, вслѣдствіе глубокаго положенія пузыря и ограниченнаго поля операціи; извѣстны случаи наложенія шва на пузырь и на рану брюшныхъ стѣнокъ его учениками д-ми *Дуброво* и *Полисадовымъ*, гдѣ высокая лихорадка и напряженіе краевъ брюшной раны заставили снять швы и дать свободный стокъ мочи *).

Предложеніе проф. *Géza v. Antal* вскрывать пузырь не прямолинейнымъ разрѣзомъ, „а по способу *Simon'a* и *Hegar'a* оживленія краевъ пузырновлагалищныхъ свищей“, вызываетъ слѣдующее замѣчаніе автора: „этотъ случай доказываетъ, съ какою храбростью и съ легкимъ сердцемъ проф. *Géza v. Antal* подвергаетъ довѣряющихся ему больныхъ своимъ научнымъ попыткамъ и опытамъ. Но опытъ г. *Géza v. Antal*, правда счастливый по результатамъ, не можетъ служить примѣромъ, заслуживающимъ подражанія и повторенія его на больныхъ, которые, по степени страданія мочевого пузыря, могутъ быть освобождены отъ камня испытанною боковою цистотоміею, очень мало и даже почти не рискуя своею жизнью. Да и основанія модификаціи, предлагаемой г. *Géza v. Antal*, шатки и не безошибочны. Во-первыхъ, у страдающихъ камнями мочевого пузыря, стѣнки его тонки далеко не въ большинствѣ случаевъ. Во-вторыхъ, склонность къ заживленію *per primam* обуславливается не способами разрѣзовъ и прорѣзовъ тканей острыми ножами, а свойствомъ самихъ тканей, подвергаемыхъ хирургически-правильному раненію и сшиванію ихъ. Хирургъ-врачъ—не столяръ, больной оперируемый—не матеріаль для приготовленія той или другой мебели. Въ-третьихъ—сшиваніе раны стѣнки пузыря не можетъ служить вѣрнымъ обезпеченіемъ предупрежденія реактивнаго нагноительнаго воспаленія въ прорѣзанномъ и разорванномъ рыхломъ слоѣ предпузырнаго пространства, а потому опасность отъ нагноенія и затековъ гнойныхъ по рыхлой клѣтчаткѣ таза не предостраняется модификаціею г. *Géza v. Antal* (стр. 185).

Предложеніе д-ра *Эбермана*, сшивать края пузырьной раны съ краями брюшной, не можетъ быть принято: во-1-хъ,

*) О другихъ, весьма многочисленныхъ, случаяхъ примѣненія шва на пузырь русскими врачами, профессоръ не упоминаетъ.

потому что не всегда можно рассчитывать на сращеніе этихъ стѣнокъ между собою, а во-2-хъ, въ случаѣ даже успѣха, при такомъ сращеніи измѣняется анатомическое положеніе пузыря. Плотнo спаенный съ брюшной стѣнкой, пузырь въ такомъ случаѣ прощупывается надъ лоннымъ соединеніемъ въ видѣ выпячивающейся плотной округлой опухоли, лежащей поверхностно подъ кожей. Такой пузырь подвергается смѣщенію, тренію при каждомъ сокращеніи брюшнаго пресса, а это не можетъ не повлечь за собой новыхъ приступовъ страданія пузыря, сопровождаемыхъ такими же измѣненіями мочи, какъ будто бы у оперированнаго въ пузырь снова образовался камень. Такая оцѣнка предложеннаго способа — не теоретическое разсужденіе, а наблюденіе одного больнаго-армянина, которому сдѣлана высокая литотомія съ примѣненіемъ описаннаго выше способа, и обратившагося въ клинику профессора черезъ годъ послѣ операциі съ только что сказанными разстройствами пузыря.

Выводъ тотъ, что ни одинъ изъ разобранныхъ способовъ ухода за пузырьной раной не можетъ гарантировать насъ отъ затековъ и потому статистика говорить не въ пользу высокаго камнесѣченія.

Тѣмъ не менѣе время отъ времени появляются защитники этой операциі и возбуждается вопросъ о замѣнѣ боковой литотоміи эпицистотоміей, какъ имѣющей больше преимуществъ. Вопросъ этотъ—спорный и можетъ быть съ убѣдительностью рѣшенъ лишь только сравнительнымъ путемъ, а именно: извѣстное число больныхъ съ одинаковымъ разстройствомъ пузыря, при всѣхъ равныхъ другихъ условіяхъ, подвергнуть боковому сѣченію, другое такое же число больныхъ оперировать высокимъ сѣченіемъ; тогда результатъ опыта будетъ рѣшающимъ. Но такой опытъ—непозволителенъ, такъ какъ, напр., больныхъ III группы съ легкимъ и умѣреннымъ катарромъ мочеваго пузыря, изъ которыхъ при производствѣ боковой литотоміи умеръ только одинъ (3,9%) и то отъ побочной причины, нельзя же подвергать опасности высокаго сѣченія, дающій большой % смертности, лишь ради опыта и пытливости защитниковъ высокаго сѣченія. Проф. все же выражаетъ надежду, что защитники высокой литотоміи представятъ научно-разработанныя „безпристрастно-откровенныя данныя“ въ доказательство преимуществъ высокаго камнесѣченія передъ боковымъ. „Для эпицистотомистовъ, говоритъ авторъ, легче выполнить эту задачу, такъ какъ приверженцы высокихъ литотомій по убѣжденію и съ спокойною совѣстью

примѣняютъ ихъ въ каждомъ представившемся случаѣ“ (стр. 188).

Пока же цифры—не въ пользу высокой литотоміи. По статистикѣ *Garzia* *) (94 случ.) % смертности=24,5, по *Tuffier* (120 случ.) %=27; по *Веревкину* (24 случ.) смертность=33%. Причина смерти въ статистическомъ матеріалѣ только что упомянутыхъ авторовъ—мочевая инфильтрація и острый перитонитъ. *Thompson* (6 случ.) получилъ 16% смертности, *Dittel* (13 случ.) потерялъ 5 оперированныхъ, т. е. % смертности=38,4, *Guyon* (8 случ.) потерялъ 3, %=37,5. У д-ра *Макавьева* (11 случ.) одинъ остался съ фистулой, двое же послѣ рожии изнемогли отъ истощенія“, у д-ра *Тиллина* (4 случ.) выздоровѣли всѣ, но одинъ остался со свищемъ, а у другаго послѣ операциі на мѣстѣ рубца образовалась грыжа мочевого пузыря. Счастливыѣ всѣхъ оказались проф. *Bergmann* и *v. Iterzon*; первый на 10 случ. не потерялъ ни одного оперированнаго, второй съ такимъ же успѣхомъ оперировалъ въ 12 случ. Изъ этого перечня видно, „какъ противорѣчива, а потому и мало убѣдительна, статистика, полученная каждымъ въ отдѣльности изъ приверженцевъ высокихъ литотомій“ (стр. 189).

Далѣе проф. *Богдановскій* критически разбираетъ доводы, высказанные проф. *Bergmann*’омъ ⁸⁸⁾ въ защиту эпицистотоміи на XV конгрессѣ нѣмец. хирурговъ. Эти доводы слѣдующіе: а) при промежностныхъ литотоміяхъ съ разрѣзомъ предстательной железы является опасность сильныхъ кровотеченій изъ простаты, въ случаѣ ея гипертрофіи: проф. однажды потерялъ подобнаго больнаго отъ кровотечения; б) разлитое гнойно-инфильтраціонное воспаленіе околопузырной клѣтчатки и в) это послѣднее въ связи съ піелонефритомъ, который въ свою очередь зависитъ отъ обломковъ камней, остающихся неизвлеченными при промежностныхъ литотоміяхъ и литотриптіяхъ; они то вызываютъ своимъ присутствіемъ ожесточеніе почечныхъ страданій. „При сѣченіи черезъ промежность, говоритъ проф. *Bergmann*, вскрываются тѣ слои клѣтчатки, которые служатъ мѣстомъ развитія наиболѣе опасныхъ флегмонъ, оканчивающихся перитонитомъ“ (стр. 191). Ничего подобнаго не можетъ быть при высокомъ камнесѣченіи.

Доводы эти мало доказательны. 1) Кровотеченіе изъ простаты не должно быть причиною смерти, такъ какъ противъ этого нежелаемаго осложненія мы имѣемъ вѣрное средство:

*) Здѣсь очевидно опечатка, просмотрѣнная уважаемымъ хирургомъ. Работы *Garzia* не существуетъ, есть извѣстная работа *Garcin*.

тампонаду раны съ трубочкою. На 117 боковыхъ литотомій, произведенныхъ въ клиникѣ проф. *Богдановскаго*, ни одинъ оперированный не погибъ отъ кровотеченія; многимъ изъ нихъ была примѣнена тампонада съ трубочкой и она не вызвала никакихъ дурныхъ послѣдствій. 2) Удаленіе камня или осколковъ при боковой литотоміи можетъ быть произведено вполне; пузырь опоражнивается начисто. Въ тѣхъ 117 литотоміяхъ, между которыми были случаи съ 2,6 камнями, а также осколками отъ большихъ раздробленныхъ камней, въ пузырь послѣ операциіи ничего не оставалось. 3) Въ 24-хъ смертныхъ случ., гдѣ летальный исходъ зависѣлъ отъ урэміи при глубокихъ пораженіяхъ почек (*nephritis interstitialis et nephritis parenchymatosa cum pyelitis*) вскрытіе подтвердило, что пузырь былъ начисто освобожденъ отъ камней и осколковъ. Слѣдовательно, неудобства боковаго сѣченія, при которомъ будто бы нельзя вполне очистить пузыря — скорѣе теоретическія, обостреніе же почечныхъ страданій, какъ думаетъ проф. *Bergmann*, отнюдь не обусловливается остающимися въ пузырь осколками.

Развитіе различныхъ гнойно-инфильтраціонныхъ воспаленій околопузырной клѣтчатки какъ разъ имѣетъ мѣсто при высокомъ камнесѣченіи, а не при боковой литотоміи. При эпицистотоміи околопузырная клѣтчатка ушибается, прорѣзывается, всячески инсультуруется; дойти до пузыря невозможно, не подвергнувъ большой травмѣ эту клѣтчатку. Не то при боковомъ камнесѣченіи, гдѣ при правильной technikѣ операциіи мы не имѣемъ дѣла съ этой клѣтчаткой, такъ какъ не выходимъ изъ предѣловъ *capsulae urethro-prostaticae*.

Мнѣніе проф. *Bergmann*'а относительно неизбежности разрѣза клѣтчатки между простатой и сѣмянными пузырями — ошибочно. „Слой рыхлой клѣтчатки *Дугласова* пространства и покрывающій сѣмянные мѣшечки (*vesicae seminales*) изолированъ отъ слоя околопростатической клѣтчатки крѣпкими и плотными апоневрозами уретро-простатической капсулы (*capsula urethro-prostatica*), составляющими прочную и надежную, чисто анатомическую преграду между ними. Въ разрѣзахъ, ограничивающихся не одною только шейкою пузыря, но захватывающихъ при этомъ всю толщу заднебоковой стѣнки нижняго сегмента пузыря и распространяющихся за границы *capsulae urethro-prostaticae*, заключается вся неправильность оперативнаго приѣма при

цистотоміяхъ чрезъ промежность, которая неизбежно влечетъ за собою всѣ фатальныя послѣдствія. Вина въ этомъ не въ оперативномъ методѣ, а въ неправильномъ его выполненіи“, говоритъ профессоръ (стр. 192 и 193).

Въ 24-хъ случ. боковой литотоміи, окончившихся смертью въ клиникѣ проф. *Болдановскаго*, ни разу не была вскрыта сказанная капсула, равно и слой клѣтчатки, одѣвающий сѣмянные пузырьки; все это подтверждено вскрытіемъ. А между тѣмъ изъ 24-хъ случ.: въ 4-хъ наблюдалось разлитое гнойно-инфильтраціонное воспаленіе околопузырной клѣтчатки, въ 6-ти—гнойное скопленіе впереди, съ боковъ и сзади пузыря въ Дуглассовомъ пространствѣ, или разсѣянные гнойники въ стѣнкѣ самого пузыря; 2 раза ограниченное скопленіе гноя въ околопузырной клѣтчаткѣ вскрылось черезъ незажившія еще литотомическія раны на промежности. При всѣхъ такихъ осложненіяхъ раны на промежности болѣе гарантируютъ жизнь оперированныхъ отъ угрожающихъ имъ опасностей, чѣмъ новые разрѣзы брюшныхъ стѣнокъ, какъ это пришлось сдѣлать проф. *Bergmann*’у въ одномъ изъ его высокихъ камнесѣченій, гдѣ скопленіе гноя вызвало разрѣзъ брюшной стѣнки, параллельно Пупартовой связкѣ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что самыя гибельныя разлитыя флегмоны околопузырной клѣтчатки обусловливаются тѣми или другими разстройствами почекъ; разъ эти измѣненія существуютъ, то они одинаково гибельно вліяютъ на исходъ какъ боковаго, такъ и высокаго камнесѣченій. „Утверждать противоположное, т. е. стараться доказывать, что разстроеннымъ почкамъ милѣе эпицистотомія, чѣмъ боковая промежностная, настолько же основательно, какъ и предположеніе, что на субъектахъ съ брайтовскими и амилоидноперерожденными почками, съ амилоидомъ въ печени и селезенкѣ, выше произведенная круговымъ сѣченіемъ ампутація той или другой конечности болѣе вѣрно даетъ успѣшный результатъ, сравнительно съ ампутаціей той же конечности по способу эллиптическому или овальному, но примѣненному ниже“ (стр. 192).

Что же даетъ право проф. *Bergmann*’у ожидать лучшихъ результатовъ высокой литотоміи въ будущемъ? Пузырный шовъ? Онъ оказался несостоятельнымъ. Антисептическая тампонада раны?

„Но это ожиданіе тоже не оправдается, такъ какъ не въ нашей власти опредѣлять и по нашему усмотрѣнію направлять характеръ ре-

активнаго воспаленія въ раненныхъ нашимъ хирургическимъ ножомъ тканяхъ. Если бы мы обладали такими средствами, то навѣрное бы не встрѣчали неудачъ въ нашихъ операціяхъ“ (стр. 196).

Слѣдующими словами заканчиваетъ проф. *Богдановскій* свою VII главу объ эпицистотоміи: „Вся суть и главная наша цѣль должна состоять въ изысканіи вѣрныхъ безошибочныхъ клиническихъ средствъ, для точнаго опредѣленія степени разстройствъ почекъ, запутываемый многосторонними и сложными анатомо-патологическими измѣненіями, неразрывно связанными съ каменною болѣзью. При такихъ условіяхъ намъ можно будетъ впередъ вѣрнѣе рассчитывать, чего можно ожидать отъ нашихъ оперативныхъ приѣмовъ, направленныхъ къ освобожденію больныхъ отъ мочевыхъ камней. Замѣна же одного оперативнаго метода другимъ, съ модификаціями ихъ, едва ли много можетъ помочь въ достиженіи трудныхъ и нерѣдко неблагоприятныхъ обязанностей, — спасти больныхъ отъ угрожающей имъ гибели“ (стр. 197).

Причины, побудившія насъ такъ подробно реферировать работу проф. *Богдановскаго*, — весьма понятны. Извѣстная, всѣми признанная, опытность почтеннаго клинициста заставила насъ быть крайне осторожными въ передачѣ его взгляда на высокое камнесѣченіе; мы снабдили нашъ рефератъ многочисленными и длинными выписками работы автора, такъ какъ боялись своей передачей, лишитъ главу его труда объ эпицистотоміи того интереса и вниманія, которыхъ она заслуживаетъ.

Однако, къ сожалѣнію, не можемъ не упомянуть, что эта глава далеко неполна и носитъ слишкомъ односторонній характеръ.

Никто не былъ бы въправѣ требовать большаго, если бы дѣло ограничивалось только передачей наблюденій и выводовъ, сдѣланныхъ проф. на основаніи 7 случ. операціи его клиники. Совсѣмъ другія требованія мы можемъ предъявлять, разъ почтенный хирургъ, не ограничиваясь этимъ, приступаетъ къ сравнительной оцѣнкѣ операціи; при такомъ условіи сказанная глава является далеко неполной, а отсюда и носитъ односторонній характеръ. Укажемъ на главное.

Говоря о большомъ % смертности послѣ эпицистотоміи, авторъ не упоминаетъ о многихъ опубликованныхъ въ то время у насъ, не говоря о заграничѣ, удачныхъ случаяхъ *sectionis altae*; указывая на непригодность шва, нисколько не останавливается на другомъ методѣ ухода за раной пузыря — дренажѣ, практикуемомъ съ хорошимъ успѣхомъ большин-

ствомъ хирурговъ; за то останавливается на оцѣнкѣ способа пришиванія краевъ пузыря раны къ краямъ брюшной, который показанъ для исключительныхъ случаевъ и никогда, по многимъ весьма важнымъ причинамъ, не будетъ имѣть успѣха. Наконецъ, намъ кажется страннымъ, почему почтенный хирургъ полемизируетъ только съ однимъ проф. *Bergmann*’омъ, какъ будто бы за границей только онъ одинъ является сторонникомъ высокаго камнесѣченія; проф. *Богдановскому*, конечно, было извѣстно, что изъ иностранныхъ хирурговъ, въ то даже время, уже никто не дѣлалъ боковой литотоміи.

Вотъ въ короткихъ словахъ то, что невольно приходитъ на мысль при чтеніи интересной главы объ эпицистотоміи почтеннаго автора; приходится искренне сожалѣть, что многіе весьма важные вопросы, касающіеся *sectionis altae*, были со-всѣмъ не затронуты; отвѣтъ же на нихъ, равно и безпристрастная, строго-научная оцѣнка извѣстнаго клинициста многихъ опубликованныхъ въ то время случаевъ операціи, представили бы огромный интересъ.

Кромѣ только что приведенныхъ работъ по вопросу о высокомъ камнесѣченіи, въ томъ же году мы имѣемъ казуистическія сообщенія: д-ровъ *Асмута* ⁸⁹⁾, *Богаевскаго* ⁹⁰⁾, *Груберта* ⁹¹⁾, *Иванова* ⁹²⁾, *Пенкина* ⁹³⁾, *Путохина* ⁹⁴ и ⁹⁵⁾. Всѣ они съ похвалой отзываются о высокомъ камнесѣченіи. Изъ этихъ опубликованныхъ случаевъ представляютъ особый интересъ одинъ — д-ра *Груберта*, гдѣ, кромѣ рѣдкой аномалии *peritonei*, а именно сращенія ея съ симфизомъ, черезъ 10½ мѣс. послѣ *sectionis altae* оперированный снова поступилъ въ больницу съ явлениями задержанія мочи. По изслѣдованіи оказалось, что непосредственно позади *fos. navicularis* находилось нѣсколько конкрементовъ-фосфатовъ, ядро которыхъ состояло изъ 3-хъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ и части непрерывнаго, наложенныхъ на пузырь во время операціи.

Въ 1888 г. мы встрѣчаемъ нѣсколько работъ: д-ровъ *Барциковскаго* ⁹⁶⁾, *Кадіана*, *Кѣтлинскаго* ⁹⁷⁾, *Милевскаго* ⁹⁸⁾, *Мультановскаго* ⁹⁹⁾, *Русанова* ¹⁰⁰⁾, *Салищева* ¹⁰¹⁾, *Сегалю* ¹⁰²⁾, *Турнера* ¹⁰³⁾, *Янсена* ¹⁰⁴⁾, которыя или прямо или весьма близко касаются интересующаго насъ вопроса; сюда же должно быть отнесено и дополненіе къ описанію производства *sectionis altae*, сдѣланное проф. *Подрезомъ* ¹⁰⁵⁾, въ редактированномъ имъ руководствѣ къ оперативной хирургіи *Löbker*.

Д-ръ *Милевскій*, описывая свой удачный случай *colpocystotomiae*, нѣсколько останавливается на разборѣ тѣхъ ме-

тодовъ, которые примѣнимы для удаленія камней у женщинъ.

У нихъ, благодаря анатомическимъ условіямъ мочевыхъ путей, камнедробленіе является вполне достаточнымъ методомъ для удаленія большинства камней; въ исключительныхъ же случаяхъ, гдѣ необходимо камнесѣченіе, выборъ долженъ быть сдѣланъ между влагалищнымъ и высокимъ разрѣзомъ. Показанія къ той или другой операціи зависятъ отъ особенностей каждаго случая, какъ то: положенія камня, его величины и т. д.; многіе предпочитаютъ *colpocystotomiam*.

Сообщеніе д-ра *Мультановскаго* представляетъ большой интересъ какъ по громадной величинѣ (1½ ф. и 2 драх.) извлеченнаго камня, такъ, главнымъ образомъ, и потому, что для удаленія его потребовалось вскрыть пузырь крестообразнымъ разрѣзомъ; при этомъ продольный разрѣзъ тянулся отъ верхушки пузыря почти до пузырнаго отверстія уретры, продольный же—отъ одного края пузыря до другаго. Не смотря на нарушеніе цѣлости *sphincteris et detrusoris vesicae*, функція пузыря не пострадала нисколько, и въ выведеніи мочи не замѣчалось никакихъ разстройствъ. Наблюденіе это даетъ основаніе д-ру *Мультановскому* предложить „крестообразный разрѣзъ пузыря при большихъ камняхъ, какъ очень облегчающій выведеніе ихъ, особенно же въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется на лицѣ сильно выраженное утолщеніе пузырной стѣнки“ (стр. 979).

Д-ръ *Салищевъ* сдѣлалъ въ Об-вѣ Русскихъ Врачей въ высшей степени интересный и важный докладъ „О боковомъ камнесѣченіи въ анатомо-хирургическомъ отношеніи“.

Указавъ на тѣ недостатки, которые видятъ въ боковомъ камнесѣченіи противники операціи, недостатки, признаваемые отчасти и защитниками ея, докладчикъ сообщилъ о своихъ изслѣдованіяхъ относительно анатоміи операціоннаго поля при боковомъ разрѣзѣ.—Имъ произведено на трупахъ при самомъ строжайшемъ соблюденіи всѣхъ правилъ техники операціи, 40 боковыхъ литотомій. Послѣ этого, 15 труповъ заморожены и операціонная рана изслѣдована на распилахъ промежности, остальные—путемъ тщательной препаровки.

Результатъ работы: нѣсколько весьма важныхъ практическихъ указаній, предохраняющихъ насъ отъ раненія луковицы, внутренней срамной артеріи, прямой кишки; совѣтъ вести разрѣзъ не на средину разстоянія между бугромъ и *anus*, а на бугоръ, такъ какъ только при этомъ направленіи разрѣза предстательная железа рѣжется въ наибольшемъ

нижнемъ косомъ діаметрѣ, не перерѣзывается лѣвый выбрасывательный притокъ и никогда не ранится прямая кишка.

Но что считаемъ мы особенно важнымъ и на что особенно указываемъ, такъ это послѣдній выводъ автора, который и приводимъ цѣликомъ: „Даже при весьма ограниченныхъ разрѣзахъ, проводимыхъ черезъ предстательную железу, — разрѣзахъ, не превышающихъ 24 мм., рана всегда выходитъ изъ предѣловъ сумки предстательной железы въ эту богатую венами рыхлую ткань, которая окружаетъ сѣмянные пузырьки и вмѣстѣ съ послѣдними вдвигается въ полулунную вырѣзку, расположенную между верхнею поверхностью третьей доли железы съ внутреннимъ пузырьнымъ жомомъ; эта рана можетъ распространяться на 2—8 мм. въ рыхлой ткани и въ тоже время окончиться какъ разъ у задняго края верхней поверхности предстательной железы. При такихъ разрѣзахъ не ранится венное сплетеніе, расположенное сбоку верхней части железы; болѣе же длинные разрѣзы, доходящіе до 35 мм., вскрываютъ его“ (стр. 375 и 375).

Д-ръ *Сегаль*, по поводу своихъ 2-хъ случаевъ операціи, указываетъ на одно преимущество высокаго камнесѣченія. Оно заключается въ томъ, что рана пузыря можетъ быть много меньше величины камня и все же, благодаря чрезвычайной растяжимости пузыря, камень извлекается легко. Травма краевъ раны при этомъ незначительна и „не вліяетъ на ходъ заживленія вторымъ натяженіемъ. Конечно, кто хочетъ при операціи примѣнить шовъ пузыря, тотъ долженъ избѣгать и этой травмы, но накладывать шовъ „сподручно только опытнымъ и искуснымъ хирургамъ“ (стр. 580).

Д-ръ *Кадіанъ*, какъ мы уже видѣли, такъ горячо стоявшій на 1-мъ Сѣздѣ Русскихъ Врачей за верхнюю литотомію у дѣтей, въ новой работѣ, нѣсколько измѣнилъ свое мнѣніе.

Въ отчетѣ о своей хирургической дѣятельности за 1886 г. въ главѣ о каменной болѣзни, д-ръ *Кадіанъ* сообщаетъ, что за послѣдніе года (1885 и 1886) имъ сдѣлано 21 боковое, 3 срединныхъ и 15 высокихъ камнесѣченій. При промежуточныхъ способахъ не было ни одного смертельнаго исхода, при высокомъ сѣченіи ихъ три. На анализѣ этого матеріала авторъ и останавливается.

Sectio alta была примѣнена у дѣтей отъ 1 до 9 л. въ 14 случ. и однажды у взрослыхъ. Всѣ операціи дѣлались при одной и той же обстановкѣ; повязка, уходъ за пузырьной

раной, оперативный методъ тотъ же, что описанъ раньше въ Дневникѣ Съѣзда Врачей. Катарръ пузыря наблюдался только у 3-хъ дѣтей; у нихъ моча содержала гной; поражение почекъ не наблюдалось ни разу. У взрослого сильный катарръ пузыря, недержаніе мочи; она мутна, щелочной реакціи и содержала бѣлокъ; въ осадкѣ много гною и амміачныхъ солей. У дѣтей всѣ камни—небольшихъ размѣровъ, вѣсомъ отъ 10 и до 82 гранъ; у взрослого камень уро-фосфатъ и вѣсилъ около 480 гранъ. У 7 оперированныхъ послѣоперационное теченіе прошло безъ лихорадки, у 5-ти по два, по три дня лихорадочныя колебанія между 38 и 39°; у одного съ гнойнымъ катарромъ пузыря т-ра поднималась выше 39°. Въ случаяхъ, окончившихся летально, т-ра повышалась или сейчасъ же за операцией, или же спустя нѣкоторое время; т-ра колебалась до 40°. Брюшная рана заживала первымъ натяженіемъ почти во всѣхъ случаяхъ; нѣсколько разошлась около дренажа у лихорадившаго. Дренажный ходъ закрывался на 6—18 д., въ среднемъ на 12 д., и съ этого дня моча шла нормальнымъ путемъ. Никакихъ осложнений во время и послѣ операци; заживленіе, въ среднемъ на 16-й д., наступало полное.

Смертельный исходъ операци у взрослого, уже подвергавшагося раньше боковой литотоміи, принятаго весьма истощеннымъ, съ недержаніемъ рѣзко измѣненной въ составѣ мочи, лихорадящимъ, заставилъ д-ра *Кадіана* высказаться, что въ данномъ случаѣ оперативный методъ не при чемъ. Исходъ при такихъ неблагоприятныхъ обстоятельствахъ былъ бы одинъ и тотъ же при всякомъ способѣ операци, но зато въ этомъ случаѣ, говоритъ авторъ: „верхнее камнесѣченіе не показало никакихъ выгодъ для оперированія при тяжкихъ условіяхъ“ (1. с., стр. 508).

Еще худшее впечатлѣніе произвели два смертныхъ случая у дѣтей. Оба оперированныхъ (вскрытія не было) погибли отъ остраго септического перитонита. Чѣмъ было вызвано воспаленіе брюшины—осталось не выясненнымъ. Авторъ думаетъ, въ одномъ случаѣ гнилостная инфекція произошла во время операци, въ другомъ—отъ инфильтраціи гнойной мочей. Оба эти случая поколебали взглядъ д-ра *Кадіана* на верхнюю литотомію, какъ операцию безопасную у дѣтей; особенно въ виду того, что это были не первыя операци, гдѣ неудачу можно было бы отнести къ недостатку техники, а 13 и 14-я (стр. 509).

Sectio lateralis произведена 21 разъ въ возрастѣ отъ 5 и до 25 л. при малыхъ и большихъ камняхъ. Мелкіе камни извле-

кались ложкою, крупные—щипцами; камни удалялись цѣликомъ, нѣкоторые съ большимъ насиліемъ. Моча послѣ операціи шла нормальнымъ путемъ между 2 и 12 д., въ среднемъ черезъ 7 д.; рана заживала на 12—36, въ среднемъ—на 22 д. Изъ оперированныхъ ни одинъ не умеръ; выписались двое съ недержаніемъ мочи и одинъ со свищемъ.

Sectio mediana примѣнена въ 3-хъ случ. и въ возрастѣ не выше 18 л. Всѣ оперированные выздоровѣли, между ними одинъ съ недержаніемъ мочи; этотъ послѣдній случай (камень неподвижный, пузырно-простатическій) не можетъ быть взятъ въ оцѣнку оперативнаго метода, такъ какъ недержание мочи наблюдалось и до операціи, черезъ шейку пузыря не вводился ни одинъ инструментъ, недержание мочи произошло вслѣдствіе долгаго расширенія ея неподвижнымъ камнемъ.

Разобравъ свой матеріалъ, д-ръ Кадіанъ приходитъ къ слѣдующему выводу:

„Въ отношеніи жизни *lithotomia alta* опаснѣе другихъ методовъ, но быстрое заживленіе раны (на 16 д. при *lithotomia alta* и на 23-й д. при *sectio lateralis*), почти безлихорадочное теченіе всѣхъ удачныхъ случаевъ, а главное, послѣ операціи—полное выздоровленіе безъ всякихъ осложнений, въ видѣ недержанія мочи или свищей, даютъ высокой литотоміи большія преимущества; причина же смертныхъ исходовъ совершенно неясны, и, можетъ быть, устранимы при болѣе тщательномъ изученіи этой операціи, такъ что я все-таки думаю, что будущее принадлежитъ высокому съченію“ (стр. 512, курсивъ нашъ).

Проф. Подрезъ, въ редактированномъ имъ руководствѣ по оперативной хирургіи проф. Löbker, дѣлаетъ довольно подробное дополненіе къ описанію производства эпицистотоміи и высказываетъ свой взглядъ на эту операцію. „Она, по мнѣнію профессора, въ настоящее время пріобрѣтаетъ значеніе господствующаго способа леченія пузырныхъ страданій: камней и опухолей“ (стр. 475). Въ силу усовершенствованной техники должна считаться выше всѣхъ остальныхъ способовъ камнесѣченія; преимущества операціи передъ другими методами—велики. При ней не только не повреждаются важные органы, но она допускаетъ самый подробный осмотръ пузыря глазомъ или пальцемъ. Опасности при эпицистотоміи, которыя всегда ставятся на видъ операціи, въ настоящее время много потеряли въ своемъ значеніи: раненія брюшины можно избѣжать, оперируя по Petersen'у, мочевоѣ же инфильтраціи—

примѣняя различные способы ухода за раной пузыря, какъ то: дренажъ, модификацію д-ра Эбермана и различные виды пузыряго шва, въ томъ числѣ и предложенный имъ „предварительный шовъ пузыря“. На этомъ послѣднемъ мы остановимся ниже.

Послѣдней работой мы заканчиваемъ очеркъ литературы по вопросу о высокомъ камнесѣченіи въ нашемъ отечествѣ.

Согласно намѣченному плану, переходимъ теперь къ разбору собраннаго матеріала, распредѣливъ его на двѣ группы: доантисептическаго (62 случ.) и антисептическаго (427 случ.) періода операціи.

Но прежде чѣмъ приступить къ краткой оцѣнкѣ первой группы и, по возможности, подробной оцѣнкѣ второй, мы должны оговориться, что собранный матеріалъ быть можетъ не обнимаетъ собою всѣхъ операцій высокаго камнесѣченія, опубликованныхъ въ нашей литературѣ. Не смотря на стараніе и довольно продолжительное время, потраченное на собираніе необходимыхъ свѣдѣній, легко можетъ быть, что нѣкоторыя сообщенія объ эпицистотоміи остались намъ неизвѣстны.

Полагаемъ, однако, что этого не случилось; въ противномъ случаѣ думаемъ, что ни кто не поставитъ намъ въ особенную вину невольнаго недосмотра; кому приходилось рыться въ библіотекахъ для собиранія тѣхъ или другихъ данныхъ, тотъ знаетъ, какъ легко при этомъ впасть въ ошибки, избѣжать которыхъ, даже при самомъ искреннемъ желаніи, часто бываетъ невозможно.

ТАБЛИЦА І.

Случаи высокаго камнесѣченія доанти-
септического періода.

№ по порядку.	Кто, гдѣ и когда оперировалъ.	Возрастъ, полъ больного; продолжительность болѣзни.	Состояніе больного и мочи до операціи.	Способъ операціи.	Осложненія во время операціи.	Составъ вѣсъ, размѣръ камня, грам. сантим.
1	Грумъ-Гржимайло. Вѣлорусско - Могилевскій госпиталь. 1823.	32 л.		При выполненіи боковой литотоміи оказалось невозможнымъ извлечь камень: сдѣлана sectio alta, но камень не извлеченъ и этимъ путемъ.		328, Длина указательный палецъ взрослого ширина того - пальца толщина онаго
2	Ушановъ. 1816—1833.					180,
3	Проф. Кистеръ. Казань. 1844.	Дѣвочка 10 л.				35, Acid. uric. calc. phosph. ammo
4	Гейфельдеръ. Гельсингфорсъ. 1856.	32 л.	Сильно истощенъ, признаки цынги. Боли при мочеиспусканіи; въ мочѣ примѣсь крови.	Пузырь налить теплой водой; вскрыть руководствуясь клювомъ катетра; разрѣзъ расшир. внизъ тупоконечнымъ бистури.		Камень дивертикулъ; вершина фистулы acid. o 134, 3,7×2
5	Проф. Пироговъ. Въ деревнѣ.	70 л.		При выполненіи боковой литотоміи оказалось невозможнымъ удалить камень; сдѣ-	Надорвана передняя складка брюшины.	Ураты 238

за раной и брюш- ники. По- иска.	Послѣоперационный періодъ. Протоколъ вскрытія.	Исходъ.	Примѣчанія.
	<p>Черезъ 2 м. смерть. Главное дѣло состояло въ томъ, что плевистые каналы, идущіе отъ почекъ и открывающіеся въ мочевомъ пузырьѣ, приводящіе мочу изъ первыхъ въ послѣдній, были расширены такъ, что мизинецъ входилъ въ сіи мочеточники; они были наполнены жидкою массою сине-пепельнаго цвѣта. Почти таковая же жидкая масса содержалась въ лоханкѣ и даже чашечкахъ почекъ. Почки въ наружномъ и внутреннемъ своемъ строеніи, повидимому, находились въ естественномъ состояніи. Сіе послѣднее обстоятельство убѣдило меня, что вещество, изъ коего составилъ въ пузырь описанный мною мочевой камень, видимо образовалось въ почкахъ».</p> <p>Извлеченный камень доставленъ (1857) въ кабинетъ Спб. Медик.-Хир. Академіи. Стр. 24, статья подписана <i>Москвичъ</i>.</p> <p>Подробностей никакихъ.</p>	<p>Умеръ черезъ 60 д.</p> <p>Неизв.</p> <p>Умер- ла.</p>	<p>Другъ Здравія, 1834 г., № 21, стр. 126.</p> <p>Родзевичъ ⁵⁴). Земск. Мед. 1885. Медиц. Вѣстн. 1865, № 3.</p> <p>Пеликанъ ⁵⁵), стр. 58 и 59.</p>
у брюш- ники 4 сер- сверху ком- съ ма- и холод- губка.	<p>Въ день операціи и ночью 2 раза моча съ примѣсью крови; къ вечеру слѣдующаго дня упадокъ силъ и смерть.</p> <p>Вскрытіе. Стѣнка пузыря утолщена; въ нижней части размягченное мѣсто, дивертикулъ, гдѣ помѣщался камень; по бокамъ дивертикула наслоенія. Въ пузырь моча, сгустки крови и гной. Никакихъ признаковъ перитонита. Въ уретрѣ, слизистая оболочка которой вблизи пузыря сильно инъецирована, ложные ходы. Атрофія правой почки, лѣвая почка гипертрофирована и гиперэмирована. Печень мѣстами жирно перерождена, полнокровна; селезенка велика и полнокровна.</p> <p>Все время послѣ операціи ничего особеннаго, кромѣ одного сильнаго сотрясательнаго озноба, тотчасъ послѣ операціи, да осадка на краяхъ обѣихъ ранъ (промежности и бѣлой линіи).</p>	<p>Умеръ черезъ 30 ч.</p> <p>Вызд. черезъ 49 д.</p>	<p>Flury ¹⁰⁶). Стр. 43 и 44.</p> <p>Пироговъ ⁶). Ч. I, стр. 10. Объ этомъ же случ. у Богдановскаго ⁸⁷), стр. 387, случ. 96.</p>

				лана высокая. Камень плотно сидѣлъ въ мочевомъ пузырьѣ, извлеченъ не легко при помощи приподнятія черезъ прямую кишку.	
6	Поликовскій. Ст. Наурская, Терская область. 1866.	Около 40 л.			6×4,4
7	Гаагъ. Москва. 1874.	Дѣвочка 4 л. 2 г.	Катарръ пузыря. Сильные и частые позывы на мочеиспускание. Prolapsus recti.		Ура 3,3×
8	Дуброво. Московск. губери., Дмитровск. уѣздъ. 1875.	14 л.			
9	,	13 л.			
10	Проф. Склифосовскій. Петербургъ. 1875.	Взросл. мужч.			
11	Валь. Дѣтская больница Принца Петра Ольденбургскаго. Петербургъ. 1871.	2 л. 1 г.	Питаніе плохо. Моча вонючая, слабо - кислая. Странгурия. Prolapsus ani.	Камень раскрошился; извлеченіе обломковъ продолжит. время.	Фосфор ура
12	Геппнеръ. 1873.	10 л. 4 г.	Плохое питаніе. Моча мутная, кислая. Странгурия, prolapsus ani. Легкая лихорадка.	Описанія нѣтъ въ исторіи болезни.	

брюшной и не заши- залась.	Никакихъ осложнений; на 12 д. моча пошла нормально.	Вызд. черезъ 30 д.	Родзевичъ ⁵²⁾ . Земская Медиц. 1885 г.
грудомец- (извлеченъ скоро).	Въ первое время послѣ операціи моча шла черезъ уретру, а затѣмъ 11 д. черезъ рану; съ 12 дня идетъ черезъ уретру. Ежедневно теплыя ванны. На 16 д. изъ раны отдѣлился клочекъ омертвѣлой ткани; во время выдѣле- нія мочи черезъ рану края ея покрылись отло- женіемъ фосфатовъ.	Вызд. на 31 д.	Медвѣдевъ ¹⁴⁾ . Моск. Врач. Вѣд. 1874/5, № 27 и 28.
узырь швы кѣтгута.		Вызд.	Проф. Богданов- скій ⁸⁷⁾ . Стр. 184.
изъ кѣт- на рану пу- ря, шовъ иной стѣнки. шты на 3 д.	Интензивное лихорадочное состояніе и силь- ное напряженіе покраснѣвшихъ краевъ раны брюшныхъ стѣнокъ заставили снять швы.	Вызд.	Тамъ-же.
		Умеръ черезъ 70 д.	Круглевскій ¹⁷⁾ . Военно-Медиц. Журн. 1877 г. Ч. 129, стр. 42. Письмо проф. Склифосовскаго отъ 4 окт. 1888 г.
е обмыван. холодной ой. Ледъ на ть. Опій, ускусъ.	Два раза небольшія послѣдовательныя кро- вотеченія. Сильное безпокойство съ вечера, вслѣдствіе частой рвоты. На слѣдующ. утро 39. Боли внизу живота. Коляпсъ. Вскрытіе. Перитонитъ въ нижней части живота. Катарръ пузыря. Левый мочеточникъ очень расширенъ, закупоренъ свернувшимся фибриномъ. Пизлить. Атрофія почки. Правая почка нормальна.	Умеръ черезъ 22 ч.	А. Шмитцъ ¹⁰⁷⁾ . Archiv f. klin. Chirurgie. 1886. 33 Band, 2 Heft.
одные ком- ы изъ воды на рану.	Съ 2 по 5 д. высокая лихорадка (до 40,1); затѣмъ 6 недѣль субфебрильн. т-ра. Моча нор- мально черезъ уретру на 17 д.; полное закры- тіе пузырной раны на 35 д.	Вызд. черезъ 42 д.	

13	Геппнеръ. 1874.	3 л. $\frac{1}{2}$ г.	Хорошо упитанъ. Цвѣтъ кожи слегка бронзо- вый. Странгу- рія.	Пузырь налитъ.	$2,5 \times 1,4$
14	Шмитцъ. 1874.	5 л. 3 г.	Плохо упитанъ весьма значи- тельны страданія; легкая лихорад- ка. Моча слегка мутна, почти ней- тральная.		$3,0$ $2,4 \times 1,1$ $\times 1,2$
15	, 1874.	12 л. 10 л.	Питанія посред- ственного. Силь- ный катарръ пу- зыря съ весьма сильной стран- гуріей; временно въ мочѣ кровь. Моча мутна, ки- слородной реакціи.	Трудное извлече- ніе камня.	$22,0$ $3,9 \times 3,1$ $\times 2,3$
16	Валь. 1874.	4 л. 5 м.	Хорошаго пита- нія. Катарра пузыря нѣтъ. Мучительное мочеиспусканіе по каплямъ.		Два кам- ня Всѣхъ о- нихъ 2, $1,6 \times 1,1$ $\times 0,8$ $1,1 \times 1,1$ $\times 0,9$
17	, 1874.	8 л. 2 г.	Хорошаго пита- нія, странгурия, гематурія, ка- тарръ пузыря; prolapsus ani.	Трудное извлече- ніе камня.	$4,0$ $2,5 \times 1,6$ $1,5$
18	Шмитцъ. 1875.	$3\frac{1}{2}$ л. 1 г.	Значительное ис- худаніе; резко выраженный ра- хитизмъ. Умѣ- ренная дизурія; prolapsus ani; мо- ча свѣтлая, кис- лотной реакціи.	Пузырь фикси- рованъ одной нитяной петлей.	Весьма значи- тельное кровоте- ченіе. $2,7 \times 1,7$ $0,9$
19	Валь. 1875.	6 л.			

<p>ювые ком- на рану. д., еже- , 2,3 про- ительныя въ 37°.</p>	<p>Субфебрильн. т-ра какъ до, такъ и послѣ опера- ціи до самой смерти. Первую недѣлю общее со- стояніе подавало надежды; съ 8 д. частая рвота, сильное безпокойство, боль внизу жи- вота, поносъ. Вскрытіе. Паренхим. нефритъ обоюдостор.; рѣзче выраженъ справа. Справа острый катар. пѣзлитъ. Отекъ мозга. Перитонита нѣтъ.</p>	<p>Умеръ черезъ 13 д.</p>
<p>ныя губки ну; опій, едъ.</p>	<p>Свободное истеченіе мочи черезъ рану впер- вые черезъ 15 час., до тѣхъ поръ часто мо- чился черезъ уретру. Высокая т-ра (до 40,5) на 2 и 3 д., затѣмъ субфебрильн. до 8 д. На 13 д. моча идетъ нормально; на 17 д. рана вполнѣ зарубцевалась. На 3 д. по туловищу эритема, похожая на скарлатинозную.</p>	<p>Вызд. черезъ 27 д.</p>
<p>авъ верх- глу раны, ныя губки, пій.</p>	<p>Умѣренная лихор. (39°) и небольшая при- мѣсь крови въ мочѣ до 5 д. Сильный гной- ный pericystitis; на 4 и 5 нед. нѣсколько разъ выходили небольшіе камни. На 6, 7 и 8 нед. 3 раза сильная чувствительность при давленіи правой почечной области; вре- менная оч. высокая лихорадка. На 22 д. моча идетъ нормальнымъ путемъ; на 62 д. полное зарощеніе раны пузыря.</p>	<p>Вызд. черезъ 72 д.</p>
<p>ювые ком- на рану.</p>	<p>Черезъ часъ послѣ операціи незначитель- ное послѣдоват. кровотеченіе; 5 д. лихорадка до 39,9. На 13 д. моча идетъ нормальнымъ путемъ.</p>	<p>Вызд. черезъ 28 д.</p>
<p>ссы сали- на рану, кислота утрь.</p>	<p>5 дней. лихорадка до 40,4°; 8 д. гематурия. Черезъ 3 нед. черезъ рану отошелъ большой кусокъ омертвѣлой ткани. На 24 д. моча идетъ нормально; на 49 д. полное заживленіе раны пузыря.</p>	<p>Вызд. черезъ 51 д.</p>
<p>ов. ком- на рану; ледъ.</p>	<p>18 д. высокая лихорадка. Сильный pericystitis. На 2 и 8 д. по туловищу эритема; на 16 д. моча идетъ нормально; на 20 д. полное зажи- вленіе раны пузыря.</p>	<p>Вызд. черезъ 34 д.</p>
<p></p>	<p>Исторіи болѣзни нѣтъ Въ книгѣ операцій, какъ причина смерти, обозначенъ peritonitis.</p>	<p>Умеръ черезъ 1¹/₂ д.</p>

20	Дикъ. 1875.	12 л. 9 л.	Питанія плохого; страданія не ве- лики. Моча слег- ка мутная.	Чрезвы- чайно трудное извлече- ніе камня, который частью раскро- шился.	32,0 6×5× 3,8.
21	Иршикъ. 1875.	2 ¹ / ₄ л. 3 м.	Плохого питанія. Сильная стран- гурия. Prolapsus ani. Лихорадить.	Sectionis altae пред- шествова- ли много- кратные сеансы литотрип- си.	
22	Шмитцъ. 1876.	3 л. 4 м.	Хорошаго пита- нія. Не смотря на значительныя страданія, катар- ра пузыря нѣтъ.	Выпаденіе слизистой оболочки пузыря.	2,0×1
23	» 1876.	3 л. Около 1 г.	Плохого питанія. Сильная стран- гурия, prolapsus ani. Моча вонючая.		3 камня Вѣсъ ка- мня 4,0 1,9×1
24	Франкенгейзеръ. 1877.	3 л. 1 ¹ / ₂ г.	Плохого питанія. Мутная, но не- щелочная моча; сильныя страда- нія.	Сильное кровоте- ченіе; пу- зырная рана очень велика; при извле- ченіи ка- мень рас- крошился.	8,0 Съ гр- мъ кѣй ор-
25	Шмитцъ. 1877.	3 л. Около ³ / ₄ г.	Крѣпкій маль- чикъ. Моча свѣт- лая, безъ запаха. Мочеиспусканіе болѣзненно.		7, 2,5× × 1

къ пузыря;
овые ком-
рессы.

Дренажъ удаленъ на 8 д. Съ небольшими перерывами умѣренная лихорадка до самой смерти. Весьма сильное гнойное воспаленіе околопузырной клетчатки съ омертвѣніемъ послѣдней. На 3 недѣль чувствительность при давленіи въ лѣвой почечной области. Моча нормально черезъ уретру на 26 д.

Вскрытіе. Рѣзкій pyelonephr. лѣвосторон., почти полная атрофія почки; такой же, нѣсколько слабѣе, процессъ правой почки; незначительный pericystitis.

Умеръ
черезъ
30 д.

къ пузыря,
овые ком-
ы; внутри
л. кислота.

На 2 и 3 д. высокая лихорадка (до 40,7), затѣмъ долгое время т-ра повышена незначительно. На 4 д. скарлатина (?). На 7 д. моча пошла нормальнымъ путемъ. ¹/х¹ наружная уретротомія ради извлеченія ущемившагося осколка камня; ²⁰/х¹ катарр. пневмонія.

Протоколъ вскрытія утерянъ.

Умеръ
черезъ
51 д.

ву карбо-
я губка.

Высокая лихорадка со 2 д. и до смерти. Съ 5 д. болѣзненность въ области пузыря распространилась дальше, вмѣстѣ съ тѣмъ появилась рвота, поносъ. На 7 д. моча идетъ нормально.

Вскрытіе. Lymphangoitis perivesicalis, peritonitis incipiens (можетъ быть въ зависимости отъ господствовавшей въ то время эпидеміи рожи).

Умеръ
черезъ
8 д.

къ пузыря
ъ à de
; карболо-
убки, опій.

Катетръ удаленъ на 2 д.—закупорился; дренажъ удаленъ на 7 д. Умѣренная лихорадка въ теченіе 4 д., незначительный уретритъ. Моча пошла нормально на 9 д.

Вызд.
черезъ
20 д.

жъ пузыря;
рессы изъ
й кислоты.
промыва-
ств. борной
ислоты.

Сильное послѣдовательное кровотеченіе черезъ 1 часъ; много разъ кровавая моча черезъ уретру. Сильное безпокойство. Коллѣисъ (36,1--36,5).

Вскрытіе. Подбрюшинная клетчатка, соответственно передней стѣнки пузыря и стѣнки брюшной, инфильтрирована кровью. Пузырь пустъ. Мочеточн. расширены. Обѣ почки пронизаны многочислен. небольшими гнойничками; мѣстами почки жирно перерождены. Рѣзко выраженной анэміи внутреннихъ органовъ не найдено.

Умеръ.
черезъ
14 ча-
совъ.

Гоже.

11 д. лихорадка неправильнаго типа. Гнойный pericystitis (умѣренной степени). Дренажъ удаленъ на 5 д.; на 9 д. нормально е отхожденіе мочи; на 18 д. вполне зарубцевалась рана пузыря.

Вызд.
черезъ
28 д.

26	Шмитцъ. 1877.	2 ¹ / ₄ л. 1 ¹ / ₂ г.	Посредственнаго питанія. Сильная странгурия; лег- кая лихорадка.	Очень трудное извлече- ніе камня. Во время проведе- нія дре- нажа про- будившій- ся маль- чикъ силь- но нату- жился, произо- шелъ раз- рывъ брю- шины и выпаденіе кишечъ. Разрывъ сшить кэтгутомъ подъ spray.	4,6
27	» 1877.	4 л. Съ 1 г.	Питаніе сносно. Страданія не сильныя.	Наканунѣ операци сеансъ литотрип- си.	2 са- наиб- шій
28	» 1877.	2 ³ / ₄ л. Около 1 ¹ / ₂	Хорошаго пита- нія. Очень труд- ное мочеиспуска- ніе, большею частью по кап- лямъ.	Значит. артеріал. кровоте- ченіе. Ка- тетръ à demeure., вслѣдст- віе своего плохаго матеріала, сломался и извле- ченъ че- резъ на- ружную уретро- мию; встав- ленъ по- вый.	Съ л- орт

<p>пузыря съ раной ой стѣн- гисептиче- перевязка; опій, мус- усъ.</p>	<p>Спачка, рвота. На 2 д. т-ра до 39,8. Вскрытіе. Разрывъ брюшины вполнѣ склепл- ся; вокругъ его начинающійся перитонитъ.</p>	<p>Умеръ черезъ 1½ д.</p>
<p>ръ à de- Карболо- убки; за- едъ, опій.</p>	<p>Съ 2 д. и до самой смерти лихорадка до 39. Съ 4 д. рвота, болѣзненность и вздутіе живо- та. Катетръ закупоривался неоднократно (од- нажды осколкомъ камня), много разъ удалялся для очищенія. Черезъ рану моча не идетъ; на 4 д. дренажъ въ эту рану; вышла сильно гнойная моча. Вскрытіе. Рѣзкій гнойный pericystitis; лег- кій pyelitis; общій фибринозно-гнойный пери- тонитъ.</p>	<p>Умеръ черезъ 4 д.</p>
<p>съ пузыря, ръ à de- . Карбо- губка на пій. Вече- ромываніе я 10/0 ра- карб.кисл., едъ.</p>	<p>Съ 1 д. умѣренная лихорадка; незадолго до смерти т-ра быстро съ 38,4 дошла до 40. Рвота со 2 д., одновременно болѣзненность и значит. тимпанитъ нижней части живота. Катетръ не- однократно закупоривался кровяными сгустками; однажды былъ вытолкнутъ. Вскрытіе. Гнойная инфильтрація въ окру- жности всего пузыря; начинающійся перитонитъ.</p>	<p>Умеръ черезъ 2 д.</p>

29	Иршикъ. Дѣтская больница Св. Владиміра. Москва. 1876—1882.	8	Не указано.	Пузырь налить тепловатой во- дой.	24 3,7× 2,
30	„	8			28, 4,2× ×2
31	„	1.			
съ	„	Дѣвочки.	Не указано.	—	
32					
по					
38					
съ	„	Мальчики	Не указано.		
38		отъ 1 до			
по		3-хъ лѣтъ.			
45					
45	„	2.	Не указано.		Не вил овал фор бур го цв глад пов по 7 2,7 ×
46	„	2 ¹ / ₂ л. 1 г.	Хорошаго пита- нія.	Пузырь налить тепловатой во- дой. Разрѣзъ по linea alba въ 4 сант. Животъ вымыть зеле- нымъ мыломъ и 5% раство- ромъ карболо- вой кислоты.	Трудное извлече- ніе камня. Яйца ной м 8 2,8) ×

казано.	Неизвѣстно.	Вызд.	Веревкинъ. 39)
		Вызд.	
		Вызд.	
казано.	Неизвѣстно.	Вызд.	
казано.	Неизвѣстно.	Вызд.	
	<p>Sectio alta сдѣлана въ 1876 г. Черезъ 2 года вторичная операція sectionis lateralis; извлеченъ камень размѣрами: 1,2; 0,8; 0,7; вѣсъ 0,6 грм.</p>	Вызд.	Тамъ же; стр. 428.
съ пузыря; у живота на, сверху смоченная творъ кар- й кислоты	<p>Первый день послѣ операціи т-ра нормаль- на; на 2 д. удаленъ дренажъ; въ 10 ч. рвота, животъ вздутъ и напряженъ; т-ра 39. Въ 10 ч. вечера смерть.</p> <p>Вскрытія не было.</p>	Умеръ черезъ 2 д.	

47		2 г. 8 мѣсяц.	Рахитикъ.		Поранена брюшина.	
48	,	3 л. 2 г.	Рахитикъ; слабъ, блѣдень.			Овалъ фор 26. 4,7× ×
49	,	2 ¹ / ₂ л.	Хорошо уштан- ный ребенокъ.		При из- влеченіи камня вы- пала часть слизистой оболочки задней стѣнки пузыря. Для болѣе прочнаго удержанія наложено два шва изъ кѣт- гута.	Шер- ватъ окру- сплю- нн 5. 2. × 1,
50	,	1 г. и 3 м. 1 г.	Средняго разви- тія.			Шер- ва кру- фор 1,0 1,2)

арь 3 шва
гута; дре-
ь раны
ной, ка-
demeure.

Первые 3 дня, не смотря на т-ру 39—40, все хорошо. Моча шла и через дренаж и через катетр. Одинъ разъ рвота. На 5 д. по тѣлу скарлатинозная сыпь; ухудшеніе; рвота, вздутіе живота. На 6 д. рана имѣетъ плохой видъ; гной мутенъ, жидокъ. На 7 д. смерть.

Вскрытіе. Края раны брюшной стѣнки сильно инфильтрированы, утолщены, заворочены кнаружи, темнаго цвѣта. Дно покрыто гноемъ. Нисходящая часть flex. sigmoideae приклеена къ ранѣ свѣжими перепонками. Инфильтратъ краевъ раны распространяется довольно далеко между слоями брюшныхъ мышцъ. Кишки склеены между собою и съ брюшными стѣнками свѣжими перепонками. Сердце дрябло; стѣнки блѣдно-желтовато-сѣраго цвѣта; печень полнокровна, границы неясны; селезенка дрябла; почки велики, налиты кровью.

Умеръ
на 7
день.

арь 3 шва
гута. Дре-
брюшной
поверхъ
смоченная
ромъ кар-
і кислоты.

Т-ра первый день 38,4, на второй до 40,5; жажда, вздутіе живота. Швы разошлись, моча идетъ через дренаж. Болѣзненность кругомъ раны. Вечеромъ смерть.

Вскрытія не было.

Умеръ
на 2 д.

рь à de-
; свобод-
вещь опу-
въ 5⁰/₆
въ карбо-
кислоты.
ровская
и, которая
д. замѣ-
омпресса-
ь марли,
иной въ
ств. кар-
ой кисл.

Незначит. повышение т-ры въ первый день. На 2 д. больной, натуживаясь, вытѣснилъ катетр, который опять введенъ. Швы разошлись; рана чиста. Въ полдень рвота, къ вечеру поносъ. На 3 д. лучше; на 4—лучше; рана обложена тонкимъ слоемъ омертвѣвшей ткани. На 5 д. этотъ слой около раны—толще; животъ вздутъ и напряженъ; въ 2 ч. дня—смерть.

Вскрытіе. Въ нижней части брюшной стѣнки серозно-гнойный экссудатъ. Подбрюшинная клетчатка гнойно инфильтрирована. Вокругъ пузыря масса гноя и распавшейся клетчатки. Въ остальномъ ничего ненормальнаго.

Умеръ
на 5 д.

ний уголь
ой раны
нѣ дре-
присыпка
ормомъ.

Къ вечеру т-ра поднялась до 39, ночью до 40. Всю ночь рвота; утромъ на другой день припадокъ эклампсін, а въ 9¹/₂ ч. утра смерть.

Вскрытіе. Рана чиста; въ окружности никакой реакціи. Брюшина, покрывающая верхушку пузыря инъецирована, нѣсколько припухла и мѣстами покрыта легко снимающимися фибриновыми пленками. Въ другихъ органахъ—ничего.

Умеръ
черезъ
20 час.

51		3 л. 1 г.	Плохо развитъ, анемиченъ.		Трудное извлече- ніе камня.	Гру- видн форм пере вать
52						
53	Макавѣвъ. Калужск. губ. 1876.	17 л. 7 л.	Истощенъ. Моча мутна, большой осадокъ гноя и слизи; реакція щелочная съ про- тивнымъ амміач- нымъ запахомъ. До операціи съ педѣлю укрѣпл. лечение: ac. ben- zoic. supposito- rum opio.	Пузырь всегда на- ливался медлен- но до того пока надъ symphysis не появится оваль- ная опухоль. На- ливался пу- зырь черезъ ка- тетръ съ кра- номъ; катетръ передавался по- мощнику, кото- рый въ то же время сжималъ penis, съ цѣлю предупредить истечение мочи мимо катетра. Разрѣзъ брюши- стѣнки въ 2, 2 ¹ / ₂ дюйма, апонев- розъ разрѣзы- вался или отъ ру- ки или по желобо- ватому зонду. Дойдя до пузыря и защитивъ склад- ку пальцемъ, ка- тетръ наклонял- ся, клювомъ его выпиралась пе- редняя стѣнка пузыря; около этого мѣста вка- лывалось 2	Извлече- ніе не лег- ко. Камень оказался въ соеди- неніи со стѣнками пузыря, почему рана въ пузырь сдѣлана большая; подрѣза- ны также прикрѣ- пленія прямыхъ мышцъ.	Кам- вып- весь зыр- имъ формъ зы- былъ диненъ встѣ- стѣнъ за ис- ченіе задней влекъ съ домъ лѣво- нія паль- отъ но Вер- оч- тол- слои формъ лы легко лам- ся щипъ

<p>ичный шовъ я; въ пу- вставленъ ажъ; при- иодифор- момъ.</p>	<p>Вечеромъ т-ра до 38,8; на второй день 39; больной безпокоенъ, дышетъ тяжело. Рана чиста; моча идетъ черезъ дренажъ. На 3 д. поносъ, жажда, слабость, безпокойство; пульсъ слабъ и ускоренъ. Дно раны покрыто сѣроватымъ налетомъ, края раны припухли и покраснѣли. Моча идетъ черезъ дренажъ. Смерть на 4 день.</p> <p>Вскрытіе. Брюшина, покрывающая переднюю стѣнку живота, гиперэмирована; края раны припухли, инфильтрированы, грязны. Въ окружности раны также серозно-гнойная инфильтрація. Въ другихъ органахъ ничего.</p> <p>Вскрытіе. Хроническій катарръ кишекъ и пузыря.</p>	<p>Умеръ на 4 д.</p> <p>Умеръ на 32 д.</p>	
<p>ажъ пузыря; дубрюшной и швы до ажа. Дре- (толстый) ивался къ брюшной къ нему дывалось ное приспособ- еніе. При ладываніи на рану ной стѣнки ывались и ш. м. гес- а. Промыва- пузыря нѣ- ко разъ въ тепловатомъ о и раство- к. hyper- с. или, если ъ катарръ ыря, вяжу- и раствара- ми.</p>	<p>Все время т-ра между 37,5 и 39; разъ было 39,8. На 2-й день появляется гангренозесценція поверхности раны. На 3-й д. боль въ животѣ около раны; больному лучше; моча мутна, но осадокъ меньше, щелочность тоже. На 6 д. поверхность раны омертвѣла; эта часть отдѣляется. Швы сняты; боль въ животѣ меньше; аппетитъ плохъ, запоръ; моча чище. На 7-й д. поверхн. раны почти очистилась; моча свѣтлѣе, осадокъ незначительный; реакція слабо-щелочная; болей въ животѣ почти нѣтъ. На 10 д. больной очень слабъ, небольшой поносъ; ничего не ѣстъ; боли въ животѣ около раны незначительны, рана чиста, покрыта вялыми грануляціями. Моча свѣтла, почти безъ осадка, слабо кислая. Въ 2 ч. дня смерть.</p> <p>Вскрытія не было.</p>	<p>Умеръ черезъ 11 д.</p>	<p>Медиц. Вѣсти. 1879 г. № 23—33.</p>

54	» 1876.	4 л. 2 г.	Хорошо упитанъ; частые позывы на мочеиспускание. Моча свѣтлая, кислая.	острыхъ крючка. Пузырь вскрылся сразу остроконечнымъ бистури, затѣмъ разрѣзъ расширился тупоконечнымъ. Камень извлекался корнцангомъ. Если камень великъ, то mm. recti, въ мѣстѣ ихъ прикрѣпленія, вѣсколько подрѣзывались.	Твердый гладкій камень
55	» 1876.	5 л. 3 г.	Худъ, блѣденъ. Моча съ осадкомъ гноя, слегка мутная, средней реакціи. По вечерамъ слегка лихорадитъ.		Фосфат
56	» 1876.	6 л. 2 г.	Моча свѣтлая, кислой реакціи, съ незначительнымъ количествомъ гноя, безъ осадка.		Мочевины соли, гладкія, плотныя овальныя формы. Дл.—4, шир. 3,
57	» 1877.	15 л. 10 л.	Блѣденъ, худъ, плохо ѣстъ. Моча мутная, съ осадкомъ гноя, слизи и песку изъ фосфатовъ, щелочная. Лихорадитъ до 39. До операціи около 2-хъ мѣсяцевъ подвергнуть предварительному леченію ас. benzoici и ко дню операціи моча немного лучше.		Два камня. Фосфаты, рыхлыя, крошились въ щипцахъ. Одинъ изъ многихъ, ринагоиднаго характера, другой въ горшину былъ спаянъ въ перепончатой части уретры, но передъ операціею протолкнутъ въ пузырь.
58	» 1877.	14 л. 10 л.	Питаніе удовлетворительно; мо-		Снаружи мочеки-

Первое время т-ра до 39,7; спать плохо, кричить; боли въ ранѣ; на 6 д. сняты швы (prima intentio). Моча идетъ черезъ стволъ на 19 д. Выздоровѣлъ вполнѣ.

Вызд.
черезъ
30 д.

Первое время т-ра до 39; на 4-й д. сняты швы, такъ какъ прима не получена. Съ этого дня т-ра нормальна. Общее состояніе хорошо, моча свѣтла, съ хлопьями. На 32 д. моча черезъ стволъ. Выздор. вполнѣ.

Вызд.
черезъ
42 д.

До 9-го числа т-ра хотя и доходила до 39,6, но все хорошо и теченіе нормальное. Черезъ 5 д. показалась рожистая краснота кругомъ раны, затѣмъ она перешла на весь правый бокъ и спину. Черезъ 2 недѣли pleuritis; рожа перешла на лицо. Черезъ 3 недѣли она прошла; pleuritis держится; больному лучше, но слабъ. Все время рана гранулируетъ хорошо. Черезъ мѣсяцъ развились многочисленныя пролежни, края ихъ воспалены, дно гангренозное; моча идетъ черезъ рану свѣтлая и кислой реакціи. На 35 д. смерть; въ ранѣ не было воспалительныхъ явленій, она протекала нормально.

Умеръ
черезъ
35 д.

Три недѣли т-ра доходила до 38,8; рана гранулируетъ довольно медленно, благодаря тому, что на ея поверхности осѣдали фосфаты, выделявшіеся мочею. Выписанъ съ зажившей раной, но неизвѣстно: исчезъ ли изъ мочи песокъ или нѣтъ.

Вызд.
черезъ
41 д.

Первое время т-ра до 40,5; на 5 д. поверхность раны омертвѣла; къ 12 д. она вполнѣ

Вызд.
черезъ
30 д.

			ча свѣтлая, кислая, осадка нѣтъ. Т-ра нормальна.		дыя со бнуті щавел викъ овальн формъ 17,3
59	» 1877.	14 л. 10 л.	Худъ, блѣденъ. Моча немного мутна, съ небольшо- шимъ осадкомъ слизи и гноя, слабо щелочной реакціи. Т-ра нормальна.		Мочек лыя со 44,7
60	» 1877.	2 г. 1 г.	Хорошо упи- танъ. Моча чиста, безъ осадка, кис- лой реакціи. Т-ра нормальна.		Съ лѣ- ной орѣх очен плотн сѣра цвѣт усѣян малень ми буг ками
61	» 1877.	13 л. 6 л.	Худъ и плохо упитанъ. Моча чиста, съ не- большимъ коли- чествомъ хлопъ- евъ гноя; реак- ція кислая. Силь- ные страданія. По вечерамъ ли- хорадитъ до 38,1.	Довольно трудное извлече- ніе камня, благодаря его буг- ристости отъ боль- шихъ острыхъ шиповъ на поверх- ности.	Диамет 4.
62	» 1877	5 л. 1 г.	Плохо упитанъ. Моча чиста, безъ осадка, кислой реакціи; бѣлка нѣтъ; частые по- зывы; т-ра нор- мальна.		Мочек лыя; с лѣсно орѣх

очистилась и покрылась грануляциями. Моча пошла через стволъ на 30 д.; выписанъ здоровымъ вполне.

Первое время т-ра до 38,7; съ 5 д. послѣ операціи т-ра нормальна. Сперва заживленіе шло хорошо, затѣмъ затянулось, такъ какъ образовался на мѣстѣ раны тонкій свищъ, который въ 2 мѣс. зажилъ подъ вліяніемъ прижиганія ляписомъ. Черезъ 3 м. снова явился съ открывшимся свищемъ; черезъ 3 недѣли окончательно поправился.

Вызд.
черезъ
97 д.

Первое время т-ра до 38,9, затѣмъ нормальна; никакихъ осложнений.

Вызд.
черезъ
27 д.

Первые дни т-ра до 40. На 2 д., въ ранѣ замѣчено поверхностное омертвѣніе. Съ 11 д. рана почти очистилась и никакихъ осложнений.

Вызд.
черезъ
59 д.

Никакихъ осложнений, только въ некоторое время (около 5 д.) т-ра колебалась между 37 и 39.

Вызд.
черезъ
31 д.

Краткій анализ собраннаго матеріала доантисептического періода операцій, имѣющій для насъ въ настоящее время лишь историческій интересъ, далъ слѣдующее.

По возрасту оперированные распредѣлились: отъ 1 до 5 л.—30, отъ 5 до 10 л.—8, отъ 10 до 15 л.—9, отъ 15 до 20 л.—2, 32-хъ л.—2, 40 и 70 л. по 1 случ.; о возрастѣ свѣдѣній нѣтъ въ 9 случ. 8 операцій выполнено на дѣвочкахъ.

Вѣсъ извлеченныхъ камней (точно обозначенъ только у 23-хъ) колебался отъ 1 до 328 grm.

Вслѣдствіе неполноты свѣдѣній вывести среднюю продолжительность послѣоперационнаго періода не представляется возможнымъ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ онъ весьма тяжелъ и сопровождался различными осложненіями, какъ со стороны общаго состоянія, такъ и раны; чаще послѣднее.

Въ тѣхъ операціяхъ, о которыхъ имѣются болѣе или менѣе подробныя свѣдѣнія, уходъ за оперированнымъ состоялъ въ наложеніи на рану компрессовъ или губокъ, 17 разъ примѣненъ дренажъ пузыря, 4 раза наложенъ полный пузырный шовъ, 1 разъ—частичный и 1 разъ края раны пузыря сшиты съ краями брюшной раны. Два раза примѣненъ катетръ à demeure, изъ нихъ въ одномъ случаѣ къ нему придѣлано сифонное приспособленіе.

Въ 4-хъ случ. пузырнаго шва заживленіе первымъ натяженіемъ получено однажды; матеріаломъ для шва служилъ исключительно кѣгутъ.

Изъ всѣхъ 62 случ. этой группы выздоровѣло 38, умерло 23, исходъ одной операціи—неизвѣстенъ.

Причиной смерти были: peritonitis acuta—5, peritonitis et pericystitis—3, peritonitis et pyelonephritis—1, haemorrhagia—1, pericystitis—1, pyelonephritis—4, pneumonia catar—1, cystitis et enteritis catar. chr.—1, erysipelas—1, marasmus—1. Свѣдѣній нѣтъ о 4-хъ случаяхъ.

Исключивъ изъ этого числа 4 случая, гдѣ смертельный исходъ не имѣлъ никакой связи съ высокимъ камнебѣженіемъ (pneumonia catar., erysipelas, enteritis catar. chr., marasmus), получимъ 19 случ. смерти на 62 операціи, т. е. $\frac{19}{62}$ смертности=30,6 и близко подходитъ къ цифрамъ: *Günther'a* (23,6%), *Dulles* (28,2%), *Flury* (32,6%), *Garcin*¹⁰⁸) (24,4%), *Tuffier*¹⁰⁹) (27%), *Подзевича* (23,3%).

ТАБЛИЦА II.

Случаи высокаго камнесъченія антисеп-
тического періода.

№№ по порядку.	Кто, гдѣ и когда оперировалъ.	Возрастъ, полъ больного; продолжительность болѣзни.	Состояніе больного, мочи до операціи.	Способъ операціи.	Осложненія во время операціи.	Составъ камня, граммы.
1	Проф. Левшинъ. Казань. 1877.	40 л.			Попытка сшить пузырь не удалась.	
2	Глазуновскій. Воронежск. губ. 1880.	22 л. 5 л.	Средняго тѣлосложенія.		Камень ущемленъ въ дивертикулъ; раздробленъ.	Фосф. 120
3	Орловъ. Борович. земск. больница. 1880.	14 л.	Два г. передъ этимъ перенесъ боковую литотомію.	Пузырь не налить; безъ каллепайринтера.		Calc. prostatici vesicae urinae
4	Проф. Зарубинъ. Харьковъ. 1882.					
5	Захаревичъ. Харьковъ. 1882.					
6	Соколовъ. Петербургъ. 1882.	23 л. 10 л.	Худъ, плохо развитъ. Моча мутна, щелочна; большой осадокъ гноя, кристаллы тройныхъ фосфатовъ; т-ра нормальна.			Найденъ фосф. ядро 68 4,8>

одъ за раной тра и брюш- стѣнки. По- вязка.	Послѣоперационный періодъ. Протоколъ вскрытія.	Исходъ.	Примѣчаніе.
стеровская повязка.	Черезъ 2 часа послѣ операціи больной на- чалъ ослабѣвать; никакія средства не подняли упадка силъ. Вскрытіе. Hydronephrosis bilateralis gravis. Peritoneum и околопузырная клѣтчатка нор- мальны. Смерть отъ шока.	Умеръ черезъ 20 час.	Воен.-Мед. Жур. 1877. Дек., стр. 148.
ерхвѣй уголь шней раны галлическій б; чистота и ыя тряпочки на рану.	Ничего особеннаго; на 6 и 7 день послѣ операціи т-ра по вечерамъ доходила до 39,6, а затѣмъ нормальна.	Умеръ черезъ 2 д.	Врачебн. Вѣд. 1880, № 450.
ажъ пузыря.	Первые дни по вечерамъ т-ра до 38; на 5— нормальна; на 10 д. удаленъ дренажъ, но такъ какъ изверженіе мочи черезъ каналъ болѣз- ненно, то дренажъ вставленъ снова. Съ 7 д. по 13 д. т-ра нормальна по утрамъ, по вечерамъ до 39. Постепенно худѣетъ и слабѣетъ. Хронич. уремія. Вскрытіе. Лонное соединеніе обнажено, спереди и сзади омывается гноемъ; горизонтальн. вѣтви лонныхъ костей изъѣдены. Спереди бу- зыря, ниже раны, гнойное скопленіе, распро- страняющееся вправо и влѣво возлѣ пузыря въ маломъ тазу. Лѣвая почка увеличена, дрябла, изъ сосочковъ выжимается гноевидная жид- кость. Правая почка растянута; на разрѣзѣ изъ нея потекла въ большомъ количествѣ гнойная жидкость; въ ткани ея разсѣяно нѣ- сколько гнойниковъ, величиною въ лѣсной	Вызд. черезъ 49 д. Вызд. Вызд. Умеръ на 25 д.	Мед. Обозр. 1880, стр. 727— 730. Медиц. Обозр. 1885. Врачъ. 1882, № 38. Богдановскій. Стр. 412—413.

7	Женщина-врачъ Никольская. Быштымская заводская больница. 1883.	28 л.	Слабъ, истощенъ. Пузырь растянутъ мочей, выдается надъ лобкомъ, эта область болѣзненна. Моча щелочна, мутна, съ противнымъ запахомъ. При отстаиваніи осадокъ изъ крист. тройныхъ фосфатовъ, изъ различной величины шариковъ, снабженныхъ иглами и аморфной массы фосфорно-кислой извести. Предварительное леченіе противъ кашля, разстройства кишечника и катарра пузыря.	Пузырь не могъ удерживать болѣе 180 куб. с. воды, такъ что наполненъ не до того, чтобы прощупать его надъ лобкомъ. Въ прямую кишку 2 пальца. Пузырь разрѣзанъ между крючкомъ и торзіоннымъ пинцетомъ.	Вслѣдствіе величины камня 2 раза сдѣлано расширеніе раны пузыря внизъ. Брюшина цѣла.	2 камня 10,40. 5×5× Второй камень 3 коп. мн. ную мн. нету.
8	Проф Зальцманъ. Гельсингфорсъ. 1883.	14 л.				Фосфатъ ядро и фосфоръ кислота аммиакъ магnezъ 11,5.
9	Праксинъ. Петербургъ. 1883.	21 г.	Больной худъ, блѣденъ; моча мутна, щелочной реакціи; налитръ жидкости осадокъ толщиной въ палецъ. Бѣлокъ. Температура по вечерамъ все время до 39.	Пузырь налить 1% раств. карболов. кислоты; складка брюшины на 2 поперечныхъ пальца надъ лобкомъ; она отдѣлена пальцемъ и отодвинута кверху.	Черезъ сдѣланный разрѣзъ въ 2 дюйма камень не могъ быть удаленъ цѣликомъ; извлеченъ только	Наружный слои (тѣстые) фосфаты, являющіеся въ цѣльн. части уратъ 250,0

<p>пузырь 15 ат. швовъ тугута № 2; тръ à de-е. Брюшная не сшита; оформный онъ, анти-ческая по-вязка.</p>	<p>орѣхъ и немного больше. Правый мочеточ-никъ сильно растянутъ и наполненъ гноемъ. Мочевой пузырь сильно утолщенъ и какъ-бы раздвоенъ; между дномъ (арех) и шейкою обра-зованъ какъ бы перехватъ. Изъ пузыря ка-налъ въ рану, который въ передней своей части сообщается съ гнойнымъ скопленіемъ, омывающимъ лонное соединеніе.</p> <p>Ночь провелъ спокойно. Моча не идетъ че-резъ катетръ. На 2 д. слабость; на 3 д. сла-бость усиливается; головная боль, сохнетъ во рту, возбужденное состояніе, одышка. Смерть. Вскрытія не было.</p>	<p>Умеръ на 3 д.</p>	<p>Медиц. Вѣст. 1884. №№ 13 и 14</p>
<p>пузырь узло-мъ шовъ изъ та. Сулемо-повязка.</p>		<p>Вызд.</p>	<p>Родзевичъ ⁽¹¹⁰⁾.</p>
<p>ой дренажъ ра. Рана пана іодо-омъ; легкая ка изъ мар-игроскопич. Промыва-пузыря 10% в. карбол. ислоты.</p>	<p>Постепенно развивающаяся острая урэмія и peritonitis.</p> <p>Вскрытіе. Рѣ мутна, трудно отдѣлима; желудочки значительно растянуты жидкостью. Сосуды основанія мозга склерозированы. Лег-кія свободны, проходимы, отечны. Печень грязно-кирпичнаго цвѣта, дольки не разли-чимы; по сосудамъ разрощеніе соединительной ткани. Селезенка малокровна; пульпа легко выскабливается. Слизист. оболочка желудка и кишекъ дрябла, покрыта большимъ коли-</p>	<p>Умеръ черезъ 1¹/₂ су-токъ.</p>	<p>Богдановскій. Стр. 413.</p>

					потому, что наружные слои искрошились отъ давленія литотомическихъ щипцовъ; осколки удалены промываніемъ.	
10	Батмановъ. Дагестанъ. Кусары. 1884.	9 л. 1 1/2 г.	Сильно истощенъ и малокровенъ. Моча сильно мутна, съ большимъ осадкомъ.	Пузырь наполненъ теплымъ 10% растворомъ карболовой кислоты.	Фосфатъ съ воломъ скій орѣхъ.	
11	Лингенъ. Больн. Маріи Магдалины. Петербургъ. 1884.	12 л. 6 л.	Хорошаго питанія; моча кислая, при стояніи даетъ небольшой осадокъ слизи.	Пузырь налитъ.	Два камня; одинъ съ большою орѣхъ, другой маленькій съ горошину.	
12	Северинъ. Николаевская дѣтская больница. Петербургъ. 1884.	7 л. 3 г.	Истощенный больной.	Сперва сдѣлано срединное съченіе, а затѣмъ высокое (послѣ того какъ первый разрывъ зажилъ).	Два камня; одинъ извлеченъ черезъ уретральный разрывъ, др	

чествомъ слизи. Слизистая нижняго отдѣла тонкихъ кишекъ довольно сильно гиперемизирована; серозная поверхность кишекъ тоже гиперемизирована; мутна. Почки: лѣвая увеличена въ объемъ, корковый слой утолщенъ, плотенъ въ большей части своей поверхности; мѣстами на ней видны остатки розоватой паренхимы; пирамиды атрофированы. Лоханка сильно растянута и занимаетъ почти весь медуллярный слой. Изъ сосочковъ выделяется эмульсивная жидкость. Правая почка почти вдвое меньше нормальной, корковый слой атрофированъ, медуллярный весь занятъ расширенными чашечками; въ уцѣлѣвшей паренхимѣ разбѣяны серозныя кисти. Мочеточники сильно растянуты, отъ 1—2 сант. въ поперечникъ; на слизистой рѣзкая гиперемія; посрединѣ лѣваго мочеточника язвенная поверхность, нижняя его $\frac{1}{3}$ занята гнойвидною жидкостью. Пузырь мочевоы сжатъ, стѣнки его утолщены; поверхность слизистой устлана полостями, мѣшковидными карманами и язвенными углубленіями. Уретра проходима, слизиста оболочка блѣдна.

тъ; швы
брюшной
до дрена-
етръ а де-
Присыпка
рмомъ и
сылизъ 2⁰/₀
а карбо-
кислоты;
съ часто.

Дренажъ удаленъ на 2 д.; по случаю жалобъ больного на сильныя боли катетръ удаленъ на 3 д. Моча до 4 д. шла исключительно черезъ рану, позже отчасти нормально. Съ 9 д. моча шла черезъ уретру. Первые 4 д. т-ра по вечерамъ поднималась до 38,5, затѣмъ до 11 д. нормальна. Рана брюшной стѣнки зажила рег ргітамъ, въ нижней же части къ 11 д. были хорошія грануляціи. На 11 д. т-ра до 40; рожа, безсознательное состояніе. Зараженіе рожей произошло отъ поступившаго больного съ шелушеніемъ кожи лица послѣ бывшей рожи. Больной взятъ родителями.

ырь шел-
швы Лем-
Швыглу-
поверх-
на всю
рюшной
катетръ
теуге.
птически.
а, іодо-
рмъ.

Два дня т-ра нормальна; на 2 д. вырвалъ катетръ, на 3 д. вечеромъ 39,2; больной безпокоенъ. На 4 д. angina tonsillaris; т-ра выше 39. На 5 д. рожа. До 7 д. моча свѣтлая идетъ черезъ уретру; на 7 д. швы разошлись и моча идетъ въ повязку; на 8 д. соноръ, рожа дальше; на 9—коллапсъ, на 10—смерть.

До 9 д. ничего ненормальнаго; на 10 д. много мочи, моча съ осадкомъ триплъ фосфатовъ, содержитъ бѣлокъ (но безъ цилиндровъ); на 12 д. умеръ отъ уреміи, вследствие закупорки обоихъ мочеточниковъ камнями.

Ис-
ходъ
неиз-
вѣ-
стенъ.

Письмо д-ра
Батманова отъ
20/ix 1888.

Умеръ
на 10
д.

St.-Petersb. me-
dic. Wochenschr.
1885, № 12 и
письмо д-ра Лин-
гена отъ 27/xi 88.

Умеръ
на
12 д.

St. Petersburg.
medic. Wochenschr.
№ 48, 1874.

					гой чер высоки
13	Тодорскій. Владикавказ. воен. госпиталь. 1885.	13 л. 4 г.	Питанія поря- дочнаго. Силь- ный катарръ пузыря; моче- испусканіе часто и болѣзненно.	Наливаніе пузы- ря теплымъ бор- нымъ раство- ромъ черезъ серебрян. ка- тетръ; онъ осталенъ въ пу- зырь; по немъ сдѣланъ разръзъ пузыря.	Урат 26,0 Болы голуб наго я
14	Проф. Тауберъ.	6.			
15	Проф. Павловъ. Петербургъ. 1885.	18 л. 6 л.	Худъ, малокро- венъ, рахитикъ. Моча щелочна съ амміачнымъ запахомъ; оса- докъ солей и гноя. Лихора- дить	Въ пузырь око- ло 150 к. с. бор- наго 2 ⁰ / ₀ расгв., больше пузырь не вмѣщалъ.	Фосф яд ура 4,6 3,9 2,8

Вскрытіе. Вся правая почка атрофирована; въ правомъ мочеточникѣ камень; въ лѣвой почкѣ — рѣзкій піелитъ. Лѣвый мочеточникъ огромно расширенъ и у пузырьнаго конца камень.

съ пред-
агопрост-
а; швы на
брюшной
до дрена-
атетръ а
ге. Иодо-
о-сулемо-
вязка на-
ивота и по-
у бедеръ.
при раза
ь промы-
пузыря
в. раство-
омъ.

Т-ра все время нормальна. Моча идетъ на 2 д. черезъ дренажъ и черезъ катетръ; моча эти дни нѣсколько лучше; на 3 д. почти цѣлкомъ моча выдѣляется черезъ стволъ, но опять сильно катарральна. На животъ рѣжа; больной постепенно слабѣетъ, апатиченъ; на 4 д. съ утра поносъ. Ночью сразу dyspное, пульсъ нитевидный, сорог. Въ 4 ч. утра 5 д. смерть.

Вскрытіе. По просьбѣ родителей вскрыта только брюшная полость: стѣнки мочевого пузыря сильно гиперемизированы; сильный циститъ. Края пузырьной раны омертвѣли. Клетчатка вокругъ пузыря и брюшины ничего особеннаго. Брюшина нормальна. Мочеточники расширены и наполнены гноемъ. Лоханки почек растянуты и наполнены гноемъ. Лѣвая почка слегка увеличена въ объемѣ, имѣетъ нѣсколько небольшихъ полостей около пирамидъ, наполненныхъ гноемъ, а въ одной изъ этихъ полостей находится камень, по формѣ какъ бы отпечатокъ увеличенной лоханки; въ длину дюйма два, въ толщину около дюйма; бугристъ, мочеислѣй. Правая почка сильно увеличена въ объемѣ, верхняя ея треть нормальна, нижняя же представляетъ полости, наполненные гноемъ; въ *tubuli contorti* найдено два камня темнаго цвѣта, бугристыхъ и похожихъ по формѣ на перечныя зерна. Печень и селезенка слегка увеличены въ объемѣ. Въ кишкахъ, кромѣ сильной гипереміи, ничего особеннаго.

аны'пузы-
ришиты
с. шелко-
швами къ
тъ раны
ой стѣнки.
с катетръ
аръ; между
и краями
іодоформи-
пона; отъ
а резино-
рубка въ

Первые сутки лихорадитъ до 38,4. Черезъ 4 д. снята часть швовъ, а черезъ 6 д. всѣ остальные. Черезъ 20 д. моча идетъ нормально. Свищевое отверстіе отъ дренажа закрылось быстро. Выписанъ съ нормальной мочей и мочеиспусканіемъ.

Умеръ
на 5 д.

Скорбный листъ
Владиков. госпит.
№ 1130, 1885 г.

Вызд.

Родзевичъ. Зем-
ская Медицина,
1885.

Вызд.
черезъ
41 д.

Хир. Вѣстн. 1885,
№ 12.

16	Мининъ. Петербургъ. 1885.	27 л. 25 л.	Хорошаго тѣло- сложенія и пи- танія. Моча кис- лая, бѣлка нѣтъ. Подъ микроско- помъ немного кѣлокъ пузырь- наго эпителия.	Пузырь напол- ненъ 1 ⁰ / ₀ раство- ромъ борной кислоты въ ко- личествѣ 360 куб. с. Разрѣзъ пузыря между 2 острыми крючковатыми щипцами.	Щаве- викъ 3×2,5
17	Васильевъ. Новогеоргиевскъ. 1885.	75 л.	Сильный на- тарръ пузыря. Задержаніе мо- чи; сильная ге- матурія; знобы съ повышеніемъ температуры. Rrostate сильно увеличена, тверда.	Пузырь налить 200 куб. с. рас- твора борной кислоты, столь- ко же въ коль- пейринтеръ.	Камен- дивер- кулъ 2,5>
18	Павловскій. Петербургъ. 1885.	6 л. Съ рож- денія.	Хорошо упитанъ Моча мутна, кис- лой реакціи, умѣ- ренный осадокъ и немного бѣл- ку. Безъ лихо- радки.		Ура- 12. 3×
19	Розановъ. Екатер. больн. для чернорабочихъ. Москва.				
20	Левитскій. СПб. Маринская больница. 1886.				

съ раство-
карболовой
ты. Анти-
ческая по-
вязка.

узырь 9 уз-
ит. шелко-
шь швовъ;
ану брюш-
стѣнки 6
окихъ и 3
ошност. шел-
выхъ шва,
жъ въ ниж-
углу раны
итъ къ ко-
катетръ а
еуге. Анти-
ческая по-
вязка.

пузырь двѣ
ки по спо-
у *Perrier-*
on'a. Рана
иной стѣнки
га 4 глубо-
и 3 поверх-
швами до
жа, который
е пришить
септич. по-
а. Положе-
на животѣ.

ажъ пузыря;
рь промыть
ор. сулемы,
ышка іодо-
омъ и легкая
ка изъ мар-
гигроско-
ской ваты.

Шесть дней т-ра повышена до 39,2. На 3-й д. нормальное испражненіе мочи; на 6 д. повязка промокла мочей. Въ мочѣ найдено 2 шелковыхъ шва, отдѣлившихся съ узелками. На 8 д. моча идетъ только нормально, удаленъ дренажъ. Выздоровленіе безъ осложнений.

Т-ра повысилась только на 2 д. до 39,4. Трубки удалены на 10 д.; рана брюшной стѣнки зажила рег ргішат. При положеніи на спи-нѣ повязка суха, если же больной лежалъ на боку—промокала. Пузырь промывался 2 раза въ день растворомъ сулемы или борной кisel. По извлеченіи трубокъ больной мочиться самъ не можетъ, вставленъ Нелатонскій катетръ; больной его не переноситъ; катетеризація.

На другой д. повышение т-ры до 39; затѣмъ все хорошо. На 6 д. удаленъ дренажъ. Ни-какихъ осложнений. Все время промываніе пу-зыря растворомъ сулемы и таже повязка.

Постепенно развиваются припадки урэмii.
Вскрытіе. Pyelonephritis bilateralis.

Вызд.
на 16
день.

Хирург. Вѣстн.
1885.

Вызд.
на
35 д.

Хирург. Вѣстн.
1885.

Вызд.
на
34 д.

Богдановскій.
Стр. 415.

Вызд.

Никольскій.
Второй Сѣздъ
Русск. Врачей.

Умеръ
черезъ
5 д.

Словесное сооб-
щеніе д-ра
Левитскаго

21	Денисенко.	22 л.	Малокровенъ, худъ.	Пузырь налить 2 ⁰ / ₀ растворомъ борной кислоты. Пузырь удержи- вался острыми крючками.	Складку брюшины пришлось удержи- вать. Послѣ разрѣза пузыря жидкость быстро хлынула, пузырь соскочилъ съ крюч- ковъ; пер- вый раз- рѣзъ не найденъ, сдѣланъ второй.	4 камн 16,0 15,0 7,0 7,0 Уро-фе- фаты
22	Акимовъ. Земская лечебница Труб. уѣзда. 1886.	1 г. и 2 м. 1 г.	Истощенъ, отекъ въ вѣкъ, хронич. бронхитъ. Силь- ныя страданія; prolapsus recti; мошонка, про- межность въ эрозіяхъ. Моча слабо-кислой ре- акціи, мутна; мутъ не исче- заетъ отъ при- бавленія кис- лотъ. Подготов. леченіе.	Тщательная де- зинфекція послѣ операции. Про- мыванія пузыря 4 ⁰ / ₀ acidi borici. Пузырь налить 90,0 куб. сант. того же раство- ра, при чемъ онъ не дошелъ до пупка лишь на 3 пальца. Ми- зинцемъ помощ- ника пузырь приподнять че- резъ rectum; фиксированъ острымъ крюч- комъ.	2 камн фосфа- Длин- большин- 4, по речникъ 3. и Второй камень бобтъ	
23	Проф. Пелехинъ. С.-Петербургъ. 1886.					
24	Ящинскій. Волынская губ. Житомир. уѣздъ. 1887.	30 л. 3 ¹ / ₂ г.	Хорошо сложенъ и упитанъ. Моча прозрачна, кис- лой реакціи; даетъ осадокъ, растворяющійся при кипяченіи.	Пузырь налить 5 ⁰ / ₀ растворомъ борной кислоты на столько, что верхняя граница расширеннаго пузыря на 2 пальца выше лобка. Пузырь разрѣзанъ меж- ду двумя крюч- ками.	Ура 9,5 5X	

жъ пузыря
ану брюш-
тѣнки шовъ
дренажа.
тръ à de-
с. Катетръ
нажъ сое-
ы съ длин-
рубкой, ко-
которой
ценъ въ
ку съ 50%
оромъ ас.
arbolici.

На 2 д. моча пошла нормальнымъ путемъ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ найденъ совершенно здоровымъ.

Вызд.
черезъ
21 д.

Яковлевъ ¹¹¹).
Стр. 220.

ажъ пузы-
рану брю-
й стѣнки
сѣ. Повяз-
зъ марле-
ь компрес-
с, смочен-
ol eucalypti
дренныхъ
formii. Про-
ия пузыря
ico; внутри
-же раст-
воръ.

На 2 д. послѣ операціи т-ра 38,8; есзема вокругъ раны и на мошонкѣ отъ повязки. Ночью выпалъ катетръ и дренажъ; не вставлены больше. На 3 д. оперированный мочился отчасти нормальнымъ путемъ. На 12 д. при мочеиспусканіи вышелъ значительный комокъ мочевого песку; ²⁷/₁₁ рана вполне зарубцевалась.

Вызд.
черезъ
20 д.

Русская Мед.
1886. № 27 и
28.

Умеръ

пузырь 8
ат. шелко-
ъ швовъ;
брюшной
ки сшита
что швы
жены от-
и намыш-
на кожу.
тръ à de-
с. Антисеп-
к. повязка.

На другой день послѣ операціи т-ра 40; никакихъ причинъ, объясняющ. это повышеніе. Моча вся идетъ черезъ катетръ, повязка суха. На 5 д. повязка промокла; при промываніи оказалось, что ргѣта только въ большей части раны пузыря, а не по всему протяженію. На 12 д. послѣ операціи абсцессъ на нижней поверхности penis, впереди scroti; вскрытіе абсцесса, затѣмъ все хорошо.

Вызд.
на
20 д.

Яшинскій ¹¹²)
Хирург. Вѣст.
1887.

25	Янсень. Рига. 1887.	17 л. 4 г.	4 послѣдніе года боли при мочеиспусканіи въ glans penis. За недѣлю до опе- раціи постоян. позывы къ моче- испусканію; выдѣляется малое количество кровоянистой мочи.			Каме- въ ви- тугов- ягоди Щавел 13,5 Наибс шар окру- жность
26	Цейдлеръ. С.-Петербургъ. Обуховская больн. 1887.	21 л. Съ дѣтства.	Страдаетъ съ дѣтства раз- стройствомъ мо- чеиспусканія. Моча нормальна; боли въ области пузыря. Послѣ изслѣдованія ка- тетромъ знобъ и т-ра до 40,2; такъ повторя- лось два раза.	Пузырь налитъ около 200 к. с. рас. борной кис- лоты. К. льней- ринтеръ.		4,0 1,7× ×1
27	Турниеръ. Петербургъ. 1888.	Съ 32 л. Съ дѣтства.	Хорошее пита- ніе. Частые по- зывы на моче- испусканіе, бо- ли. Моча сильно аммиачна съ боль- шимъ количе- ствомъ гноя. Въ дѣтствѣ (8 л.) че- резъ уретру вы- шелъ камешекъ съ воробьиное яйцо (?); съ тѣхъ поръ были толь- ко изрѣдка боли въ пузырь. Ухудшились припадки только за 3 недѣли до поступленія въ больницу. Лихо- радить.	Пузырь налитъ борнымъ раство- ромъ, но такъ какъ пузырь былъ сокращенъ и весь выпол- ненъ камнемъ, то въ пузырь удержано ра- створа не много. Складка брюши- ны оттянута и удержана паль- цемъ. Перерѣ- заны прикрѣпле- нія обоихъ пря- мыхъ м.; разрѣзъ ad maximum.	Камень невозмо- жно захва- тить. Предвари- тельное спиваніе краевъ раны пу- зыря съ краями брюшной раны. При помощи пальца, введен- наго въ rectum, камень нѣсколько припод- нять и	Нару- ный ура- затъ слоя лято въ сант. щип- ядро моче- лыхъ лей. вела- ной болы- минд- ны орѣ- 31 9×8

Свѣдѣній нѣтъ.

узырь 3 глук- шелковыхъ по Макси- и 2 поверх- т. На рану пной стѣнки шовъ мышцы и кожу) шел- ть; катетръ неуге съ си- ымъ приспо- зніемъ. Иодо- мно-сулемо- я повязка.

ажь пузыря; ецъ дренажа видѣ сифона денъ въ по- ленный сбо- ольного со- . Рана брю- ой стѣнки га только въ н. углу. Про- анія пузыря он. раство- ь 3 раза въ . Антисепти- ая повязка.

Послѣ операціи т-ра нормальна; моча стека- етъ черезъ катетръ хорошо. На 2 д. т-ра 39,1, жалобы на сильный кашель. На 4 д. показа- лось немного мочи въ уретрѣ около катетра; немного гноя и около дренажа; снято 3 шва на ранѣ брюшной, заживленіе per primam. Ка- тетръ удаленъ. На 5 д. сдѣлана попытка ввести катетръ—ознобъ. Мочится произвольно и нор- мальнымъ путемъ. На 6 д. всѣ швы наружной раны удалены,—заживленіе per primam; уда- ленъ дренажъ. Значительный epididymitis. На 11 д. снова т-ра высока—40,2; жалобы на тошноту, кашель, поносъ. На 14 д. въ обла- сти лѣвой почки легкая болѣзненность; въ мочѣ немного бѣлку. Съ этого дня ухудшеніе въ об- щемъ состояніи и со стороны мочи; рана все время въ отличномъ состояніи; т-ра колеблется 39,2—36,8; ванны облегчаютъ больного. Съ 15 д. постепенное улучшеніе и на 37 д. опери- рованный выписанъ съ слегка мутной мочей, съ превосходнымъ общимъ состояніемъ.

При промываніи пузыря отходить масса осколковъ и мочеви. песку. Т-ра повышена до 39. Моча все время вовючая, мутная; моча идетъ большею частью мимо дренажа, такъ что рѣдко удается сохранить больного сухимъ. Часто послѣ тщательнаго промыванія пузыря вдругъ изъ него черезъ дренажъ сразу выте- каетъ струя мутной и вонючей мочи. Рана гранулируетъ. На 14 д. вторичные швы верх- няго угла раны; prima. Поносъ. На 19 д. за- шить и нижній уголъ раны, оставлено только отверстіе для дренажа. Срощенія не произошло; моча болѣе вонюча, вытекаетъ изъ трубки даже тотчасъ послѣ промыванія въ видѣ густой, вязкой жидкости. Умеръ на 27 д. при явле- ніяхъ истощенія.

Вскрытіе. Въ полости брюха гноя нѣтъ; вообще никакихъ воспалительн. явленій; нѣтъ сообщенія съ пузыремъ, такъ какъ повсюду край пузыря сращенъ съ брюшною стѣнкою.

Вызд. черезъ 15 д.

Реф.

Protok. des Ge- sellschaft prakt. Aerzte zu Riga 1887. въ Peter. med. Wochens. 1888. № 1.

Вызд. черезъ 37 д.

Скорбный листъ № 5467.

Умеръ черезъ 26 д.

Письмо д-ра Турнеръ отъ 20/x 1888.

					удержанъ, въ то время, какъ долотомъ и молоткомъ выдолбено въ серединѣ камня отверстіе; камень затѣмъ повернутъ на ребро и раздробленъ на 3 части; каждая извлечена отдѣльно; операція длилась около 2-хъ часовъ.	
28	Кармиловъ. Моск. воен. госп. 1888.	21 г. Нѣсколь- ко лѣтъ.	Общее состояніе хорошо. Моча слабо-кислая. Съуженіе урет- ры.	Пузырь про- мытъ 2°/о бор- нымъ раство- ромъ. Налить тѣмъ же раство- ромъ черезъ Не- ланов. катетръ. Пузырь разрѣ- занъ межд 2 шелковыми лига- турами.	Щавель- викъ яв- ляется цилиндри- ческой формы широкой образной величины и большой голубой яйцо-	
29	Салищевъ. Пензенск. губ. Земская больн., г. Инсаръ, 1888.	4 л. 2 л.	Общее состояніе очень хорошо. Сильная боль при мочеиспус- каніи; мочится 15—20 разъ въ сутки. Моча слабо-кислой реакціи, нѣсколь- ко мутна; при отстоѣ небольшо- шой осадокъ; слѣды бѣлка. Температура нормальна.	Пузырь налить 3°/о растворомъ борной кислоты, брюшн. складка на 3 с. выше лона. Пузырь разрѣзанъ меж- ду острыми крючками; раз- рѣзъ 2,5. Ка- мень извлеченъ легко корнцан- гомъ.	Камень сплюс- нутый снаружи покрытъ небольшо- шими тупо- конечными острыми ками ф- фатовъ въ рас- лѣ сло- оксал- товъ и уратовъ	

Оба мочеточника растянуты до размѣровъ colonis, особенно лѣвый. Пузырь пустъ. При поднятіи почекъ пузырь наполняется вонючей жидкостью; тою-же жидкостью наполнены мочеточники. На поверх. почекъ масса кистъ, вся центральная часть почекъ разрушена, вмѣсто нея масса полостей съ гноемъ. Не измѣнена лишь часть коркового вещества. Разрушеніе больше въ правой почкѣ. Лоханки сильно растянуты; отверстія мочеточниковъ въ пузырь узки. Въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго.

а шва по
симову въ
немъ и два
ижнемъ углу
ы. Въ пу-
дренажъ.
а брюшной
ки до дрена-
шита шел-
ь. Катетръ
теуге. Ан-
ептическая
зка.

Все время безъ лихорадки; первые три дня повязка смѣнялась ежедневно, на 4 д. вся моча черезъ катетръ, на 7 д. удалены швы (prima), на 12 д. удаленъ дренажъ. Черезъ 3 недѣли полное выздоровленіе.

Вызд.
черезъ
21 д.

Письмо д-ра
Кармилова отъ
11/VIII 1888 г.

енажъ пу-
ра. Рана
иной стѣнки
га до дрена-
который то-
ришить къ
иной стѣнкѣ.
исептическая
зка изъ іодо-
м. марли и
циловой ва-
Больной на
отъ.

6 дней послѣ операція т-ра по вечерамъ до 38. На 3 д. изъ 5 швовъ 2 разошлись, сняты все; на 6 д. извлеченъ дренажъ и на 9 д. отдѣленіе мочи нормально. На 16 д. остается небольшая грануляціонная поверхность, лежащая на одномъ уровнѣ съ кожей. Моча нормальна.

Вызд.
черезъ
17 д.

Личное сооб-
щеніе.

						ядро ш велеви вое. 10,0 3, 3 дм.
30	Поповъ. 1884.	14 л. Съ дѣт- ства; ка- мень опредѣ- ленъ 6 л. назадъ.	Истощенъ; силь- ныя боли при мочеиспусканіи; недержаніе мо- чи. Моча кис- лая, небольшая мутъ и осадокъ.	Пузырь налить до того, что ясное выпячи- ваніе надъ ло- номъ; при соб- люденіи стро- гаго листеризма.		Фосфа- болѣе лубина ийца
31	, 1884.	5 ¹ / ₂ 3 ¹ / ₂ .	Довольно хоро- шаго питанія; моча кислая, безъ муты; боли при мочеиспус- каніи довольно сильныя.		При нали- ваніи пу- зыря до- вольно большое кровоте- ченіе че- резъ ка- тетръ.	
32	Проф. Валь. Дерптъ					
33	,					
34	Янишевскій. Болън. Св. Іоанна. Люблинъ. 1884.	65 л. 6 л.	Сильно истощенъ и анэмиченъ, вслѣдствіе ча- стыхъ, обильн. геморроид. крово- теченій. Минимальное ко- личество мочи при постоянныхъ позывахъ къ мочеиспусканію; боли при моче- испусканіи ужас- ны. Пузырь не удержив. жидко- сти; введеніе жидкости болѣз- ненно. Лечился долго водами Виши, безъ успѣха; за послѣдній годъ страданія осо- бенно усилились.	Пузырь налить 4 ⁰ / ₀ раств. борн. кислоты. Коль- пейринтеръ. Тщательн. очищ. поля операциі; до и послѣ извлече- нія камня тща- тельное промы- ваніе пузыря.	Брюшная складка удержива- лась паль- цемъ. Разрѣзъ пузыря пришлось еще удли- нить. Значит. наполне- ніе коль- пейринте- ра ни- сколько не повлія- ло на под- нятіе складки брюшины, вслѣд- ствіе вѣса камня. На-	94,0

<p>дренажа, ни ра, ни шва. ану брюши. и поугламъ . На рану дые карбо- компрессы; кеніе на бо-</p>	<p>Первые 5 д. т-ра между 38 и 39.5. Мочится нормально на 25 д. Катетеризація все время невозможна, такъ что промываніе раны снаружн; путемъ нагноенія удалено довольно много омертвѣлой кѣтчатки съ отложеніемъ солей.</p>	<p>Вызд. вполнѣ на 48 день.</p>	<p>Русская Медиц. 1885, №№ 35 и 36.</p>
<p>ложение на съ поджа- голениями.</p>	<p>Безъ лихорадки. Нѣсколько разъ боли внизу живота въ зависимости отъ глистовъ.</p> <p>Примѣчаніе. Авторъ думаетъ, что кровоте- ченіе зависѣло отъ пораженія шиповатымъ кам- немъ слизистой оболочки пузыря во время рас- прямленія дивертикула. Камень одѣтъ въ тон- кую сорочку изъ слизистой оболочки пузыря.</p>	<p>Вызд. на 19 день.</p>	
<p>знажъ пузы- ь отверстія- лько въ той его, кото- въ пузырь; ить къ обо- краямъ пу- ной раны; ой конецъ руженъ въ ь между по- большаго <i>Perrier</i>). ану брюш- стѣнки до одоформный къ, около жа тампонъ тръ à de- е. Антисеп- кая повяз-</p>	<p>Послѣ операціи колышсь. На 2 д. болѣзнен- ность живота, икота, рвота; моча мутна, ще- лочна. Сѣтна повязки и промываніе пузыря ас. borico. 3 д. лучше; катетръ удаленъ, такъ какъ моча не идетъ черезъ него; ежедневное промываніе пузыря; повязка. На 8 д. швы брюшной раны удалены; швы, удерживавшіе дренажъ, прорѣзались и дренажъ выпалъ; встав- ленъ вмѣсто него англійскій катетръ. На 15 д. тошнота, поносъ; гранулируетъ рана плохо; слабъ. Постепенно слабость усиливается и смерть 3/ix, т. е. на 21 д. Т-ра все время въ нормѣ.</p> <p>Вскрытія не было.</p>	<p>Умеръ на 21 день.</p>	<p>Medycyna 1885. №№ 51—52. Cen- tral. fur Chir. 1886. № 12.</p>

					<p>лить пузырь не удалось, такъ какъ камень былъ плотно охваченъ стѣнками пузыря. Легко раздробленъ пальцами.</p>	
35	» 1885.	13 л. 2 г.	<p>Больному на видъ не больше 9 л. Истощенъ; плохой аппетитъ, бессонница. Пузырь растянутъ мочою, мочеиспускание затруднено и болезненно. Моча плоха. До операции 5 недѣль приготовительнаго леченіе (вааны, adstringentia, narcotica).</p>	<p>Кольпейринтеръ не могъ быть введенъ, вслѣдствіе появившагося во время норкоза выпаденія гесті на 4, 6 сант. До и послѣ извлеченія камня тщательное промываніе пузыря.</p>	<p>Кровотеченіе обильное изъ пузыря было остановлено промываніемъ растворомъ борной кислоты. Складку брюшины пришлось удерживать пальцемъ. Трудное извлеченіе камня, который оказался плотно охваченнымъ стѣнками пузыря, заходившими во всѣ его неровности. Извлеченіе камня было нѣсколько облегчено приподнятіемъ его черезъ rectum.</p>	Щавель известняк 21, 25
36	Соломка. Владикавказ. военн. госпит. 1884.	6 л. 3 г.	<p>Хорошаго питанія, сильныя боли при мочеиспусканіи. Моча слабо-кислая, легкая муть. Осадка нѣтъ, бѣлка тоже. Не лихорадитъ.</p>	<p>Пузырь налить 3% раствор. борной кислоты черезъ серебряный катетръ. Разрѣзъ пузыря по клюву, между 2 крючками. Камень удаленъ корнцангомъ.</p>		Ураты гладкіе кругло- тѣлы, слегка сплюснуты 12,5 3,5×2 ×2,2
37	» 1885.	11 л. Боленъ	<p>Сильно истощенъ, золотушенъ.</p>		По случаю величина камня	Нарушеніе слон

тъ же уходъ,
дренажъ при-
, не къ пу-
ой, акъ кож-
ранъ. Рана
иной стѣнки
та до дре-
а шелкомъ.
септическая
зка.

Послѣ операціи боли въ животѣ и въ об-
ласти пузыря. На 5 д. боли почти прошли;
моча не идетъ въ дренажъ (засорился), про-
питывается повязку. Снята повязки, промыва-
ніе пузыря черезъ дренажъ. На 9 д. сняты
швы, дренажъ удаленъ; сшитая часть раны
срослась; черезъ нижнюю часть моча выте-
каетъ свободно; на 16 д. моча идетъ нормаль-
но и на 36 д. рана зажила вполне.

Вызд.
черезъ
36 д.

знажъ пе-
пузырного
странства.
тъ шелко-
швовъ на
брюшной
и до дрена-
который
занъ карль-
ской булав-
. Катетръ
тепче. Ан-
ептическая
ка изъ іодо-
ной марли,
оловой, са-
овой ваты.
зка на весь
отъ и поло-
у бедеръ.
-же уходъ.

Все время т-ра нормальна. Ночью послѣ
операціи вырвалъ катетръ, который не пере-
носитъ. Оставленъ безъ катетра; вставляется
только при промываніи пузыря; 2, 3 повязки
въ день. Положеніе на боку. На 4 д. впервые
моча вечеромъ пошла нормально; на 6 д. моча
только черезъ стволъ. Извлеченъ дренажъ; швы
съ брюшной стѣнки сняты, prima. Окровавлены
края нижняго угла раны; наложено два шва.
На 9 д. сняты и эти швы—prima. Мочится
нормально, моча свѣтла.

Примѣчаніе. Черезъ 4 м. извѣстно, что маль-
чикъ вполне здоровъ.

Вызд.
на 9 д

Сборникъ Кавк.
Медиц. Общ.
№ 42.

Вечеромъ послѣ операціи вырвалъ катетръ,
который не переноситъ. Повязка промокла;

Умеръ
черезъ
6 д.

		давно, но сильно страдаетъ ¹ / ₂ года.	Припухлость же- лезъ, особенно шейныхъ. Сыпи часты на головѣ, около ушей; гноетеченіе изъ ушей. На лѣвомъ бедрѣ рубцы отъ какого то хирур- гическаго посо- бія, поданнаго по случаю нары- вовъ послѣ болей въ тазобедрен. суставѣ. Теперь суставъ болитъ, припухъ; колѣно согнуто, приве- дено. Ходить съ трудомъ. Моча сильно ще- лочна, мутна, вонюча; много слизи, гноя. Бѣ- локъ. Боли при мочениспусканіи велики; изрѣдка кровь въ мочѣ. Лихорадить.		разрѣзь пузыря удлиненъ внизъ.	фаты, яд- ураты; яйцевид- формы слегка ш- роховат 46,8. 5×3×2
38	Проф. Мона- стырскій. С.-Пб.	Около 60 л.	Моча кровавая, щелочная.	Пузырь налить, кольцеириптеръ		
39	»	22 л.				
40	Эберманъ. С.-Пб. Лечебница Человѣколю- биваго обще- ства.	30 л.				
41	» 1885.	72 л.	Въ 1884 г. сдѣ- лана литотрипсія въ два сеанса; развилось задер- жаніе мочи, такъ что больной самъ выпускаетъ мочу	Пузырь налить 2°/о растворомъ карбол. кислоты.		

оставленъ безъ катетра; онъ вводится только при промываніи. Положеніе на боку. На 3 д. послѣ операціи вечеромъ 39; боль внизу живота; онъ вздутъ, 2 жидкихъ испражненія. Самочувствіе хуже; на 4 д. боли въ животѣ прошли; 3 жидкихъ испражненія. На 5 д. нѣсколько разъ мочился, какъ слѣдуетъ. Самочувствіе хуже, слабѣетъ, 3 повязки въ день. Швы держатъ хорошо. На 6 д. сильныя боли внизу живота; постепенная слабость и смерть утромъ на 7 д.

Вскрытія (по просьбѣ родителей) не было.

ырь шовъ
на. На
брюшной
и швы до
ажа. Ка-
demeure,
у длинная
в. трубка,
двѣ ко-
которой
въ въ со-
съ 50/0
р. карбол.
ы. Строгая
септика.

Prima intentio пузырьной раны. Катетръ удаленъ на 8 д.; въ этотъ срокъ удалены и швы брюшной стѣнки. Безъ осложнений.

Вызд.

Дневникъ 1-го
Съѣзда Русск.
Врачей.

На 6 д. швы пузыря разошлись; повязка промокла. Безъ осложнений.

Вызд.

Инфильтрація мочи и гноя въ ткани лѣвой половины брюшной стѣнки.

Умеръ

Проток. Русск.
Хирург. Об-ва
Пирогова. 1884.
Письмо д-ра
Эбермана.

раны пу-
пришиты
глыми шел-
и швами
ямъ раны
ой стѣнки.
ырь тол-

Швы сняты черезъ 7 д. Черезъ 14 д. извлеченъ дренажъ и больной каждыя 3 часа удаляетъ мочу катетромъ. Безъ катетра мочиться не можетъ. Заживленіе шло почти безъ лихорадки.

Вызд.
черезъ
33 д.

Хирург. Вѣст.
1886.

			катетромъ. Исто- щенъ. Вонючая щелочная моча. За вѣсколько дней до операціи промываніе пу- зыря эмульсіей изъ іодоформа, глицерина и воды.			
42	Никольскій. Москва.	30 л.				
43	„	40 л.				
44	Ассмутъ. С.-Пб. 1886.	46 л.	Истощенъ. Внутр. органы здоровы; боли при мочеиспуск. въ области пузы- ря. Моча щелоч- ная, вонючая, со- держитъ много гноя и крови. Сильная чув- ствительность пузыря.	Пузырь налить 300 куб. сант., кольпейринтеръ 400 куб. сант. 3 ⁰ / ₀ раств. борн. кислоты. Пузырь фиксиров. остр крючкомъ. До операціи пузырь тщательно про- мыть тѣмъ-же раствор.; ванны.		
45	„ 1887.	35 л. Съ дѣтства.		Сперва сдѣлано срединное, а за- тѣмъ высокое камнестѣченіе.	Операція была затруднена, такъ какъ пузырь не могъ быть на- лить. Трудное извлеченіе; ка- мень въ дивер- тикулъ.	Нѣско- ко (?) ней- зеньк- и оди- нъ
46	Кѣтлинскій. Могилевъ. 1886.	4 л.	Слабъ; часто страдаетъ брон- хитомъ.	Пузырь налить 4 ⁰ / ₀ растворомъ борной кислоты. Кольпейринтеръ. Частичное отдѣ- леніе прикр. m. rectorum.		Урат тверд глад вели ною голуб яи
47	„ 1886.	10 л. 4 м.	Плохо упитанъ; моча нормальна.	Пузырь налить 4 ⁰ / ₀ раств. борн. кислоты. Пузырь	Разрѣзъ l. albae въ 3 с. удлиненъ еще на 1 ¹ / ₂ сант.,	Щав- викъ; рохов

ренажная;
а; другой
б дренажа
въ под-
инный со-
юльной на
очти—жи-
Антисепт.
вязка.

ырь шовъ
ину, шел-
На рану
ой стѣнки
ый шовъ
ажа. Ка-
demeure.
ормно-су-
я повязка.

ть черезъ
раны.

ада раны
ыря сали-
-іодофор.
смоченной
й. Черезъ
е 3—4 ч.
ампоновъ.
женіе на
ь. Промы-
пузыря
въ день
створомъ
кислоты.

ный шовъ
дренажъ.
у брюши.

На 2 д. лихорадка до 38.9; моча остается щелочной, вонючей, гнойной. До 6 д. повязка суха; перемѣна повязки. Швы брюшные и дренажъ удалены. На 7 д. повязка пропитана вонючей мочей; снята повязка, компрессы изъ борной кислоты. Черезъ 39 д. полное выздоровленіе.

Примѣчаніе. Черезъ 7. м. больной пришелъ заявить, что нѣсколько времени тому назадъ онъ почувствовалъ разстройство въ испражненіи мочи, которое прошло послѣ выхода камешка. Оказалось, что это была петля шва, около которой образовалась инкрустація мочевыхъ солей.

Теченіе безъ всякихъ осложнений.

На 10 д. моча пошла черезъ уретру. Черезъ 3 недѣли брюшная рана совсѣмъ закрылась. Неожиданно повышеніе т-ры и боли въ правомъ подреберьи; къ 8 д. отъ начала этихъ болей опухоль у 11 и 12 реберъ; околопочечной нарывъ; разрѣзъ. Тамповада тѣмъ-же перевязочнымъ матеріаломъ. Черезъ мѣсяцъ полное выздоровленіе.

Недѣли 3 послѣ операціи моча еще шла черезъ дренажъ. Невозможность испускать мочу безъ катетра; моча сдѣлалась гнойная; уре-

Вызд.

Умеръ.

Вызд.

черезъ
39 д.

Ис-
ходъ
неиз-
въ-
стенъ.

Вызд

черезъ
60 д.

Вызд.

черезъ
120 д.

Труды 2-го
Сѣзда Русск.
Врачей.

St.-Peters. med.
Wochens. 1886.

St.-Peters. med.
Wochens. 1887.

Письмо д-ра
Кѣтлинскаго отъ
6/ix 1888 г. и
Медиц. Обозр.
1888 г. № 20.

				при разрѣзѣ приподнять ка- тетромъ.	вслѣдствіе невоз- можности из- влечь камень, сильно сросшійся со стѣнками пузыря.	шипо- ватъ. 10
48	Клинъ. Москва.					
49	"					
50	Войно. Одесса. 1886.	Дѣвочка 8 л.	Слабаго тѣлосло- женія, блѣдна, исхудала; боли въ нижней части живота. Темпер. нормальна. Моче- испусканія ча- сты, болѣзненны. Моча свѣтла, нормальна. Пу- зырь растянуть, контуры его об- рисовываются рѣзко черезъ по- кровы живота.	Пузырь налитъ 175 куб. с. тепло- ватаго раствора тимоло. Кольпей- ринтеръ (сдѣлан. изъ эластическ. катетр. съ укрѣп. на немъ 2 гон- домами) наполни. 118 куб. с. той- же жидкости. Брюшина. склад- ка надъ лономъ на 3—4 с. Раз- рѣзъ пузыря сдѣ- ланъ на кончикѣ зонда; разрѣзъ расширенъ тупо- конечнымъ би- стуромъ.	Три ка- ня. Урат гладкі овальн форма сплюсн Вѣсѣ всѣхъ 26,5. мѣй бо шой 2.	
51	" 1887.	Дѣвочка 3 л.	Хорошаго тѣло- сложенія и пита- нія; температура нормальна. Ча- стые и в. болѣз- ненные позывы на мочеиспусканіе, при чемъ всегда prolapsus recti. Моча свѣт- ла, прозрачна, нормальна.	Въ пузырь 150 л. с. раствора тимоло, въ кольпейринтеръ 100 куб. с.; строгая анти- септика.	Во время опера- ціи, по разрѣзѣ покрововъ жи- вота, большая во- снѣ надулась; произошелъ prolapsus recti, а съ нимъ высѣтъ высо- чилъ и кольпей- ринтеръ. Опера- ція окончена безъ него, при одномъ напол- ненномъ пузырь.	Урат 11,0 2,5

шки швы.
септич. по-
вязка.

трить. Въ концѣ 3 нед. дренажъ удаленъ и замѣненъ ленточкой изъ 50⁰/₀ іодоформ. марли. Уходъ оставлялъ желать многого, отсюда затеки, образованіе свища. Черезъ 4 мѣсяца полное выздоровленіе.

Вызд. Никольскій. Труды 2-го Съезда Русск. Врачей.

Умеръ

пузырь 7
юватыхъ
изъ сред-
кэтгута по
имову. На
брюшной
и этажный
скорняж-
Мышечный
кэтгутомъ,
ый—шел-
Дренажъ
жній уголь
Катетръ
теуге, къ
длинная
жная труб-
свободный
которой
щенъ въ
воръ суле-
Антисептич.
ка(іодофор-
мовая) на
животъ и
бедеръ.

Первые 2 д. т-ра нормальна; повязка промокла, такъ какъ часть мочи идетъ мимо катетра. На ранѣ марля совершенно суха, черезъ 2 д. вечеромъ 40. На 3 д. повязка назади промокла; на ранѣ вата и марля—сухія. Удалены швы и дренажъ; трубка закупорилась сверткомъ крови; при надавливаніи на края раны выдѣлилось изъ отверстія ея нѣсколько капель гноевидной жидкости безъ запаха мочи; склейка раны рег ргітам. Моча идетъ въ катетръ. Вечеромъ 39,9. На 4 д. вся повязка промокла мочей; послѣ ея удаленія оказалось, что черезъ отверстіе въ нижнемъ углу раны отдѣляется моча; въ катетръ моча не идетъ. Края раны разъединены; рана тампонирована іодоформ. марлей. Положеніе на животъ. Черезъ недѣлю рана стала гранулировать; на днѣ раны лежитъ кусокъ некротизированной ткани, который заключаетъ швы, несомнѣнно, пузыря. На 11 д. подъ хлороформомъ введенъ катетръ à demeure; на 18 д. повязка суха, удаленъ катетръ. Черезъ 40 д. выздоровѣла вполне; моча чиста.

Вызд. черезъ 40 д. Прот. засѣданія Об-ва Одесскихъ Врачей. 1886. № 6.

Тоже.

Безъ лихорадки. На 6 д. перемѣна повязки, удалены швы; вездѣ ргіта. Моча свѣтлая; больная оставалась съ повязкой еще въ постелѣ 6 д., но уже безъ катетра; на 10 д. выписана совершенно здоровой.

Примѣчаніе. За мѣсяць до операціи высокаго камнестѣченія сдѣлана попытка раздробить камень, но неудачно. Развился сильный катарръ пузыря, потребовавшій мѣсяць леченія.

Вызд. черезъ 18 д. Письмо д-ра Вайно отъ 2/ix 1888 г.

52	Сегаль. 1886.	4 ¹ / ₂ л. 2 г.	Довольно хорошо упитанъ. Слабый катарръ пузыря.	Пузырь налить 160—200 куб. сант. 2 ⁰ / ₀ раств. борной кислоты. Кольпейринтеръ. Катетръ остав- лялся въ пузырь;	Овалы формы верха слоя бо- ляги 2×1.
53	» 1887.	10 л. 6 л.	Слабъ, плохо упитанъ. Мучи- тельные припад- ки; моча слабо- кислая.	раздѣленіе мус- куловъ рукоят- кою скальпеля; пузырь вскры- вался между 2 лигатурами.	Ядро камня боба тверды широко плоско овальн формы 4×2,5
54	Барциковский. Елисавет- градская гор. больница. 1886.	12 л. 3 г.	Плохого питанія, изнуренъ. Моче- испусканіе болѣз- ненно. Моча ще- лочная, содер- житъ слизь, бѣ- лые шарики; бѣлку немного.		Ураты 8,0.
55	» 1887.	15 л. 3 г.	Питаніе удовле- творительно. Моча нормаль- ная.		Ураты 24,0.
56	Проф. Грубе. Харьковъ.				
57	»				
58	»				
59	Макавѣевъ. Петербургъ. 1882.	22 л. 1 ¹ / ₂ г.	Питаніе среднее; блѣденъ. Моча мутна, съ неболь- шимъ осадкомъ; средней реакціи; при кипяченіи мутъ исчезаетъ отъ избытка ки- слоты. Гнойные и слизистые ша- рики, кристаллы двууглекислой извести. Т-ра нормальна.	Для наполненія пузыря (до яс- наго появленія опухоли надъ лобкомъ) пошло до 420 к. с. жидкости. Ка- тетръ оставленъ въ пузырь.	Ураты съ кур- ное яв- 43,0.

пузыря.
гу брюш-
ники этаж-
шовъ
укрепл-
юрльсбад-
улавкой.
рмъ, слой
копиче-
аты, по-
пузырь
омъ. Два
въ день
занія пу-
° о раств.
кислоты.
е время
а мѣня-
—8 разъ
сутки.

Т-ра первые 5 дней держалась на высокихъ цифрахъ, затѣмъ безъ лихорадки. Дренажъ выпалъ на 1-й д.; на 3-й д. моча идетъ отчасти нормально; на 8 д. вся черезъ стволъ. Выздоровѣлъ вполне.

Вызд.
черезъ
21 д.

Медиц. Обозр.
1888.

Т-ра первые 5 д. держалась на высокихъ цифрахъ, затѣмъ нормальна. На 4 д. моча отчасти идетъ черезъ уретру; на 12 д. идетъ нормально. Какъ въ первомъ, такъ и въ этомъ случаѣ при повышеніи т-ры назначался nat. salic. Выздоровѣлъ безъ осложнений.

Т-ра первые 5 д. держалась на высокихъ цифрахъ, затѣмъ нормальна. На 4 д. моча отчасти идетъ черезъ уретру; на 12 д. идетъ нормально. Какъ въ первомъ, такъ и въ этомъ случаѣ при повышеніи т-ры назначался nat. salic. Выздоровѣлъ безъ осложнений.

Вызд.
черезъ
28 д.

Безъ лихорадки. Промываніе пузыря 3°/о растворомъ борной кислоты ежедневно. На 4-й д. моча просачивается въ рану. Мочевая инфильтрація всей мошонки. Исхуданіе; на 4-й недѣль рнеит. стеноза. На 30-й д. смерть отъ истощенія и отъ неразрѣшившейся рнеит. стеноза.

Безъ лихорадки. Промываніе пузыря 3°/о растворомъ борной кислоты ежедневно. На 4-й д. моча просачивается въ рану. Мочевая инфильтрація всей мошонки. Исхуданіе; на 4-й недѣль рнеит. стеноза. На 30-й д. смерть отъ истощенія и отъ неразрѣшившейся рнеит. стеноза.

Умеръ
на 30 д.

Русск. Медиц.
1887, 1888.

Безъ лихорадки. Первая смѣна повязки на 5 д. На 7 д. вынуть катетръ; на 12 д. сняты швы; на 19 д. полное заживленіе раны рег. primam.

Безъ лихорадки. Первая смѣна повязки на 5 д. На 7 д. вынуть катетръ; на 12 д. сняты швы; на 19 д. полное заживленіе раны рег. primam.

Вызд.
черезъ
19 д.

Примѣчаніе. Пузырь не промывался.
Свѣдѣній нѣтъ.

Вызд.

Захаревичъ
Врачъ. 1882.

Вызд.
Вызд.

пузырь 7
изъ кѣт-
0. Ниж-
зы нало-
было труд-
блэгчено
что при
2-хъ ли-
пузырь
ко выт-
На рану
ой стѣнки
до дрена-
катетръ а

11 дней повязка была суха (перемѣнена 3 раза). Рана брюшной стѣнки зажила рег primam; на 12 д. повязка промокла и моча идетъ отчасти черезъ рану, но большей частью черезъ уретру. Заживленіе полное, безъ осложнений.

Вызд.
черезъ
45 д.

Врачъ. 1884.

60	» 1888.	35 л. Больше года.	Хорошого пита- нія. Моча слегка мутна, слабо- кислая.	Пузырь налить растворомъ бор- ной кислоты.	Ураты 2,17. 2×1,5×	
61	» 1888.	5 л. 2 ¹ / ₂ г.	Удовлетвори- тельного пита- нія. Моча съ неболь- шою примѣсью хлопьевъ; свѣт- лая, слабо-кислой реакціи.		Ураты 9,0. 3×2,5×	
62	Гагенъ- Торнъ. Ново- тавожанская больн. Кур- ская губ., Вѣлгород. у. 1883.	4 л. 2 г.	Моча содержитъ гнойныя тѣльца.	Пузырь не на- лить; безъ коль- пейринтера.	Рыхлая жирная клетчатка сильно мѣшала захва- тить упущенный и надколотый пузырь. Глубокое положеніе пу- зыря.	Фосфаты 5,5. 4×1,5× 1,5.
63	» 1887.	22 л. Съ 2 л.	Общее состояніе сносно; бѣденъ. Сильное раз- стройство моче- испусканія: то задержаніе, то частые позывы, то ведержаніе мочи. Моча ще- лочная, осадокъ. Въ осадкѣ мало гнойныхъ клѣ- токъ; онъ со- стоитъ изъ гриб-	Подъ наркозомъ изъ хлороформа (200), эфира и алкоголя (60) сдѣлана боковая литотомія. Из- влечь камень не удалось, хотя литотриптеромъ отщепленъ боль- шой кусокъ; не удалось и раз- бить вполне. Сдѣлана sectio	Довольно обиль- ное кровоте- ченіе; весьма трудное извле- ченіе камня.	Плотный толстый слой урат- товъ; центр болѣе рыхлый. Въ сѣ- бранныхъ осколкахъ 40,2. Размѣры сильно (на ¹ / ₃)

ге. Повяз-
иодоформ-
марли,
ил. ваты
еаго ка-
ната.

у пузыря
ий шелко-
новъ. На
брюшной
швы до
а. Катетръ
еиге. Рана
а іодофор-
ептич. по-
язка.

жъ пузы-
На рану
ной стѣн-
въ до дре-
Ежедневно
омыванія
слабымъ
ромъ су-
На рану
ов. ком-
ы, мѣня-
часто.

шовъ на
ий уголь
брюшной
и. Пере-
сулемовой
ой; ком-
изъ ра-
хлоринов.
и. Затѣмъ
іодоформъ
енька.

ий уголь
ной раны
ить къ
ему углу
брюшной
Дренажъ
ра черезъ
жн. рану.
ваніе пу-
раствор.
л. натра.
формная
вязка.

Безъ лихорадки; какъ въ пузырьной, такъ и въ брюшной ранѣ заживленіе per primam. Катетръ à demeure оставался почти до заживленія. Пузырь все время осторожно промывался борной водой черезъ катетръ. Выздоровѣлъ вполне; моча кислая, чистая.

Первые 5 д. послѣ операціи лихорадитъ, затѣмъ т-ра нормальна, заживленіе безъ осложненій. На 11 д. моча идетъ нормально; выздоровѣлъ вполне. Моча послѣ операціи чиста, кислой реакціи.

Послѣ операціи т-ра все время повышена; на 2 д. края раны воспалены (компрессъ изъ хлориновой извести). На 4 д. моча идетъ черезъ стволъ, затѣмъ все время черезъ пузырьную рану. На 20 д. отекъ праерutii; на 23 д. боль и припухлость въ правой поясничной области; вскрытъ околопочечный нарывъ. Т-ра часто до 39—40. Выписанъ съ незажившей небольшой ранкой надъ лобкомъ и на поясницѣ. Примѣчаніе. Извѣстно, что черезъ нѣсколько мѣсяцевъ вполне здоровъ.

Вечеромъ послѣ операціи (10/III) повязка промокла кровянистой мочей. 11/III запахъ разложившейся мочи; на верхній уголь раны растворъ хлориновой извести; мочи мало, безпокоенъ; ничего не ѣстъ, слабъ, пульсъ малый. При кашлѣ моча, безъ примѣси крови, вытекаетъ черезъ брюшную рану. Пузырь промытъ. 13/III моча преимущественно черезъ нижнюю рану; боль справа отъ брюшной раны; введенъ эластическій катетръ черезъ промежн. рану и выведенъ черезъ повязку въ подставленную бутылку; моча кровянистая, съ большими хлопьями. 14/III мочи мало; больной ме-

Вызд.
черезъ
25 д.

Письмо д-ра
Макавѣева отъ
21/XI 1888.

Вызд.
черезъ
21 д.

Вызд.

Письмо д-ра
Гагенъ-
Торнъ отъ
13/XI. 1888.

Умеръ
черезъ
7 д.

			ныхъ нитей и кристалловъ фосфорн.-кислой амміакъ-магнезій. За 4 д. до операціи пузырь промытъ растворомъ салицилов. натра. Хуже; моча вонючая (катетръ былъ прокипяченъ). Черезъ 3 д. послѣ этого моча сильно щелочна. Камень 2 д. лежитъ передъ уретральнымъ отверстіемъ; непроизвольное мочеиспусканіе по каплямъ. Подозрительные, но не точно опредѣлимые, цилиндры.	alta по введенію въ промежностный разрѣзъ указательному пальцу. Камень извлеченъ послѣ того, какъ разолился въ щипцахъ. Операція длилась 3 часа.	уменьш камня 4×5×4	
64	1888.	50 л. Съ дѣтства.	Общее состояніе хорошо. Атероматозный процессъ въ сосудахъ. Страданія съ дѣтства, затѣмъ прекратились. Въ мартѣ этого года поднялъ бревно, почувствовалъ боль въ пузырь; немогъ мочиться. Моча щелочная, вонючая; примѣсь крови, эпители. клѣтокъ; найденъ гиалиновый цилиндръ. Послѣ промыванія пузыря моча немного лучше. Лихорадять; одышка, т-ра до 40°.	Операція подъ кожаномъ (5 ⁰ /о на различную глубину).	Cancer vesicae urinariae. Камень въ дивертикулѣ. Видна складка брюшины; fundus пузыря плотенъ, стѣнки его плотны. При извлеченіи камня пузырь надорвался влѣво отъ верхняго конца на дюймъ. Cancer не удаленъ, вслѣдствіе значительнаго его распространенія	Оксалат 34,5. 4×3.
65	Надеждинъ. 1883.	25 л. Съ дѣтства.	Крѣпкого сложения и довольно хорошаго здоровья. Въ послѣдній годъ недер-	Операція безъ наполненія пузыря. Кольпегрингеръ и катетръ, такъ какъ	При разрѣзѣ пузыря кровотоеніе, которое не удалось остановить оконча-	Calculi prostatici vesicalis. Два урат соедине

чется отъ боли, раны безъ реакціи. ¹⁶/III по-
ность; вечеромъ неполное сознаніе. ¹⁷/III смерть.

Вскрытіе. (Черезъ удлиненную надлобко-
вую рану). По обѣ стороны раны неглубокіе
затеки, въ которыхъ лежатъ осколки камня.
Мочевыхъ затековъ нѣтъ. Пузырь сильно со-
кращенъ; очень толстостѣнный; слизистая въ
хорошемъ видѣ; подтеки у trig. Lieutodü, два
небольшихъ дифтерит. струпа. Мочеточники
немного расширены; обѣ почки уменьшены въ
объемъ (лѣвая на половину); представляютъ
неровную поверхность снаруж. Пирамидаль-
наго слоя нѣтъ почти вовсе, вмѣсто него ра-
стянуты лоханки; мѣстами онѣ доходятъ почти
до капсулы почекъ. Въ остальномъ — ничего
особеннаго.

мъ пузы-
а верхній
брюшной
два шва.
епитическій
мшонъ.

Послѣ операціи вечер. 38,5; т-ра постепен-
но падаетъ и черезъ 2 недѣли—37,7. На 4 д.
удаленъ тампонъ; катетръ à demeure. Выпи-
санъ съ хорошей небольшою ранкой, черезъ
которую еще выходитъ моча. Мочится съ бо-
лями, но значительно легче, чѣмъ до операціи.

Примѣчаніе. Очевидно камень, говорятъ ав-
торъ, найденный въ дивертикулѣ пузыря, не
безпокоилъ сильно больного, пока могъ помѣ-
щаться въ дивертикулѣ свободно. Какъ скоро
дивертикулъ раково переродился (изслѣд. подъ
микроскопомъ), полость его стала меньше; ка-
мень, при большемъ усилии больного, освобод-
дился и далъ картину страданій пузыря, опи-
санную выше.

Выпи-
санъ
съ не-
впол-
нѣ за-
рубце-
вав-
шейся
ра-
ной.

мъ пузы-
катетръ де-
Рана на-
іодофор-
и перевя-

Долго лихорадилъ; т-ра до 39. Катетръ за-
купоривался кровью и скоро удаленъ. Моча
шла черезъ рану и дренажъ; больного клали
то на одинъ, то на другой бокъ. Черезъ 2¹/₂

Вызд.
черезъ
75 д.

Медиц.Обозр.
1884 г.
Письмо д-ра
Надеждина
отъ ⁵/IX 1888.

			<p>жаніе мочи. Моча щелочная и мутная.</p>	<p>входъ въ пузырь былъ невозможенъ; закрыть камнемъ въ простатѣ.</p>	<p>тельно. При извлеченіи камни распались; кора обломалась; такъ что извлечены по частямъ.</p>	<p>ные вы- стѣ, по- крыты общей рой фатовъ Меньш камень въ пуз- рь, бо- шій—в проста- ческо части уретри Оба вы- стѣ съ рино яйце</p>
66	» 1886.	25 л. Съ дѣт- ства.	<p>Довольно исто- щенъ. Моча щелочная; недер- жаніе ея.</p>	<p>Сперва сдѣлана срединная лито- томія; не удалось ни вынуть камня, ни ввести лито- кляста. Тѣ-же условія для s. alta, что и въ предъидущемъ случаѣ.</p>	<p>Не смотря на большой разрывъ пузыря, камень не удалось вы- нуть; онъ великъ и ущемленъ въ шейкѣ пузыря. Удаленъ послѣ того, какъ ка- мень раздробленъ черезъ рану на промежности ма- точными щип- цами Hegar'a и американск. пулевыми.</p>	<p>Calcu- prosta- vesica- Fosfat- ядро урат</p>
67	» 1888.	56 л. 20 л.	<p>Сильно истощ. Моча аммиачная, вонючая, съ кровью. Не за- долго до опера- ціи было силь- ное пузырное кровотеченіе.</p>	<p>Наливаніе пу- зыря и кольпей- ринтеръ.</p>	<p>Камень такъ мя- гокъ, что раз- сыпался въ пе- сокъ; удаленъ ложечкой и про- мываніемъ. Опе- рація дополнена наружн. уретро- томіей.</p>	<p>Каме- съ ку- ное я</p>
68	Леви. Новгородск. земск. боль- ница. 1885.	9 л.	<p>Сильный катарръ пузыря. Подготовитель- ное леченіе.</p>			<p>40, 4,8× ×</p>

лицевой
атой.

мѣсяца больной вышелъ съ небольшою грану-
лирующей поверхностью.

Послѣ извѣстно, что больной здоровъ и пра-
вильно мочится. Обстановка довольно грязная;
повязку нельзя назвать вполне антисептической.

ь пузырь
рхней ра-
нижнюю
денъ дре-
продырав-
й только
узырной
. Черезъ
ю рану въ
ь введена
цѣльная
ная труб-
бѣ раны
ты іодо-
мъ. Верх-
ыложена
р. марлей
рыта ги-
п ватой.
женіе на
вотѣ.

Первое время (около 2 нед.) послѣ операц.
теченіе хорошо, т-ра не выше 38. Съ извле-
ченіемъ дренажей моча стала понемногу дер-
жаться въ пузырь и вѣроятно разлагаться.
Ухудшеніе цистита и піелонефрита. Т-ра до
40. Такъ тянулось болѣе мѣсяца. Черезъ 2 м.
больной выбылъ изъ больницы съ зажившей
верхней раной, съ фистулой на промежности
(на мѣстѣ нижней раны), съ остатками цисти-
та и, вѣроятно, піелонефрита, съ небольшою
т-рой. Дальнѣйшая судьба — неизвѣстна.

Вызд.
черезъ
60 д.

раны вы-
іодофор-
въ нихъ
и до пу-
верхняя
ена іодо-
марлей и
а кускомъ
коп. ваты.

Послѣ операціи безлихорадочное теченіе; че-
резъ 7 д. смерть отъ уреміи.

Примѣчаніе. «Sectio alta, говоритъ авторъ,
тутъ не причемъ; конечно, и всякая другая
операція такъ-бы кончилась».

Умеръ
черезъ
7 д.

въ пузы-
свободный
опущенъ
удъ сбоку
аго. На

Никакихъ осложнений; на 8 д. моча нор-
мальна.

Вызд.
черезъ
18 д.

Радзевичъ.
Земская Ме-
дицина. 1885.

69	„ 1885.		Моча мутна, много слизи, гноя, слабо-ще- лочная, съ про- тивнымъ, прон- зительнымъ за- пахомъ. Подго- товительное лечение.		44,6.
70	„ 1885.	8 л.			Малень- камен.
71	Бѣльцовъ. Петербургъ. 1885.	3 л. 3 г.	Довольно хоро- шаго питания. Моча мутна, щелочна; даетъ значит. осадокъ слизи и гноя. Бѣлка мало; т-ра нормальна.		Нару- ные с- фосфат- ядро ураты; голубо- ное ядро 28,0 3,5×
72	„ 1886.	17 л. 17 л.	Плохо развитъ. Моча слегка мутна; нейтраль- ной и щелочной реакція, даетъ умѣренный оса- докъ гноя и кри- сталловъ фосфа- товъ. Бѣлокъ. Т-ра нормальна.		Товн- кора ф- фатовъ ядро урат. 1 3,5×
73	„ СПб. Мариин- ская боль- ница. 1887.	12 л.			
74	Богаевскій. Кременчугск. земск. больн. 1886.	6 л. 2 г.	Питаніе удовле- творительно; мо- ченспусканіе болѣзненно.	Пузырь налить 4% растворомъ борной кислоты.	Фосф- 12. 3×2.

брюшной
и швы до
ка. Пузырь
вался бор-
кислотой.

Первые 4 д. лихорадка, вѣроятно отъ обо-
стрившагося цистита. Безъ осложнений.

Вызд.
черезъ
60 д.

пузыря по
имову кэт-
ь. На рану
той стѣнки
Катетръ
еуге. Ан-
пач. по-
язка.

На 3 д. швы разошлись; моча черезъ рану;
въ дальнѣйшемъ выздоравлилъ безъ осложнений.

Вызд.

ажъ пузы-
ана брю-
стѣнки не
шита.

Первые 3 д. умѣренное повышеніе т-ры; на
5 д. повышеніе т-ры до 39. Рожистая красно-
та крайней плоти и мошонки; черезъ 4 д.
прошла. Дренажъ удаленъ на 6 д. На 10 д.,
по просьбѣ отца, выписанъ съ незажившей
раной, черезъ которую вытекала моча.

Выпи-
санъ
на 10
день съ
неза-
жив-
шей
раной.

Богдановскій.
Стр. 415.

ажъ пузы-
брюшную
ничего. Пу-
ромывался
оромъ су-
емы.

12 д. послѣ операциі т-ра не ниже 38, за-
тѣмъ нормальна. Заживленіе шло вяло, но безъ
осложненій. Дренажъ удаленъ черезъ 6 д. Вы-
былъ здоровымъ съ правильнымъ мочеиспу-
сканіемъ нормальной мочи.

Вызд.
на 46 д.

Безъ осложнений, но заживленіе шло крайне
вяло.

Вызд.
черезъ
74 д.

внѣкраевъ
пузыря съ
ми раны
той стѣнки
берману.
въ пузыря.
ану брю-
й стѣнки
овые швы
нажа. Ка-
тъ съ си-

Первые 2 д. т-ра по вечерамъ 38,2, 38,6.
На 6 д. дренажъ и катетръ удалены; на 15 д.
моча по временамъ стала выделяться черезъ
стволъ. Черезъ 18 д. полное выздоровленіе.

Вызд.
черезъ
18 д.

Русск. Медич.
1887 г.

75	• 1886.	8 л. 5 л.	Слабago сло- женія; затрудненн. мочениспусканіе. Изрѣдка задер- жаніе мочи. Моча свѣтлая, слабо- кислая.			Ураты 14,9. 4×4.
76	• 1886.	24 л. 8 л.	Умѣреннаго сло- женія. Моча свѣтлая, слабо- кислая. Т-ра нормальная.			9,6. 3,×25
77	Путохинъ. Мосальск. уѣздн. земск больница. 1886.	4 л.	Моча катарраль- ная.	Пузырь налить 90 куб. с. 1°/о раств. карбол. кислоты. Пузырь вскрыть между крючками. До операциі пузырь промыть 1/10°/о раств. сулемы.	Не удалось на- ложить шва на пузырь; не уда- лось ввести недатоин. ка- тетра à demeure, ради спазма сфинктера и промежности.	Фосфат ядро-м. чекисл. соли. 4,0. 2,4×2, 1,1.
78	• 1886.	8 л. Болѣе 4 л.	Питаніе плохо. Шумъ въ ярем- ныхъ венахъ; шумъ на 1-мъ тонѣверхушки. Сильныя страд- нія при попыт- кахъ мочиться. Позывы уча- щены; prolapsus recti et hernia umbelicalis. Моча очень мутна, щелочная; кри- сталлы щавел- кислой извести. Лихорадить по вечерамъ до 40°. Подготовительн. леченіе; черезъ мѣсяць моча немного лучше, общее состояніе тоже. Промыва- ній пузыря не выносить.	Пузырь налить 1°/о растворомъ карболовой кис- лоты. Пузырь разрѣзанъ между крючками		Щавел- викъ. 17,8. 3,5×2,7 1,5.

ымъ при-
обленіемъ.
язка изъ
вой марли
шекъ суле-
тъ опилокъ.

На 5 д. экзема живота; на 22 д. выписанъ совершенно здоровымъ. Безъ осложнений.

Примѣчаніе. Въ этомъ случаѣ сифонное при-
способленіе и къ дренажу.

Вызд.
черезъ
21 д.

ке уходъ за
ремъ по
ману, но
того нало-
3 шва на
пузырь.

Вечеромъ послѣ операціи—38; кашель. На 4 д. повязка немного промокла мочей; пузырь промытъ растворомъ салцилл. кислоты. На 8 д. повязка и швы сняты; пузырь промытъ; на рану—губки. Заживленіе брюшной раны—reg^{gr}mat; черезъ 20 д. мочится нормально. Выписанъ вполне здоровымъ.

Вызд.
черезъ
29 д.

енажа, ни
На рану
рессу изъ
ора суле-
верхъ ихъ
ь обеззара-
ой ваты,
ыпанной
алиномъ.
а повязки
ое время
е 1/4 часа.
женіе на
съ согну-
въ колѣ-
и приве-
и къ жи-
вогами.

На 2 д. послѣ операціи т-ра 38.6; на 4 д. нормальна. Катетра ввести не удалось; въ виду хорошаго теченія больного попытокъ къ введенію катетра не дѣлалось; моча улучшается. На 17 д. моча исключительно нормальнымъ путемъ. Рана зарубцевалась безъ всякихъ осложнений.

Вызд.
черезъ
35 д.

Медиц. Обозр.
1896.

Съ 4 по 11 д. т-ра по вечерамъ повышалась до 38,38,7, затѣмъ нормальна. На 18 д. моча идетъ исключительно черезъ уретру; моча черезъ 2 недѣли, при назначеніи ex stigmati m., сдѣлалась совершенно чиста, кислой реакціи. Черезъ 2 недѣли небольшіе пролежни; также леченіе противъ глѣзъ. Выписанъ въ хорошемъ общемъ состояніи и безъ какихъ-либо аномалій въ мочевои сферѣ.

Вызд.
на
37 д.

Медиц. Обозр.
1897.

Примѣчаніе. Кромѣ сказаннаго ухода, вставленъ еще дренажъ пузыря. Промыванія пузыря 3 раза черезъ дренажъ раств. сулемы (1/1000).

79	» 1887.	7 л. 4 г.	Среднее питаніе. Моча мутновата, нейтральной ре- акціи.	Пузырь налить 100 к. с. 1% раствора карбо- ловой кислоты. Въ кольпейрин- теръ 300 к. с.	Ураты 34,25. 5,3×3,8 2,6.	
80	Проф. Кузьминъ. Москва.	8 л.	Моча слабо-кис- лая.	Пузырь налить 2% растворомъ борной кислоты. Кольпейрин- теръ.	Фосфаты ядро- ураты. 3×2,5.	
81	»	6 л.	Тоже.		Calculi prostate- vesicalis 2×1,5.	
82	»	9 л.	Моча слабо- кислая. Промеж- ность рубцовато стянута послѣ разрыва рогами быка.		Два камня пузыря. 2×1,5. 1,5×1.	
83	Русановъ. Новохоперск. земск. боль- ница. 1881.	73 л. 3 г.	Моча щелочная; большой оса- докъ; аммиачна.	Пузырь налить 100 к. с. раств. 1% борной кис- лоты. Разрѣвъ пузыря между 2 острыми крючками.	Семь фо- фатовъ. Правиль- ные те- траэдри- чскіе, двухъ, нѣсколь- ко округ- ленныхъ. 108,6. Наибол- шій—11, наимен- шій— 12,5.	
84	» 1886.	3 л. 1 ¹ / ₂ г.	Здоровый маль- чикъ. Моча кислая, нормаль- ная.	Тоже.	Вмѣстѣ съ быстро хлынув- шей жидкостью выскочилъ и камень. Пузырь соскочилъ съ	Оксалатъ овальный 1,0. 1×0,75.

къ пузыря. ну кусокъ вой марли г. Положе- же. Повяз- тѣнялась Промы- пузыря.	Безъ осложнений и лихорадки. Дренажъ уда- ленъ на 5 д., полное выздоровленіе.	Вызд. на 23 д.	Прот. Общ—ва Калужск. Врач. 17/x 1887. Письмо д-ра Путохина отъ 16/xii 1888.
къ пузыря. ну брюш- ники шовъ ренажа. еп. повязка	Безъ осложнений. Дренажъ извлеченъ на 12 д., когда моча шла вся черезъ уретру.	Вызд. черезъ 21 д.	Письмо профес. Кузьмина отъ 11/viii 1888.
же уходъ.	Такой же послѣоперационный періодъ.	Вызд. черезъ 24 д.	
же уходъ.	Безъ осложнений. Примѣчаніе. У оперированнаго уретра ра- зорвана; центральный конецъ суженъ до от- верстія въ булавочную головку, при чемъ руб- цовое суженіе тянулось на 2 сант. по длинѣ уретры къ пузырю. Периферическій конецъ зарощенъ вполнѣ. Черезъ 2 нед. послѣ высо- каго съченія съ успѣхомъ изъ боковыхъ ло- скутковъ кожи образована уретра въ 3 сант. Когда каналъ былъ восстановленъ вполнѣ и моча шла безъ катетра, чрезъ 3 нед. зажила рана и надъ лобкомъ.	Вызд. черезъ 38 д.	
рь безъ дренажа. ну брюш- ствики ый шовъ. лов. пере- на весь ь. Промы- узыря 2 ⁰ / ₀ карбол. слоты.	Послѣ операциі первыя порціи мочи съ кровью. Смерть черезъ 40 ч. Вскрытія не было.	Умеръ черезъ 40 ч.	Врачъ. 1888. Письмо д-ра Русанова отъ 13/viii 1888.
же уходъ, язка кар- я съ іодо- рмомъ.	Первые 3 д. лихорадилъ до 39,5 по вече- рамъ, затѣмъ безъ лихорадки. На 3 д. при пе- ревязкѣ, въ нижнемъ углу брюшной раны, найдень камень. Очевидно, вмѣстѣ съ хлынув- шей послѣ разрыва пузыря струей жидкости выскочилъ и камень; онъ помѣстился надъ	Вызд. на 33 день.	

					крючковъ, опу- стился вглубь; сдѣланный раз- рѣзъ не найденъ; вторичный разрѣзъ пузыря. Камень не най- денъ.	
85	1887.	3 л. 1 г.	Нормальн. моча.	Тоже. Пузырь взять на лига- туры.	Оксалатъ 3,68. 2×2 .	
86	1888.	4 л. $\frac{1}{2}$ г.	Малокровенъ, золотушенъ. Моча мутна; изрѣдка песокъ; фосф.-кислыя соли.	Тоже.	Оксалатъ съ неболь- шими ос- роутками 0,45. $1 \times 0,75$.	
87	Рейеръ. СПб. Марини- ская больн. 1883.	25 л. 12 л.		Пузырь налить 10% раств. бор- ной кислоты. Кольпейрин- теръ; пузырь взять на лига- туру.		
88	1885.	18 л. Съ дѣт- ства.		Тоже; кромѣ того въ пузырь 10 капель 10% раств. кокаина.		
89	1885.	22 л. Съ дѣт- ства.			Два бол- шихъ и нѣсколь- ко малень- кихъ ка- мней. В уретрѣ 2 камня. Камни пузыря удалены одинъ въ $1\frac{1}{2}$ с.	

	опустившимся вглубь пузыря, въ предпузырномъ пространствѣ. Нагноенія не было. Моча нормальна съ 12 д. Выздоровѣлъ вполнѣ, безъ осложненій.		
Тоже.	Первые 2 д. по вечерамъ лихорадить до 38,5. Затѣмъ все нормально. Моча нормально на 11 д. Выздоровѣлъ вполнѣ безъ осложненій.	Вызд. черезъ 26 д.	
ажъ пузы- На рану ной стѣнки до дрена- же повяз- Промыванія ря ежедн. о раств. й кислоты.	На 3 д. лихорадка, продолжавшаяся приступами до 15 д. (38,39); боль въ глубинѣ таза, тотчасъ же влѣво отъ брюшной раны. На 5 д. здѣсь прощупывается затвердѣніе. Этотъ инфильтратъ держался 20 д. Выписанъ въ хорошемъ общемъ состояніи, хотя изрѣдка чувствуетъ боль на мѣстѣ бывшаго инфильтрата; боли эти при мочеиспусканіи. Примѣчаніе. По словамъ матери, черезъ 3 м. вполнѣ здоровъ.	Вызд. на 26 день.	
ажъ пузыря. шная рана пита. Ка- à dèmeure септич. по- вязка.	Въ день операціи т-ра 38,4; затѣмъ нормальна. Черезъ 4 д. удаляется катетръ на 3 часа, послѣ чего вводится вновь. Черезъ 17 д. почти вся моча черезъ стволъ. Черезъ 1 ¹ / ₂ м. явленія легкаго пизлита въ теченіи 19 д.	Вызд. на 66 день.	Соколовъ. Хирург. Вѣст. 1886.
ажъ черезъ гру выве- въ рану лобкомъ; ѣ того въ стеклянный жъ. Тампо- раны. По- ніе на жи- . Антисеп. овязка.	Въ день операціи 38,2, затѣмъ нормальная т-ра. Катетръ à dèmeure вмѣсто дренажа. Моча черезъ 29 д. нормальна. Выздоровѣлъ вполнѣ, безъ осложненій.	Вызд. черезъ 43 д.	
ика пузыря а въ брюш- рану; дре- . Антисеп. зка. Поло- на животѣ.	Два дня т-ра до 38,5. Черезъ 12 д. удаленъ дренажъ; черезъ 19 д. проталкивается катетромъ камень изъ уретры въ пузырь и извлекается черезъ брюшную рану. Cystitis; края раны инкрустируются. Черезъ мѣсяць cystitis проходитъ; черезъ 2 м. моча идетъ нормально. Тонкій свищъ на мѣстѣ брюшной раны закрывается вполнѣ черезъ мѣсяць.	Вызд. черезъ 80 д.	

зырь узло-
швы изъ
та; швы
дены; пу-
опущенъ.
брюшной
и шита.
гръ à de-
Антисепт.
вязка.

Два дня лихорадка до 40. Черезъ 2 д. моча просочилась въ повязку; рана расшита; швы удалены; дренажъ. На 22 д. моча нормально. На мѣстѣ брюшной раны тонкій свищъ, который держится $\frac{1}{2}$ года. Выздоровѣлъ вполне.

Вызд.
черезъ
200 д.

ренажа въ
ь. На рану
той стѣнки
ва. Антис.
вязка.

Послѣ операціи 7 д. т-ра повышена; самое большое повышение до 38,8. Моча вытекаетъ изъ раны помимо дренажей, которые закупорились сгустками крови. Пузырь промытъ $\frac{1}{300}$ раств. салиц. кислоты. Края раны слегка покраснѣли и опухли. На 4 д. рана гранулируетъ хорошо; шитая часть зажила *per primam*. Моча рѣзко щелочной реакціи, содержитъ много гноя. Дренажи удалены и замѣнены болѣе тонкими. На 10 день моча идетъ нормально. Выписанъ съ явленіями умѣренного катарра пузыря.

Вызд.
черезъ
25 д.

Скорбные листы
клиники бароне-
та Вилліе.

же уходъ.

Вечеромъ послѣ операціи 38,5; моча вытекаетъ изъ раны помимо дренажей. На другой день рвота, жажда; т-ра 39,6. Въ 6 ч. вечера эпилептоподобный припадокъ, продолжавшійся 2 минуты, за нимъ коматозное состояніе; въ 8 $\frac{1}{2}$ ч. вечера другой приступъ, болѣе продолжительный, затѣмъ снова коматозное состояніе; въ 10 ч. третій приступъ; знобъ, постепенная слабость и смерть.

Умеръ
черезъ
сутки

Вскрытіе. Почки увеличены въ размѣрахъ; при разрѣзѣ оказались пронизанными кистовидными полостями, преимущественно въ Мальпигиевомъ слое, но есть и въ корковомъ. Лоханки и оба мочеточника сильно расширены. Мочевой пузырь спался; стѣнки его гипертрофированы ($1\frac{1}{2}$ с.); оболочка его—блѣдна. Околопузырная клетчатка пропитана экстравазатами. Всѣ остальные органы—нормальны.

въ пузырь;
ный ко-
его отве-
въ сосудъ
арбелов.
р. Катетръ

Вечеромъ послѣ операціи 38,5, на другой д. 38,7, на 3 д. — нормальна. Моча выделяется свободно черезъ рану, дренажъ и катетръ. На 3 д. сняты швы; *prima* до дренажа; на 4 д. небольшая инкрустация вокругъ ранки. Черезъ недѣлю въ ранѣ небольшой кусокъ не-

Вызд.
черезъ
42 д.

			недержание. Моча мутная, щелочн. реакция, вонючая; хлопья слизи, гной. Бѣлокъ; prolapsus recti. До операціи nat. benzoic., ванны		
94	" 1885.	2 г. и 3 м. 1 г.	Порядочнаго питанія, легкая степень рахитизма. Моч. мутна; гной, почечные цилиндры, бѣлокъ; кристал. цистина, мочевой кислоты, фосф. кислой магнезии. Реакція кислая; по вечерамъ т-ра до 38,3.		Мочевая кислота цистинъ 3×2.
95	Розенбаумъ. Городская больница.			Пузырь наливался. Помощью 2-хъ пальцевъ, введенныхъ въ rectum, пузырь подымался вверхъ	
96	Тифлисъ. 1884.				
97					
98					
99	Ивановъ. Алатырская земск. больн.	5 л. 3 л.		Пузырь наливался 180—240 к. с. 3% раств. борнаго.	Ураты 4,0.
100	"	4 л. 2 г.	Катарръ мочевого пузыря.	Разрѣзъ брюшной стѣнки въ 4,5 с. Околопузыри. клѣтчатка отодвигалась рукояткой ножа.	Оксалаты 3,0.
101	"	7 л. 2 г.		Пузырь вскрывался между 2 лигат. или остр. крючками. Тщательное промываніе пузыря.	Ураты 12,0. Ураты 30,0.
102	"	24 л. 12 л.			

дежде съ
ымъ при-
бленіемъ.
ну брюш-
овъ: глу-
и—кэтгу-
поверхно-
ий—шел-
На рану
орм. марли
но. губка

кротизированной околопузырной клетчатки, который удаленъ. Моча улучшается; идетъ по прежнему. Скоро черезъ катетръ ни капли, почему онъ удаленъ. Съ 9 д. двѣ недѣли высокая т-ра съ большими колебаніями; рана отлично гранулируетъ. На 25 д. моча идетъ отчасти нормально. На 28 д. снова повышение т-ры, отекъ лица; въ мочѣ примѣсь гноя. Свищевое отверстіе на мѣстѣ брюшной раны то закрывалось, то открывалось. Явленія pyelo-phritidis. Черезъ 42 д. выписана съ вполне зарубцевавшейся ранкой, но явленія pyelo-phrit. продолжаются, хотя въ слабой степени.

ренажа пу-
и. На ра-
брюшной
этажны
повязка
таже.

Послѣ операціи вечер. 39,1. На другой д. 39,9; поносъ. Моча плохо идетъ чрезъ дренажи, но свободно черезъ рану. На 4 д. дренажи вынуты, вставленъ одинъ болѣе толстый. Значительная инкрустация краевъ раны; нижній шовъ расшить, вечер. 39,2. Съ 5 д. т-ра постепенно падаетъ до нормы; рана гранулируетъ хорошо. На 19 д. моча исключительно черезъ стволъ. Выписанъ съ вполне зажившей раной, съ кислой, свѣтлой мочей; въ осадкѣ кристаллы мочевои кислоты и цистина.

Вызд.
черезъ
28 д.

нада раны
рирован-
марлей.
еп. повяз-
нялась че-
3, 4 часа.

Peritonitis acuta.
Nephritis sup. dextra; pyelitis.

Вызд

Медиц. Сборн.
Кавк. Медиц.
Общ. № 40,
1886.

Вызд.

Умеръ

Умеръ

ажъ пузы-
ришить къ
брюшной
и. На эту
въ нажней
2, 3 шва.
ормъ, іодо-
марли, кар-
вата, ги-
вата, па-
овая бума-
улевовыя
и. Поло-
на животѣ
боку. Пер-
3, 4 д. по-
мѣнялась
за въ д., а
тъ—на ночь.

Безъ лихорадки; моча нормально на 8 д.
Рана брюшной стѣнки—per primam.

Вызд.
черезъ
18 д.

Медиц. Обзор.
1887.

Умѣренная лихорадка все время. Моча нормально на 10 д. Заживленіе брюшной раны путемъ грануляцій; звѣздчатый рубецъ.

Вызд.
черезъ
30 д.

Безъ лихорадки; моча нормально на 7 д.
Рана брюшной стѣнки—per primam.

Вызд.
черезъ
16 д.

Въ день операціи и на второй т-ра повысилась; затѣмъ безъ лихорадки. Моча нормально на 7 д. Рана брюшной стѣнки—per primam.

Вызд.
черезъ
23 д.

103	Мультианов- ский. Кронштадтъ. 1875.	33 л. 28 л.	Сильное исхудание. Страшные боли при мочеиспуск. Мочится тонкой струйкой, по каплям; сильныя боли въ промежност. надъ лобкомъ. Моча вонючая, мутная, похожа на гной; иногда кровь. При ощупывании болей въ области почекъ нѣтъ.	Провести катетръ въ пузырь не было возможности; дойти до пузыря удалось по задней стѣнкѣ лоннаго сращенія. Наружная рана въ 7,8 с. Разрѣзъ пузыря прямо отъ руки: отъ шейки до его верхушки; длина разрѣза 9 с.	Брюшинную складку пришлось удерживать помощнику. Оказалось, что удалить камень черезъ разрѣзъ пузыря—невозможно; сдѣлавъ еще поперечный съ одного края до другаго. Польша пузыря—почти сплошная язва; отвратительный запахъ.	Фосфорнокислая известь. 545,0. $9,7 \times 8,1 \times 6,7$. Окружающаго камня 26,3 и 23,0.
104	С.-Пб. 1885.	Дѣвочка 6 л. 4 г.	Умѣреннаго тѣлосложения. Мочеиспускание обильно, затруднено, учащено. Моча мутна, щелочная, значительный осадокъ; слѣды бѣлка. Осадокъ изъ гноя и пузырярнаго эпителия. До операціи т-ра два раза до 39,5.	Пузырь выпяченъ катетромъ въ рану брюшинную. Складка брюшины на 3 с. надъ лобкомъ.		Фосфатнооксалитное ядро урты. 14. $3,5 \times 2$.
105	1882.	Женщина. 27 л. 6 м.	Хорошаго здоровья. Моча мутна, щелочна; большой осадокъ гноя, пузырярнаго эпителия, кристал. фосфат. Т-ра нормальна.	Пузырь налитъ.		Фосфатнооксалитное ядро урты. 10. 3×2 . Раньше вышло 1 камень.
106	Пятигорскъ. 1887.	20 л.	Питаніе хорошее. Моча кислая; легкая муть.	Пузырь налитъ. Разрѣзъ пузыря, руководясь клювомъ катетра.		19,5. $3,5 \times 1,7$.

<p>ной дре- пузыря. На ний уголъ ной раны ич. шовъ, й же там- ванъ (во дренажей) лиз. мар- овязка изъ ессовъ той арли, кар- губка и ка. Поло- на боку. иванія пу- черезъ 3 % раств. ол. кисл. а повязки готъ же внутри 4 ь сутки по рани fl. pzoos.</p>	<p>На 3 д. т-ра 39. Въ ранѣ сильная реакція: губы кожной раны покраснѣли; швы врѣзались; въ глубинѣ раны мѣстами появились грануляціи. Гноя въ ранѣ мало; мочевыхъ отложеній нигдѣ не замѣчается. Животъ вздутъ, но не болитъ. Повязка. На 8 д. швы настолько врѣзались, что ихъ пришлось снять; рана разошлась до верх. угла; видна брюшина, покрытая хорош. грануляціями; грануляціи по всей ранѣ; гноя много, хорошій. На 20 д. почти вся рана надъ брюшиной зарубцева-лась. На 28 д. удаленъ дренажъ; вставленъ катетръ à demeure. На 33 день удаленъ катетръ, такъ какъ сильно раздражаетъ; на 35 день вся моча идетъ черезъ уретру. Въ послѣ-операц. періодѣ т-ра по большей части была нормальна, первые только дни доходила (4 раза) до 10, затѣмъ недѣлю была около 39. Выздоровѣлъ вполне.</p>	<p>Вызд.</p>	<p>Врачъ. 1888.</p>
<p>ной дре- пузыря. брюшной нки не пита.</p>	<p>Безъ осложнений. Дренажъ удаленъ на 7 д.; моча идетъ нормально на 16 д. Выбыла съ правильнымъ мочеиспусканіемъ и нормальной мочей.</p>	<p>Вызд. на 35 день.</p>	<p>Богдановскій. Стр. 499.</p>
<p>ырь узло- шелковый ь. Рана ой стѣнки ита. Ка- à demeure лов. ком- ; повязка.</p>	<p>Первые дни т-ра до 40. Четыре дня повязка суха; на 5 д. катетръ выскочилъ, моча въ рану. На 8 д. т-ра пала до нормы. Заживле-ніе безъ осложнений; моча нормально на 20 д. Выбыла вполне здоровой съ нормальной мочей.</p>	<p>Вызд. на 33 д.</p>	
<p>ива и дре- а. Рана иная не На рану вые ком-</p>	<p>На 15 д. черезъ брюшную рану начали отходить куски омертвѣлой околопузырной кѣтчатки. Нагноенія не было; грануляціи хороши. Выздоровѣлъ вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 83 д.</p>	<p>Личное сообще- ніе.</p>

107	С.-Пб. 1888.	5 л. Нѣскольк. л.	Сильно анэми- ченъ и плохо упи- танъ. Сильныя боли при моче- испусканіи; не- держаніе. Моча слабо-кислая; по временамъ ней- тральная; значит. осадокъ изъ гноя, слизи, пузырнаго эпителия; кри- сталлы солей. Бѣлка нѣтъ. Ли- хорадить.		Довольно труд- ное извлеченіе камня.	Calculus prostat. vesical. Фосфат ядро у ты 50. Длины 4.
108	Тилингъ. С.-Пб. 1881.	7 л. 3 г.		Пузырь налить.		8,0
109	С.-Пб. 1881.	22 л. Съ 3 л.	Истонченъ; силь- ный катарръ пузыря. Моча щелочная, во- нющая. 5 недѣль предварительное леченіе испра- вило нѣсколько мочу.	Пузырь налить недостаточно, такъ какъ не удерживалъ жид- кости. Неудача съ кольпейрин- теромъ, изъ ко- торого вытекла большая часть воды. Плохой наркозъ.	Приподнятіе складки брю- шины пальцемъ.	Камен- ная 45,8 Раньше нѣсколь- ко разъ ходила камня
110	С.-Пб. 1884.	38 л. Съ дѣтства.	Сильно исто- щенъ. Мочится ежеминутно съ сильными бо- лями. Моча съ съ большимъ осадкомъ; ней- тральна.	Пузырь налить. Кольпейринтеръ.		Два ка- мня—7 Дли- 1-го— 2-го—
111	С.-Пб. 1884.	30 л. Съ дѣтства.	Силы хороши. Моча слабо- кислая, мутна.	Тоже.		Малень- кая 44,8

ы, часто
нялись.

жъ пузы-
на брюш-
тѣнки не
Повязка
асто смѣ-
й сулемо-
рли и ва-
оложеніе
животѣ.

Черезъ нѣсколько дней послѣ операціи т-ра 38,39. Никакихъ мѣстныхъ явленій въ ранѣ или по сосѣдству, могущихъ объяснить лихорадку (почки?) Промываніе пузыря ас. borico— безъ результата. Быстрое паденіе т-ры къ нормѣ послѣ теплыхъ ваннъ. Тоже самое повторилось еще разъ. Выздоровѣлъ вполнѣ; моча нормальна.

Вызд.
черезъ
45 д.

Письмо ордина-
тора д-ра Сал-
тыкова отъ 26/XII
1888.

пузырь 5
ковыхъ
. На рану
ой стѣнки
о дренажа.
катетра
еуге. Ли-
вская по-
вязка.

Безъ лихорадки. Заживленіе пузырьной ра-
ны рег gr̄mat. Повязка не промокала ни
разу.

Вызд.
черезъ
18 д.

St. Peters. med.
Wochens. 1885.

узырь 10
тыхъ шел-
къ швовъ.
ну брюш-
тѣнки швы
важа. Ка-
à de meugre.
еровская
вязка.

На 6 д. моча пошла въ повязку. Всѣ швы
брюшной раны разошлись; заживленіе путемъ
грануляцій. Образовался тонкій свищъ; онъ
закрылся вполнѣ черезъ 71 день.

Примѣчаніе. Черезъ 2 г. рубецъ надъ ло-
номъ растянулся настолько, что пузырь вы-
пячивается въ видѣ грыжи, величиною въ ма-
ленькое яблоко; не причиняетъ никакихъ раз-
стройствъ.

Вызд.
черезъ
71 д.

узырь 13
оватыхъ
ь; затѣмъ
что и въ
ыдущемъ
лучаѣ.

Безъ осложнений. На 7 д. швы разошлись;
повязка промокла. Въ послѣоперацион. періодѣ
одно время сильныя боли въ правой почечной
области; такія боли были и дома. Выписанъ
съ тонкимъ свищемъ.

Вызд.
черезъ
68 д.

ырь шовъ
на шел-
Въ осталь-
тоже, что
аньше.

Никакихъ осложнений. Дренажъ удаленъ на
7 д.; на 8 д. удаленъ катетръ. Пузырная рана
зажила рег gr̄mat. Черезъ 14 д. удалены
швы брюшной раны. Выздоровѣлъ вполнѣ.

Вызд.
черезъ
20 д.

112	1885.	49 л. 2 г.	Истощенъ. Боли и затрудненіе при мочеиспусканіи. Моча мутна, щелочна, амміачна; большой осадокъ, иногда кровь. Предварительн. лечение катарра пузыря промываніями и natr. salicyl. внутрь.	Тоже. (по <i>Fehleisen'y</i>).		15,5.
113	Евсѣенко. Черниговск. Ново-Зыб- ковская земск. больн.	17 л. Съ дѣт- ства.	Крѣпкій, здоро- вый. Моча мутна. Отъ употребле- нія magn. boro- citricae стала свѣтлѣе.	Пузырь налить теплымъ раство- ромъ magn. borocitricae.	Значительное кровотеченіе.	Фосфаты ядро ураты; айцевидн. 41,0. 5×4×3.
114	»	14 л. Съ дѣтства.	Истощенъ; моча мутна, щелочна.		Извлеченіе камня трудное, вслѣдствіе со- кращенія брюш- стѣнокъ.	Фосфаты ядро ураты. 19,0. 5×2,5×
115	»	6 л. 3 г.	Крѣпкого сло- женія. Моча мутна. Отъ mag. borocitricae скоро исправи- лась.			Ураты продол- ватый 3,0. 4×1,7 ×1.
116	»	15 л. Давно.	Крѣпкого сло- женія. Моча свѣтла; частые позывы на мочеиспусканіе.			Щавеле- круглы сплюсну 9,5 3×2,5 1,5.
117	»	38 л. Съ дѣтства.	Хорошого сло- женія. Моча мутная, гнойная, вонючая. Силь- ныя боли при мочеиспусканіи. Лихорадитъ.			
118	Проф. Бобровъ. Басманная больн. Москва. 1886.	40 л. 3, 4 г.	Истощенъ. Моча свѣтла, слабо- кислая; неболь- шой осадокъ слизи. Бѣлка нѣтъ. Иногда отекъ лица; по- стоянно отекъ	Пузырь налить немного; не растягивается. Кольпейрин- теръ.	Складка брю- шины видна; она на уровнѣ symphysis; ра- стянута потому, что въ полости брюшины много серозной жид-	Фосфаты ядро ураты 283,6. 9×7×5

ь же шовъ
кодъ. До и
ь операціи
ыванія 3⁰/₁₀
гв. борной
ислоты.

Безъ лихорадки. На 1,2 д. довольно значи-
тельное кровотеченіе черезъ катетръ. Такъ
какъ повязка сверху запачкалась, то смѣна
ея. Все хорошо; на 8 д. дренажъ и швы брюш-
ной стѣнки удалены. Черезъ 10 д. всталъ съ
постели. Моча послѣ операціи постепенно улуч-
шалась; черезъ 10 д. совершенно чиста. Вы-
писанъ съ хорошей мочей и правильнымъ мо-
чеиспусканіемъ.

Вызд.
черезъ
21 д.

St. Peters. med.
Wochens. 1886.

ажъ пузыря.
ану брюш-
тѣнки швы
енажа. На
марля въ
лая; затѣмъ
й слой ва-
оторая по-
нась нашта-
мъ; послѣ
снова тон-
лой ваты и
вый бинтъ.

Лихорадочное состояніе до 6 д. Выздоро-
вѣлъ вполне; послѣ операціи моча свѣтлая.

Вызд.
на
36 д.

Письмо д-ра
Евсѣенко отъ
1/ix 1888.

Легкое лихорадочное состояніе. Продолжи-
тельный катарръ пузыря. Вышелъ изъ боль-
ницы съ мутной мочей.

Вызд.
на
58 д.

Почти безъ лихорадки; безъ осложнений.

Вызд.
на
33 д.

Тоже.

Сильный катарръ мочевого пузыря. Сѣрый
налетъ на ранѣ. Лихорадка, поносъ. Смерть
отъ истощенія.

Вскрытія не было (старообрядецъ).

Умеръ
на
16 д.

Тоже.

Постепенно развивалось воспаленіе брю-
шины.

Вскрытіе (было), но неизвѣстно; вскры-
валъ другой врачъ.

Умеръ
на
4 д.

чный шовъ
ря кѣтку-
. На рану
иной стѣн-
ы до дре-
Около дре-
а полоска
орм. марли

Черезъ 5 д. дренажъ и швы брюшной стѣн-
ки удалены. Черезъ 2 м. все зажило. Огеки
исчезли.

Примѣчаніе. При кашлѣ можно замѣтить
незнач. выпячиваніе въ верхнемъ отдѣлѣ руб-
ца. Начинаетъ образовываться грыжа.

Вызд.
черезъ
60 д.

Письмо проф.
Боброва отъ
1/ix 1888.

			обѣихъ ногъ; значительный ascites.		кости. Не смотря на большой раз- рѣзъ пузыря, камень извлеченъ не легко.		
119	Сѣвск. земск. больница. 1887.	4 л. Больше 1 г.	Средняго сложе- нія. Моча слабо- щелочная; не- большой сли- зисто-гнойный осадокъ.	Пузырь налить 2% растворомъ борной кислоты.	Фосфат 10,0. Разло- мился при извлече- ніи.		
120	1887.	12 л. 5 л.	Сложенія и пита- вія хорошаго. Моча чиста, слабо-кислая.		Ураты, нейтр. щавеле- викъ. 28,0. 3,5×3. ×2.		
121	1887.	11 л. 3—4 г.	Средняго сложе- нія. Моча слабо- кислая; неболь- шой слизистый осадокъ.		Фосфаты ядро ша- велевикъ круглы Діам. 2		
122	1888.	47 л.	Общее состояніе хорошо. Частые позывы на мочу и невозможность удержать мочу. По ночамъ не- держаніе. Моча щелочная, воню- чая; огромное количество гноя. Кромѣ камня при входѣ въ пузырь прощу- пывается камень въ толщѣ про- межности подъ рубцомъ лито- томической раны.	Пузырь налить лишь немного (не удалось больше).	Трудное удале- ніе камней; дробленіе одного камня.	Три камня Вѣсъ 56,0. Фосфаты 1—2. 2—1×1 3—5× ×3.	
123	Герасимовичъ Кременчугск. больница. 1880.	5 л. 1 г.	Питанія удовле- творительнаго. Моча кислой ре- акція; осадокъ слизисто-гной- ный. Поносъ.	Пузырь не на- полненъ; безъ кольпейринтера.	Ураты 6,0.		

зыря. Ио-
и. повязка.

жъ пузы
на рану
ой стѣнки
дренажа.
очная по-
Положеніе
ивотѣ въ
2,4 дня

На 7 д. дренажъ и швы брюшной стѣнки удалены; на 13 д. рана закрылась вполнѣ.

Вызд.
черезъ
13 д.

На 7 д. удалены дренажъ и швы брюшной стѣнки; на 15 д. рана закрылась вполнѣ.

Вызд.
черезъ
15 д.

оже.

Безъ осложнений; на 20 д. рана закрылась вполнѣ.

Вызд.
на
20 д.

дренажъ
я черезъ
а промеж-
На рану
ой стѣнки
колько
ь. Иодо-
повязка.

Т-ра первые 5 д. 38—38,5, затѣмъ нормаль- на. Дренажъ удаленъ на 7 д. Рана надлобко- вая закрылась на 35 д.; выпиcался черезъ 75 д. съ небольшимъ свищевымъ отверстіемъ въ промежности, черезъ которое иногда пока- зывается моча; иногда по два дня ее совсѣмъ нѣтъ.

Вызд.
черезъ
75 д.

Примѣчаніе. По извлеченіи камня въ ниж- немъ отдѣлѣ полости пузыря находится отвер- стіе, черезъ которое палецъ упирается на ка-мень; извлечь его черезъ это отверстіе нель-зя, а потому рубецъ на промежности разрѣ-занъ и камень извлеченъ. По извлеченіи это- го камня, прощупанъ третій, выдающійся въ уретру. Онъ крѣпокъ и плотно укрѣпленъ въ пузырь. Послѣ многихъ усилій черезъ брюш- ную рану введенъ литоклясть, которымъ раз-дроблена верхушка камня. Только теперь уда-лось сдвинуть его съ мѣста и извлечь.

ъ пузыря.
у брюш-
нки шовъ
ажа. На
рболовые
рессы.

Первое мочеиспусканіе per urethram черезъ 4 д. Моча щелочная; большой осадокъ. Сна-чала безлихорадочное теченіе; съ 12 д. т-ра 6 д. повышена (pyelitis). Поносъ. Моча исклю-чительно черезъ уретру 11 д. Выписанъ впол-нѣ здоровымъ; моча чиста.

Вызд.
на
43 д.

Письмо д-ра
Герасимовича
отъ 14/IX 1888.

124	• 1880.	8 л. 5 л.	Питаніе спосно. Моча кислая; много слизи, гноя.			Урав. 40.
125	• Полтавская больница. 1883.	5 л. Около 1 г.	Питанія хоро- шаго. Моча свѣтлая, кислая.	Пузырь налить 2% растворомъ борной кислоты, Spray.		Ураты каши
126	• 1885.	24 л. Съ дѣтства.	Питаніе подо- рвано. Безсон- ныя ночи отъ сильныхъ болей въ пузырь. Моча кислая съ осадкомъ.			Урав. 124). 6×5) 4,
127	• 1887.	3 л. 1½ г.	Питаніе удовле- творительно. Моча свѣтлая, кислая. Поносъ.			Урав. 1,8×5) 1,
128	• 1888.	23 л. 2 г.	Истощенъ. Моча слабо-щелочная; осадокъ изъ гноя, кровяныхъ красныхъ тѣ- лецъ и эпителія пузыря.			Ураты насли- кою фатъ. 64. 5,5× 3,
129	Головачевъ. Москва.	Отъ 2-хъ до 12 л.	Во всѣхъ слу- чаяхъ общее состояніе хо- рошо. Моча хорошая.	Пузырь во всѣхъ случаяхъ нали- вался раствор. тимолъ 1:1000 до появленія ясной припухлости надъ лобкомъ. Катетръ оста- вался въ пузырь.	Въ одномъ слу- чаѣ пузырь соскочилъ съ пинцета, такъ что сдѣланный разрѣзъ пузыря не найденъ. Сдѣланъ новый. Въ одномъ слу-	Кам. небольші во всѣхъ случаяхъ
130						
131						
132						
133						

Тоже.	Первое мочеиспускание per urethram через 6 д. Моча съ значит. осадкомъ уратовъ Т-ра до 8 д. по вечерамъ повышена. Бронхитъ. Моча исключительно черезъ урегтру пошла 15 д., но черезъ мѣсяцъ снова показалась надъ лобкомъ. Окончательно выздоровѣлъ на 52 д.	Вызд. черезъ 52 д.	
пузырь шовъ Максимова катгута. На ту брюшной вѣнки шелко-й шовъ до енажа. Ка-ръ à demeure. Кистеровская повязка.	Первые сутки прошли хорошо. На 2 д. при перевязкѣ рана вполне асептична. Въ 5 д. бурныя явленія воспаления брюшины; къ вечеру смерть. Вскрытіе. Поврежденія брюшины не оказалось. Общій peritonitis. Рана пузыря хорошо склеилась.	Умеръ на 2 д.	
ъ же шовъ. Катетру à demeure сифонное неспособность Dittel. Пузырь мытъ бор-мъ раство-въ. Иодоформ-оболовая по-вязка.	На 6 д. послѣ операціи моча показала-сь черезъ рану. Рана брюшной стѣнки закрылась къ 28 д. Т-ра въ первые дни послѣ операціи давала небольшія вечернія повышенія. Моча довольно долго была щелочная и содержала довольно обильный слизисто-гнойный осадокъ. Промываніе пузыря ас. borico. Выздоровѣлъ вполне.	Вызд. черезъ 98 д.	
ъ же шовъ. Катетръ à demeure не встав-ся. Также по-вязка.	Моча показала-сь въ ранѣ на другой день послѣ операціи (мочился также и черезъ уре-тру) и продолжала просачиваться до 12 д. Т-ра все время нормальна. Упорный поносъ. Выздоровѣлъ вполне.	Вызд. черезъ 20 д.	
ъ же шовъ, шелкомъ. На ту брюшной вѣнки шовъ до енажа. Ка-ръ à demeure сифоннымъ неспособле-нъ по Dittel же повязка.	Моча показала-сь въ рану на 2 д. Въ даль-нѣйшемъ теченіи сильный гнойный катарръ пузыря. Промыванія 2 раза въ день. Проса-чиваніе мочи черезъ рану прекратилось лишь черезъ 2 мѣсяца. Небольшія лихорадоч. дви-женія только въ первые дни послѣ операціи. Выписанъ совершенно здоровымъ.	Вызд. черезъ 82 д.	
нажъ только еднупузырного роства. рану брюш- стѣнки швы о дренажа. Катетръ à de- eure. Анти- тическая по-	Т-ра ни разу выше 38,5 и только на одинъ день. Выздоровленіе на 9—18 д. безъ всякихъ осложненій. Въ одномъ случаѣ на 2 д. послѣ операціи выскочилъ катетръ, повязка промок-ла; заживленіе безъ осложненій на 26 д. Въ томъ случаѣ, гдѣ во время операціи выпирались внутренности и пришлось удерживать, вправлять брюшину, развилось вос-	Вызд. Вызд. Вызд. Вызд. Вызд.	Медиц. Обозр. 1884.

134	»			Пузырь удержи- вался пинцетомъ съ замкомъ. Fasc. transversa или разрывалась 2 пинцетами или вскрывалась на клювъ катетра.	чаѣ при плохомъ наркозѣ въ рану при операціи выпачиваются внутренности и приходилось нѣ- сколько разъ вправлять выпя- рающуюся складку брю- шины.	
135	Проф. Скли- фосовскій. Москва. 1884.	19 л. 15 л.	Плохо развитъ. Боли въ пузырь невыносимы; по- ночамъ недержан- іе мочи. Моча щелочна, много кристал. фосфор. кислой амміакъ магн. Боли въ области почекъ.	Пузырь налить 300 к. с. дестил- лир. воды. Раз- рѣзъ стѣнки жи- вота на 10 с.	Складка брюши- ны въ верхнемъ углу раны; удер- жана пальцемъ.	Фосфоръ въ цѣп- щавен- викъ, необор- отный. 4,5
136	» 1884.	22 л. 17 л.	Хорошо развитъ. Моча слабоки- слая, иногда кровь и бѣлокъ. Боли въ правой пояснич. области.	Пузырь налить 250 к. с. дестил- лир. воды. Раз- рѣзъ стѣнки жи- вота на 12 с.	Сильное выпячи- ваніе брюшины, вслѣдствіе чрез- мѣрнаго сокра- щенія брюши. пресса. Прошло при полномъ нар- козѣ.	Ура- нъ, 8,1. 3 Окру- 8,5
137	» 1885.	20 л. 16 л.	Стриктура пере- пончатой части уретры.	Пузырь налить 150 к. с. дестил- лир. воды.		Щавел- викъ, моче- натр. кругла- сплюс- нуты. 3×
138	» 1886.	28 л. 8—10 л.		Пузырь налить 200 к. с. раств. борной кислоты		Щавел- викъ, 119. 8×3

а высоко на паленіе брюшины, отъ котораго смерть на
отъ и бедра 2 д. Умеръ
на
2 д.

пузырь шовъ На 10 д. катетръ выпалъ, повязка стала
кэтгута въ издавать запахъ разлагающейся мочи, нѣ-
ряда; два по- сколько капель мочи въ ранѣ. Снова катетръ
вдвинутъ по на 3 д. Вскорѣ полное выздоровленіе.
берту. На
у брюшной
ки этажный
шовъ
ренажъ. Ка-
тъ à demeure
тисеп. по-
вязка.

Вызд. Лѣтопись Хир.
Об-ва въ Москвѣ
1885. Труды 2
Съезда Русск.
Врачей.

пузырь 2 ря- Вечеромъ послѣ операціи т-ра 40, на дру-
жорняжнаго гой день повышена до 38,3. На 6 д. моча по-
изъ кэтгу- казалась въ ранѣ; катетръ засорился отъ раз-
2. На рану вившагося катарра пузыря. На 7 д. мочи въ
иной стѣнки ранѣ болѣе не появлялось. Выздоровѣлъ
иный шовъ вполнѣ.
иный скор-
ный) шел-
ъ. Катетръ
теуге. Ан-
пт. повязка.

Вызд.
черезъ
33 д.

пузырь шовъ Катетръ держался въ пузырь 11 д., повязка
Тилину кэт- суха. По извлеченіи его показалась моча. Сно-
томъ Въ ва вставленъ на 3 д. Выздоровѣлъ безъ вся-
льномъ, какъ кихъ осложнений.
предыдущ.
случаѣ.

Вызд.

пузырь 3 На 10 д. катетръ удаленъ, въ ранѣ моча.
да швовъ: Снова катетръ на нѣсколько дней. Выздоро-
глубокихъ вѣлъ вполнѣ.
кэтгута, тре- Примѣчаніе. Черезъ 7 м. показался въ кли-
поверхно- нику: надъ лобкомъ иногда показывается кап-
ый, узлов- ля кровянистой жидкости, сукровицы; вѣроят-
изъ шелка. но это зависитъ отъ присутствія нити въ глу-
остальномъ бинѣ подъ рубцомъ (Склифосовскій).
же самое.

Вызд.

139	» 1888.	48 л. 4 г.	Боли при мочеиспускании. Моча слабокислой реакции, содержит гной, иногда кровь. Stricture p. membran. urethrae.	Пузырь был вскрытъ безъ предварит. налива- ния его.	Произведены ложные ходы въ мѣстѣ стриктуры, вслѣдствіе чего попытка сдѣлать срединное сѣченіе не удалась; тотчасъ же сдѣлана sectio alta.	Четыре камня. Всѣхъ 56,0 6×4 3×1, 2×1 1,75 0,75
140	» 1888.	66 л. 25 л.	Анемиченъ. Въсто мочи—кровянистая жидкость съ сильнымъ амміачнымъ запахомъ. Позывы на мочеиспуск. ежеминутны.	Безъ предварительнаго налива- ния пузыря.	Papilloma. Удалено опухоли 95,0 грам.	Ураты примѣшавались щавелевой и вест. продол- вать. 1,5×.
141	Пенкинъ. Козельскъ.	3 л. 2 г.		Пузырь нали- вался 0,1% раств. сулемы. Разрѣзъ стѣнки живота на 4,6 с. Пузырь разрѣзывался между 2 лигатурами. Рана пу- зыря расширя- лась внизъ пу- говчатымъ но- жемъ.		Ураты. 6,0 2,7×1 0,9
142	»	6 л. 3 г.				Оксалаты. 2,0 1,7×1 0,6
143	»	6 л. 5 л.	Значительный катарръ пузыря.		Камень оказался расколотымъ; при извлеченіи раздробился еще болѣе.	Фосфаты. 1,0
144	»	2 1/2 л. 2 г.				Ураты. 5,0 2×1,6 0,5
145	»	14 л. 13 л.				Ураты. 22,0 3,6×2 1,4
146	»	6 л. 5 л.				Ураты. 2,5 2,4×1, 0,4.

<p>енажъ пузы- я. На рану ошной стѣнки въ до дрена- Антисептич. повязка.</p>	<p>Полное выздоровленіе черезъ мѣсяцъ безъ осложненій.</p>	<p>Вызд. черезъ 30 д.</p>	<p>Письмо проф. Склифосовскаго отъ 4/x 1888.</p>
<p>енажъ пузы- я. На рану ошной стѣнки въ до дрена- а. Антисеп. повязка.</p>	<p>Полное выздоровленіе; моча чистая (сооб- щено больнымъ черезъ 2 мѣс. послѣ опе- раціи). Примѣчаніе. Катетромъ опредѣлялся иногда камень, иногда нѣтъ. Опредѣлялась всегда опухоль пузыря, стѣнки котораго были очень утолщены. Болѣе 25 л. (по временамъ) кровь въ мочѣ; въ послѣднее же время потери кро- ви стали обильны и изнурительны.</p>	<p>Вызд.</p>	
<p>адренажа: пу- я и предпу- арнаго про- странства. овъ на рану ошной стѣн- въ 2-хъ случ. тотъ шовъ сложный. На у сулемовые прессы, смѣ- вшіеся каж- е 1/2 ч. Про- ванія пузыря аза въ день; оженіе на жи- тъ или боку.</p>	<p>Т-ра въ день операціи 39, затѣмъ нормаль- на. На 8 д. моча пошла исключительно черезъ уретру. Безъ лихорадки. На 8 д. моча пошла нор- мально. Въ день операціи т-ра 39, затѣмъ ниже нор- мы. Тошнота, рвота. Вскрытія не было.</p>	<p>Вызд. черезъ 23 д. Вызд. черезъ 27 д. Умеръ черезъ 3 д.</p>	<p>Медиц. Обозр. 1887.</p>
	<p>Безъ лихорадки и. На 9 д. моча пошла нор- мально.</p>	<p>Вызд. черезъ 27 д.</p>	
	<p>Безъ лихорадки. На 11 д. моча пошла нор- мально.</p>	<p>Вызд. черезъ 21 д.</p>	
	<p>Безъ лихорадки. На 8 д. моча пошла нор- мально.</p>	<p>Вызд. черезъ 17 д.</p>	

147	Чеботаревъ. Орловская земск. больн. 1887.	6 л. 2 г.	Средняго пита- нія. Моча щелоч- ная.	Пузырь налить 3% раств. бор- ной кислоты. Кольпейрин- теръ.	Фосфа- 12,0
148	» 1887.	3 л.	Истощенъ. Моча щелочная.	Камень въ ди- вертикулъ; из- влеченъ легко.	Фосфа- 1,3
149	» 1887.	18 л. 6 л.	Плохаго пита- нія. Моча щелочная, примѣсь гноя; ли- хорадитъ. Сильныя боли при мочеиспусканіи. Prolapsus recti.	Камень раздроб- ленъ.	Фосфа- 59,
150	» 1888.	7 л. Около 1.	Слабъ. Моча щелочная. Силь- ныя боли при мочеиспусканіи. Prolapsus recti.		Фосфа- 9,9
151	» 1888.	6 л.	Хорошо упи- танъ. Моча сла- бовислая. До операциі vari- cella.		Щавел- викъ 11,6
152	» 1888.	19 л. 8 л.	Сильно исто- щенъ. Моча ще- лочная, масса гноя и бѣлка. Pyelitis sinis. Сильныя боли	Камень раздроб- ленъ.	Сложна- фосфа- щавеле- мочек- соли 74,6

пузырь шовъ Максимову тутомъ. На у брюшной шки шелко- й шовъ до ажа. Катетръ шениге. Иодо- м. повязка.	Съ 4 д. моча стала просачиваться черезъ рану; на 5 д. вынуть катетръ. На 8 д. сняты кожные швы; prima до дренажа. На 14 д. вынуть дренажъ и черезъ 26 д. полное заживленіе раны. Т-ра все время нормальная.	Вызд. на 27 д.	Письмо д-ра Чеботарева отъ 15/x 1888.
гичный шовъ ыря кѣтгу- ъ. На рану ишной стѣн- шовъ шелко- до дренажа. же повязка.	На 6 д. моча просачивается черезъ рану; вынуть дренажъ. На 7 д. т-ра поднялась и колебалась между 39 и 40. Въ теченіе 3-хъ д. моча шла черезъ рану, образовался затекъ. Вставленъ черезъ уретру дренажъ; т-ра пала на 15 д., моча отчасти нормально; дренажъ вынуть. Взятъ родителями не окончивъ леченія; моча идетъ большею частию черезъ уретру. Дальнѣйшая судьба неизвѣстна.	Выпи- санъ на 30 д. не окон- чивъ лече- нія.	
рхний край ыря сшить верхнимъ емъ кожной ны однимъ елковымъ мъ. На рану иной стѣнки шва, кромѣ жняго угла ы. На рану прессы изъ раств. кар- овой кисло- . Положеніе а животъ.	Въ день операциі утромъ 38,2, затѣмъ безъ лихорадки. На 14 д. рана зажила вполне. Мочеиспусканіе правильно.	Вызд. на 18 д.	
гичный шовъ аря. На рану иной стѣнки до дренажа. доформ. по- вязка	Т-ра все время нормальна. На 7 д. вынуть дренажъ и моча съ этого дня пошла нормально. Вполнѣ выздоровѣлъ.	Вызд. на 30 д.	
оже самое.	Съ 4 д. моча пошла черезъ уретру. На 6 д. вынуть дренажъ. Т-ра все время нормальна. Выписанъ совершенно здоровымъ.	Вызд черезъ 28 д.	
нажъ пузыря. рану ком- ссы изъ 20% ств. карболо- ой кислоты. едневно про-	Т-ра колебалась между 38 — 39. На 14 д. смерть. Вскрытія не было.	Умеръ черезъ 14 д.	

			при мочеиспуск. Prolapsus recti.			
153	Догадкинъ Самарская г. земск. больн. 1884.	5 л. 2 г.	Общее состояніе хорошо. Моча чистая, кислой реакціи.	Пузырь нали- вался 2%о раств- борной кислоты.		Ура- 22, 3,7×3, 2,5
154	» 1884.	8 л. 1 г.	Плохого тѣло- сложенія. Нурос- radia. Моча до- вольно чиста, кислая.			Двака урофа ты 62 3,5×5 3,6 1,7
155	» 1884.	42 л. Съ дѣтства.	Истощенъ. Моча щелочная; слизи- стый осадокъ.			Оксаль- 26,1 3,5× 2,2
156	» 1887.	Дѣвочка. 6 л. 3 г.	Общее состояніе удовлетвори- тельно. Моча чи- стая, кислой ре- акціи.	Безъ наливанія пузыря и безъ кольпейринтера. Въ пузырь ити- нерарій, по ко- торому пузырь разрѣзывался между 2 острыми крючками.	Камень извле- ченъ съ трудомъ. Извлеченію по- могло поднятіе камня perrectum (такъ во всѣхъ случ. у дѣво- чекъ).	Оксаль- 9,9 3,0×2 1,6
157	» 1887.	Дѣвочка. 5 л. Съ дѣтства.	Общее состояніе удовлетвор. Моча мутна.			Уро-он- лять. 5 2×1,51
158	» 1888.	Дѣвочка 9 л. 1 г.	Значительно истощена. Моча съ слизистымъ осадкомъ.			Ура- 12,8 3,5×2 2,3
159	» 1888.	Дѣвочка 3 л. 2 г.	Общее состояніе удовлетвори- тельно. Моча нормальная.			Ура- 4,0 Діаме- 1,7

анія пузыря
раств. ас.
borici.

нажъ пузыря.
рану брюш-
стѣнки швы
дренажа. Ио-
орм. повязка;
нялась нѣ-
ко разъ въ
день.

ь же уходъ.
евязка изъ
гросконич.
ы съ карбо-
й кислотой.

ь же уходъ
повязка.

нажъ пузыря.
рану брюш-
стѣнки—ни-
Иодоформ-
я повязка.

нажъ пузыря.
рану брюш-
стѣнки швы.
дренажа. Ио-
ормная по-
вязка.

ь же уходъ

ь же уходъ

Первые дни боль въ животѣ. Моча идетъ въ дренажъ. Швы удалены на 3 д. Края раны разошлись и заживленіе черезъ нагноеніе. Дренажъ удаленъ на 8 д. Съ 13 д. моча пошла черезъ уретру. Т-ра колебалась между 37—39,5. Поносъ въ теченіи 7 д. Выписанъ по желанію матери съ не вполне зажившей ранкой.

Въ день операціи боль въ животѣ. Моча черезъ дренажъ. На 2 д. животъ вздутъ, пульсъ слабый. На 3, 4, 5 д. рвота и смерть.

Вскрытія не было.

Т-ра вечеромъ 37,9, утромъ 38,9. Послѣ операціи боль въ животѣ. Ночью рвота. На другой день боли в.сильны; рвота постоянна. Смерть.

Вскрытія не было.

Въ день операціи 37,4. На 2 д. кашель, моча черезъ дренажъ. Т-ра утромъ и вечеромъ 38,3—39 до 5 д.; кашель меньше. На 5 д. удаленъ дренажъ; на 6 д. моча пошла черезъ уретру. Въ ранѣ хорошее нагноеніе. Черезъ 14 д. рана зарубцевалась. Моча и мочеиспусканіе нормальны.

Въ день операціи т-ра 37,8. На 2 д. два раза рвота. На 4 д. удаленъ дренажъ; т-ра нормальна. На 8 д. сняты швы. На 12 д. моча нормальна. На 21 д. полное заживленіе; моча чиста; иногда боли при мочеиспусканіи.

Т-ра до 4 д. между 37,7—38. Первое время боли въ ранѣ, разъ рвота. На 4 д. въ ранѣ мочевой налетъ. На 6 д. моча идетъ нормально. Небольшой пролежень на крестцѣ. Черезъ 9 д. удаленъ дренажъ. Моча идетъ нормально; она чище. Выписалась, когда еще было нагноеніе въ ранѣ.

Недѣлю т-ра по вечерамъ 38,5. На 8 д. т-ра 39,4; знобъ. Удаленъ дренажъ. На 9 д. утромъ 37,1; вечеромъ 39,5. Рана покрылась налетомъ. Dysenteria catarr. Черезъ 15 д. rheumatis. acuta праваго плеча. Моча частью нормально. Выписана на 22 д., когда рана еще не вполне зарубцевалась.

Выпи-
санъ
черезъ
26 д.
не
окон-
чивъ
лечен.

Умеръ
черезъ
5 д.

Умеръ
на 2 д.

Вызд.
черезъ
15 д.

Вызд.
черезъ
21 д.

Выпи-
сана
черезъ
12 д.
не
окон-
чивъ
лечен.

Выпи-
сана
черезъ
21 д.
не
окон-
чивъ
лечен.

Письмо д-ра
Догадкина
отъ 20/ix 1888.

Съ 160 по 168	Вашенко. С. Глушково. Курская губ.	Отъ 1 ¹ / ₂ г. до 22 л.	Пузырь нали- вался теплымъ раствор. салицил кислоты. Удер- живался на 2 лигатурахъ. Всегда подготов- лечение до опе- раціи ваннами и промываніями пузыря салиц. кислотой. Опе- рація подъ хло- роформомъ совмѣстно съ кокаиномъ.	1) Раненіе брю- шины. 2) Три раза замѣчалось выпаденіе склад- ки брюшины. 3) Во время одной операціи появилась ас- фиксія; перво- начальный раз- рѣзъ пузыря не найдеть, сдѣланъ новый. 4) Однажды пу- зырь такъ то- нокъ и вялъ, что проткнутъ пипеттеріемъ.	Кам- одина отъ 60 до 30.
168	Проф. Подрезъ. Пятигорскъ. 1886.	4 л. 2 г.	Хорошо упи- танъ. Сильно страдаетъ гема- туріей.		Ура- 3×3.
169	» Пятигорскъ. 1886.	4 л. 1 ¹ / ₂ г.	Средняго пита- нія. Признаки бугорчатки; глухо-нѣмой.	Операція не- много затруд- нена, вслѣдствіе низкаго положе- нія брюшины.	Два ка- въ во- ски орѣ- почке- разн. 2×1.
Съ 170 по 178	» Харьковъ.	Нѣтъ свѣдѣній.	Нѣтъ свѣдѣній.		Нѣ- свѣдѣ-
178	Орловскій. Болън. Млад. Иисуса. Варшава. 1883.	70 л. 6 л.	Истощенъ сильно. Моча мутная, вонючая; большой гной- ный осадокъ. До высокаго камнестѣченія— литотрипсія; безъ успѣха; камень очень твердъ.	Пузырь нали- вался; кольпей- ринтеръ. Пузырь удержи- вался лигатурой.	Преи- щест- но мо- аммо- съ пе- мѣс- ксан- фосфо- кисл- угле- изве- Диаме-

нажъ пузыря.
рану брюш-
ствки шовъ
дренажа.
нтисептич.
иготовленіе
ь операци
ьнаго и пу-
я. Повязка:
ъ 3, 4 плас-
50% іодо-
м. марли—
мовая марля.
рху сулемо-
салицило-
вата, а за-
тъ подушка
древесной
мовой ваты.
ложеніе на
животъ.
нажъ пузыря.
тетръ à de-
eure.. Іодо-
мъ. Промы-
іе раствор.
огісі. Анти-
т. повязка.

Теченіе безъ лихорадки. Моча шла нормаль-
нымъ путемъ, въ среднемъ, на 13,1 д. Въ
одномъ случаѣ сильнаго цистита — на 23 д.
Брюшная рана заживала *per primam*; вполне
зарубцевалась на 15 — 21 д., а при фосфа-
тахъ — между 37 и 60 д.

Примѣчаніе. Если сулемовые препараты вы-
зывали экзему, то употреблялся: или іодо-
формъ, или нафталинъ.

Вызд.
всѣ.

Труды 2 Съезда
Русск. Врачей.

пузырь швы.
рану брюш-
ствки швы;
ъ дренажа.
тетръ à de-
ге. Также по-
вязка.

Незначительное повышеніе т-ры. Неболь-
шое нагноеніе въ ранѣ; заживленіе путемъ
грануляцій. Катетръ удаленъ на 6 д., дренажъ
на 12 д. Вполнѣ поправился.

Вызд.
черезъ
34 д.

Хирург. Вѣстн.
1886.

узырь шовъ
реза. На ра-
брюшной
вки шовъ.
тетръ à de-
ге. Антисеп-
ч. повязка.
иной дренажъ
ря. На ра-
брюшной
чки швы до
нажа. Стро-
антисептич.
повязка.

Безъ повышенія температуры; безъ нагное-
нія. Швы удалены между 4—9 д. *Prima pu-*
зырной раны.

Вызд.
черезъ
12 д.

Подробности неизвѣстны. Въ 7 случ. шовъ
пузыря примѣненъ съ успѣхомъ; въ послед-
немъ неуспѣхъ отъ технической ошибки при
операциі.

Вызд.
всѣ.

Лебнеръ.
Стр. 477.

Перевязка почти ежедневно. Швы сняты на
7 д. Значительная часть раны зажила *per*
primam; дренажи извлечены на 11 д.; катетръ
à *demeure*. Моча чистая. На 14 д. воспаленіе
легкихъ, отъ котораго смерть на 22 д. послѣ
операциі.

Умеръ
на 22

Gazeta lekarska.
1885. Реф. Хи-
рург. Вѣстн.
1885. Deut. Zeit-
schr. f. Chirur-
gie. 1885. Пись-
мо д-ра Орлов-
скаго отъ 22/ix.
1888.

179	, 1884.	64 л. 2 г.	Истощенъ страшно; едва двигается. Моча мутна, съ гро- маднымъ коли- чествомъ гноя; вонючая. До section altae была сдѣлана лито- трипсія; безъ успѣха.	Почти вся пе- редняя поверх- ность пузыря оказалась по- крытой брюши- ной; свободная часть едва—1 с. Камень раздроб- ленъ.	Два ка- Мочеис- аммо- съ щел- кислоты весто-
180	, 1885.	24 л.			Кам- съ ку- яй.
181	, 1887.	60 л.	Тѣлосложеніе хорошаго. Боли при мочеиспуска- ніи. Моча мутна, съ гноемъ, отвратительный аммиачный за- пахъ. Суженіе уретры.	Вторичная sectio alta; тотъ-же больной, что и № 2 таблицы III	Фосф- мягк- Діа- около
182	, 1887.	22 л. 2 г.	Питаніе хорошо. Моча мутна, ам- миачный запахъ. За 5 д. до sect. altae неудачное камнедробленіе; камень очень великъ.	Извлеченіе камня весьма трудно; нельзя было захватить камень въ щип- цы. Послѣ мно- гихъ усилій ка- мень извлеченъ по частямъ. Онъ выполнялъ со- бою всю полость пузыря и плотно охватывался его стѣнками.	Фосф- 109. Кам- діам.
183	, 1887.	60 л. 3 г.	Тѣлосложеніе хорошаго. Моча мутновата, кислой реакціи. Большая про- стата. За нѣ- сколько дней до sect. altae сдѣ- лана литотрип- сія; безъ успѣха	Значительное кровотеченіе изъ стѣнокъ моче- вого пузыря; прекратилось скоро.	Д- кам- мени въ 10 2 сд- оско- второ- больш- вѣсь 7.

пузырь шел-
ый шовъ Ge-
e. На рану
шной стѣнки
ковый шовъ.
тетръ à de-
ge. Антисепт.
повязка.

На 5 д. послѣ операціи черезъ рану брюш-
ной стѣнки начала просачиваться моча, вслѣд-
ствіе чего смѣна повязки; съ тѣхъ поръ мѣ-
нялась почти ежедневно. На 6 д. сняты на-
ружные швы; заживленіе рег ргітам на боль-
шомъ пространствѣ. По случаю большихъ бо-
лей на 10 д. удаленъ катетръ; вводился че-
резъ каждые 3 часа. Выздоровленіе в. мед-
ленное; рана зажила на 56 д. съ небольшимъ
свищемъ. Вскорѣ послѣ операціи моча значи-
тельно исправилась.

Вызд.
черезъ
56 д.

е указано.

Свѣдѣній нѣтъ.

Вызд.
на 54
день.

иной дренажъ
ря. На рану
шной стѣнки
ковые швы
дренажа.
нтисеп. по-
вязка.

Дренажъ извлеченъ на 10 д. Катетръ à de-
meure. Швы сняты на 6 д. Значит. часть ра-
ны зажила рег ргітам. Послѣопераціон. пе-
ріодъ безъ осложненій; иногда встрѣчалось
только затрудненіе при введеніи катетра,
вслѣдствіе стриктуры. Послѣ операціи моча
значительно чище.

Вызд.
черезъ
48 д.

Больной этотъ
въ настоящее
время (22/ix
1888) снова
поступилъ въ
больницу съ
камнемъ въ пу-
зырь. Орловскій.

ъ же уходѣ.

Швы брюшной раны сняты на 6 д.; края
раны разошлись на всемъ протяженіи. Дре-
нажи удалены на 8 д. Катетръ à demeure.
Послѣоперац. періодъ весьма неблагопріятный;
заживленіе раны в. медленное. Черезъ рану
нѣсколько разъ отдѣлялись д. значительные
куски омертвѣлой слизистой оболочки пузыря.
Моча очистилась не скоро. Выписанъ вполне
здоровымъ.

Вызд.
на
88 д.

Примѣчаніе. На распильтъ камня въ его цен-
трѣ оказалась ямка величиною въ горошину,
выстланная чѣмъ-то въ родѣ шелухи. Оказа-
лось, что около 2-хъ л. тому назадъ больному
была введена въ уретру большая горошина,
которая проскользнула въ пузырь.

ъ же уходѣ.

Швы брюшной стѣнки сняты на 6 д.; рана
зажила рег ргітам. Дренажъ удаленъ на 9 д.
Катетръ à demeure. Первые дни послѣ опе-
раціи въ мочѣ примѣсь крови, затѣмъ много
чище. Рана зажила вполне на 58 д. Вскорѣ
однако образовался свищевой ходъ, который
то заживалъ, то снова открывался.

Вызд.
черезъ
58 д.

184	» 1887.	22 л. 2 г.	Средняго тѣлосложенія; весьма истощенъ. Моча мутна; примѣсь гноя, амміачный запахъ.	Весьма трудное извлеченіе камня по частямъ.	Фосфоръ 70, Діам. около 6
185	» 1888.	83 л. 3 г.	Тѣлосложеніе хорошее. Общее состояніе, не смотря на сильныя страданія, удовлетвори-тельно. Моча мутная, кислая.		Уро-с-фатъ твердый Діам. 4
186	» 1888.	56 л. 7 л.	Тѣлосложеніе хорошее. Моча мутная, кислая. Большая простата. 5 л. тому назадъ сдѣлано <i>Guion</i> о́мъ камнедробленіе.	Въ пузырь выдавалась простата на 4 сант.	Оксальтъ и ураты Діам. 1
187	» 1888.	69 л. Нѣсколь-ко мѣс.	Слабъ. Моча мутная, кислая. За двѣ недѣли до sect. altae неудачная литотрипсія.	Камень въ дивертикулѣ на передней поверхности пузыря, справа.	Ураты почечныя образныя 3,5×2,2
188	» 1888.	76 л. 8—9 л.	Весьма слабъ. Моча мутна; огромное количество гноя; отвратительный амміачн. запахъ.	Пузырь оказался весьма большимъ, не доходилъ до пупка всего 5 сант., хотя было влито всего 120 к. с. жидкости. Стѣнки его на столько толсты (1½ с.), что черезъ нихъ едва прощупывался конецъ катетра. Почти весь былъ выполненъ камнями. Извлеченіе ихъ было весьма трудное.	32 камня Самыя большыя 6×4×3, 3×3, 3×3, Все болѣе и болѣе, ней діам., 1,5. Фосфоръ ихъ 3-й Вѣсѣ 144

ть же ухоть.	Швы брюшной стѣнки сняты на 6 д. Края раны разошлись. Дренажъ удаленъ на 11 д. Катетръ à demeure; удаленъ скоро (не переносится). На 10 д. воспаленіе легкихъ; упадокъ силъ. Вслѣдствіе этого заживленіе раны замедлилось; зарубцевалась рана вполнѣ на 60 д. Моча послѣ операціи поправилась не скоро.	Вызд. черезъ 68 д.
ть же ухоть.	На 6 д. сняты швы брюшной стѣнки. Значительная часть раны зажила per primam. Дренажъ удаленъ на 10 д. Катетръ à demeure, который черезъ нѣсколько часовъ больной удалилъ. Послѣоперац. теченіе не особенно благопріятно: больной ослабѣлъ, раздражителенъ, не позволяетъ введеніе катетра. Послѣ операціи моча вскорѣ очистилась. На 60 д. рана почти зажила; остался незначительный свищъ.	Вызд. черезъ 60 д.
ть же ухоть.	На 7 д. удалены швы брюшной стѣнки. Рана зажила per primam. Дренажъ удаленъ на 9 д. Катетръ à demeure. Послѣоперац. періодъ относительно хорошъ. Моча вполнѣ очистилась. Примѣчаніе. Черезъ 4 м. образовался тонкій свищъ, черезъ который иногда моча выдѣляется в. обильно.	Вызд. на 28 д.
ть же ухоть.	На 6 д. сняты швы брюшной стѣнки. Заживленіе per primam; удаленъ дренажъ и вставленъ катетръ à demeure. Моча вскорѣ послѣ операціи — нормальна. Заживленіе безъ осложнений.	Вызд. черезъ 27 д.
ть же ухоть.	На 4 д. снята часть швовъ брюшной стѣнки; въ верхней части—prima. Дренажъ оставленъ на все время леченія. Вскорѣ моча очистилась. Съ 3 д. значит. повышеніе т-ры; мало по малу упадокъ силъ и припадки уремін. Смерть на 10 д. Вскрытіе не было дозволено. Примѣчаніе. Лѣвая часть полости пузыря въ $\frac{2}{3}$ найдена, какъ бы послойно, вымощенной различной величины прилегающими другъ къ другу камнями. Отъ нихъ оставалась свободной $\frac{1}{4}$ часть полости пузыря. Извлеченіе камней было весьма затруднительно, такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ помѣщались въ глубокихъ складкахъ слизистой оболочки. Химич. анализъ показалъ, что камни состояли главнымъ образомъ изъ мочевой кислоты, слѣды мочевок. натра и ксантина. Форма камней в. различна; поверхность ихъ гладка, какъ бы отшлифована.	Умеръ на 10 д.

189	Потоцкий. СПб. Обухов- ская больн. 1882.	22 л. 18 л.	Истощенъ, блѣ- денъ. Моча выдѣляется по- стоянно по кап- лямъ; неболь- шой слизисто- гнойный оса- докъ; она ще- лочна; бѣлка нѣтъ. Лихора- дить до 39.	Пузырь и коль- пейринтеръ на- литы карбол. растворомъ.	Трудное извле- ченіе камня. Камень плотно укрѣпленъ однимъ концомъ въ уретрѣ При извлеченіи значит. часть коры раздроби- лась.	Calculus prosta- vesicae. 7×5
190	" 1885.	51 г.	Плохо упитанъ. За 1½ года до операции были кровотеченія изъ пузыря. Задер- жаніе мочи. Мочевой пузырь растянутъ; вы- пущена моча, какъ деготь (около 10 ф.) Хронич. катарръ пузыря и атонія его. Моча ще- лочна; примѣсь крови, гной. 2 недѣлн. леченіе до операции зна- чительно испра- вило мочу. Лихорадить до 38,5.	Пузырь и коль- пейринтеръ на- литы борнымъ растворомъ.	Передъ вскры- тіемъ мочевого пузыря пришлось оттянуть кверху сильно развитыя вены.	Фосфа- ты урат 27,3 4×3×1
191	" 1885.	26 л. 10—15 л.	Плохо упитанъ. Моча слабо-кис- лая, безъ слизи и гноя. Значи- тельная чувстви- тельность пузыря.	Пузырь налить 400 куб. сант., раств. борной кислоты. Коль- пейринтеръ.	Во время опе- рации пришлось дѣлать искусств. дыханіе.	Камень въ ви- дѣ тупой ягод- ки поч- ти черна- го цвѣ- та 11, 3,5×3, Вн- окры- 9,5
192	Гельбке. СПб. Обухов- ская больн. 1887.	24 л. Съ дѣтства.	Хорошаго пита- нія. Затрудненія въ мочеиспуск.; въ последнее время мочится въ положеніи à la vache.	Пузырь налить. Кольпейринтеръ.		Нару- шеніе слизи- щави- цы 5,5×3 ×2

резь брюш-
ную рану вве-
сть въ пузырь,
атѣмъ черезъ
тру выведенъ
ужу дренажъ
отверстіями
лько въ той
сти, которая
пузырь. Къ
ружному кон-
у сифонное
испособленіе;
ещѣ опущенъ
въ сосудъ съ
болов. раств.
зырная рана
защита. На
ру брюшной
нки въ верхн.
глау 2 шва
форм повяз-
Первые дни
тая смѣна по-
ки, смотря по
обности. Про-
занія пузыря.

Моча первое время шла черезъ рану и
частью черезъ уретру. Черезъ 29 д. вся моча
идетъ нормально. Черезъ 45 д. рана вполне
зарубцевалась. Т-ра все время нормальна.
Моча значительно лучше.

Примѣчаніе. Черезъ годъ извѣстно, что опе-
рированный вполне здоровъ.

Первые 2 д. вся моча выходила черезъ ра-
ну, а съ 3 д. черезъ дренажъ въ сосудъ. Т-ра
первые д. нормальна, на 5, 6 д. по вечерамъ
до 38,5, на 7 д. до 40, затѣмъ до 21 д. опять
нормальна. На 22 и 23 д. по вечерамъ снова
38, въ зависимости отъ небольш. пролежней
на крестцѣ. Черезъ 7 недѣль рана вполне за-
рубцевалась. Катарръ пузыря послѣ операціи
быстро улучшался; атонія же только черезъ
2 м. послѣ операціи. Извѣстно, что (черезъ 2
г.) вполне здоровъ.

Примѣчаніе. У больного вмѣсто penis только
отверстіе уретры на небольш. сосковидномъ
выступѣ. Больной за 2 г. до камнеушибленія,
въ припадкѣ умопомѣшательства, ампутиро-
валъ себѣ penis.

Вызд.
черезъ
45 д.

Письмо д-ра
Потоцкаго
17/xi 1888.

Вызд.
черезъ
49 д.

тъ же уходъ.

Безъ лихорадки. Послѣ операціи моча съ
примѣсью крови. Дренажъ закупоренъ кровя-
ными сгустками. На 2 д. большая часть мочи
идетъ черезъ рану, почему на 4 д. вокругъ
раны возникла экзема. На 7 д. удаленъ дренажъ
и швы,—prima. На 12 д. мочится нормально.
Рана отлично гранулируетъ. Выписанъ вполне
здоровымъ.

Вызд.
черезъ
33 д.

Скорбный
листь больницы
№ 6781.

енажъ пузы-
я. На рану
ошной стѣн-
и шовъ до
енажа. Анти-
гич. повязка.
оложеніе на
отъ. Повязка
ялась по мѣ-
того, какъ
ромокнетъ.

Послѣ операціи т-ра 38, затѣмъ все время
нормальна. На 8 д. сняты швы,—prima. На
19 д. моча идетъ большею частью черезъ
стволъ. Рана гранулируетъ хорошо. Моча
стала почти нормальной. На 35 д. рана за-
рубцевалась вполне; оставался въ боль-
ницѣ еще около двухъ м. по случаю бронхи-
та и временно ухудшившейся мочи. Промыва-
ванія пузыря раств. resorcin. Вполне здоровъ;
общее состояніе отлично.

Вызд.
черезъ
89 д.

Скорбный
листь № 1560

193	, 1887.	24 л. 10 л.	Плохого питанія. Страданія при мочеиспусканіи. Моча мутна, нейтральной реакціи; примѣсь гноя, крови, лоханочныхъ клятковъ. Уретритъ, кашель, поносъ; признаки бугорчатки. Лихорадитъ до 40,4. Соотвѣтственн. леченіе до операціи.	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.	Извлеченіе камня довольно трудное. Камень охваченъ мѣстами слизистой оболочкой пузыря. При извлеченіи наружи. кора камня дробилась. Въ нижней части пузыря, справа, дивертикулъ.	41,0 4,5×4 3,5. Окруж 13,5 12,0.
194	Зеленковъ. СПб. Обухов- ская боль- ница. 1887.	45 л.	Плохо упитанъ. Мочеиспусканія часты, болезненны, съ большими усилиями. Моча щелочная, амміачный запахъ. Подготов. леченіе n. benzoic.	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ. Передъ и послѣ операціи продолжительное промываніе пузыря растворомъ борной кислоты.	Довольно значит. кровотечение изъ пузыря при его разрывѣ.	Фосфат 47,0 6×5×
195	, 1887.	35 л. 1 г.	Плохо упитанъ. Недержаніе мочи. Моча съ гноемъ; амміачный запахъ. Хроническій бронхитъ.	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.	Рана брюшной стѣнки въ сколько расширена въ бока. Трудное извлеченіе камня.	Calculus prostate vesicae 51,0 6×3,73
196	, 1887.	28 л. 10 л.	Хорошо упитанъ. Мочеиспусканія то нормальны, то учащены. Моча прозрачна, слабо кислой реакціи;	Пузырь налитъ. Кольпейринтеръ.		Фосфат ядр урат 64, 3×4

же ухоть.

Все время температура до 39. Рана хорошо гранулируется, чиста. Все швы разошлись. Уретритъ—то лучше, то хуже. Кашель. Черезъ 30 д. грануляціи въ ранѣ хуже; моча идетъ черезъ рану; позывовъ на нормальное мочеиспусканіе нѣтъ. Постепенно слабѣетъ; главные припадки: кашель, поносъ, боль въ груди; на 50 д. смерть.

Вскрытіе. Neph. paren. chr.; colitis ulc. chr.; pneum. chr., tuberculosis apices utr. pulm., pneum. cat. acuta lobi inf duplex.; pleuritis purul. sin.

Примѣчаніе. Камень покрытъ соскообразными отроствами; изъ нихъ два наиболѣе велики, отстоятъ другъ отъ друга на 2,5 с. и представляютъ слѣпки съ отверстій мочеточниковъ, въ просвѣтъ которыхъ они вдавались.

Умеръ
черезъ
49 д.

Скорбный
листъ № 1848.

а дренажа:
нѣ въ пу-
, другой въ
едпузырное
остранство.
юнь до пу-
я. На рану
шной стѣн-
кы до дре-
. Антисепт.
язка. Поло-
е на животѣ.

Все время т-ра повышена. Послѣ операціи моча чище. На 6 д. ргма брюшной раны; въ глубинѣ рана не особенно чиста. На 15 д. изъ раны отдѣлилось нѣсколько кусковъ омертвѣлой околопузыр. клѣтчатки. Моча еще лучше. Промываніе пузыря раств. resorcin. Съ 28 д. т-ра высокая; моча хуже, въ ней осадокъ и бѣлокъ. Антифебриль, ванны. На 41 д. рожа кругомъ раны; она распространилась на мошонку; гангрена ея; общее состояніе плохо. На 46 д. гангрена перешла на сосѣднія части, рожа перешла на ноги, на 49 д. смерть.

Вскрытіе. Gangraena scroti; cystitis crouposa et hypertr. vesicae urinariae, pyelonephr. purul. et neph. chr., peritonitis partialis (perihepat. et perisplenitis).

Умеръ
на 49
день.

Скорбный листъ
№ 2241.

ажъ пузыря.
юнь до пу-
ра. Рана
пной стѣнки
щита. Анти-
ич. повязка.
оженіе на
ть. Промы-
ія пузыря
гв. acidi bo-
rici.

Послѣ операціи нѣсколько дней лихорадка, затѣмъ температура нормальна. Моча улучшается. Рана гранулируется не особенно хорошо. На 27 д. черезъ рану отошелъ кусокъ омертвѣлой околопузырной клѣтчатки; послѣ этого рана гранулируется хорошо. Все время сильный кашель. На 58 д. рана зарубцевалась. Съ 68 д. полтора мѣсяца сильный поносъ. Мало по малу рубецъ надъ лобкомъ (отъ постоянныхъ натугъ и капеля) растягивается и образуется hernia intestin. Выписанъ въ отличномъ состояніи; для грыжи данъ бандажъ.

Вызд.
черезъ
169 д.

Скорбный
листъ № 6506.

а пузырь 5
божыхъ и 4
рхи. шелко-
хъ шва по
ксимову. На
ту брюшной
ѣнки швы
ахватывая

На 2 д. послѣ операціи 39,5; на 8 д. нормальна. На 3 д. сильный уретритъ. Повязка слегка промокла кровянистой жидкостью. Удаленъ дренажъ; онъ закупорился сгустками. На 5 д. ргма брюшной стѣнки, удалены швы. На 7 д. повязка промокла мочей. На 15 д. черезъ рану отошли куски омертвѣлой околопузырной клѣтчатки. Т-ра это время 38, 39,0. На

Вызд.
черезъ
68 д.

Скорбный
листъ № 8098.

			немного слизи въ осадкѣ. Хро- нический брон- хитъ.			
197	Трояновъ. СПб. Обуховс. больница. 1886.	20 л.	Средняго пита- нія. Моча щел- очная, мутна; аммиачный запахъ. Осадокъ изъ гноя, пузырь- наго эпителия; слѣды бѣлка. Лихорадитъ по вечерамъ до 39,3.	Пузырь налить. Кольпейринтеръ.	По разрывъ брюшной стѣнки оказалось, что въ предпузыри. пространствѣ обширная по- лость, наполнен- ная кусками распавшихся тканей съ запа- хомъ мочи. Камень плотно сросъ съ стѣнкой пузыря; отдѣленъ не легко.	Камень величин я фор съ ку ное я 40,0 4×3×5
198	» 1888.	45 л.	Умѣреннаго пи- танія. Мочеис- пускание не за- труднено. Моча кислой реакціи; при стояніи ве- большой осадокъ изъ мочевой кислоты; немного гноя. Бѣлка нѣтъ.	Пузырь налить Кольпейрин- теръ.		Фосфат ядра урат 149, 7,25× ×6
199	» 1888.	26 л.	Питанія умѣрен- наго. Мочится съ большими усиліями; моче- испусканія бо- лѣзненны. Неп- держаніе мочи по ночамъ. Моча нейтраль-	Пузырь налить. Кольпейринтеръ.	При извлеченіи наружные слои камня распались.	Calculus prostate vesicae. Всѣ ядра 45 4×3 ×3

пы) до дре-
Катетръ а
еуге съ си-
нымъ при-
собрениемъ.
исептич. по-
вязка.

26 д. замѣчено, что, благодаря в. узкому сви-
щу на мѣстѣ брюшной раны, моча задер-
живается подъ рубцомъ; свищъ раскрытъ,
вставленъ короткій дренажъ. Быстрое зажив-
ление.

ояннсе оро-
не пузыря.
игнутотѣмъ,
изъ сосуда
большимъ
ый растворъ
въ пузырь,
съ него че-
сифонное
способленіе
судъ, постав-
ный ниже
зонта крова-
Истечение
кости изъ
ного сосуда
урегулиро-
о крапомъ
, что жид-
не вылива-
изъ пузыря
околопузыр-
клетчатку.
исепт. по-
вязка.

На 3 д. послѣ операціи т-ра до 38,5, на 6
д. пришла къ нормѣ. Въ послѣоперацион. пе-
риодѣ нѣсколько разъ не по долгу т-ра повы-
шена. Рана медленно, но хорошо очищается
отъ омертвѣлыхъ тканей; хорошія грануля-
ціи. Кромѣ постоянного орошенія ежедневно
промыванія пузыря раств. сулемы. На 7 д.
сдѣлано противоотверстіе на правой сторонѣ,
вблизи *sr. ilei* и черезъ него проведенъ дре-
нажъ въ очищающуюся полость. На 17 д.
полость совершенно очистилась; моча также
улучшилась (*n. benzoic.* внутрь). Постепенное,
хотя и медленное, выздоровленіе. Выписанъ съ
прозрачной мочей, правильнымъ мочеиспуска-
ніемъ и отличнымъ общимъ состояніемъ.

Вызд.
черезъ
93 д.

Скорбный
листъ № 7442.

узырь узло-
й шелковый
по Макси-
ву. Рана
цной стѣнки
гампониро-
а. Катетръ
еуге. Ан-
септическая
повязка.

Первые 4 д. послѣ операціи по вечерамъ
т-ра повышена до 38, разъ до 39, затѣмъ
нормальна. На 5 д. повязка пропиталась мо-
чей. На 17 д. большая часть мочи идетъ че-
резъ катетръ. Моча съ хлопчатымъ осадкомъ
и мочевымъ пескомъ. Промыванія пузыря
раствор. *resorcin*, внутрь *lithium carb.* На 22
д. края наружной раны слегка окровавлены и
наложены 4 шва; черезъ 3 д. удалено два
шва, рана разошлась. Свищевой ходъ на мѣ-
стѣ брюшной раны заживалъ медленно. На
83 д. черезъ свищъ отошелъ шелковый шовъ;
быстрое заживленіе. Выздоровѣлъ вполне.

Вызд.
черезъ
96 д.

Скорбный листъ
№ 4833.

же ухоть.

Т-ра все время нормальна. На 2 д. вечеромъ
повязка промокла мочей. Осложненій ника-
кихъ, но заживленіе—шло вяло. Все время
леченіе сильного катарра пузыря. Черезъ 91
д. выписанъ съ тонкимъ свищевымъ ходомъ
надъ лобкомъ, изъ котораго изрѣдка выдѣ-
ляется капля мочи. Моча свѣтла, общее со-
стояніе отлично.

Вызд.
черезъ
91 д.

Скорбный листъ
№ 5408.

200	Миславскій. Верхъ-Исет- скій завод. госпиталь. 1884.	2 г. 1 ¹ / ₂ г.	ной реакціи съ осадкомъ; онъ состоить изъ гноя, слизи и пузырнаго эпи- телія. Посредственнаго тѣлосложенія. Частые позывы на мочеиспусканіе; они болѣзненны. Моча мутна, по временамъ кровавая.	Пузырь налить дистиллированной водой.	Два урны. Вѣсъ ихъ 4. Длины каждой 2. поперекъ 1,7
201	, 1884.	57 л. 5 л.	Питанія посред- ственнаго. Ча- стые позывы на мочу, боли.	Камень раздроб- ленъ.	Фосфатъ Вѣсъ большаго куска 9. 1,5×1,5
202	, 1884.	9 л. 4 г.	Крѣпкій маль- чикъ. Частыя и болѣзнен. моче- испуск., иногда кровь. Моча мутна, съ осад- комъ.		Оксальдъ 8,2 2,7×1,5
203	, 1884.	9 л. 1 г.	Тоже, но моча щелочна.		Фосфатъ 32,0 1,4×1,5
204	, 1885.	3 л. Около 3 л.	Вскорѣ послѣ рожденія появи- лись болѣзнен- ныя мочеиспуск. съ кровью. Моча мутная, щелоч- ная.		Оксальдъ 4,68 2,7×1,5

гичный шовъ
пузыря катгу-
тъ. На рану
брюшной стѣн-
шелковый
шнй шовъ
ренажа. Ви-
змѣненная
стеровская
зка (протек-
е, нѣсколько
ревъ гидро-
ваты, кле-
а), затѣмъ
ѣнена іодо-
ной. Промы-
не пузыря
растворомъ
оловой кис-
лоты.

нажъ пузыря.
рану брюш-
стѣнки этаж-
шовъ шел-
тъ до дрена-
Видоизм. ли-
ровская по-
вязка.

гичный шовъ
пузыря катгу-
тъ. Въ осталь-
омъ тоже.

нажъ пузыря.
рану брюш-
стѣнки шел-
ые швы до
нажа. Таже
повязка.

ь же ухоть.

На 2 д. сняты поверхн. швы брюшной стѣнки, на 5 д. и глубокіе; на 7 д. рана разошлась. На 26 д. съ мочей выделяется мочевоѣ песокъ. Въ этотъ день при изслѣдова- нн пузыря катетромъ снова опредѣленъ ка- менъ. На 43 д. произведена вторичная *sectio alta*: рана раскрыта и извлечено нѣсколько мелкихъ камней. На рану брюшной стѣнки тѣже швы, что и въ первый разъ, въ пузырь дренажъ. На 6 д. швы сняты; на 9 д. моча идетъ нормально. На 18 д. полное заживленіе раны; на 29 выписанъ вполне здоровымъ. Послѣ операціи по временамъ незначит. лихо- радка.

Высокая т-ра и сильныя боли въ животѣ. Черезъ дренажъ выделяется сукровичная мо- ча. Лихорадка значительная. Тошнота, отрыж- ка; животъ вздутъ, крайне болѣзненъ. Смерть на 5 д.

Вскрытія не было.

Примѣчаніе. 3 года тому назадъ образовался на промежности абсцессъ; послѣ абсцесса остался свищъ.

На 3 д. послѣ операціи повышеніе т-ры. На 6 д. сняты швы брюшной стѣнки; на 8 д. уда- ленъ дренажъ; т-ра поднялась. На 15 д. пол- ное заживленіе брюшной раны; съ этого дня моча идетъ нормально. Выздоровѣлъ вполне.

Небольшое повышеніе т-ры первые дни. Осложненій нѣтъ. На 14 д. удаленъ дренажъ; на 20 д. моча идетъ нормально; рана вполне закрылась.

Первые дни черезъ дренажъ выделяется сукровичная моча. На 5 д. сняты швы брюш- ной раны. На 8 д. лихорадоч. состояніе. На 10 д. удаленъ дренажъ; на 20 д. полное за- живленіе брюшной раны; на 29 д. моча идетъ нормально. Выздоровѣлъ вполне.

Вызд.
на 71 д.

Умеръ
на 5 д.

Вызд.
на 25 д.

Вызд.
черезъ
49 д.

Вызд.
черезъ
27 д.

Письмо д-а
Миславскаго отъ
27/х 1888.
О восьми случ.
есть и въ Хир.
Вѣстн. 1886 г.
Статья д-ра
Родзевича.
Стр. 596.

205	» 1885.	9 л. 1/2 г.	Частыя, болѣз- ненные, крова- вые мочеиспу- сканія.		Уро-ф- фатъ 9 3×2,
206	» 1885.	14 л. 7 л.	Болѣзненные мо- чеиспуск. Моча прозрачна, вы- текаетъ по кап- лямъ.		Оксалъ. 15,2 3,8×2.
207	» 1885.	8 л. 5 1/2 л.	Боли при каж- домъ мочеиспу- сканіи. Мочи вы- дѣляется немного, иногда каплями. Моча мутна; бѣ- локъ.		Уратъ 6,1. 2,7×2.
208	» 1885.	3 л. 2 г.	Слабъ. Кричитъ при каждомъ мо- чеиспусканіи. Мочи мало, она мутна.		Фосфатъ 4,62 3,3×1
209	» 1886.	2 л. 1 г.	Крѣпкій маль- чикъ. Кричитъ при каждомъ мо- чеиспусканіи. Моча мутна, щелочна.		Фосфа- тъ 3,56 2,2×1
210	» 1887.	16 л. 14 л.	Болѣзнен. и ча- стыя мочеиспу- сканія.	Пузырь налить. Кальцийринтеръ.	Фосфа- тъ 55,7 4,6×
211	» 1887.	30 л. 2 г.	Питаніа хороша- го. Мочеиспуска- ніе болѣзненно. Моча прозрачна.		Уро-ф- фатъ 32,3. 4,3×
212	» 1887.	19 л. 2 г.	Крѣпкій. Болѣз- ненные и частыя мочеиспуск.; въ мочѣ часто кровь. Моча мутна, ще- лочна.		Фосфатъ 10,6 3,7×2

ь же уходъ.	На 2 и 3 д. т-ра повышена; боли въ животѣ. На 8 д. сняты швы и удаленъ дренажъ. На 21 д. моча идетъ нормально; рана зарубцевалась.	Вызд. на 26 день.
ь же уходъ.	На 2 д. высокая температура и болѣзненность живота. Онъ вздутъ, рвота; смерть. Вскрытія не было.	Умеръ на 2 д.
ь же уходъ.	На 2 и 11 д. лихорадка; остальное время т-ра нормальна. На 6 д. сняты швы брюшной раны; она разошлась; нагноеніе. На 10 д. удаленъ дренажъ; черезъ 13 д. рана брюшная выполнена хорошими грануляціями; на 24 д. совершенно зарубцевалась. Въ этотъ д. съ мочей показался песокъ; моча идетъ нормально. На 26 д. взяты родителями, не окончивъ леченія.	Выписанъ черезъ 26 д. не окончивъ леченія.
ь же уходъ.	Два д. послѣ операціи лихорадочное состояніе. На 4 д. снято нѣсколько швовъ раны брюшной стѣнки, а на 6 д. и остальные; на 8 д. удаленъ дренажъ. На 12 д. рана выполнена хорошими грануляціями; на 16 д. отекъ и краснота рггеритіи. На 19 д. моча идетъ нормально, рана зарубцевалась. Вполнѣ выздоровѣлъ.	Вызд. черезъ 30 д.
ь же уходъ.	Высокая т-ра. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ. Повязка промокла сукровичной мочей. На 4 д. сняты нѣкоторые швы брюшной раны. На 5 д. смерть. Вскрытія не было.	Умеръ на 5 д.
ь же уходъ, на 30 д. лихорадочная по-ка замѣнена одоформной.	На 5 д. швы брюшной раны удалены. На 8 д. удаленъ дренажъ. Черезъ 30 д. изъ раны обильное отдѣленіе зловоннаго гноя. Небольшая лихорадка почти все время; постепенно слабѣетъ, тошнота, рвота; сильныя боли въ животѣ и области почекъ. Вскрытія не было.	Умеръ на 40 день.
ь же уходъ	Постоянная тошнота, по временамъ рвота; сильное вздутіе живота; т-ра мало повышена. Черезъ дренажъ кровавая моча. Вскрытія не было.	Умеръ на 5 д.
ь же уходъ.	По вечерамъ т-ра изрѣдка повышена. На 8 д. сняты швы; вынуть дренажъ. На 49 д. моча идетъ нормально; къ этому дню полное заживленіе раны. Выздоровѣлъ вполнѣ.	Вызд. черезъ 52 д.

213	» 1888.	11 л. 5 л.	Крѣпкій. Болѣз- нен. и затрудн. моченспуск. Мо- ча прозрачна.		Урат. 88,0 5,6×5.
214	» 1888.	9 л. 3 г.	Посредственнаго питанія. Тоже, но моча мутна. щелочна.	Камень раздроб- ленъ.	Фосфат ядро ты. 197. Большой кусочек 3,2×27
215	Кадіанъ. Симбирская земск. больн. 1885.	3 л. Съ 1 г.	Моча нормальна до и послѣ опе- раціи.	Пузырь нали- вался раствор. борной кислоты. пока не получа- лась ясная при- пухлость надъ лономъ. Пузырь наливался черезъ катетръ, кото- рый оставлялся въ пузырь; на катетръ резино- вая трубка съ зажимомъ. Дойдя послойно до пу- зыря, осторожно отсепаровыва- лась околону- зыри. жирная клетчатка паль- цемъ или тупымъ инструментомъ. Пузырь захваты- вался острымъ крючкомъ и удер- живался 2 лигату- рами. Нѣсколько д. до операціи ванны; наканунѣ операціи слаби- тельное или въ самый д. промы- вательное; кромѣ того ванна.	Урат. 0,7
216	» 1885.	8 л. 1 г.	Моча кислая, со- держитъ гной.		Урат. 5,0
217	» 1885.	3 л. 1 г.	Моча нормаль- ная до и послѣ операціи.		Урат. 0,8
218	» 1885.	2 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.		1,3× 0,8
219	» 1885.	3 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.		Два урат. 1,0×6.
220	» 1885.	5 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.		Урат. 1,3
221	» 1885.	22 л. 2 л.	Сильно исто- щенъ. Поносы. Моча съ гноемъ и кровью. Реце- дивъ камня.	Трудное извле- ченіе камня изъ дивертикула; раздробился.	Урат. 30,0
222	» 1886.	Съ 1 г. 4 м.	Моча нормальна.		Урат. 1,0 1,7×0.
223	» 1886.	Съ 1 г. 5 м.	Моча съ при- мѣсью гноя.		Мочек. соли. 2.

<p>же уходъ, овязка іодо- формная.</p>	<p>Все время лихорадка, сильныя боли въ жи- вотѣ; тошнота и рвота. Черезъ рану выдѣ- ляется сукровичная моча. Смерть на 6 д. Вскрытія не было.</p>	<p>Умеръ на 6 д.</p>	
<p>нажъ пузыря. рану брюш- стѣнки шовъ тановскаго. измѣненная стеровская повязка.</p>	<p>Все время лихорадка значительная. Силь- ныя боли въ животѣ съ тимпанитомъ и сильной рвотой. Смерть на 3 д. Вскрытіе. Peritonitis septica.</p>	<p>Умеръ на 3 д.</p>	
<p>нажъ пузыря. рану брюш- стѣнки швы енажа. Про- ніе пузыря ко до опера- Іодоформъ; ормн. марл., , подушки съ демовыми лками. По- а вся мѣня- 2 раза въ , вата какъ ько промок- тъ. Первые положеніе на отъ. Въ тѣхъ ч., гдѣ эта зка вызыва- кзему, пере- ли къ откры- у леченію.</p>	<p>Безъ лихорадки и осложнений.</p> <p>Лихорадилъ 3 д.; боль въ животѣ (cystitis); экзема живота.</p> <p>Безъ лихорадки; экзема живота.</p> <p>Безъ лихорадки; экзема живота.</p> <p>Безъ лихорадки; экзема живота.</p> <p>Слегка лихорадилъ; нѣсколько дней 38 съ десятыми.</p> <p>Брюшная рана разошлась. Ежедневныя про- мыванія пузыря черезъ дренажъ и катетръ. Моча гнойная. Первые 6 д. лихорадилъ, по- сѣдніе д. т-ра ниже нормы. Нагноеніе вокругъ пузыря. Colitis suppur. Смерть. Примѣчаніе. Въ 1879 г. сдѣлана боковая ли- тотомія.</p> <p>Безъ лихорадки; экзема живота.</p> <p>Безъ лихорадки; экзема живота.</p>	<p>Вызд. черезъ 19 д.</p> <p>Вызд. на 18 день.</p> <p>Вызд. на 19 день.</p> <p>Вызд. на 18 д.</p> <p>Вызд. черезъ 17 д.</p> <p>Вызд. на 12 д.</p> <p>Умеръ на 16 д.</p> <p>Вызд. черезъ 24 д.</p> <p>Вызд. черезъ 13 д.</p>	<p>Дневникъ 1-го Сѣзда Русск. Врачей. Хир. Вѣстн. 1888. Письмо д-ра Ка- діяна отъ 14/x 1888.</p>

224	» 1886.	5 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Урат. 0,
225	» 1886.	3 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Урат. 1,0 1×0.
226	» 1886.	5 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Урат. 3,7
227	» 1886.	3 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.		Въ верхнемъ углу раны—брю- шина.	Урат. 1,0
228	» 1886.	1 г.	Моча содержитъ гной и кровь.			Урат. 0,0
229	» 1888.	5 л. Съ 1 г.	Моча содержитъ гной и кровь.			Урат. 1,0
230	» 1888.	4 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Мочев. соли. 1, 2,4×3 1,
231	» 1888.	4 л. Съ 1 г.	Моча нормальна.			Мочев. соли 5 1×0× 0,
232	» 1888.	8 л. 2 л.	Моча нормальна.	Наливаніе пузы- ря. Кольпейрин- теръ.		Мочев. соли. 1, 2,2×1 1,
233	Шмитцъ. С.-П. Дѣтская больн. Прин- ца Ольден- бургскаго. 1881 г.	3 ¹ / ₂ л. 2 ¹ / ₂ г.	Питанія сред- няго; страданія умѣренныя; по временамъ pro- lapsus ani. Ка- тарра пузыря нѣтъ.	Промыванія и наливаніе пузыря 3% раств. бор- ной кислоты до тѣхъ поръ, пока верхушку пузы- ря можно кон- статировать пальпацией и по- стукиваніемъ по- срединѣ между ло- номъ и пупкомъ. Дойдя до пузыря, съ величайшей осторожностью, обнажали его		3,0 2,1×1 1,
234	» 1881.	4 л. Около 2 л.	Рахитикъ; плохо упитанъ. Умѣ- рен. страданія при сильномъ катаррѣ пузыря.	переднюю стѣнку и удерживали пу- зырь шелковой лигатурой. Пу- зырь вскрывался сразу; въ случаѣ нужды разрѣзъ расширялся	Сильное крово- теченіе.	3,0 2,2×1 1,4

	Первые 2 д. лихорадилъ. Выписался изъ больницы, не окончивъ леченія вполнѣ.	Выписанъ на 8 д.	
	На 2 д. повышеніе т-ры; экзема живота.	Вызд. черезъ 20 д.	
	Безъ лихорадки.	Вызд. черезъ 13 д.	
	Со 2 д. явленія peritonitidis. Смерть на 3 сутки.	Умеръ на 4 д.	
	Съ 4 д. явленія peritonitidis. Смерть на 6 день.	Умеръ на 6 д.	
	Первые 3 д. лихорадилъ; экзема живота.	Вызд. на 19 д.	
е повязка, но сто опилокъ емовая вата.	Первые д. небольшая лихорадка.	Вызд. на 12 д.	
	Безъ лихорадки.	Вызд. на 10 д.	
е, во промы- я пузыря 6 дней.	Лихорадилъ 6 д. Рана брюшная разошлась; нагноеніе въ околопузырной кѣтчаткѣ.	Вызд. на 21 д.	
на дренажа: въ пузырь, той въ пред- вырное про- анство. На у борные ком- сы. Положе- на животѣ ереносится гми прево- одно). До д. дня каж- е 3, 4 часа мыванія пу- зыря.	Дренажи удалены на 1 и 3 д. Безъ лихор. до 5 д.; съ этого дня умѣренная лихор. въ теченіи 9 д. Pericystitis съ отхожденіемъ черезъ рану большаго куска омертвѣлой кѣтчатки. Моча пошла нормально на 8 д.; черезъ 11 д. рана пузыря вполнѣ закрылась.	Вызд. черезъ 23 д.	A. Schmitz. Archiv. f. klin. Chirurg. 1886. Band. 33, Heft 2.
ажъ пузыря. ть брюшной ики спита. е компрессы. мыванія пу- я первые 3 оложніе на животѣ.	Сильное послѣдоват. кровотеченіе. Безъ лихорадки. Дренажъ удаленъ на 4 д.; на 6 д. моча пошла нормально; на 10 д. рана пузыря вполнѣ закрылась.	Вызд. черезъ 14 д.	

235	, 1881.	2 1/2 г.	Питанія умѣрен- наго. Сильныя страданія.	внизъ. До опе- раціи больные подготавливались исключительно молочной діетой, ваннами; нака- нунъ операціи тщательное очи- щеніе кишечника и дезинфекція пу- зыря.	Сильное крово- теченіе. За 7 д. до sect. altae се- ансъ литотритіи. Камень и осколки удалены легко.	8,0 2,8×2 1,6
236	, 1881.	3 1/2 л.	Слабъ, сильно исхудалъ. Силь- ная странгурия, prolapsus ani. Моча нейтраль- ной реакціи. Слегка лихора- дить.			6,0 2,8×2 1,7
237	, 1881.	4 л. 2 г.	Питаніе среднее Значительныя страданія. Гной- ная моча, ней- тральной ре- акціи.			2,0 1,8×1 1,3
238	, 1881.	7 л.	Сильное исхуданіе. Недержаніе мочи. Моча мут- ная, щелочная. Лихорадить.		Извлеченіе камня не легко; онъ помѣщался плотно въ шейкѣ пузыря.	11, 5,5×2 2,2
239	, 1882.	5 л. 3 г.	Крѣпкаго сло- женія; страданія умѣренныя. Моча кислой реакціи; по вре- менамъ легкая мутъ.			Фосфат ядр мочека сол 7,0 2,8×2 1,6
240	Поповъ. 1882.	2 г. 2 1/2 м.	Крѣпкаго сло- женія. Моча кислой реакціи; мутна. Мочится по каплямъ.			Уро-ф фат 3,0 2,1× ×1,
241	Шмитцъ. 1882.	3 л. 3/4 г.	Хорошо упи- танъ. Моча очень мутна, но кислой реакціи. Умѣрен- ныя страданія.			4,0 2,2× 1,6

гъ же уходъ.	Первоначально сильное беспокойство; затѣмъ апатія. Т-ра 37. Черезъ 4 ч. послѣ операциі сильное послѣдоват. кровотечение; остановилось скоро; одновременно сильная рвота. Все-возможн. возбуждающія. Смерть черезъ 19 ч.	Умеръ черезъ 19 ч.
дренажа; въ альномъ тоже.	Вскрытіе. Кровяное пропитываніе около-пузыр. клѣтчатки. Пузырь пустъ. Никакихъ слѣдовъ перитонита. Внутр. органы слегка блѣдны.	
	Первые 6 д. безъ лихорадки. Дренажъ пу-зырный удаленъ черезъ 4 д., второй—черезъ 5 д. На 7 д. высокая (40,3) т-ра въ теченіи 4 д. Вновь дренажъ и тщательное промываніе пузыря черезъ катетръ. На 10 д. отошелъ д. значительный осколокъ камня. На 20 д. моча пошла нормально; на 23 д. рана пузыря вполнѣ зарубцевалась.	Вызд. черезъ 32 д.
гъ же уходъ.	Умѣренная лихорадка съ 2 до 4 д. На 2 д. эритема. Дренажи удалены на 5 и 9 д. Моча пошла нормально на 10 д., на 24 д. вполнѣ закрылась рана пузыря.	Вызд. черезъ 36 д.
ва дренажа, съ раньше, но съ брюшной ны сшита. Въ альномъ тоже.	Первые 5 д. умѣренная лихорадка. Неболь-шое омертвѣніе клѣтчатки. Дренажи удалены на 5 д. На 4 д. черезъ дренажъ вышелъ не-большой осколокъ камня. На 10 д. моча по-шла нормально; черезъ 15 д. рана пузыря вполнѣ закрылась.	Вызд. черезъ 29 д.
гъ же уходъ.	Подлихорад. т-ра съ 2 до 4 д. Швы и дренажи удалены на 6 д. Рrima. Моча по-шла нормально черезъ 10 д.; черезъ 24 д. ра-на пузыря закрылась вполнѣ.	Вызд. черезъ 25 д.
гъ же уходъ.	Умѣренная лихорадка съ 2 д. и до самой смерти. Дренажи удалены на 4 и 5 д. Упор-ная рвота съ перваго д. На 3 д. erysipelas, на 5 д.—peritonitis.	Умеръ черезъ 6 д.
	Вскрытія, по просьбѣ родителей, не было.	
гъ же уходъ.	Безъ лихорадки и осложнений. Дренажи уда-лены черезъ 3 д. На 8 д. моча пошла нормаль-но; черезъ 13 д. рана пузыря закрылась	Вызд. черезъ 14 д.

242	Поповъ 1883.	6 л.	Блѣденъ, но хо- рошо упитанъ. Моча очень мутна, слегка щелочная.			6 0 2,8×1 ×1,
243	„ 1883.	6 л. 4 л.	Хорошоупитанъ. Страданія умѣ- ренные; prolar- sus ani. Моча мутная, кислой реакціи.		Камень сидѣлъ плотно въ шейкѣ пузыря; припод- нять пальцемъ per rectum.	2,7×8 ×1,
244	Шмитцъ. 1884.	5 л.	Брѣзкаго сло- женія. Страданія непостоянны, умѣренные. Моча нѣсколько мутна, кислая. Prolar- sus ani.			4,0 2,2× ×0,
245	Гейкингъ. 1884.	3 л. 2 г.	Средняго пита- нія; почти ни- какихъ страда- ній. Непроиз- вольное моче- испусканіе. Моча кислая, легкая мутъ.			5,0 2,5×2 1,5,
246	Шмитцъ. 1884.	3 л. 2 г.	Хорошо раз- вить. Сильныя боли при моче- испусканіи; оно прерывистой струей. Prolar- sus ani. Моча содержитъ много слизи; кислая.	Пузырь налить растворомъ сулемы (1:1000).	Весьма значит. кровотеченіе; 8 лигатуръ.	Урат 8,0 3,1×2 1,7
247	„ 1884.	5 л. 4 м.	Слабъ, исху- далъ. Весьма бо- лѣзненное моче- испусканіе сла- бой струей. Моча кислой реакціи, слегка гнойная.	Пузырь валилъ раств. борной кислоты.		Урат 4,0 2,1× ×1,

ть же уходъ	<p>Вечеромъ въ д. операциі т-ра внезапно поднялась до 40,2; послѣ тщательнаго промыванія пузыря (моча съ гноемъ) пала къ нормѣ. Безъ осложнений. Дренажи удалены на 5 д. Моча пошла нормально черезъ 2 д.; черезъ 9 д. рана пузыря закрылась вполнѣ.</p>	<p>Вызд. черезъ 26 д.</p>
ть же уходъ.	<p>Легкая лихорадка (тахим. 38,7) съ 1 д. до самой смерти. Съ 3 д. рвота, безпокойство; на 4 д. удалены дренажи. Смерть.</p> <p>Вскрытіе. Никакого намека на перитонитъ. Небольшой гнойный фокусъ между лонномъ и стѣнкой пузыря. Рѣзкая гипертрофія пузыря. Мочеточники и почечныя лоханки сильно расширены. Почка нормальной величины; капсула снимается съ трудомъ. Многочисленныя, ограниченныя соедин. тканныя разрощенія, почему поверхность почекъ сморщена.</p>	<p>Умеръ черезъ 4 д.</p>
ть же уходъ.	<p>Легкая лихорадка на 2, 3 д. Дренажъ удаленъ на 6 д. По удаленіи дренажа легкія вечернія повышенія т-ры. Моча пошла нормально на 7 д.; на 20 д. рана пузыря зарубцевалась вполнѣ.</p>	<p>Вызд. черезъ 26 д.</p>
ть же уходъ. промыванія пузыря растворомъ сулемы.	<p>Безъ лихорадки и осложнений. Дренажъ удаленъ на 5 д. Моча пошла нормально на 7 д.; на 27 д. рана пузыря зарубцевалась вполнѣ.</p>	<p>Вызд. черезъ 32 д.</p>
ть же уходъ, промыванія пузыря растворомъ сулемы.	<p>Моча окрашена кровью 3 д. Пошла нормально черезъ 2 д. Дренажи удалены на 4 д.; т-ра только въ д. операциі поднялась до 38,3. На 15 д. рана пузыря закрылась вполнѣ.</p>	<p>Вызд. черезъ 28 д.</p>
ть же уходъ. промыванія пузыря растворомъ сулемы.	<p>Сильное безпокойство. Ночью значит. послѣдоват. кровотеченіе изъ раны; оно оказалось паринхематоз. и остановилось отъ приложенія льда. Т-ра 36,7—37. Бурная рвота съ перваго вечера до самой смерти.</p> <p>Вскрытіе. Легкая флегмоноз. инфильтрація непосредственно въ окружности пузыря. Незначит. cystitis, pyelitis, colitis. Внутренніе органы слегка блѣдны. Брюшина вездѣ чиста, не повреждена. Легкая гиперемія почекъ.</p>	<p>Умеръ черезъ 3 д.</p>

248	» 1884.	10 л. 3 г.	Плохо упитанъ. Страшныя мученія. Моча постоянно по каплямъ. Она нейтральная; при стоянии—осадокъ изъ гноя и фосфатовъ; вонючая.	Пузырь не могъ быть налитъ достаточно, такъ какъ камень, крѣпко сидѣвшій подъ лономъ, не пропускалъ вполнѣ катетра. Разрѣзъ пузыря въ 7 с.	Верхняя часть камня отломилась, нижняя съ трудомъ раздроблена.	Ядро оксалата фосфата уратовъ затѣмъ фосфата уратовъ оксалата 51,0 7,1×5,3,4.
249	» 1884.	2 ³ / ₄ л. 2 г.	Питаніе сносно. Мочится по каплямъ съ сильными болями. Катарра пузыря нѣтъ.			Ураты 11,5 3,2×1,9
250	» 1885.	7 л. 4 л.	Плохое питаніе. Значит. dysuria. Моча кислая, содержитъ гной.			Фосфаты 15,0 3,3×1,1
251	» 1885.	3 л. Съ рожд.	Слабago сложенія. Умѣренныя страданія. Моча кислая, слегка гнойная.			Два кака уратовъ каждыя горошины
252	Плотниковъ. 1885.	11 л. 8 л.	Сильно исхудалъ. Недержаніе мочи. Сильныя страданія. Моча щелочна, вонючая; много гноя.		Сильное кровоточеніе изъ сил. гипертроф. стѣнки пузыря. Камень раздробился; извлеченіе осколковъ долго.	Фосфаты съ куное ядро
253	Шмитцъ. 1885.	4 л. 3 ¹ / ₂ г.	Хорошо упитанъ. Моча слегка мутна, немного гноя, кислая. Кристал. щавелев. извести.			1,1. 1,3×1,0
254	» 1885.	9 л. 6 л.	Исхуданіе. Моча кислая, мутная, съ гноемъ. Кристал. мочевои кислоты.			Мочев. кислоты фосфаты щавелев. кисл. 3,9×2,0

<p>енажъ пузыря. на брюшной вки не сши- Карболовая ка. Промыва- я пузыря ра- вор. борной селоты; іодо- формъ.</p>	<p>Дренажъ удаленъ черезъ 3 ч. послѣ опера- ціи. Во время сильной рвоты черезъ нѣсколь- ко часовъ послѣ операціи замѣчено въ ранѣ выпаденіе 2-хъ петель кишекъ. Разрывъ брю- шины (въ 3 сент.) зашитъ кѣгуттомъ. Рвота (отъ хлороформа) до слѣдующаго утра. Умѣ- ренная лихорадка до 2 недѣли. На 17 д. моча пошла нормально; на 70 д. рана пузыря за- крылась вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 75 д.</p>	
<p>дренажа. На ну брюшной нки шовъ. Въ альномъ тоже.</p>	<p>Легкая лихорадка съ 2 по 5 д. На 3 д. скар- латинозная сыпь. Дренажъ удаленъ на 5 д. Prima брюшной раны. На 15 д. рана пузыря закрылась вполне. По желанію родителей, вы- писанъ съ невольнѣ зарубцевавшейся раной.</p>	<p>Выпис. черезъ 42 д.</p>	
<p>тъ же уходъ.</p>	<p>Безъ лихорадки и осложнений. Prima inten- tio брюшной раны до дренажей. Дренажи уда- лены на 4 д. Моча пошла нормально на 6 д.; рана пузыря вполне закрылась на 14 д.</p>	<p>Вызд. черезъ 17 д.</p>	
<p>тъ же уходъ.</p>	<p>Первые 3 д. безъ лихорадки. Дренажъ уда- ленъ на 4 д. По удаленіи дренажа 5 д. не- значит. лихорад. Осложненій никакихъ. Моча нормально черезъ 14 д., рана пузыря вполне закрылась на 29 д.</p>	<p>Вызд. черезъ 35 д.</p>	
<p>тъ же уходъ.</p>	<p>Безъ лихорадки. Prima intentio брюшной раны до дренажей. Дренажъ удаленъ на 5 д. Моча нормально на 12 д.; рана пузыря полно- нѣ зарубцевалась черезъ 28 д.</p>	<p>Вызд. черезъ 31 д.</p>	
<p>рану пузыря въ кѣгуттомъ Тилину. На ну брюшной нки шовъ до енажа. Безъ етра à de me- . Антисепт. вязка — суле- мовая.</p>	<p>На 3 д. моча просачивается черезъ рану. Безъ лихорадки. На 16 д. моча нормально. Безъ осложнений; выздоравливаетъ вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 23 д.</p>	<p>Письмо д-ра Шмитцъ отъ 19/хІ 1888.</p>
<p>стичный шовъ узыря шел- томъ. Рана юшной стѣн- и не сшита. енажъ. Сали- компрессы.</p>	<p>На 2 д. т-ра однажды 38,1, затѣмъ безъ ли- хорадки. На 18 д. моча пошла нормально; безъ осложненій.</p>	<p>Вызд. черезъ 41 д.</p>	

255	„ 1885.	5 л. 3 г.	Питаніе плохо. Моча мутна, нейтральна, много слизи и гноя. Кристал. мочевой кислоты.		Состав что и пред дущем случае 7,5. 3,1×1 ×1,9
256	„ 1885.	9 л. 6. л.	Рецидивъ камня. Моча прозрачна, нейтральна.		Фосфат и урат 4,3. 2,6×1 ×1,3
257	Грубертъ. 1886.	4 л. 2 г.	Умѣреннаго пи- танія. На правой шей туберкул. язва. Моча мутная, кислая; слѣды бѣлка; умѣренный сли- зисто-гнойный осадокъ.	Складка брю- шины приро- щена къ лону. Брюшина отдѣ- лена и отодви- нута вверхъ. Стѣнки пузыря очень тонки.	Ураты фосфат яйцеви. формы 3,5×2 1,9×
258	„ 1886.	7 л. 3 г.	Хорошаго пита- нія. Моча очень мутна, кислая; слѣды бѣлка. Въ осадкѣ: слизь, гной, кровь, кристал. трипель фосфат и эпи- телій.		Ураты (преим- уществе- но), яй- видной формы 1,2×1 ×2.

а дренажа: въ
зырь и пред-
ыр. простран-
ю Рана брюш-
ой стѣнки не
ита. Салицил.
мпрессы. По-
женіе на жи-
вотѣ.

Легкая лихорадка 6 д. (maxim. 38,2). На 20 д. моча нормально. Въ концѣ 5 д. съ еще незакрывшейся раной переведенъ въ коревос отѣленіе, гдѣ умеръ отъ pneum. catarr.

Вскрытіе. Pyelonephritis bilateralis.

Умеръ
на
35 д.

тъ же уходъ.
мпрессы бор-
ные.

Безъ лихорадки. Моча пошла нормально на 13 д.; безъ осложнений.

Вызд.
черезъ
20 д.

пузырь шовъ
комъ по Ти-
му. Непре-
вный катгута-
ай шовъ для
единенія пред-
ырной клѣт-
ки. Тампона-
раны брюш-
ой іодоформ.
лей. Катетръ
demeure. Че-
зъ 2 д. рана
юшной стѣн-
и сшита вто-
ичнымъ швомъ.
Дренажъ.

Непродолжительная высокая т-ра. Черезъ 7 д. удалены швы и тампоны, сращеніе до тампоновъ. Моча не идетъ черезъ рану. На 25 д. удаленъ катетръ, такъ какъ моча идетъ нормально; черезъ 30 д. рана вполне зарубцевалась.

Примѣчаніе. Черезъ 10¹/₂ м. послѣ операциі поступилъ съ явленіями задержанія мочи. Причина этого заключается въ томъ, что сейчасъ же позади fos. navicularis находилось нѣсколько конкрементовъ-фосфатовъ, ядро которыхъ состояло изъ 3-хъ узловат. и непрерывнаго шелковыхъ швовъ. Камни извлечены.

Вызд.
черезъ
30 д.

Grubert. St. Pe-
tersb. med. Wo-
chens. 1887.

тъ же уходъ.

Почти безъ лихорадки (разъ только 38,4). На 2 д. завязанъ вторичный шовъ. Моча не идетъ въ рану; удаленъ (для очистки) катетръ; вставленъ снова послѣ впрыскиванія въ уретру 4⁰/₀ раств. кокаина; мѣшали судорожн. сокращенія уретры. На 8 д. повязка промокла мочей; рана брюшная зажила до тампоновъ; удалены швы и катетръ. Компрессы. Рана разошлась на всемъ протяженіи; т-ра поднялась до 38,4. На 16 д. абсцессъ небольшой около шва брюшной стѣнки. На 33 д. отчасти моча нормально. На 41 д. черезъ свищевой ходъ отошелъ узловатый шовъ; свищъ закрылся. Выписанъ здоровымъ.

Черезъ м. оперированный снова въ больницѣ по случаю открывшагося свища надъ лобкомъ. Нѣсколько разъ онъ то закрывался, то снова появлялся. Вполнѣ выздоровѣлъ черезъ 8 м.

Вызд.
черезъ
46 д.

Тамъ же.
Примѣчаніе д-ра
Шмитцъ (въ пись-
мѣ отъ 17/xi) «ре-
нокъ снова на-
ходится на изле-
ченіи; рана за-
жила вполнѣ;
моча слегка ка-
тарральна».

259	Шмитцъ.	5 л. 1 ¹ / ₂ г.	Хорошее пита- ніе. Моча слабо- кислая; осадокъ гноя.	Пузырь налить 3% растворомъ борной кислоты; въ кольпейрин- теръ 90 к. с. того-же раств.		Фосфат 14.0 3,0×2 ×2,5
260	„	3 л. Болье 1 г.	Отличное пита- ніе. Моча слабо- кислая; осадокъ изъ гноя, фосфа- товъ. Сильное гноетеченіе изъ ушей.	Пузырь налить; въ кольпейрин- теръ 120 к. с. борной кислоты.	Довольно обиль- ное кровоте- ченіе.	Мочев кисл. 0 1,2×1 ×0,7
261	„	7 л. 3 г.	Питаніе плохо. Моча мутная отъ слизи; гной- ный осадокъ; моча нейтральна.	Пузырь налить растворомъ борной кислоты.	Довольно силь- ное кровотече- ніе изъ стѣнки пузыря.	Два ура 11,5. 7,4. 3,1×2,7 2,1. 2,5×2 1,7.
262	„	3 ¹ / ₂ л. 8 м.	Хорошо упитанъ. Моча прозрачна, кислая.			Фосфат и окс латы. 1 2,4×1 ×0,9
263	„	7 л.	Сильно исхудалъ. Моча съ легкимъ гнойнымъ осад- комъ.			1,0. 1,3×1, ×0,8.
264	„	2 л. 1 г.	Сложеніе и пи- таніе слабо. Моча мутна; слизисто- гнойный осадокъ; нейтральна.		Складка брю- шины приро- щена къ лону; отдѣлена ножемъ.	Два кам Оба 6,7 2,2×1 ×1,8. 1,9×1, ×1,1.
265	„	3 л. 2 г.	Хорошее пита- ніе. Моча кислая, со слизью и гно- емъ.		Довольно обиль- ное кровотеченіе.	Мочева кислота 6,5.

пузырь шовъ тутомъ по ну. На рану пной стѣнки до дренажа. зъ катетра demeure. ые компрес- сы.	Въ тотъ же вечеръ моча просочилась въ рану. Безъ лихорадки. На 12 д. моча нормально; безъ осложнений.	Вызд. на 20 д.	Тоже письмо д-ра Шмитцъ.
ажъ пузыря. а брюшной ки не заши- борные ком- ссы. Поло- е на животъ.	Со стороны раны все хорошо. Сильная лихорадка до самой смерти; сильные поносы; stomatitis, otorrhoea. Причина смерти septicaemia (ex otitide media). Вскрытие. Cystitis, pyelitis levis dext., enteritis et colitis; hyperaemia cerebri et meningitis; otitis media purulenta.	Умеръ черезъ 14 д.	
а дренажа, и раньше. рану брюш- стѣнки швы ренажей Бор- компрессы. ложение на животъ.	Безъ лихорадки. На 15 д. моча нормально; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 27 д.	
ь же уходъ.	Безъ лихорадки. На 6 д. моча нормально; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 36 д.	
ь же уходъ.	Безъ лихорадки и осложнений. Моча нормально черезъ 11 д.	Вызд. черезъ 37 д.	
ь же уходъ.	Первые 4 д. т-ра до 40,3, а ватѣмъ безъ лихорадки. Никакихъ осложнений. Выписанъ съ нормальной мочей.	Вызд. черезъ 16 д.	
ь же уходъ.	Лихорадитъ 2 недѣли, вследствие influenza. На 14 д. моча нормально; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 27 д.	

266	»	2 л. Съ рожд.	Дурное питаніе. Моча нейтраль- ная, гнойная.		Сильное крово- теченіе.	19, 4,2×, ×2.
267	Иршикъ. Дѣтск. больн. Св. Влади- мира. Москва. 1884—1886.	2 л 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Пузырь и коль- пейринтеръ на- ливались отъ 8) — 160 к. с. раств. сулемы (1:5000) или 2 ⁰ / ₀ раствор. борной кислоты.	Камень раздро- бился.	Фосф Оскол вѣс 5,
268	»	3 ¹ / ₂ г. 1 ¹ / ₂ г.	Моча мутная, кислая, безъ бѣлка.	Вмѣсто обыкно- веннаго коль- пейринтера упо- треблялся мягкій катетръ съ на- дѣгой на немъ мягкой гутаперч. тканью, которая и расширялась по мѣрѣ налива- нія раствора.		Фосфат яд ура 9, 2 ×, ×
269	»	12 л. Нѣсколь- ко л.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Кожный разрывъ 4,5 с. послойно.		Оксал 3, 1,5×, ×
270	»	8 л. Болѣе 2 л.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Пузырь захва- тывался 2 острыми крюч- ками; разрывъ дѣлался между 2 лигатурами		Оксал 0,2
271	»	10 л. 2 г.	Моча мутная, кислая; бѣлокъ.	катгута. Передъ операцией тща- тельное приго- товленіе боль- наго. Послѣ операции про- мыванія пузыря		Оксал 1, 1×, 1,
272	»	6 л. 2 г.	Моча мутная, нейтральная; содержитъ гной и бѣлокъ.	2 ⁰ / ₀ растворомъ борной кислоты или сулемой (1:5000).	Камень раздро- бился.	Фосф яд ура 11,
273	»	5 л. 1 ¹ / ₂ г.	Моча слабо- кислая; бѣлокъ.			Оксал 2, 1×1,8
274	»	4 л. 2 г.	Моча кислая, бѣ- локъ.			Ура 20, 3×3, 1,8

ь же уходя.	Незначит. лихорадка (maxim. 38,1). На 2 д. рвота; колющ.; смерть.	Умеръ на 3 д.	
пузырь кат- вый (№ 1) ь по Тилин- . На рану шней стѣнки ь до дрен.	На 2 д. катетръ выпалъ; вставленъ новый и оста- вался до самой смерти. На 3 д. моча въ ранѣ. Въ д. операции т-ра нормальна, остальные — 39, 39,7. Смерть. Вскрытія не было, но по признакамъ (боль въ животѣ, рвота) peritonitis.	Умеръ черезъ 3 д.	Березкинъ Труды 2 Съѣзда Русск. Врачей.
тетръ à de- ge. Атисеп. повязка. пузырь кат- вый шовъ по ксимову. Въ стальномъ тоже.	Безъ лихорадки; не задолго до смерти 38. Катетръ оставался до самой смерти. На 3 д. повторная рво- та (ртомъ вышла круглая глиста), наступилъ ціанозъ, пульсъ пропалъ; смерть. Вскрытіе. Ничего, кромѣ жироваго перерожденія сердца.	Умеръ черезъ 2 д.	
пузырь кат- овый шовъ Тилину. остальномъ тоже.	Первые 2 д. т-ра повышена. Prima intentio пу- зырной раны. Катетръ удаленъ на 7 д.	Вызд. на 12 д.	
пузырь кат- вый шовъ по ксимову. Въ стальномъ тоже.	Первые 5 д. т-ра не выше 38, затѣмъ до 40. Pneum satar. Prima intentio пузырной раны. Катетръ удаленъ на 4 д.; на стѣнкахъ катетра обильное от- ложение мочекислыхъ солей.	Вызд. почти черезъ 60 д. отъ pneum sat.	
пузырь кат- овый шовъ Тилину. Въ стальномъ тоже.	Prima intentio пузырной раны. Катетръ удаленъ на 4 д. Недѣлю т-ра была слегка повышена; безъ осложненій.	Вызд. черезъ 11 д.	
пузырь кат- ый шовъ по ксимову. Въ альномъ тоже.	На 3 д. катетръ выпадалъ 2 раза. На 4 д. уре- трить. На 15 д. черезъ рану вставленъ въ пузырь дренажъ; при промываніи черезъ него выходитъ мно- го гноя. На 20 д. боль въ правой пояснич. области, которая оставалась до самого выхода изъ больницы. Все время т-ра до 40.	Выпи- санъ съ не- вполнѣ заруб- цевав- шейся раной. Вызд. черезъ 20 д.	
ь же шовъ. остальномъ тоже.	Первые 3 д. т-ра до 38, затѣмъ нормальна. Ка- тетръ удаленъ на 4 д. На 14 д. моча немного черезъ рану.	Умеръ черезъ 7 д.	
ь же шовъ. остальномъ тоже.	Первые 3 д. температура 37,7, остальные 38,8— 40. Катетръ удаленъ на 4 д. Prima intentio пузыр- ной раны. На 6 д. сильная боль въ области почекъ; на 8 д. смерть.		

275	•	3 ¹ / ₂ л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Фосфат 4,0 2,2×1 0,8
276	•	7 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 3,0 2,2×1 1,0
277	•	4 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Камень раздроблен.	Фосфат 7,0
278	•	3 ¹ / ₂ г. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 2,0 1,5×1 0,7
279	•	4 л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат 5,0 3×2, 1,7
280	•	4 ¹ / ₂ л. 9 м.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат 0,5 0,5×0 0,3
281	•	7 л. 1 г.	Моча кислая, содержитъ бѣлокъ.	Камень раздробленъ.	Фосфат Осколки 15,0
282	•	4 л. 1 м.	Моча кислая, содержитъ бѣлокъ.		Фосфат 5,2 2,2×2
283	•	6 л. *1 г.	Моча кислая, содержитъ бѣлокъ.		Урат 4,0 3×1 1,5
284	•	10 л.	Моча щелочная, безъ бѣлка.		Уро-ф фат. 43, 5,2× 2,5

	Вскрытіе. Рана пузыря срослась. Катгутъ не ясосося. Мочеточники сильно растянуты; обѣ почки увеличены; лоханки растянуты и наполнены гноемъ. Слизист. оболочка мочеточниковъ сильно гиперемирована съ точечными кровоизліяніями.	
ѣ же шовъ. остальномъ тоже.	Т-ра нормальна. Катетръ удаленъ на 4 д. На 5 д. въ ранѣ моча; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 20 д.
ѣ же шовъ. остальномъ тоже.	Т-ра нормальна. Катетръ удаленъ на 4 д. Prima intentio пузыря раны; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 12 д.
пузырь кат-вый шовъ по линіи. Въ льномъ тоже.	Первые 2 д. т-ра до 38,8. Съ 2 д. уретритъ; катетръ удаленъ; со 2 же д. моча показалась въ ранѣ.	Вызд. черезъ 30 д.
пузырь кат-вый шовъ по симову. Въ льномъ тоже.	Т-ра нормальна. Катетръ удаленъ на 5 д. Prima intentio пузыря раны. Безъ осложнений.	Вызд. черезъ 12 д.
пузырь кат-вый шовъ по линіи. Въ льномъ тоже.	На 2, 3 д. т-ра 38, затѣмъ нормальна. Катетръ удаленъ на 3 д. На 7 д. моча просочилась. Все время уретритъ отъ катетра.	Вызд. черезъ 13 д.
пузырь кат-вый шовъ по симову. Въ льномъ тоже.	Первые 6 д. т-ра повышена (38—39). Катетръ удаленъ на 4 д. Prima intentio пузыря раны; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 17 д.
ѣ же шовъ. остальномъ тоже.	Т-ра нормальна. На 2 д. моча пошла черезъ рану. На 3 д. уретритъ; удаленъ катетръ.	Вызд. черезъ 13 д.
ѣ же шовъ. остальномъ тоже.	Изрѣдка т-ра до 38. На 3 д. моча просочилась, на 4 д. удаленъ катетръ; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 20 д.
пузырь кат-вый шовъ по линіи. Въ льномъ тоже.	Т-ра нормальна. На 2 д. моча пошла черезъ рану. Катетръ удаленъ на 3 д.; вызвалъ уретритъ.	Вызд. черезъ 16 д.
пузырь кат-вый шовъ по симову. Въ льномъ тоже.	На 2 д. моча пошла черезъ рану. Съ 4 д. уретритъ; удаленъ катетръ. Лихорадка 6 д. (37,5—40).	Вызд. черезъ 30 д.

285	»	10 ¹ / ₂ л. 10 м.	Моча нейтральная, безъ бѣлка	Фосфор 10, 2,2× 2,
286	»	3 л. 1 г.	Моча кислая.	Два кн Ура. 3, 1,5× 0, 1,3× 1, 15
287	»	4 л. 1 г.	Моча слабощелочная.	
288	»	Дѣвочка 2 ¹ / ₂ л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Уро- фаты. 3×1 1,
289	»	5 л. Нѣскольк. лѣтъ.	Моча мутная, щелочная; примѣсь крови.	Уро- фаты. 3×3
290	»	11 л. 5 л.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Оксал 13, 3×3
291	»	5 ¹ / ₂ л. 4 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Уро- фат 8, 3,5×
292	»	8 л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Ура. Оскол 4,
293	»	3 л. Около 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Ура. 10, 3×2
294	»	4 л. 3 г.	Моча кислая, содержитъ бѣлокъ.	Фосфор 16, 3,5× 1,5
295	»	Дѣвочка 3 ¹ / ₂ л. 1 ¹ / ₂ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Ура. 11, 2,8× 1,2

же шовъ. остальномъ тоже.	На 3 д. уретритъ; на 4 д. удаленъ катетръ; въ этотъ же день моча просочилась. Изръдка лихорадка.	Вызд. черезъ 17 д.
же шовъ. остальномъ тоже.	На 2 д уретритъ; на 3 д. удаленъ катетръ; на 7 д. моча просочилась. На 20 д. varicella; образовался абсцессъ penis. Моча, встрѣчая черезъ это препятствіе для выхода, снова пошла черезъ рану, уже варубцевавшуюся.	Вызд. черезъ 45 д.
ичный шовъ затый), кэт- вый, пузы- ренажъ пу- я черезъ гающееся стіе въ пу- . На рану ной стѣнки овый шовъ енажа. По- изъ суле- й марли и ваты.	Первые 4 д. т-ра повышена, затѣмъ нормальна до pneum. catar. Дренажъ удаленъ на 2 д. Примѣчаніе. Pneum. catar., varicella. Pneumonia бо- лѣе мѣсяца. Т-ра нормальна. Вставленъ катетръ; удаленъ на 3 д., такъ какъ черезъ него мочи шло мало. Дренажъ удаленъ на 8 д. Выписанъ, по желанію родителей, не окончивъ леченія.	Вызд. черезъ 60 д.
же уходъ.	Все время т-ра до 38,5. Дренажъ удаленъ на 19 д. Pneum. catar., morbilli.	Вызд. черезъ 60 д.
же уходъ.	Очень часто лихорадилъ до 38—39. Дренажъ удаленъ на 8 д.; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 35 д.
же уходъ.	Т-ра изръдка доходила до 38. Дренажъ удаленъ на 10 д.; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 30 д.
же уходъ.	Первый м. т-ра повышалась до 38. Дренажъ удаленъ на 5 д.	Вызд. черезъ 90 д.
же уходъ.	Т-ра нормальна. Дренажъ удаленъ на 12 д. За 5 д. до выхода изъ больницы черезъ orif. ext. urethrae былъ извлеченъ еще камень.	Вызд. черезъ 30 д.
же уходъ.	Т-ра повышалась (38—39) до удаленія дренажа; онъ удаленъ на 6 д.; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 25 д.
же уходъ.	Т-ра нормальна. Дренажъ удаленъ на 3 д., безъ осложнений.	Вызд. черезъ 25 д.

296	»	8 л. 4 г.	Моча щелочная, содержит гной и бѣлокъ.	Пузырь налить достаточно не удалось.	Уро-фе- фаты. 5,5 $2 \times 2,8$
297	»	6 л. 4 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 2,0 $1,8 \times 1$ 1,5
298	»	7 л. 4 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 9,0 $3 \times 2 \times 3$
299	»	5 л. $1\frac{1}{2}$ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Фосфа- идро ты. 8. 3×2 0,8
300	»	$4\frac{1}{2}$ л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 23, 3×3 1,5
301	»	9 л. 1 г.	Моча кислая, бѣлокъ.		Уро-фе- фаты. 0 $2 \times 1,8$
302	»	2 г. 9 м. 7 д. (?)	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 1,0 $1 \times 1 \times 5$
303	»	2 л.	Моча кислая, безъ бѣлка.		4,0 $2,2 \times 1$ 0,5
304	»	4 л. Болѣе 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 0,5 $0,8 \times 0$ 0,4
305	»	6 л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 4,0 2×1 0,8
306	»	4 л. Около 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 6,0 $2 \times 2,5$
307	»	$3\frac{1}{2}$ л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Урат. 13, $3,5 \times 2$ $\times 1$

ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 3 д., такъ какъ моча шла черезъ него плохо. Въмѣсто дренажа катетръ; удаленъ на 7 д. Т-ра очень часто повышалась до 38, 39.	Вызд. черезъ 105 д.
ть же уходъ.	Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи дренажъ выпалъ; вставить его не удалось, почему введенъ катетръ; удаленъ на 4 д. Т-ра нормальна.	Вызд. черезъ 25 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 7 д. Т-ра изрѣдка повышена; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 35 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 16 д. Первые 2 д. т-ра 38, 39; затѣмъ—нормальна; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 30 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 9 д.; т-ра нормальна; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 23 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 7 д. Т-ра изрѣдка повышалась до 39; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 30 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д. На 10, 11, 12 д. т-ра 38, затѣмъ нормальна; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 27 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 9 д. На 18 д. лицо опухло, въ мочѣ бѣлокъ. Т-ра часто до 39. Черезъ 26 д. выписанъ съ отекомъ лица; рана зарубцевалась.	Выписанъ черезъ 26 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д. На 13, 14 было повышение т-ры до 38; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 25 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 9 д., т-ра нормальна; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 27 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д., т-ра нормальна; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 18 д.
ть же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 2 д., такъ какъ моча шла мимо его. Катетръ. Мочи выделялось очень мало. На 3 д. рвота, вздутіе живота и боль около раны; на 4 д. смерть. Т-ра все время высокая (38—40). Вскрытіе не извѣстно.	Умеръ черезъ 3 д.

308	Дѣвочка 3 ¹ / ₂ л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.	При трудномъ извлеченіи камня небольшой раз- рывъ пузырьной раны.	Фосфат 22,0. 4×3×2
309	8 л. 2 г.	Моча нейтраль- ная, безъ бѣлка.		Фосфат 47,0. 5×4×3
310	5 л. 1 ¹ / ₂ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Три камня. Всѣ 10 Одинако- вой вели- 2×1,8× 0,7.
311	6 л. 3 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Уро-фос- фаты. 11 3×2,8× 1,2.
312	1 ¹ / ₂ г. 1 ¹ / ₂ г.	Рахитикъ. Пло- хое питаніе. По- носъ. Моча кис- лая, безъ бѣл- ка. Лихорадить до 40.		Фосфат 4,0. 2,5×2× 1,5.
313	3 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.		Фосфат 3,0. 2×2×1
314	Дѣвочка 4 л. 2 г.	Моча кислая, бѣ- локъ.	Раненіе брюши- ны (спускалась низко). Шелко- вые швы.	12,0. 3×2,5× 1,8.
315	11 л. 7 л.	Моча кислая, безъ бѣлка.	Выѣтъ съ s. alta сдѣлана и me- diana, для уда- ленія застрявша- го въ уретрѣ осколка камня.	Ураты. 17,0.
316	4 л. 3 г.	Моча кислая, бѣлокъ.		Ураты 5,0. 2,6×1,5× ×2.
317	9 л. 1 м.	Моча щелочная.		Ураты. 2,0. 1,8×1,7× 0,8.

съ же уходъ.	На 2 д. въ пузырь введенъ катетръ, который удаленъ на 5 д. Понось въ теченіе 2 м.; риепш. сатар. не разрѣшилась до самой смерти. Т-ра все время высока (39—40). Рана не зарубцевалась. Вскрытіе не извѣстно.	Умер. черезъ 60 д.
съ же уходъ.	Первые 2 д. т-ра до 38—39. Дренажъ удаленъ на 6 д. Выписанъ, по желанію родителей, еще съ незажившей раной.	Вызд. черезъ 23 д.
съ же уходъ.	Дренажъ выпалъ на 7 д. На 12 д. т-ра повышена (38—40); безъ осложнений.	Вызд. черезъ 26 д.
съ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д. Т-ра изрѣдка повышалась. Рана черезъ 30 д. вполне закрылась, но вскорѣ моча снова пошла черезъ рану.	Вызд. черезъ 60 д.
съ же уходъ.	До самой смерти т-ра около 39. Вскрытіе не извѣстно.	Умеръ на 3 д.
съ же уходъ.	Т-ра нормальна. Дренажъ удаленъ на 7 д.; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 18 д.
съ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 7 д. Т-ра повышена до самой смерти. Первые 3 д. не слабило, а затѣмъ dysenteria. Вскрытіе не извѣстно.	Умер- ла черезъ 17 д.
съ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 8 д. На 23 д. т-ра повысилась (38); держалась 4 д., затѣмъ нормальна; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 32 д.
съ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 6 д. Т-ра изрѣдка до 38; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 22 д.
съ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 5 д. Т-ра 8 д. выше нормы; безъ осложнений.	Вызд. черезъ 16 д.

318	»	3 л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Ураты 2,0. $1,8 \times 1,2$ 0,5.
319	»	3 л. $1\frac{1}{2}$ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уро-фос- фаты. 2,0. $2 \times 1,8$ 0,7.
320	»	3 л. $\frac{1}{2}$ г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Фосфат. 4,0. $2 \times 2 \times$
321	»	4 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Уро-фос- фаты. 3,0. $1,5 \times 1,5$ 0,8.
322	»	5 л. 1 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Ураты 1,0. $0,5 \times 1$ 0,5.
323	»	8 л. Нѣск. л.	Моча кислая, безъ бѣлка.		При извлеченіи камня разрывъ нижняго угла пузырной раны. Катетръ въ уретру.	Уро-фос- фаты. 4,8 $6 \times 4,5$ 2,5.
324	»	$1\frac{1}{2}$ г. Около 1 г.	Моча кислая, бѣ- локъ.			Уро-фос- фаты. 6 $2 \times 2,8$
325	»	4 л. 2 г.	Моча кислая, безъ бѣлка.			Ураты 1,2. $1,5 \times 0,4$ 1,2.
326	Ассен- дельфтъ. Больница Пашкова,	2 г. 10 м. Съ 1 г.	Блѣденъ, не ходитъ; довольно хорошаго питанія.	Больнымъ до операциі назна- чалась легкая діета. Прямая кишка опораж- нивалась передъ операцией высо- кими промыва- тельными. Про- мываніе пузыря до операциі дѣ- лалось рѣдко. У нѣкоторыхъ больныхъ, при хорошей боль-	Трудное извле- ченіе камня.	3,0. $1,2 \times 1$ 0,7.
327	Нижегородск. губ., с. Ве- тошкино, 1882.	$2\frac{1}{2}$ г. Съ 1 г.	Истощенъ.		При расширеніи раны пузыря кровотеченіе около $1\frac{1}{2}$ унц.	2,5. $1,7 \times 1,6$ 1,3.
328	» 1882.	3 л. 2 г.	Блѣденъ, но хоро- шее питаніе.		Выпячив. жиръ околопузыря. калѣтчатки сняты ножницами; по- рядочное крово- теченіе.	2,0. $2 \times 1,6$ 0,9.

тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 5 д. Т-ра на 2, 3 д. до 39; безъ осложненийъ.	Вызд. черезъ 23 д.	
тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 6 д. Т-ра на 2 д. вечеромъ 38; затѣмъ нормальна. Выписанъ съ невольнѣ зарубцевавшейся раной.	Выписанъ черезъ 18 д.	
тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 7 д. Т-ра изрѣдка выше нормы. Примѣчаніе. Перенесъ feb. recurrens.	Вызд. черезъ 40 д.	
тъ же уходъ.	Т-ра на 8 д. поднялась; scarlatina. Т-ра высока до выхода изъ больницы. Во время скарлатины моча часто съ примѣсью крови. Выписанъ съ невольнѣ зарубцевавшейся раной.	Выписанъ черезъ 30 д.	
тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 4 д. На 17 д. scarlatina. На 27 morbilli et pneum. catarr. Т-ра съ 17 до смерти повышена (38—40). Рана совершенно зарубцевалась. Вскрытіе не извѣстно.	Умеръ черезъ 32 д.	
тъ же уходъ.	Катетръ удаленъ на 4-й день; уретритъ. Дренажъ удаленъ на 8-й д. Т-ра 33 д.—нормальна, затѣмъ 8 д. повышена (38—40). Боли въ пузырной области, правой почкѣ.	Вызд. черезъ 50 д.	
тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 6 д. Т-ра нормальна, безъ осложненийъ.	Вызд. черезъ 20 д.	
тъ же уходъ.	Дренажъ удаленъ на 5 д. Первые 7 д. т-ра повышена незначительно; безъ осложненийъ.	Вызд. черезъ 25 д.	
ательное про- аніе пузыря , 10% раств. боловой к. Въ зырь одинъ стый (8 мм.) 2 болѣе тон- хъ дренажа. уровнѣ кожи езъ дренажъ роводилась рльсбадская , концы ко- ой отламыва- сь щипцами.	Почти безъ лихорадки. На 20 д. моча пошла нормально; на 28 д. рана вполнѣ зарубцевалась; безъ осложненийъ. Безъ лихорадки. На 7 д. удалены оба дренажа. Съ 8 д. моча пошла нормально; на 34 д. рана вполнѣ зарубцевалась; безъ осложненийъ. Незначительная лихорадка. Въ первый д. сняты швы; т-ра пала до нормы. Рана разошлась. Дренажи вынуты на 4 и 5 д. На 10 д. balanopostitis. Моча пошла нормально на 17 д, на 35 д. рана вполнѣ зарубцевалась.	Вызд. черезъ 20 д. Вызд. черезъ 35 д. Вызд. черезъ 35 д.	Врачъ. 1887. № 18— 28.

329	1882.	9 л. Съ 2 л.	Сильныя страданія; хорошо развѣтъ, но истощенъ.	нич. обстановкѣ, общее состояніе видимо улучшалось и можно было ждать для операций болѣе выгоднаго времени. У другихъ успѣхъ могъ быть полученъ только отъ немедленной операции. Способъ Garson - Petersen'a исключительно у взрослыхъ, безъ предварительныхъ методич. расширеній пузыря жидкостью. У всѣхъ больныхъ до 10 л. и у большинства до 15, послѣ выпрыскиванія только въ пузырь незначит. количества жидкости, удавалось сдѣлать пузырь доступнымъ ножу, безъ опасенія поранить брюшину. Длина кожной раны 4—8 с.; сдѣлать разрѣзъ точно по lin. alba ни разу не удалось. Во всѣхъ случ. влагалище прям. мышцъ вскрывалось около самой бѣлой линіи по направленію мышеч. волоконъ. Довольно часто попадались и пирамидальныя мышцы. При разрѣзѣ фасціи, покрывающей околопуз. кѣтчатку, приходилось иногда снимать выпячивающіеся	Трудное извлеченіе камня.	20,0 $4 \times 3,7$ 2,3.
330	1883.	4 л. Съ 1 г.	Сильныя страданія. Истощенъ сильно. Prolapsus recti съ значит. кровотеченіемъ изъ слизистой оболочки.	Выпячив. жиръ предпузыр. кѣтчатки снять ножницами. Складку брюшины пришлось удерживать.	Наружныя сл. раздробились. В. камня осколками 23,0 $3 \times 2,6$	
331	1883.	3 л. Съ 2 л.	Хорошо развитъ. Моча съ слизью и гноемъ.	Выпячив. жиръ околопузырн. кѣтчатки снять ножницами. Брюшина удержана пальцемъ.	Каменные трубки образн. Calculi prostatici vesical. 7,6. $4,8 \times 1,5$	
332	1883.	3 л. 2 л.	Сильнѣйшія страданія. Не ходитъ, рхитикъ. Плохъ.	Брюшина удержана. Значит. кровотеченіе изъ раны пузыря. Сосудъ не найденъ. Упадокъ силъ, вслѣдствіе кровотеч. и продолжит. наркоза.	11,0. $3,2 \times 2,1$ 1,6.	
333	1883.	7 л. Съ 2 г.	Умѣренныя страданія; хорошо развитъ; глухо-нѣмой.		6,05. $2,5 \times 2,1$ 1,6.	
334	1883.	6 л. 4 г.	Довольно сильныя страданія. Блѣденъ.		8,0. $3 \times 2,6$ 1,6.	
335	1883.	11 л. Нѣск. л.	Страданія умѣренныя. Общее состояніе отлично. Лихорадить до 38,3.		3,1. $2,1 \times 1,2$	
336	1883.	17 л. 15 л.	Страданія страшныя. Большіе геморроидальн. узлы; изъязвлены. Моча щелочная, воющая; много гноя. Лихораждать до 38,5.	Брюшина удержана.	15,0. $3,3 \times 3,2$ 2,2.	

<p>енажъ выше лки срѣзался. рану брюш- стѣнки швы зъ катгута; ова на прям. ищцы и ихъ галища, а за- вмъ черезъ рай кожной ны, почти до нажа въ ниж- у углу раны. рану іодо- ормъ. Подъ ицами иглы нажа на рану лся кусочекъ форм. марли, угой кусокъ ой же марли рывалъ про- тъ дренажа; заключеніе колько сали- ловой ваты, рхъ которой язка изъ хо- по обеззара- нной ваты, крѣпленной левымъ бин- ь. Положеніе животъ, на юкъ, хорошо битый соло- й, покрытый сенкой и не- шой просты- а подъ го- у подклады- лась малень- я подушка. да подкладка, орою покры- клеенка, дѣ- лась мокрою, ьнаго пере- ртывали на ину; повязка нималась и ишныя стѣнки ывались ра- вор. карболо- кисл. Въ те- ніи первыхъ 5 д. опери-</p>	<p>Затяжное теченіе. До 15 д. т-ра повышена нѣ- сколько разъ до 38, затѣмъ въ нормѣ. Моча мутна, съ гноемъ. Катетръ à demeure. Промыванія пузыря. Моча пошла нормально на 36 д.; рана зарубцевалась вполнѣ на 54 д. До выписки моча долго давала муть.</p> <p>Значительная лихорадка 14 д. Плохъ; облегчаютъ больного теплыя ванны. 2 раза рвота; рана разо- шлась. На 21 д. вынуть дренажъ; на 29 д. моча пошла нормально; выздоровѣлъ вполнѣ.</p> <p>Незначительная лихорадка. Черезъ 7 д. удаленъ дренажъ. Съ 15 д. моча пошла нормально; выздoro- вѣлъ вполнѣ, безъ осложнений. Рубецъ шириною въ 1½ сант.</p> <p>Затяжное теченіе. На 2—4 д. моча слегка крова- вая. Бронхитъ. Т-ра между 38,2—39,7, съ 5 д. безъ лихорадки. На 8 д. удаленъ дренажъ; т-ра 38,3. На 12 д. моча пошла нормально. Съ 21—42 д. катарръ кишечъ; т-ра повышена (38—40,6). Выздоровѣлъ вполнѣ.</p> <p>Почти безъ лихорадки. Края раны разошлись. Дренажъ вынуть на 17 д.; выздоровѣлъ вполнѣ, безъ осложнений.</p> <p>Значительная лихорадка до 39—40. Въ окру- жности раны легкая краснота. Дренажъ введенъ опять. Запоръ, вздутіе живота. На 23 д. вынуть дренажъ; выздоровѣлъ вполнѣ.</p> <p>Незначительная лихорадка. На 11 д. дренажъ уда- ленъ; съ этихъ поръ моча почти исключительно че- резъ уретру; выздоровѣлъ вполнѣ.</p> <p>Незначительная лихорадка (33,3—три раза). На 14 д. удаленъ дренажъ. На 29 д. моча нормальна. Выписанъ въ хорошемъ состояніи.</p> <p>Примѣчаніе. Извѣстно, что черезъ 7 м. былъ со- вершенно здоровъ.</p>	<p>Вызд. черезъ 54 д.</p> <p>Вызд. черезъ 31 д.</p> <p>Вызд. черезъ 41 д.</p> <p>Вызд. черезъ 52 д.</p> <p>Вызд. черезъ 38 д.</p> <p>Вызд. черезъ 33 д.</p> <p>Вызд. черезъ 25 д.</p> <p>Вызд. черезъ 41 д.</p>
---	--	---

337	• 1883.	20 л. Съ дѣт- ства.	Общее состояніе д. хорошее. Моча съ слизисто-гнойнымъ осадкомъ. Лихорадить до 38,5. Промыванія пузыря ухудшили катарръ. Лихорадка перемежного типа доходить до 40; сильные знобы и поты; боли въ лѣвой пояснич. области. Селезенка увеличена. При соответст. леченіи т-ра пришла въ норму.	комки жира ножницами, иначе все поле операціи затемнялось. Складка брюшины въ верхнемъ углу раны лишь незначит. затрудняла операцію. Рава пузыря отъ 2—6 с. Камень извлеченъ корнцангомъ или обыкновен. щипцами. При раздробившемся камнѣ тщательное удаление осколковъ и песку продолж. промываніемъ пузыря.	Кровотечение д. значительно. Перевязка вены удалась съ трудомъ. Изъ раны пузыря артеріальн. кровотечение; перевязка въ глубинѣ раны не удалась. Крючки высканивали изъ пузырной раны. Брюшина удержана. Камень раздробленъ.	Осколокъ ядро 10.
338	• 1883.	12 л. 5 л.	Блѣденъ; хорошо развитъ.			10,2 3,3×1,9 ×1,9
339	• 1883.	10 л. 8 л.	Хорошо развитъ.			1,6. 1,5×1 ×1,5
340	• 1883.	12 л. Съ дѣт- ства.	Хорошо развитъ. Обильный слизист-гнойный осадокъ въ мочѣ. Камень легко прощупывается снаружи.		Дов. значительное кровотечение. Сосудъ не найденъ. Пришлось удерживать брюшину и выпячивающуюся въ рану слизистую оболочку задней стѣнки пузыря.	Два камня 24,5 3,8×3,5 2,5.
341	• 1883.	5 л. 4 г.	По временамъ сильныя страданія.		Пузырь соскочилъ съ крючка; отыскать рану пузыря было трудно.	3,4. 2×1,6 1,2.
342	• 1883.	19 л. Съ дѣт- ства.	Моча мутная.	Пузырь налитъ, въ прямую кишку—губка.	Выпячив. жиръ околопузыр. клетчатки снятъ ножницами.	

нныхъ пере-
ывали отъ
8 разъ въ
сутки.

Затяжное теченіе. Лихорадка сильно (39,2—40 и выше). Моча 2 д. кровавая. Края раны разошлись. Сильный cystitis; промыванія пузыря. На 16 д. изъ раны вышелъ большой кусокъ омертвѣлой клетчат-
ки; до 21 д. при промываніи пузыря черезъ уретру изъ раны выходили частицы мертвой ткани и свер-
тки гноя, особенно при легкомъ давленіи съ правой стороны пузыря. Вскорѣ хорошія грануляціи. Sys-
titis меньше, промыванія прекращены. На 56 д. дренажъ вынутъ; на 52 д. моча пошла нормально. Долго не закрывался свищевой ходъ на мѣстѣ брюш-
ной раны. Выписанъ поправившимся хорошо, съ слегка мутной мочей.

Вызд.
черезъ
139 д.

Незначит. и непродолжительная лихорадка. Черезъ 7 д. края раны разошлись; на 13 д. вынутъ дренажъ. На 23 д. моча пошла нормально; выписанъ попра-
вившемся хорошо.

Вызд.
черезъ
30 д.

Значительная лихорадка 5 д. На 13 д. дренажъ вы-
нутъ. Съ 15 д. моча пошла нормально. Снова непродолжительная лихорадка (38,4—39). Моча мутна. Об-
разовался абсцессъ справа надъ Пупартовой связ-
кой; разрывъ, дренажъ. Выписанъ въ хорошемъ со-
стояніи.

Вызд.
черезъ
30 д.

Затяжное теченіе и продолжит. значительная лихо-
радка (достигала 40,2). На 2 д. операціи моча кро-
вавая. На 7 д. края раны разошлись. Сильный sys-
titis; промыванія пузыря. На 14 д. вынутъ дренажъ;
на 20 д. катетръ à demeure. Вскорѣ (при высокой т-рѣ) образовался периуретральный абсцессъ; катетръ
удаленъ; введенъ дренажъ въ пузырь. Cystitis; поло-
женіе на животѣ. Периуретритъ и уретритъ прохо-
дятъ. На 47 д. моча съ гноемъ пошла нормально. Снова лихорадка; снова дренажъ; промыванія пузы-
ря. Катарръ пузыря проходитъ медленно; выписанъ
вполнѣ здоровымъ.

Вызд.
черезъ
90 д.

Незначительная лихорадка. Края раны разошлись. На 9 д. дренажъ вынутъ; съ 17 д. моча пошла нор-
мально; безъ осложнений.

Вызд.
черезъ
33 д.

Значительная лихорадка первые 9 д. Моча крова-
вая. Рана разошлась. На 13 д. вынутъ дренажъ; на
18 д. моча пошла нормально. Послѣоперационный пе-
ріодъ осложнился сильнымъ катарромъ пузыря; послѣ
промываній прошелъ вполнѣ; выписанъ совершенно
здоровымъ.

Вызд.
черезъ
43 д.

343	„ 1884.	2 л. 1 г.	Питаніе хорошо. Сильныя страданія. Моча волючая, гной- ная.	Брюшина удержана. Пришлось удерживать слизистую оболочку пузыря; это затрудняло удаленіе камня.	2,9 2,2×1,1 ×1,
344	„ 1884.	3 ¹ / ₂ л. 2 ¹ / ₂ г.	Общее состояніе удовлетв. Моча мутная, съ примѣсью крови.		2,2 2×1 ×1
345	„ 1884.	6 л. 5 л.	Хорошо развитъ. Сильныя страданія. Моча разложившаяся, съ гноемъ и кровью.	Выпячив. жиръ околопуз. клѣтчатки срѣзанъ. Брюшина удержана. Искусств. дыханіе.	3,0 1,7×1 1,7
346	„ 1884.	15 л. 14 л.	Истощенъ сильно. Страданія сильныя. Моча разложившаяся, съ гноемъ. Лихорадить до 40. Камень прощупывается черезъ брюш. стѣнки.	Камень плотно охваченъ стѣнками пузыря. Наружный слой его легко дробился (фосфаты).	35,0 4×3, 2,6
347	„ 1884.	5 л. 4 г.	По временамъ страдаетъ сильно.	Брюшина удержана.	11,5 3,2×2 1,7
348	„ 1884.	4 л. 3 г.	Блѣденъ, слабъ. Моча мутная.		7,0 2,6×2 1,3
349	„ 1884	7 л. 6 л.	Золотушенъ. Пупочная грыжа. Prolapsus recti. Моча очень мутная.	Брюшина удержана.	5,0 1,9×1 1,7
350	„ 1884.	13 л. 10 л.	По временамъ страдаетъ сильно. Моча съ слизисто-гнойнымъ осадкомъ.	Кровотеченіе (около 1 ¹ / ₂ унц.); послѣ операціи — послѣдовательное.	25,0 4,4× 2,5

Два д. т-ра до 38. На 5 д. удален дренаж. На 7 д. края раны разошлись; сухой шовъ. Мало по малу безпокойство и картина peritonitidis.

Умеръ
черезъ
16 д.

Вскрытіе (неполное). Въ брюшныхъ стѣнкахъ, въ окружности пузыря — ничего. Раздутыя кишки склеены между собою и салникомъ; между петлями кишекъ густой гной. Гнойный налетъ на поверхности печени и селезенки. Пузырь сокращенъ; брюшина, соответственно пузырю, налита. Стѣнки пузыря нормальны. Въ кишкахъ и желудкѣ — круглыя глисты.

Затяжное теченіе съ значит. повышенной т-рой. Края раны разошлись. На 5 д. удален дренаж. На 18 д. три д. значительно лихорадитъ: cystitis; явленія эти исчезли, когда моча, идущая нормально, снова пошла черезъ рану. На 49 д. моча снова нормально; выписанъ вполне здоровымъ.

Вызд.
черезъ
62 д.

Почти безъ лихорадки. На 18 д. удален дренаж; на 21 д. свѣтлая моча пошла нормально; выписанъ въ отличномъ состояніи.

Вызд.
черезъ
31 д.

Значительная лихорадка. На 4 д. рана разошлась. Промыванія пузыря. Urethritis et balanopostitis. Довольно сильный cystitis, поэтому снова дренажъ въ рану и промыванія пузыря до 21 д. (моча исправилась). На 23 д. удален дренаж; съ 27 д. моча пошла исключительно нормально. Выписанъ въ отличномъ состояніи.

Вызд.
черезъ
46 д.

Безъ лихорадки, но теченіе затянулось. На 8 д. удален дренаж; моча пошла исключительно нормально. Долго не закрывался свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны.

Вызд.
черезъ
57 д.

Безъ лихорадки. На 8 д. края раны разошлись. На 12 д. удален дренаж; свѣтлая моча пошла нормально. Выписанъ совершенно здоровымъ.

Вызд.
черезъ
31 д.

Почти безъ лихорадки. На 8 д. сняты швы. На 10 д. удален дренаж. Выписанъ въ отличномъ общемъ состояніи.

Вызд.
черезъ
31 д.

Незначительная и непродолжительная лихорадка. На 6 д. удален дренаж; на 9 д. моча пошла нормально.

Вызд.
черезъ
30 д.

351	1884.	4 л.	Истощенъ. Расхожденіе <i>m. pectorum</i> . <i>Prolapsus recti</i> . Сильныя страданія. Моча мутная.	Складка брюшины удержана.	15, 3,8×3
352	1884.	3 л. 2 г.	Хорошо развитъ.	Выпячив. жиръ околопузырн. клѣтчатки срѣзанъ. Брюшина удержана.	Два ка 2,0 1,9×1 ×1 1,0 0,8×1 1,2
353	1884.	4 л. 3 г.	Хорошо развитъ. Сильныя страданія	Выпячив. жиръ околопуз. клѣтчатки срѣзанъ.	Два ка 2,0 1,9×1 0,9 1,5 1,6×1 0,9
354	1884.	3 ¹ / ₂ л. 2 ¹ / ₂ г.	Питаніе хорошо. <i>Scabies</i> .	Тоже, но еще пришлось удерживать брюшину	0,9 1,1×0 0,7
355	1884.	28 л. Съ дѣтства.	Сильно истощенъ. Сперва боли были сильны, а съ 11 л. стали незначительны. Послед. годъ — невыносимы. Моча мутная.		113, 6,4× 4,2
356	1884.	20 л. 18 л.	Моча мутная, слабо-щелочная. <i>Abscessus reg. iliacaе dext.</i>	Дов. значит. артер. кровот. изъ стѣнокъ пузыря.	19, 4×3, 2,2
357	1884.	10 л. 8 л.	Сильныя страданія. Истощенъ. Силились кости, гумма на головѣ. Отъ <i>k. jod.</i> лучше.		23, 4×3
358	1881.	3 ¹ / ₂ л. 2 ¹ / ₂ г.	Сильныя страданія.		5,1 2,8×2 1,4

	<p>Затяжное теченіе и значит. лихорадка. На 6 д. вынуть дренажъ. Сильный cystitis, а потому удаленный дренажъ снова вставленъ. Cystitis не лучше; высокая т-ра. Отекъ праерутіи, припухлость (т-ра 40). На 43 д. дренажъ удаленъ; на 46 д. моча пошла нормально; моча съ легкой мутью.</p>	<p>Вызд. черезъ 55 д.</p>
	<p>Почти безъ лихорадки. На 8 д. удаленъ дренажъ. Края раны разошлись. Съ 11 д. свѣтлая моча идетъ нормально. Выздоровѣлъ вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 24 д.</p>
	<p>Безъ лихорадки. На 7 д. рана зажила <i>per primam</i> до дренажа; на 8 д. удаленъ дренажъ; на 11 д. моча пошла нормально; вполне здоровъ.</p>	<p>Вызд. черезъ 28 д.</p>
	<p>Безъ лихорадки. Моча 3 д. окрашена кровью. На 7 д. рана зажила до дренажа <i>per primam</i>; дренажъ удаленъ. На 16 д. моча пошла нормально.</p>	<p>Вызд. черезъ 23 д.</p>
<p>ичный шовъ ря. На рану шной стѣнки ѣ, какъ обык- енно. Таже повязка.</p>	<p>Значительная лихорадка. На 15 д. удаленъ дренажъ; съ 30 д. моча исключительно черезъ стволъ и на 45 д. рана вполне зажила. Оставался въ больницѣ по случаю болѣй въ поясничной области и обострившагося cystitidis. Выписанъ вполне здоровымъ.</p>	<p>Вызд. черезъ 60 д.</p>
	<p>Примѣчаніе. Сперва былъ наложенъ полный шовъ пузыря, но при наливаніи его оказалось, что жидкость шла черезъ нижній уголъ раны; тогда всѣ сняты швы и вставленъ дренажъ. Наложеніе шва—трудно.</p>	
<p>этого случая за уходъ съ ажами. Та- повязка и оложеніе.</p>	<p>Почти безъ лихорадки. На 4 д. удаленъ дренажъ; вставленъ катетръ <i>à demeure</i>. Моча съ гноемъ. Сильный уретритъ; катетръ удаленъ; промыванія пузыря. Выписанъ въ отличномъ состояніи.</p>	<p>Вызд. черезъ 40 д.</p>
	<p>Безъ лихорадки. Свѣтлая моча пошла черезъ уретру на 23 д. Выписанъ въ отличномъ состояніи.</p>	<p>Вызд. черезъ 35 д.</p>
	<p>Безъ лихорадки. На 7 д. рана разошлась; на 11 д. удаленъ дренажъ. На 14 д. свѣтлая моча пошла исключительно черезъ стволъ. Выписанъ въ отличномъ состояніи.</p>	<p>Вызд. черезъ 32 д.</p>

359	1884.	12 л. 11 л.	Моча идетъ капля- ми. Пузырь растя- нутъ. Позади мо- шонки камень уретры.	Urethr. externa. Рана уретры за- шита катгетомъ № 0.	Пузы- рный мени- 7,0. 3,2×1.
360	1884.	6 л. 5 л.			2,2 1,8×1 ×1,3
361	1884.	13 л. 8 л.	Сильныя страданія; очень истощенъ.		Calcul prosta- vesical 17,3 6×2,2 1,3.
362	1884.	9 л. Съ ран- нихъ лѣтъ.	Общее состояніе хорошо.		6,45 3,1×2, 1,6.
363	1884.	3 л. 2 г.	Сильныя страданія. Блѣденъ, хорошо развитъ. Лихора- дить до 38,5.	Выпячив. жиръ предпузыр. клѣт- чатки срѣзанъ.	7,0 2,5×2 ×1,8
364	1884.	28 л. Съ ран- нихъ лѣтъ.	Послѣдніе 2 г. силь- ныя страданія. Блѣ- денъ. Умѣренный cystitis.	Пузырь налитъ 120 к. с., коль- пейринтеръ 540 к. с. жидкости.	30,0 Диаметр ядра 6×4,1 3,1.
365	1885.	5 л. Давно.	Сильныя страданія. Хорошо развитъ.	Выпячив. жиръ предпузыр. клѣт- чатки срѣзанъ. Послѣ извлече- нія камня крово- течение.	22,6 4,8×3, 2,2.
366	1885.	5 л.	Слабый мальчикъ. Бронхитъ послѣ ко- клюша.	При сильномъ сокращеніи брюшныхъ м. пузырь сокра- тился и найти сдѣланный раз- рѣвъ было трудно.	3,3. 2,5×1, 1,4.

Затяжное теченіе; лихорадочное состояніе непродолжительно и т-ра не высока. Частая и продолжительная рвота; прекратилась по выходѣ ртомъ круглой глисты. Разрѣзъ уретры зажилъ. На 16 д. удаленъ дренажъ. При давленіи на уретру выходить гной; разрѣзъ рубца на мошонкѣ; въ углу раны уретры—свищъ. Опять дренажъ пузыря. Удаленъ дренажъ на 21 д.; моча съ этого дня пошла нормально. Выздоровѣлъ вполне.

Вызд.
черезъ
31 д.

Значительная лихорадка 4 д. На 8 д. рана зажила до дренажа *per primam*. На 14 д. удаленъ дренажъ. На 16 д. высокая лихорадка въ зависимости отъ катарра кишекъ. На 21 д. снова удаленъ дренажъ. Небольшой *orchitis*. Выздоровѣлъ вполне.

Вызд.
черезъ
34 д.

Безъ лихорадки. На 7 д. рана зажила до дренажа. На 9 д. дренажъ удаленъ. Выздоровѣлъ вполне.

Вызд.
черезъ
14 д.

Почти безъ лихорадки. На 5 д. рана зажила до дренажа *per primam*. На 8 д. удаленъ дренажъ; на 11 д. моча свѣтла только черезъ стволъ; выздоровѣлъ вполне.

Вызд.
черезъ
22 д.

Безъ лихорадки. На 10 д. удаленъ дренажъ. На 13 д. свѣтлая моча идетъ только нормально; выписанъ вполне здоровымъ.

Вызд.
черезъ
24 д.

Незначительная и непродолжит. лихорадка. Запоры. На 9 д. рана зажила *per primam* до дренажа. На 16 д. удаленъ дренажъ; вполне здоровъ.

Вызд.
черезъ
28 д.

Почти безъ лихорадки. Первые 6 д. моча окрашена кровью. На 8 д. рана зажила *per primam* до дренажа. На 18 д. удаленъ дренажъ. На 25 д. моча свѣтлая исключительно черезъ стволъ.

Вызд.
черезъ
32 д.

Безъ лихорадки. На 10 д. края раны разошлись вблизи дренажа; дренажъ удаленъ. Выписанъ вполне здоровымъ.

Вызд.
черезъ
26 д.

367	» 1885.	25 л. Съ дѣт- ства.	Истощенъ. Сильно страдаетъ. Лихо- радка. Недержаніе зловонной мочи.	Пузырь налитъ 180 к. с., коль- пейрин. 360 к. с. жидкости.	Камень плотно охваченъ пузы- ремъ. Извлече- ніе трудно. Вы- паденіе слизи- стой оболочки пу- зыря.	Вѣс- оскол- ковъ 20,0
368	» 1885.	3 л.	Общее состояніе хорошо. Иногда страдалъ сильно. Моча свѣтлая.			Два кам- Оба= =3,0 1,8×1, ×1. 1,9×0, 0,8.
369	» 1885.	18 л. 14 л.	Хорошее сложеніе. Моча съ кровью в гноемъ.	Пузырь налитъ 150 к. с., коль- пейринтеръ 540 к. с. жидкости.	Кровотеч. черезъ нѣсколько ча- совъ послѣ опе- раціи. Во время операциі лигату- ра на артеріи пузырной стѣнки Извлеченіе кам- ня (малый раз- рѣзъ) трудно.	45,5 5×4×1
370	» 1885.	3 л. 2 г.	Сильныя страданія. Prolapsus recti съ кровоотеченіями изъ слизистой оболочки.		Брюшина удер- жана.	5,9. 2,8×2, 1,3.
371	» 1885.	16 л. Съ ран- нихъ л.			При разрѣзѣ предпузырной каптъчатки пора- нена артерія, пе- ревязана.	7,5. 3,2×2, 1,8.
372	» 1885.	4 л. 3 г.	Моча свѣтлая.		Пузырь такъ скоро сокра- тился, что не удалось ввести палецъ. Найти рану было труд- но, такъ какъ брюшину (рвота) пришлось удер- живать.	1,5. 1,5×1, ×1.

Затяжное теченіе почти безъ лихорадки (38—38,3). Края раны разошлись около дренажа. Аппетитъ плохъ; запоры. На 12 д. при перевязкѣ найденъ маленький камень. На 23 д. удаленъ дренажъ. Черезъ нѣсколько д. боли in. reg. subinguinale; легкая припухлость m. adduct. femoris; скоро прошли. Cystitis; промыванія пузыря. Выписанъ въ отличномъ общемъ состояніи.

Вызд.
черезъ
58 д.

Безъ лихорадки. Черезъ 4 д. рана зажила per primam до дренажа. На 13 д. удаленъ дренажъ. На 17 д. свѣтлая моча пошла нормально; совершенно здоровъ.

Вызд.
черезъ
17 д.

Затяжное теченіе; 4 д. т-ра повышена (38—39). Дренажъ закупоренъ сгустками крови. До 4 д. моча кровавая. Запоръ. Cystitis gravis; промыванія пузыря. Рана разошлась. На 10 д. удаленъ дренажъ. На 14 д. при промываніи черезъ рану вышли два куса омертвѣлой клѣтчатки; 7 д. еще выходили кусочки этой клѣтчатки. Cystitis то лучше, то хуже. Боли въ лѣвой почкѣ; т-ра поднялась (38—39). На 76 д. рана зарубцевалась. Боли въ почкѣ продолжаютъ; около раны открывался свищъ. Выписанъ въ хорошемъ состояніи, но съ явленіями сильнаго катарра пузыря.

Вызд.
черезъ
108 д.

Незначительная и непродолжит. лихорадка. На 8 д. рана разошлась только около дренажа. На 9 д. удаленъ дренажъ. На 12 д. свѣтлая моча пошла исключительно нормально; вполне здоровъ.

Вызд.
черезъ
23 д.

Безъ лихорадки. Моча слегка кровавая до 6 д. Края раны разошлись только около дренажа, который вынутъ. На 12 д. въ мочѣ гной. На 15 д. моча пошла нормально; поправился вполне.

Примѣчаніе. «Такую сильную струю крови не приходилось видѣть при sectio atla», пишетъ почтенный хирургъ.

Безъ лихорадки. На 6 д. рана зажила до дренажа, на 9 д. удаленъ дренажъ. Съ 11 д. свѣтлая моча только черезъ стволъ; выздоровѣлъ вполне.

Вызд.
черезъ
16 д.

373	» 1885.	5 л. Около 5 л.	Моча свѣтлая.		Искусственное дыханіе.	0,8. 1,2×1,1× 0,5.
374	» 1885.	5 л. Около 5 л.	Моча свѣтлая. Scabies.			5,0. 3×1,8× 1,2.
375	» 1885.	14 л. 12 л.	Катарръ пузыря.	Пузырь налить 150, копейрин- теръ 180 к. с. жидкости.		9,5. 2,8×2,8× 1,8.
376	» 1885.	4 л.	Хорошее питаніе. Scabies.			3,2. 2,4×1,8× 1,2.
377	» 1885.	3 л. Болѣ 2 л.	Блѣденъ. Болотная кахексія.			0,3. 1,2×1× 0,5.
378	» 1885.	7 л. Съ ран- нихъ л.	Моча свѣтлая.		Послѣ удаленія камня д. сильное кровотеченіе.	4,5. 2,2×2,1× 1,5.
379	» 1885.	4 л. 3 г.	Не ходить; рахи- тикъ. Сильно исху- далъ; старческое выраженіе лица. Лихорадитъ. По- стоянный поносъ. Незначит. катарръ пузыря.		Наружные слои камня раздроб- лены.	Ядро 10,0. 2×1,5× 1,3.
380	» 1885.	13 л. Съ ран- нихъ л.	Моча мутная.		Дов. значителън. кровотеченіе.	5,0. Въ видѣ тутовой ягоды.
381	» 1885.	23 л. 22 г.	Незначит. катарръ пузыря.	Въ пузырь 240. въ кальпейр. 300 к. с. жидкости.	Дов. значит. кро- вотеченіе изъ артеріи стѣнки пузыря. Наруж. корка раздро- блена.	3,0. 2×1,5× 1,2.

Безъ лихорадки. На 9 д. вынуть дренажъ; на 10 д. моча черезъ уретру.	Вызд. черезъ 16 д.
Значительная лихорадка до 6 д. (38—40,2). До 7 д. моча окрашена кровью. Поносъ. На 15 д. удаленъ дренажъ, на 23 моча, слегка мутная, нормально; вполне здоровъ.	Вызд. черезъ 42 д.
Незначительная и непродолжит. (3 д.) лихорадка. Моча окрашена кровью до 5 д. Края раны разошлись около дренажа. Въ мочѣ гной; промыванія. На 14 д. удаленъ дренажъ, а на 17 д. мутная моча пошла нормально; выписанъ вполне здоровымъ.	Вызд. черезъ 34 д.
Затяжное теченіе съ значительной лихорадкой до 9 д. На 3 д. послѣ операціи пульсъ малъ, упадокъ силъ, неясное сознаніе; на всемъ тѣлѣ erythema; поносъ. До 8 д. моча окрашена кровью. Отошли два куска омертвѣвшей околопузырной кѣтчатки. Cystitis. На 23 д. удаленъ дренажъ; на 26 д. моча нормально. На 30 д. выписанъ съ слегка мутной мочей. Черезъ 1 мѣсяць снова поступилъ въ больницу съ воспаленнымъ рубцомъ. Сдѣланъ разрѣзъ рубца; моча съ гноемъ пошла струей. Заживленіе безъ осложненій; выздоровѣлъ вполне.	Вызд. черезъ 80 д.
Почти безъ лихорадки. На 11 д. дренажъ удаленъ. Свѣтлая моча пошла черезъ уретру въ тотъ же день; вполне здоровъ.	Вызд. черезъ 18 д.
Безъ лихорадки. На 9 д. дренажъ удаленъ. Моча свѣтлая пошла нормально въ тотъ же д.; вполне здоровъ.	Вызд. черезъ 21 д.
Въ день операціи 38,9. Сильный поносъ. Т-ра повышена до 18 д. Поносъ не поддается леченію. Гнойный бронхитъ; на 18 д. смерть.	Умеръ черезъ 17 д.
Вскрытіе. Фолликулярн. язвы кишекъ (особенно прямой). Гнойный бронхитъ. Стѣнки пузыря утолщены. Лѣвая почка нѣсколько увеличена; корковый ея слой шире, чѣмъ въ правой.	
Безъ лихорадки. На 6 д. рана зажила до дренажа. На 10 д. удаленъ дренажъ. На 15 д. при перевязкѣ найденъ осколокъ камня; моча слегка мутная. Съ 18 д. моча исключительно черезъ стволъ; моча свѣтлая.	Вызд. черезъ 25 д.
Незначительная лихорадка 6 д. До 3 д. моча окрашена кровью. Рана зажила до дренажа. На 13 д. вынуть дренажъ; найденъ осколокъ камня. Съ 18 д. моча нормально. Моча мутна; промыванія. Выписанъ съ еще мутной мочей.	Вызд. черезъ 25 д.

382	1885.	12 л. Съ ран- нихъ л.	Моча слегка мутна Лихорадить.		3,0. $2 \times 1,5$ 1,2.
383	1885.	2 $\frac{1}{2}$ л. Съ 1 г.	Моча свѣтлая.		1,0. $1,8 \times 1,$ $\times 1.$
384	1885.	6 л. Съ 2 г.	Моча свѣтлая.	Брюшина удержана. Искусств. дыханіе.	1,5. $1,7 \times 1,$ 0,9.
385	1885.	2 $\frac{1}{2}$ л. Съ 1 г.	Моча свѣтлая. Блѣ- день.	Черезъ 3 ч. по- слѣ операциі че- резъ уретру кровь и сгустки. Пузырная область вы- дается. Два шва выше дренажа удалены. Блѣ- день, кричитъ, ужасно безпо- коенъ. Вечер. 36,2; сгустки въ дренажѣ, мочи мало.	0,8. $1 \times 1 \times$
386	1885.	10 л. Съ 2 л.	Моча слегка мутная.		7,2. $3 \times 2,3$ 1,5.
387	1885.	18 л. 16 л.	Моча свѣтлая.	Въ пузырь 240, въ кольпейрин- теръ 330 к. с. жидкости.	1,7. $2 \times 1,5$ 1,1. Въ ви- тутов- ягодъ
388	1885.	5 л. 4 г.	Моча свѣтлая.	Брюшина удержана.	3,8. $2,3 \times 2$ 1,2.
389	1885.	6 л. 4 г.	Моча свѣтлая.	Брюшина удержана.	1,8. $1,7 \times 1,$ $\times 1.$
390	1885.	25 л. Съдѣт- ства.	Послѣдній годъ сильнаго страданія. Блѣдень. Мутная моча; слизисто-гной- ный осадокъ.	Пузырь налить, кольпейринтеръ.	4,0. $2,5 \times 2,$ 2,5.

Безъ лихорадки. На 10 д. вынуть дренажъ. Моча свѣтлая черезъ уретру въ этотъ день; вполне здоровъ.

Вызд.
черезъ
32 д.

Безъ лихорадки. На 9 д. вынуть дренажъ; моча свѣтлая черезъ уретру на 10 д.; вполне здоровъ.

Вызд.
черезъ
18 д.

Почти безъ лихорадки. На 10 д. вынуть дренажъ. Рана зажила до дренажа. Свѣтлая моча черезъ уретру на 18 д.

Вызд.
черезъ
19 д.

Затяжное теченіе и высокая т-ра. Послѣ операціи кровавая моча; вздутъ животъ; мочи мало. На 3 и 4 д. въ окружности раны замѣтны кровоподтечныя пятна. На 5 д. при выниманіи дренажа вышелъ большой старый сгустокъ крови; много частичекъ сгустковъ выходило при каждомъ промываніи. На 10 д. моча свѣтлая; больному лучше. На 15 д. удаленъ дренажъ; вечер. 38,2; животъ вздутъ. На 16 д. сызирелас, обошедшая все тѣло. Исхудалъ; высокая т-ра; пролежни на спинѣ. Бронхитъ. На 39 д. рана зажила моча свѣтлая; поправился вполне

Вызд.
черезъ
51 д.

Почти безъ лихорадки. На 9 д. рана разошлась вблизи дренажа; на 10 д. дренажъ удаленъ; на 12 д. свѣтлая моча нормально.

Вызд.
черезъ
32 д.

Незначительная лихорадка первые 4 д. Рана зажила до дренажа. На 15 д. удаленъ дренажъ; съ тѣхъ поръ мутная моча нормально. Выписанъ съ слегка мутной мочей.

Вызд.
черезъ
50 д.

Значительная лихорадка (38,5—39,4). Вздутіе живота, поносъ; erythema. На 4 д. безъ лихорадки; края раны разошлись. Cystitis; промыванія. На 13 д. дренажъ удаленъ; моча слегка мутная черезъ уретру въ тотъ-же день.

Вызд.
черезъ
41 д.

Почти безъ лихорадки. На 9 д. удаленъ дренажъ; рана зажила per primam до дренажа. Свѣтлая моча нормально на 15 д.; поправился вполне.

Вызд.
черезъ
21 д.

Незначительная лихорадка два дня. На 8 д. удаленъ дренажъ; $\frac{2}{3}$ раны зажило per primam. Съ 14 д. моча сперва мутная, а затѣмъ свѣтлая, исключительно черезъ стволъ; поправился вполне.

Вызд.
черезъ
34 д.

391	„ 1885.	15 л.	Сильныя страданія. Истощенъ, очень блѣденъ. Моча съ слизисто-гнойнымъ осадкомъ.	Пузырь налить, кольпейринтеръ.	Брюшина удер- жана.	16,0. 3,7×2,5 2,2.
392	„ 1886.	10 л. Съ 1 г.	Моча мутная.	Въ пузырь 180, въ кольпейрин- теръ 120 к. с. жидкости.	Наружи. слой одного камня раздробленъ	Два камня 4,5. 2,2×1,8 1,4. 6,0. 2,5×2,5 1,9.
393	„ 1886.	28 л. Съ ран- нихъ л.	Хорошее питаніе. Моча мутна; боль- шой осадокъ гноя и крови.	Пузырь налить, кольпейринтеръ.		17,0. 3,1×3,1 2,8.
394	„ 1886.	11 л. 10 л.	Блѣденъ, хорошо сложенъ. Моча мутна.			11,5. 5,5×2,5 1,9.
395	„ 1886.	9 л.	Сильныя страданія. Истощенъ. Prolapsus recti. Моча мутная, слизисто-гнойный осадокъ.		Излеченіе кам- ня не безъ ушиба предпуз. клет- чатки.	7,0. 2,7×2,4 1,6.
396	„ 1886.	3½ л. 2½ г.	Моча свѣтлая.		Пузырь ускольз- нулъ отъ введен- наго пальца.	2,0. 2,2×1,6 1.
397	„ 1886.	16 л. 6 л.	Моча очень мутная.	Пузырь налить, кольпейринтеръ.	Клетчатка отча- сти срослась съ прямыми м.	10,5. 3×2,8 2,1.
398	„ 1886.	5 л. 4 г.	Моча очень мутна; слизисто-гнойный осадокъ.		Наружи. слои камня раздоби- лись.	Въсѣ оскол- камн. 5,0.
399	„ 1886.	6 л. 5 л.	Моча свѣтлая. Ли- хорадитъ—38,5.			2,0. 1,8×1,5 1,2.

<p>Почти безъ лихорадки; т-ра повышена до 38 только 2 д. Края раны разошлись; моча мутная; промыванія. На 12 д. дренажъ удаленъ, а на 16 д. вся моча пошла нормально; поправился отлично.</p>	<p>Вызд. черезъ 50 д.</p>
<p>Незначительная лихорадка 7 д. Поносъ; моча окрашена кровью. На 4—7 д. при промываніяхъ вышелъ старый кровяной сгустокъ. На 13 д. удаленъ дренажъ; черезъ 23 д. мутная моча—нормально. Моча долго еще мутна; исправилась; поправился вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 32 д.</p>
<p>Незначительная лихорадка 4 д. На 6 д. рана зажила рег рrimam до дренажа, который вынуть. На 27 д. мутная моча исключительно черезъ стволъ; поправился вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 37 д.</p>
<p>Значительная лихорадка. Бронхитъ. По случаю высокой т-ры сняты швы на 4 д; впереди прямыхъ мышцъ немного гноя. Cystitis. Дренажъ удаленъ на 12 д. Запоръ. Черезъ 30 д. мутная моча—нормально; выписался съ вполне свѣтлой мочей.</p>	<p>Вызд. черезъ 50 д.</p>
<p>Послѣдовательное кровотеченіе; сгустки крови въ дренажъ, уретрѣ. Незначительная лихорадка 5 д. Края раны разошлись; моча мутна. На 5 д. вынуть дренажъ; на 10 д. при промываніи вышелъ кусокъ омертвѣлой калтчатки. На 40 д. моча нормальна; свѣтлая; поправился вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 49 д.</p>
<p>Почти безъ лихорадки (сва д. до 38,6). Края раны разошлись. На 10 д. удаленъ дренажъ. Съ 22 д. свѣтлая моча пошла нормально. На 33 д. т-ра повышена; бубонъ; вскрытъ. Поправился вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 46 д.</p>
<p>Значительная лихорадка. Сперва безъ лихорадки; рана зажила до дренажа, который вынуть на 8 д. На 11 д. моча исключительно черезъ стволъ; немного мутна. На 22 д. боль въ лѣвой почкѣ; т-ра поднялась (39,5, 40) и держалась до 30 д. Увеличеніе селезенки и печени; поносъ. Боли въ области почки прошли скоро, но моча мутна. Поправился вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 36 д.</p>
<p>Незначительная лихорадка 3 д. Бронхитъ. На 8 д. удаленъ дренажъ. Съ 12 д. свѣтлая моча—нормально; поправился вполне.</p>	<p>Вызд. на 29 день.</p>
<p>Незначительная лихорадка 4 д. На 6 д. удаленъ дренажъ; съ 12 д. сперва мутная, а затѣмъ свѣтлая моча—черезъ стволъ. Поправился вполне.</p>	<p>Вызд. черезъ 20 д.</p>

Съ 400 по 419	» 1886.	Отъ 2 до 5 л. (5). Отъ 5 до 10 л. (7). Отъ 10 до 12 л. (2). Отъ 15 до 26 л. (5).	Общее состояніе удовлетворит. у 13, истощены 6. Моча вполнѣ свѣтлая у одного, мутная—у 16, моча гнойная у одного, разложившаяся и гнойная у одного.			Два камня 10,0. 2, .7,0. 4, 0,7. 2, 7,0 Пять каменей 18,0. 17, 17,7. 3, 15,0. 45, 12,5. 14, Два камня 6,0. 17, 12,0. 19.
419	» 1886.	2 ¹ / ₃ л.	Моча свѣтлая.			2,0.
420	» 1886.	5 л.	Моча свѣтлая.			17,0.
421	» 1886.	6 л.	Моча свѣтлая.			3,0.
422	» 1886.	13 л.	Моча мутная.			17,0.
423	» 1886.	17 л.	Истощенъ. Моча щелочная, гнойная.	Наливаніе пузырей, кольпейринтеръ.	Часть камня раздробилась. Трубочко-образный камень.	25,0.
424	» 1886.	17 л.	Истощенъ. Моча щелочная, гнойная.	Наливаніе пузырей. Кольпейринтеръ.	Камень въ дивертикулъ. Извлечение трудно; поднятіе per gestum. Тоже и въ № 423.	20,0.
425	» 1886.	20 л.	Малокровенъ. Сильно истощенъ; страданія ужасны. Моча щелочная, мутная, съ гноемъ.	Наливаніе пузырей. Кольпейринтеръ.		43,0.

Послѣ операциі безлихорадочное теченіе у 6; почти безъ лихорадки у одного; незначительная лихорадка у 10; значительная у одного; высокая и продолжительная у одного. Послѣ операциі моча вполнѣ свѣтлая у 7, временами мутная, а затѣмъ свѣтлая у 7; оставалась легкая муть у одного, а затѣмъ совершенно свѣтлая у 2; мутная и по временамъ гнойная у 2-хъ. Рана заживала на 22—36 д. У одного уже зажившая рана вновь открылась на 27 д.; на 47 д. при выскабливаніи грануляцій удаленъ надъ лономъ шелковый шовъ. Выскабливаніе повторено и только полное рубцованіе на 124 д. У другого свищъ зажилъ на 143 д.

Вызд.
всѣ
на 20—
143 д.

Значительная лихорадка только 3 д. На 58 д. не большой свищъ; заживленіе свища можно ожидать въ скоромъ времени.

Наход.
на
изле-
ченіи.

Значительное послѣдовательное кровотеченіе послѣ операциі. Сняты швы; въ пузырь введены крючки; очищены отъ сгустковъ какъ пузырь, такъ и предпузырное пространство. Кровотокащій сосудъ не найденъ; наложены 3,4 лигатуры; кровотеченіе остановилось. Въ дальнѣйшемъ — заживленіе безъ осложненийъ.

Вызд.

На 16 д. свѣтлая моча пошла черезъ уретру. Поздно вышла шелковая лигатура, отчего рубцеваніе замедлилось, поправился вполнѣ.

Вызд.
черезъ
42 д.

Сильное послѣдоват. паренхиматозное кровотеченіе, тампонада раны йодотормной марли. Незначит. лихорадка. Рана зарубцевалась только на 57 д.; моча слегка мутная.

Вызд.

Незначительная лихорадка. На 11 д. удаленъ кусокъ омертвѣлой ткани съ инкрустаціями солей. Края раны разошлись. Рана зарубцевалась на 60 д.

Вызд.

Незначительная лихорадка. Края раны разошлись. Рана вполнѣ зарубцевалась на 40 д.

Вызд.

Послѣ операциі выдѣлился кусокъ омертвѣлой клетчатки. Cystitis—хуже. На 5 и 7 д. значительная лихорадка; припухла и селезенка (была опухши и раньше). Рана зарубцевалась на 68 д.

Вызд.

426	1886.	13 л.	Моча мутная, гнойная, вовлечая.	18,0
427	1886.	8 л.	Моча мутная. По временамъ боли въ области лѣвой почки, распространяющіяся по мочеточнику.	7,0

На 3 д. сильный урэмический припадокъ; въ теченіи 4 ч. потеря сознанія и общія клонич. судороги; бурная работа сердца; влажные хрипы. Щелочная моча по временамъ содержала бѣлокъ. Два раза (5 д) т-ра повышена. Рана зарубцевалась на 97 д. Поправился отлично, но моча слегка мутна.

Вызд.

Вскорѣ послѣ операціи сильное послѣдоват. кровотеченіе; Поступлено, какъ и въ № 420; кромѣ того вокругъ дренажа рана тампонируется іодоформной марлей. Сильный cystitis; держался упорно; промыванія. На 12 д. удаленъ дренажъ. Обостреніе cystitidis и лихорадка; на 21 д. снова дренажъ; промыванія. Съ 57 д. мутная моча per urethram. На 71 д. cystitis хуже; рубецъ отечный; снова дренажъ. На 76 д. упадокъ силъ, мочи мало, рвота, боли въ лѣвой почечной области. Введенъ дренажъ; улучшение. На 84 д. при промываніи вышло до много мочевого песка. На 116 д. рана окончательно закрылась; моча свѣтлѣе. По временамъ лихорадка, вслѣдствіе pyelitidis. Образовался лѣвый околопочечный нарывъ, вскрытъ; свищъ на поясницѣ не заживаетъ болѣе года.

Наход.
на из-
лече-
віи.

Таблица II составлена изъ случаевъ высокаго камнесѣченія опубликованныхъ въ различныхъ медицинскихъ изданіяхъ, а также благодаря письмамъ товарищей, любезно приславшихъ свѣдѣнія о своихъ операціяхъ.

Конечно, собранный матеріалъ далеко не обнимаеъ всѣхъ случаевъ sectionis altae, сдѣланныхъ за послѣднее время въ Россіи. По независящимъ отъ насъ обстоятельствамъ, въ таблицу не вошли достовѣрно извѣстные случаи высокаго камнесѣченія московскихъ больницъ, д-ровъ: *Ассендельфа*, *Розенбаума* (см. Прот. Кавказ. Медич. Об—ва 17 Октября 1888 г. № 7), *Вдовиковского*, *Капанинского*, *Карпеченко* и др.

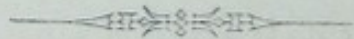


ТАБЛИЦА III.

Случаи высокаго камнесѣченія, выполненнаго ради удаленія новообразованій и постороннихъ тѣлъ пузыря.

№ по порядку	Кто оперировалъ. Состояніе больного и мочи. Способъ операціи. Послѣоперационный періодъ. Вскрытіе.	Исходъ.
1	<p>Орловскій (1883). Больной 33 л. Общее состояніе хорошо. Въ пьяномъ видѣ ввелъ себѣ мягкій бужъ, который онъ употреблялъ для расширенія стриктуры. Моча мутная, съ примѣсью небольш. количества крови. <i>Sectio alta</i> при налитомъ пузырь и кольпейринтерѣ; безъ осложнений. Извлеченъ весь бужъ, покрытый фосфорно-кислыми солями. На пузырь катгутовый шовъ <i>Gély</i>. На рану брюшной стѣнки шовъ; катетръ à demeure; антисептическая повязка. Весьма благоприятное безлихорадочное теченіе. <i>Prima</i> пузырного шва. Выписанъ вполне здоровымъ; моча нормальна.</p>	Вызд. черезъ 17 д.
2	<p>Орловскій (1885). Больной 58 л. Общее состояніе хорошо. Моча мутная, вониючая, съ амміачнымъ запахомъ. Наканунѣ поступления въ больницу у больного отломила и проскользнула въ пузырь $\frac{1}{4}$ старого мягкаго бужа, вводимого для расширенія стриктуры. Внутренняя уретротомія инструментомъ <i>Maisonnev'a</i>; неудачная проба извлеченія бужа инструментомъ <i>Collin'a</i>. Сдѣлана <i>sectio alta</i> при налитомъ пузырь и кольпейринтерѣ. Извлеченъ бужъ въ $5\frac{1}{2}$ дюйма; покрытъ значит. количествомъ солей. Независимо отъ этого удалено мочевого песку около чайной ложечки. Тотъ же уходъ, но шовъ шелкомъ. На 7 д. сняты швы брюшной стѣнки; заживленіе <i>per primam</i> на небольшомъ пространствѣ. Рана пузыря—<i>per primam</i>. Катетръ à demeure удаленъ на 7 д.; съ этого дня онъ вводился каждые 3 ч. Моча мало по малу улучшалась. Послѣопер. періодъ безъ осложнений. Выписанъ на 25 д. послѣ операціи съ незначительнымъ свищемъ, который окончательно закрылся черезъ 3 недѣли.</p> <p>«Gazeta lekarska». 1885. Central. f. Chir. 1885. Письмо д-ра Орловскаго.</p>	Вызд. черезъ 48 д.
3	<p>Орловскій (1885). Больной 56 л.; боленъ 2 года. Моча прозрачна, кисла. Въ мочѣ в. часто замѣчались маленькія кусочки ткани, величиною въ булавочную головку и болѣе, также кровь. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ, оказался—мягкій ракъ. <i>Sectio alta</i> при тѣхъ же условіяхъ. <i>Carcinoma medullare</i>. Опухоль діаметр.</p>	Умеръ на 5 д.

№ по порядку.	<p>Кто оперировалъ. Состояніе больного и мочи. Способъ операціи.</p> <p>Послеоперационный періодъ. Вскрытіе.</p>	Исходъ.
	<p>въ 3 с. находилась недалеко отъ отверстія лѣваго мочеточника. Удалена помощью проволоочной петли. Вся внутренняя поверхность пузыря, пользуясь солнечнымъ днемъ, была прекрасно освѣщена во время операціи, помощью рефлектора; вся слизистая оболочка, всѣ ея измѣненія видны были, какъ на ладони. Тотъ же уходъ за раной. Незначительное кровотеченіе послѣ удаленія опухоли. На 4 д. сняты швы брюшной раны; почти везиъ ргіта. Катетръ à demeure лежалъ все время. Первые 3 д. ничего особеннаго; состояніе оперированнаго относительно хорошо. На 4 д. неожиданно—упадокъ силъ и ночью на 5 д. смерть при явленіяхъ усиливающагося коллапса. Вскрытіе не было дозволено.</p> <p>Рисунокъ новообразованія опубликованъ д-ромъ Шульстеромъ въ «Wien. med. Wochenschr». 1886. № 13.</p>	
4	<p>Проф. Склифосовскій (1886). Больной 34 лѣтъ; боленъ 3 года. Моча щелочная; содержитъ кровь и гной. Частые позывы къ мочеиспусканію кровавой мочи. Стриктура уретры. Въ пузырь 300 к. с. 2% раствора борной кислоты. Sectio alta; для болѣе удобнаго извлеченія новообразованія прибавлена еще sectio mediana. Papilloma. Новообразование занимало дно пузыря, преимущественно вокругъ отверстія уретры. Дренажъ пузыря; на рану брюшной стѣнки шовъ до дренажа; антисептическая повязка. Выздоровѣлъ безъ осложнений. Черезъ годъ здоровъ; иногда показывается еще кровавиистая моча, но ничтожное количество.</p> <p>Письмо проф. Склифосовскаго отъ 4 октября 1888 г.</p>	Вызд.
5	<p>Савостицій. (1886). Больной 70 л.; боленъ 4 года. Истощенъ; эмфизема. Артеріосклерозъ височныхъ и плечевыхъ артерій. Шумъ на первомъ тонѣ, яснѣе выраженъ въ сторонѣ аорты. Сонъ плохъ, аппетитъ тоже; не лихорадитъ. Моча сильно окрашена кровью; гноя мало; амміачный запахъ. Микроскопич. изслѣдованіе показало большое количество сморщенныхъ красныхъ тѣлецъ, гнойныхъ клѣтокъ, эпителиальныхъ мочевого пузыря и кристалловъ триплъ-фосфатовъ. До поступленія въ больницу долго лечился различными кровоостанав. средствами, но безъ успѣха. Сперва сдѣ</p>	Умеръ на 5 д.

№№ по порядку.	<p>Кто оперировалъ. Состояніе больного и мочи. Способъ операціи.</p> <p>Послѣоперационный періодъ. Вскрытіе.</p>	Исходъ.
	<p>лана sectio mediana; для болѣе удобнаго извлеченія опухоли прибавлена еще sectio alta. <i>Excrecentiae polyposae</i>. Длинными щипцами были откручены три полипозныхъ нароста; остальные мелкіе полипы просто раздавлены тѣми же щипцами, а нѣкоторые отдѣлены ногтемъ указательнаго пальца. Длинные предохранит. лигатуры, наложенныя на пузырь во время операціи черезъ толщу брюшной стѣнки, сближены и завязаны узлами. Дренажъ пузыря и антисептическая повязка. На 5 д. смерть при явленіяхъ прогрессирующей слабости.</p> <p>Вскрытіе. Bronchitis purul., bronchiectasia et emphysema pulm.; adiposis cordis, hypertr. ventriculi sin. cordis et endoarteritis deformans aortae. Cancer hepatis in lobo dext.; carcinoma metasto; hepatis, renum, ventriculi et gland. bronchial. Hypertr. vesicae urin., excrecentiae polyposae mucosae et cystitis chr.</p> <p><i>Введенскій</i>, ¹¹³⁾, Хирург. Вѣстн. 1887.</p>	

III.

Представивъ выше, по возможности, краткую оцѣнку собранныхъ случаевъ операціи доантисептического періода, имѣющихъ для насъ въ настоящее время лишь историческій интересъ, переходимъ къ подробной оцѣнкѣ матеріала II таблицы.

I. Возрастъ оперированныхъ. Высокимъ сѣченіемъ оперировано въ возрастѣ:

Отъ 1 до 5 лѣтъ.	122.	Отъ 30 до 35 лѣтъ	7.
> 5 > 10 >	117.	> 35 > 40 >	5.
> 10 > 15 >	44.	> 40 > 45 >	4.
> 15 > 20 >	24.	> 45 > 60 >	12.
> 20 > 25 >	31.	> 60 и дальше	12.
> 25 > 30 >	17.	Года не обозначены	32.
Всего	427 случ.		

Полъ оперированныхъ. На все число собранныхъ случаевъ, считая и матеріалъ доантисептического времени, операціи подверглись только 19 дѣвочекъ, въ возрастѣ отъ 2¹/₂ до 10-ти лѣтъ, и 1 женщина 27 лѣтъ, всего слѣдовательно оперировано высокимъ сѣченіемъ 20 больныхъ женскаго пола.

Только что сказанное, какъ нельзя болѣе, подтверждаетъ выводъ, сдѣланный *Пеликаномъ* относительно частоты каменной болѣзни у женщинъ (1 ж.: 27 мужч.); въ нашемъ матеріалѣ отношеніе это нѣсколько меньше, а именно 1 ж. на 24,7 мужч.

Что касается до упомянутаго уже нами раньше факта, отмѣченнаго *Веревкинымъ*: «изъ оперированныхъ дѣвочекъ не умерла ни одна», то съ своей стороны намъ, наряду съ многими другими, приходится подтвердить сдѣланное наблюденіе, какъ-бы говорящее въ пользу лучшихъ результатовъ операціи у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ.

Какъ видно изъ I и II таблицъ, на все число оперированныхъ женскаго пола получено 3 летальныхъ исхода: одинъ въ доантисептическій періодъ (дѣвочка 10 л., причина смерти неизвѣстна), два остальныхъ въ антисептическій; послѣдніе не имѣютъ никакой связи съ операцией, такъ какъ въ одномъ летальный исходъ послѣдовалъ на 18 д. отъ дизентеріи, въ другомъ на 60 д. отъ катарральной пневмоніи. Такимъ образомъ и намъ приходится констатировать фактъ, подмѣченный *Веревкинымъ*; однако, весьма малое число наблюдений удерживаютъ насъ отъ какихъ либо конечныхъ выводовъ.

Безспорно, анатомическое устройство мочевыхъ путей играетъ главную роль въ объясненіи причины рѣдкости каменной болѣзни у женщинъ въ такихъ мѣстностяхъ, гдѣ у мужчинъ камни попадаютъ эндемически; но другихъ какихъ-либо анатомическихъ условій, благопріятныхъ высокому камнесѣченію, у нихъ не имѣется. Весьма возможно, что ширина, малая длина ихъ уретры, являются моментами благопріятными для послѣоперационнаго періода, такъ какъ обуславливаютъ намъ болѣе свободное истеченіе мочи, а это имѣетъ огромное значеніе для исхода операціи; тѣмъ не мѣнѣе врядъ-ли одни эти условія могутъ намъ дать право смотрѣть на высокое камнесѣченіе у женщинъ, какъ на операцію, оканчивающуюся всегда или почти всегда счастливымъ исходомъ. У женщинъ литотомія будетъ всегда рѣдкой операцией, такъ какъ сказанныя анатомическія условія въ огромномъ большинствѣ случаевъ допускаютъ ограничиться камнедробленіемъ; тамъ-же, гдѣ нужна кровавая операція, *colpocystotomia* является достойной соперницей высокаго камнесѣченія, и многіе, весьма основательно, предпочитаютъ первую послѣдней.

Продолжительность болѣзни и общее состояніе до операціи. Какъ видно изъ таблицы II, продолжительность болѣзни нашихъ оперированныхъ колебалась въ самыхъ широкихъ размѣрахъ: отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ и до многихъ лѣтъ. Тоже самое слѣдуетъ сказать и объ общемъ состояніи больныхъ; подвергались операціи больные съ прекраснымъ общимъ состояніемъ, цвѣтущимъ здоровьемъ и, наоборотъ, съ рѣзко выраженнымъ общимъ истощеніемъ, страшными болями, значительными лихорадочными движеніями температуры; бывали случаи, гдѣ операція примѣнялась *in extremis*.

Не смотря на многократное тщательное разсмотрѣніе собраннаго матеріала, къ сожалѣнію, намъ не удалось установить какой-либо

связи между продолжительностью болѣзни, общимъ состояніемъ оперированныхъ, степени пораженія мочевыхъ путей и, наконецъ, составомъ и величиной камня. Недостатокъ тѣхъ или другихъ данныхъ лишилъ возможности сдѣлать какой-либо выводъ въ сказанномъ направленіи. А между тѣмъ вопросъ этотъ представляетъ немалый интересъ.

Какъ объяснить такіе нерѣдко попадающіеся случаи: продолжительность болѣзни нѣсколько мѣсяцевъ, хорошее общее состояніе, моча же представляетъ сильныя измѣненія, указывающія на глубокое пораженіе пузыря; болѣе того, лихорадочныя движенія температуры и боли по направленію мочеточниковъ и въ области почекъ даютъ право заподозрить въ значительномъ заболѣваніи самой почечной ткани.

Съ другой стороны иногда можно встрѣтить больныхъ, замѣтившихъ первыя разстройства въ мочеиспусканіи за нѣсколько лѣтъ до операціи, моча которыхъ представляетъ лишь незначительныя измѣненія, легко поддающіяся терапіи, при отличномъ общемъ состояніи. Не рѣдкость, если къ только что сказаннымъ, рѣзко отличающимся другъ отъ друга картинамъ болѣзни, мы должны будемъ прибавить, что въ первомъ случаѣ камень былъ малъ, а въ послѣднемъ великъ.

Какъ объяснить такую огромную разницу въ эффектѣ одной и той-же производящей причины? Одной обстановкой больного, индивидуальностью, или-же чѣмъ либо болѣе существеннымъ? Отвѣтъ на всѣ эти вопросы можетъ намъ дать лишь подробное и тщательное сопоставленіе достаточно обильнаго матеріала; только путемъ статистической разработки, опираясь на могущія встрѣтиться патолого-анатомическія изслѣдованія, мы будемъ въ состояніи рѣшить намѣченные вопросы болѣе или менѣе удовлетворительно.

При такомъ способѣ изслѣдованія ближе всего можно подойти къ рѣшенію той части патологіи каменной болѣзни, а именно рецидивовъ камней, которая остается почти незатронутой.

Несомнѣнно, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ операція камнесѣченія не только радикально излечиваетъ отъ присутствія камня, но и гарантируетъ намъ дальнѣйшее, часто весьма долгое, существованіе безъ всякихъ разстройствъ со стороны мочевыхъ путей. Стоитъ сдѣлать операцію, извлечь камень, какъ исчезаютъ разстройства въ мочеиспусканіи, улучшается и исправляется моча, и наступаетъ общее благосостояніе; а между тѣмъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ, послѣ такой благодѣтельной операціи мы отсы-

лаемъ нашихъ оперированныхъ снова въ ту-же самую обстановку, при которой ими полученъ камень, и они живутъ многіе годы, какъ бы застрахованными отъ возврата болѣзни. Наоборотъ, хотя и рѣдко, бываютъ оперированные, которые снова ищутъ хирургической помощи ради рецидива той-же самой болѣзни. Какъ смотрѣть на каменную болѣзнь въ первомъ и второмъ случаѣ? Общая-ли она или мѣстная? Почему тѣ чисто физико-химическіе законы выпаденія солей изъ растворовъ, при тѣхъ или другихъ этиологическихъ моментахъ, какіе лежатъ въ основѣ образованія камней въ той или другой полости, имѣютъ мѣсто только разъ въ жизни, не смотря на возвращеніе больного въ ту-же самую обстановку, къ тому-же самому режиму, при которомъ онъ получилъ свой камень?

Имѣемъ-ли мы право смотрѣть на рецидивы камней, какъ на послѣдствія операціи, при которой мы или не вполне опорожнили пузырь, или же не вполне излечили ту или другую степень пораженія пузыря? Какіе камни по составу даютъ намъ наиболѣе быструю и рѣзкую картину пораженія пузыря? Какіе камни наичаще рецидивируютъ и рецидивируютъ-ли они своимъ тѣмъ-же составомъ? При какихъ камняхъ мы вправѣ наичаще ожидать глубокихъ измѣненій со стороны почечной ткани?

Вотъ, какъ намъ кажется, вопросы, на которые отвѣтъ крайне желателенъ. Отвѣтъ можетъ быть данъ путемъ разработки собраннаго матеріала; къ сожалѣнію, мы лично лишены возможности дать хотя что либо для разъясненія этихъ вопросовъ, такъ какъ въ этомъ отношеніи нашъ матеріалъ неполонъ.

Приступая къ оцѣнкѣ операціи, мы позаботились найти твердую точку опоры для разбора собраннаго матеріала. Чѣмъ руководствоваться при оцѣнкѣ операціи? Что взять въ основу для заключенія о преимуществахъ того или другаго метода камнесъченія? Вѣсъ извлеченнаго камня, возрастъ оперированнаго или же характеръ мочи?

Конечно, послѣднее, такъ какъ только моча можетъ указать намъ на ту или другую степень пораженія мочевыхъ путей, состояніе которыхъ главнымъ образомъ обусловливаетъ намъ исходъ операціи. Преимущества оперативнаго метода дѣлаются всего болѣе очевидными только при сопоставленіи случаевъ тяжелыхъ, а не легкихъ, при которыхъ каждый изъ методовъ камнесъченія можетъ намъ дать блестящіе результаты. Что дастъ намъ оцѣнка операціи по возрасту? Ничего; такъ какъ въ различныхъ возрастахъ могутъ

быть случаи легкіе и тяжелые. Что дастъ намъ оцѣнка операціи по вѣсу камня? Также ничего; такъ какъ малый камень можетъ быть у истощеннаго старика съ плохой мочей, а большой—у ребенка съ хорошей мочей и цвѣтущимъ здоровьемъ. Могутъ-ли, наконецъ, быть правильными наши заключенія объ операціи, когда мы ихъ дѣлаемъ не распредѣливъ, какъ слѣдуетъ, нашего матеріала, не различая случаевъ легкихъ отъ тяжелыхъ? Понятно, нѣтъ.

Вотъ почему, желая, по возможности, ближе подойти къ наиболѣе вѣрнымъ выводамъ, *точкой опоры для нихъ мы выбрали то или другое состояніе мочи и пузыря*, при которомъ производилась операція, и раздѣлили, по примѣру проф. *Богдановскаго*, весь собранный матеріалъ на 5 группъ. Къ этимъ 5 прибавили еще 6 группу, куда отнесены случаи, о которыхъ неимѣется подробныхъ свѣдѣній.

Не подлежитъ сомнѣнію, что только такое распредѣленіе матеріала, согласно патолого-анатомическимъ измѣненіямъ мочевыхъ путей, является наиболѣе пригоднымъ для вѣрной оцѣнки операціи.

ТАБЛИЦА IV.

Распредѣленіе оперированныхъ на 5 группъ по степени пораженія пузыря и почекъ.

Группа I.	Почти нормальныя физическія и химическія качества мочи; также моча кислой, слабокислой реакціи, мутноватая, съ небольшимъ слоемъ осадка. Общее состояніе хорошее, температура нормальна.	226 случ.
Группа II.	Моча мутная, даетъ обильный осадокъ изъ слизи и гноя, щелочной реакціи. При такомъ-же осадкѣ моча можетъ имѣть нейтральную, слабокислую реакцію; иногда въ мочѣ кровь. Общее состояніе хорошее или немного подорвано. Температура лихорадочная.	63 случ.
Группа III.	Явленія со стороны мочи тѣже, но рѣзче выражены. Моча мутная, щелочной реакціи, вонючая, даетъ осадокъ слизи и гноя, примѣсь крови и клѣтокъ пузырянаго эпителия. Въ мочѣ бѣлокъ; лихорадочныя движенія температуры. Кромѣ всѣхъ перечисленныхъ свойствъ мочи, нерѣдко наблюдаются боли въ области почекъ. Общее состояніе плохо.	67 случ.

Группа IV.	Рецидивы камней.	8 случ.
Группа V.	Calculi prostatico-vesicales. Къ этой же группѣ отнесены камни въ дивертикулѣ, плотно охваченные слизистой оболочкой пузыря, и осложненія камней новообразованіями пузыря. Свойства мочи тѣже, что въ III группѣ, или еще хуже. Общее состояніе и температура тѣже.	28 случ.
Группа VI.	Свѣдѣній не имѣется.	30 случ.

Распредѣливъ матеріалъ по группамъ, идемъ дальше; къ разбору каждой отдѣльной группы вернемся при оцѣнкѣ послѣоперационнаго періода и исхода операціи.

2. Способъ операціи. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ операція произведена при одномъ налитомъ пузырьѣ, рѣже при налитомъ пузырьѣ и кольпейринтерѣ. Только въ исключительныхъ случаяхъ *sectio alta* дѣлалась безъ наливапія пузыря и кольпейринтера.

Почти всегда больные до операціи подвергались систематическому леченію, съ цѣлью улучшить общее состояніе и исправить мочу: дѣлались промыванія пузыря тою или другою дезинфицирующею жидкостью; внутрь назначались: *nat. benzoic. nat. salycil. resorcin., magn. borog-citrica, taninum.* Больные получали укрѣпляющую діету, ванны и соблюдали покойное положеніе на спинѣ; такъ что къ операціи въ большинствѣ приступали послѣ нѣкотораго улучшенія общаго состоянія и улучшенія мочи. Какъ рѣдкость, въ случаяхъ съ мучительными страданіями, операція производилась немедленно. Почти всѣмъ наканунѣ операціи назначалась ванна и слабительное; въ день операціи клизма и антисептическій туалетъ больного; нѣкоторые назначали еще ванну и въ день операціи.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ операція производилась при наркозѣ чистымъ хлороформомъ. Исключеніе составило примѣненіе хлороформнаго наркоза и, мѣстно, кокаина; въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ нельзя было почему либо окончить операцію подъ хлороформомъ, она оканчивалась подъ кокаиномъ (*Ващенко*); одинъ разъ, по случаю атероматознаго процесса въ сосудахъ, вся операція произведена подъ однимъ кокаиномъ (5% растворъ на различную глубину; *Гагенъ-Торнъ*) и однажды операція произведена подъ наркозомъ изъ смѣси хлороформа (200), эфира и спирта (по 60; *Гагенъ Торнъ*).

Какъ сказано, во время самой операціи пузырь, послѣ его промыванія, наливался тою или другою дезинфецирующею жидкостью, преимущественно растворомъ борной кислоты; наичаще онъ наливался до тѣхъ поръ, пока надъ лобкомъ не обрисовывалась ясная припухлость отъ растянутого пузыря. Сколько вводилось при этомъ жидкости въ пузырь неизвѣстно; здѣсь, какъ мы увидимъ ниже, должны быть допустимы большія индивидуальныя колебанія. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ обозначено количество введенной жидкости, оно слѣдующее: 180 куб. с. (20 л.), 150 куб. с. (18 л.), 310 куб. с. (27 л.), 100 куб. с. (73 г.), 100 куб. с. (3 г.), 300 куб. с. (19 л.), 250 куб. с. (22 г.), 150 куб. с. (20 л.), 200 куб. с. (28 л.), 300 куб. с. (34 г.), 420 куб. с. (22 г.). Очевидно, количества вводимой жидкости не велики; нѣтъ сомнѣнія, что и при этихъ незначительныхъ количествахъ можно вполне безопасно подойти къ пузырю.

Тѣ-же колебанія замѣчаются и въ количествѣ жидкости, вводимой въ кольпейринтеръ, а именно; 200 куб. с. въ пузырь, 200 куб. с. въ кольпейринтеръ (75 л.), 175 куб. с. въ пузырь, 118 куб. с. въ кольпейринтеръ (8 л. дѣвочка), 150 куб. с. въ пузырь, 100 куб. с. въ кольпейринтеръ (3 л. дѣвочка), 90 куб. с. (5 л.), 120 куб. с. (3 л.), 120 куб. с. въ пузырь, 716 въ кольпейринтеръ (28 л.), 300 куб. с. въ пузырь, 600 куб. с. въ кольпейринтеръ (20 л.), 120 куб. с. въ пузырь, 540 куб. с. въ кольпейринтеръ (28 л.), 180 куб. с. въ пузырь, 360 куб. с. въ кольпейринтеръ (25 л.), 150 куб. с. въ пузырь, 540 куб. с. въ кольпейринтеръ (18 л.), 105 куб. с. въ пузырь, 180 куб. с. въ кольпейринтеръ (14 л.), 240 куб. с. въ пузырь, 300 куб. с. въ кольпейринтеръ (23 л.), 240 куб. с. въ пузырь, 330 куб. с. въ кольпейринтеръ (18 л.), 180 куб. с. въ пузырь, 120 куб. с. въ кольпейринтеръ (10 л.), отъ 80 до 160 куб. с. въ пузырь и столько-же въ кольпейринтеръ (дѣти до 5-ти лѣтъ). Довольно часто вмѣсто кольпейринтера примѣнялся мягкій эластическій катетеръ, съ надѣтой на его концѣ тонкой гуттаперчевой тканью, расширявшейся по мѣрѣ наполненія растворомъ (*Иршикз, Войно*); въ нѣсколькихъ случаяхъ кольпейринтеръ замѣненъ двумя пальцами, введенными въ прямую кишку (*Никольская, Розенбаумз*); наконецъ, нѣсколько разъ вмѣсто кольпейринтера вводилась простая губка (*Ассендельфтз* и др.).

Разрѣзъ брюшной стѣнки всегда дѣлался (длиною въ 4—12 с.) строго по средней линіи живота; никакихъ другихъ разрѣзовъ, а ихъ, какъ мы увидимъ ниже, предложено не мало, не дѣлалось; какъ рѣдкія исключенія, въ одномъ случаѣ пришлось перерѣзать при-

крѣпленія прямыхъ мышцъ (№ 27, *Тернеръ*), въ другомъ-брюшная рана расширена тѣмъ, что *mm. recti* были нѣсколько подрѣзаны въ бока (№№ 46, 195, *Китлинскій, Зеленковъ*). *Fascia transversa* разрѣзывалась или отъ руки, или по желобоватому зонду; послѣ этого разрѣза въ иныхъ случаяхъ приходилось удалять ножницами выпячивающіеся комки жира околопузырной клѣтчатки, иначе поле операціи совершенно затемнялось (*Ассендельфтъ*). Подойдя къ околопузырной клѣтчаткѣ, всѣ дѣйствовали съ величайшей осторожностью, переходя обыкновенно отъ острыхъ инструментовъ къ тупымъ или оперируя пальцами. Какъ мы увидимъ ниже, въ громадномъ большинствѣ случаевъ *sectio alta* проходила безъ того, чтобы складка брюшины была видна въ верхнемъ углу брюшной раны; въ рѣдкихъ случаяхъ ее осторожно защищали пальцами, отстраняя вверхъ, что дѣлается крайне легко.

Пузырь обыкновенно вскрывался сразу, весьма рѣдко—послѣдно. Разрѣзъ дѣлался, придерживая пузырь острымъ крючкомъ, двумя острыми крючками, пинцетомъ съ зажимомъ, лигатурой, наложенной выше будущаго разрѣза пузыря, двумя лигатурами. Меньшинство вскрывало пузырь, руководствуясь клювомъ катетра. Разрѣзъ дѣлался по вертикальной линіи; длина его колебалась въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ и прямо зависѣла отъ величины камня; въ случаѣ нужды разрѣзъ обыкновенно удлиннялся внизъ, къ симфизу; дѣлалось это крайне осторожно, въ виду близости расположеннаго здѣсь веннаго сплетенія и возможности его раненія. Одинъ только разъ, въ исключительномъ случаѣ, д-ру *Мультановскому* пришлось сдѣлать, кромѣ продольнаго, еще поперечные разрѣзы пузыря.

Извлеченіе камня, вообще легкое, дѣлалось корицангомъ, ложкой, маленькими щипцами. Довольно часто при захватываніи камня верхняя его кора дробилась; въ 15 случ. извлеченіе камней возможно было только при предварительномъ ихъ раздробленіи. Какъ будетъ видно ниже, обыкновенно такое дробленіе сопровождалось значительной травмой пузыря и было продолжительно. Одинъ только разъ (№ 1 доантисептического періода, *Грумъ*) камень не могъ быть извлеченъ.

По удаленіи камня, слѣдовало тщательное изслѣдованіе пузыря и такое-же промываніе его дезинфецирующими растворами; кончали операцію наложеніемъ полнаго или частичнаго шва на пузырь, или же примѣняли тотъ или другой уходъ за раной пузыря и брюшной стѣнки, о чемъ ниже. Почти, какъ правило, — кровотеченіе при операціи весьма незначительное.

Вотъ способы, практиковавшіеся у насъ при выполненіи высокаго камнесъченія. Посмотримъ: можно-ли ихъ считать вполне выработанными и нельзя-ли, изъ анализа собраннаго матеріала, выбрать такой методъ, который считался-бы наиболѣе совершеннымъ. Къ этому мы ближе всего подойдемъ, рассмотрѣвъ тѣ осложненія, которыя встрѣтились въ собранныхъ случаяхъ.

ТАБЛИЦА V.

№ по порядку.	Осложненія во время операціи.	Число случаевъ.	Выздоровл.	Умерло.
1	Раненіе брюшины	3	1	2
2	Надрывъ брюшины при извлеченіи камня	2	1	1
3	Самопроизвольный разрывъ брюшины послѣ операціи	1	1	—
4	Брюшина сращена съ симфизомъ	2	2	—
5	Брюшина видна въ верхнемъ углу раны	32	29	3
6	Выпячиваніе внутренностей въ рану во время операціи	1	—	1
7	Выпячиваніе въ рану слизистой оболочки пузыря	5	2	3
8	Выпячиваніе въ рану околопузырной жирной кѣтчатки	11	11	—
9	Кровотеч. во время операціи } сильное	11	9	2
		26	26	—
10	Кровотеченіе изъ пузыря во время его наливаанія	1	1	—
11	Крестообразный разрывъ пузыря	1	1	—
12	Вторичный разрывъ пузыря	4	4	—
13	Надрывъ пузыря при извлеченіи камня	3	3	—
14	Пузырь проткнутъ итинераріемъ	1	1	—
15	Камень дробился	15	10	5
16	Трудное извлеченіе камня	34	19	15
17	Камень не извлеченъ	1	—	1
18	Камень не найденъ во время операціи	1	1	—
19	Камень осложненъ опухолью пузыря	2	2	—
20	Sectio alta осложнена другими операціями (lithotripsia, lithotomia lateralis, mediana, urethrotomia interna, externa	22	14	8

Въ только что приведенной таблицѣ собраны всѣ осложненія, встрѣтившіяся при выполненіи 494 операцій. На этотъ разъ мы соединили въ одно, какъ случаи доантисептического, такъ и антисептического періода операціи; мотивы, заставившіе насъ поступить такимъ образомъ, — понятны.

1) **Раненіе брюшины** наблюдалось 3 раза (№№ 47, 160 и 314), что составляет 0,6% на все число операций; изъ нихъ окончилось летально 2 (peritonitis, dysenteria). Какъ видно, раненіе брюшины встрѣтилось крайне рѣдко и современный оперативный методъ sectionis altae почти вполнѣ гарантируетъ насъ отъ этого нежелательнаго осложнения.

Съ момента возникновенія sectionis altae, раненіе брюшины считалось наиболѣе опаснымъ осложненіемъ; настолько опаснымъ, что почти исключительно оно и было причиной долгаго неуспѣха операціи. Изъ исторіи операціи мы узнаемъ, что уже въ 1580 г., т. е. черезъ 20 лѣтъ послѣ впервые произведенной *Franco*омъ эпицистотоміи, появляется попытка дать такой методъ, при которомъ мы были бы гарантированы отъ раненія брюшины. *Rousset*, современникъ *Ambroise Paré*, первый предложилъ дѣлать высокое камнесѣченіе при наполненномъ пузырьѣ, съ цѣлью удалить складку peritonei вверхъ и тѣмъ обезпечить себѣ поле операціи. Растяженіе пузыря могло быть достигнуто или: а) непосредственнымъ наполненіемъ его передъ операціей, или б) въ случаяхъ сильно чувствительнаго пузыря, гдѣ наливаніе вызывало сильныя боли, наполненіе его достигалось, приучивъ пузырь къ постепенному растяженію, перевязавъ или сжавъ уретру за день или за два до операціи и назначивъ больному какое либо мочегонное.

Въ XVII столѣтіи голландскій хирургъ *K. Sollingen* дѣлалъ эпицистотомію, предварительно надувъ пузырь воздухомъ. Въ XVIII столѣтіи *Frère Côme* вводитъ въ употребленіе свой стрѣловидный зондъ; при помощи его знаменитый изобрѣтатель lithotome caché оперировалъ высокимъ камнесѣченіемъ весьма счастливо (19% смертности); однако, далеко небезопасный инструментъ не могъ не вызывать справедливыхъ порицаній и, не смотря на массу усовершенствованій и видоизмѣненій, онъ оставленъ всѣми. Нашему времени принадлежитъ заслуга разработки наиболѣе безопаснаго метода операціи. Въ этомъ отношеніи главная заслуга принадлежитъ *Garson*'у¹¹⁴⁾.

На VII конгрессѣ нѣмецкихъ хирурговъ *Braune* докладываетъ результаты изслѣдованій *Garson*, доказавшаго экспериментальнымъ путемъ, что при наполненіи пузыря и растяженіи прямой кишки, пузырь смѣщается вверхъ, приподымаетъ складку peritonei, оставляя такимъ образомъ весьма значительную часть передней стѣнки пузыря, свободной отъ брюшины. Это измѣненіе во взаимномъ поло-

женіи peritonei и пузыря было отмѣчено имъ, какъ обстоятельство въ высшей степени важное для безопаснаго выполненія высокаго камнесѣченія.

Вполнѣ убѣдительно это было доказано профессоромъ *F. Petersen'*омъ¹¹⁵⁾, изслѣдовавшимъ 10 труповъ при налитомъ пузырь и расширенной прямой кишкой, куда, съ цѣлью приподнятія пузыря, онъ вводилъ кольпейринтеръ, наполненный водой. Данная имъ таблица указываетъ (стр. 756 и 757), что при такомъ приподнятій растянутаго пузыря кольпейринтеромъ, складка брюшины приподнимается надъ краемъ симфиза весьма значительно, настолько значительно, что вполнѣ гарантируетъ насъ отъ раненія брюшины.

Просматривая таблицу мы видимъ, что количество впрыснутой жидкости, какъ въ пузырь, такъ и кольпейринтеръ, играетъ существенную роль при оттѣсненіи складки брюшины; такъ, въ первомъ опытѣ (40—45 л. мужчина съ хорошо развитымъ жирнымъ слоемъ) при пустомъ пузырь и прямой кишкѣ складка брюшины лежала на два поперечныхъ пальца ниже верхняго края симфиза; при одномъ только кольпейринтерѣ положеніе измѣнилось такъ, что брюшинная складка стояла уже ниже верхняго края симфиза на одинъ палецъ; при пузырь и кольпейринтерѣ съ 400 куб. с. жидкости она поднялась надъ симфизомъ на 15 мм.; при томъ же количествѣ жидкости въ пузырь и 600 куб. с. въ кольпейринтерѣ она поднялась на 26 мм., наконецъ, при 600 куб. с. въ пузырь и кольпейринтерѣ складка брюшины поднялась на 35 мм. Въ 2-хъ опытахъ (70—50 л. мужчина съ обильно развитымъ жирнымъ слоемъ) при 600 куб. с. въ прямой кишкѣ и пузырь складка брюшины поднялась на 65 мм.; тоже и въ остальныхъ опытахъ. Оказывается, что чѣмъ больше жидкости вводится въ пузырь и кольпейринтеръ, тѣмъ выше поднимается складка брюшины, тѣмъ, слѣдовательно, больше свободного мѣста для разрѣза передней стѣнки пузыря.

Изъ той-же таблицы видно, что на трупахъ съ хорошо развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, извѣстное количество впрыснутой жидкости въ пузырь и въ кольпейринтеръ даетъ приподнятіе складки брюшины гораздо большее, чѣмъ тоже количество впрыснутой жидкости у исхудалыхъ (сравни 3 и 6 опыты съ 1, 2, 8 и 10), отсюда вытекаетъ практическое правило, отмѣченное *Petersen'*омъ: «je stärker der Panniculus adiposus entwickelt ist, man desto weniger zu injiciren braucht, um eine vom Peritoneum freie Stelle für die Operation zu gewinnen» (стр. 755).

Langenbuch ¹¹⁶⁾ въ своихъ немногочисленныхъ изслѣдаваніяхъ (4, 5) на трупахъ при наполненіи только одного пузыря 800—1000 куб. с. получилъ приподнятіе складки брюшины на 5—8 куб. с. (стр. 37).

Значительно подробнѣе разработанъ тотъ-же вопросъ *Bouley* ¹¹⁷⁾. Прежде всего онъ даетъ намъ таблицу результатовъ опытовъ при наполненіи одного только пузыря различными количествами жидкости (отъ 250 до 950 куб. с.). Оказывается, что при одномъ и томъ-же количествѣ впрыснутой въ пузырь жидкости, высота брюшинной складки колеблется весьма значительно; такъ, при 950 куб. с. брюшинная складка приподнялась надъ симфизомъ въ одномъ случаѣ на $7\frac{1}{2}$, въ другомъ на 10 с.; при 750 куб. с. она поднималась на 7, 6, $3\frac{1}{2}$ и на 3 с. надъ лоннымъ соединеніемъ; при 400 куб. с. колебанія тоже довольно рѣзки; складка приподнималась на 4, $3\frac{1}{2}$, 3, 2, 1 с. и т. д. Какъ видно, колебанія въ высотѣ поднятія складки *peritonei* весьма значительны и по всей вѣроятности зависятъ отъ состоянія питанія и главнымъ образомъ отъ количества подкожного жирнаго слоя, такъ что, въ общемъ, для поднятія складки брюшины на ту или другую высоту надъ симфизомъ, слѣдуетъ вприскивать въ пузырь худощавыхъ субъектовъ большія количества жидкости, чѣмъ людямъ жирнымъ (стр. 88).

Мы только что видѣли, что тотъ-же фактъ отмѣченъ и *Petersen*’омъ. Объясненіе его просто: у исхудалыхъ субъектовъ пузырь расширяется свободно въ полости малаго таза, не будучи ни чѣмъ стѣсненъ. Не то у жирныхъ,—здѣсь расширяться пузырю не такъ удобно, онъ стѣсненъ жиромъ, находящимся въ избыткѣ въ маломъ тазу и окружающимъ пузырь со всѣхъ сторонъ; слѣдовательно, при наливаніи пузыря онъ не можетъ расширяться въ бока, такъ свободно, какъ въ первомъ случаѣ, и ему остается расширяться по направленію вверхъ; жировая ткань какъ-бы выпираетъ его изъ полости таза въ полость брюшную. Однако, *Bouley*, отмѣчая сказанный фактъ, поступаетъ осторожнѣе *Petersen*’а, онъ не совѣтуетъ считать его правиломъ, такъ какъ: «il ne faut pas oublier q’il y a des differances individuelles tres marquées» (стр. 88)*).

*) Вопросъ о высотѣ складки брюшины надъ симфизомъ при растянутомъ пузырьѣ изслѣдованъ многими, причемъ результаты получены весьма разпорѣчныя. *Sappey* нашелъ, что въ случаяхъ переполненія пузыря, складка брюшины поднимается надъ симфизомъ на 4—5, чаще же—на 1, 5—2 сант. (*Flury*, стр. 11). *Mercier* опредѣлилъ maximum этого разстояніе въ 5 сант.

Провѣряя данныя, полученныя *Petersen*'омъ при примѣненіи способа *Garson*'а, *Bouley* даетъ намъ таблицу результатовъ своихъ 30 опытовъ на трупахъ (отъ 16 до 77 лѣтъ), различно упитанныхъ, при различномъ наполненіи пузыря и кольпейринтера. Изъ таблицы (стр. 93) видно, что при примѣненіи кольпейринтера и наливаніи пузыря складка брюшины отходитъ вверхъ отъ симфиза на большее разстояніе, чѣмъ при расширеніи одного только пузыря. Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ, слѣдующіе: а) существуютъ индивидуальныя особенности, не позволяющія намъ вывести какое либо правило относительно поднятія складки брюшины при примѣненіи способа *Garson-Petersen*'а, б) въ общемъ, поднятіе складки брюшины довольно пропорціонально питанію субъекта. Это поднятіе весьма значительно у людей жирныхъ или среднего питанія, гораздо меньше у людей тощихъ. При впрыскиваніяхъ среднихъ, отъ 400 до 500 куб. с., по ровну, въ пузырь и кольпейринтеръ, слѣдуетъ считать, что складка брюшины поднимается надъ симфизомъ: у людей жирныхъ на 7 сант. и выше, у среднеупитанныхъ на 6—7 сант., у исхудалыхъ на 5—6 сант. и у очень исхудалыхъ—на 3—4 сант. и ниже. При расширеніи пузыря 250—300 куб. с. при кольпейринтерѣ съ 400—600 куб. с., условія при которыхъ наичаще производится операція высокаго камнесѣченія, цифры высоты брюшинной складки надъ симфизомъ: «*Sont à peine un peu moins prononcés*» (стр. 95).

Тоже и *Sabatier*; но онъ считаетъ такую высоту складки исключительною. *Henle* говоритъ, что при чрезмѣрномъ растяженіи пузыря, когда верхушка его стоитъ противъ пупка, складка брюшины можетъ подняться надъ симфизомъ на 7 сант. Проф. *Таренискій* въ своихъ изслѣдованіяхъ на замороженныхъ трупахъ нашелъ предѣлъ для приподнятія складки брюшины при наполненіи пузыря въ 3, 5 сант. *Langer* нашелъ, что высота складки измѣнчива; при поднятіи пузыря надъ лобкомъ на 5—6 сант. она колеблется между 2—5½ сант. Въ общемъ, чѣмъ выше верхушка пузыря, тѣмъ больше разстояніе брюшины отъ симфиза (*Flury*, стран. 15). *Pitha* наблюдалъ у стариковъ, особенно худощавыхъ, очень глубокое положеніе пузыря въ тазу; у нихъ складка брюшины доходитъ до верхняго края симфиза (*Flury*, стр. 17). *Tillaux* на рисункѣ 215 своей анатоміи даетъ разстояніе складки брюшины при расширенномъ пузырь равнымъ 3,5 сант. *Pouliot*, на основаніи своихъ изслѣдованій, согласенъ съ наблюденіями *Langer*'а, что высота брюшинной складки надъ лономъ находится всегда въ соотвѣтствіи съ степенью расширенія пузыря (*Flury*, стран. 14). Совершенно тоже нашелъ и *Bouley*, провѣрившій опыты *Pouliot* (стран. 99).

Желая прослѣдить, какъ колеблется высота брюшинной складки надъ симфизомъ при одномъ и томъ-же количествѣ впрыснутой жидкости въ пузырь и разныхъ количествахъ въ кольпейринтеръ, *Bouley*, на основаніи своихъ многочисленныхъ (65) изслѣдованій, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) *Полезное дѣйствіе кольпейринтера прекращается съ 400—600 куб. с. влитой жидкости.* Въ большинствѣ случаевъ, какъ только переходятъ указанные количества, кольпейринтеръ или выпячивается изъ прямой кишки или же онъ подымается въ прямой кишкѣ, удлиняется *«en se toulant sur l'intestin»*. 2) При пузырь съ 300—400 куб. с. и кольпейринтеръ съ 500 куб. с. жидкости или около того, можно уже рассчитывать на весьма значительное поднятіе брюшинной складки. Если не удастся впрыснуть въ пузырь такихъ количествъ, то и при 150—200 куб. с. жидкости операція исполнѣ безопасна, такъ какъ складка брюшины подымается достаточно высоко (стр. 97).

Что касается женщинъ, то складка *peritonei* подымается у нихъ также, какъ и у мужчинъ. Относительно примѣненія у нихъ кольпейринтера, авторъ говоритъ, что, въ зависимости отъ матки, расширение кольпейринтера—труднѣе. Вводить его вмѣсто прямой кишки во влагалище *Bouley* не совѣтуетъ, такъ какъ при такомъ условіи онъ не выполняетъ своего назначенія. Въ силу анатомическихъ условій у женщинъ, впрыснутая въ пузырь жидкость можетъ быть удержана только при помощи сдавливанія уретры къ костямъ симфиза.

У дѣтей складка брюшины никогда не доходить до симфиза ближе какъ на 3 сант. Изъ 3-хъ опытовъ на дѣтскихъ трупахъ, сдѣланныхъ авторомъ, оказалось, что при наполненномъ пузырь очень большая поверхность его свободна отъ брюшины. *У дѣтей легко можно обойтись безъ кольпейринтера* (стр. 99).

Въ томъ же году *Duschastelet* ¹¹⁸⁾ провѣрялъ результаты изслѣдованій *Petersen'a*. Его изслѣдованія на шести трупахъ подтвердили наблюденія *Petersen'a* и *Bouley*; между прочимъ онъ отмѣчаетъ, что на живыхъ извѣстное количество впрыснутой жидкости въ пузырь отбѣсняетъ складку брюшины гораздо значительнѣе, чѣмъ это наблюдается на трупахъ. Высота складки *peritonei* настолько значительна, что допускаетъ разрѣзъ въ 6 сант. и примѣненіе изобрѣтеннаго имъ особеннаго инструмента *cystorraphe* для наложенія пузырьнаго шва.

Какъ изслѣдованія *Petersen'a*, такъ и *Duschastelet* и *Bouley*, произведены преимущественно на трупахъ взрослыхъ людей, а

между тѣмъ *sectio alta* весьма часто примѣняется въ дѣтскомъ возрастѣ, почему было желательно имѣть положительныя данныя относительно приподнятія складки брюшины у дѣтей при расширеніи пузыря и кольпейринтера. Работа въ этомъ направленіи выполнена *Mannheim*'омъ, по предложенію проф. *Bergmann*'а.

Mannheim ¹¹⁹⁾ произвелъ 240 опытовъ на дѣтскихъ трупахъ въ возрастѣ отъ 2¹/₂ и до 8 лѣтъ. 80 опытовъ произведены при одномъ только наполненіи пузыря отъ 90 до 360 к. с. жидкости; 90 опытовъ произведены при наполненіи кольпейринтера 90 куб. с., пузыря отъ 10 до 270 куб. с. жидкости; 20 опытовъ при 140 куб. с. жидкости въ кольпейринтерѣ и 90 куб. с. въ пузырь; наконецъ, 50 опытовъ при кольпейринтерѣ съ 180 куб. с., при пузырь отъ 0 и до 360 куб. с. жидкости. Отсылая интересующихся этой работой подробно къ таблицѣ на страницѣ 14, мы здѣсь укажемъ, что при одномъ только пузырь, расширенномъ 90 куб. сант. жидкости, складка брюшины приподнималась на 5, 3.7, 3.5, 4.3, 4.5, 3.5, 3.5, 1, 1.5, 0 сант.; при 180 куб. с. въ пузырь получены слѣдующія цифры: 5, 6.2, 5.5, 7.2, 6, 4.3, 5.3, 2.5, 3.5 сант.; при наполненіи пузыря и кольпейринтера 90 куб. с. жидкости высота складки брюшины надъ симфизомъ=5.5, 4.6, 4.5, 5, 4.6, 4.2, 5.8, 2.5, 5 сант.

Не приводя, ради краткости, всей таблицы, отмѣтимъ, что изслѣдованія *Mannheim*'а указываютъ намъ на вполнѣ достаточное приподнятіе складки брюшины надъ симфизомъ. Цифры, приведенныя мною въ томъ же порядкѣ, какъ онѣ поставлены у автора, т. е. по возрасту, отъ 2¹/₂ до 8 лѣтъ, указываютъ, что съ увеличеніемъ возраста *полезное дѣйствіе* расширеннаго пузыря и кольпейринтера, *при одномъ и томъ-же количествѣ жидкости въ пузырь*,—уменьшается, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма значительно. Эти цифры подтверждаютъ давно извѣстный фактъ, что у дѣтей пузырь лежитъ при нормальныхъ условіяхъ высоко въ полости брюха и только съ возрастомъ постепенно опускается въ полость малаго таза; у нихъ и при обыкновенныхъ условіяхъ брюшинная складка лежитъ нѣсколько надъ симфизомъ; только въ двухъ случаяхъ *Mannheim* нашелъ, что при пустомъ пузырь и кольпейринтерѣ высота этой складки равна 0. Имъ также подтверждены наблюденія *Petersen*'а и *Bouley*, указанныя нами выше, относительно большаго эффекта расширенія пузыря у дѣтей хорошо упитанныхъ, въ сравненіи съ истощенными.

Всѣ эти работы несомнѣнно указываютъ на полное основаніе

считать методъ *Garson—Petersen'a* вполне рациональнымъ при выполнении высокаго камнесѣченія.

Разсмотрѣніе таблицъ полученныхъ результатовъ при примѣненіи этого способа наглядно подтверждаетъ справедливость только что сказаннаго, хотя, какъ видно изъ таблицъ, цифры, полученные тѣмъ или другимъ изслѣдователемъ, значительно разнятся между собою. Особенно велики цифры, полученные *Bouley* (смотри стр. 93, опыты 30, 22, 13 и др.).

Быть можетъ нѣкоторое разногласіе въ цифрахъ получено вслѣдствіе неточности способовъ опредѣленія поднятія складки брюшины надъ симфизомъ; это дѣлалось при помощи пальца, введеннаго черезъ разрѣзъ стѣнки живота; имъ опредѣлялось то или другое отношеніе складки брюшины къ верхнему краю симфиза. Безспорно, методъ не особенно точный, требующій извѣстной ловкости и сноровки, такъ какъ основанъ исключительно на одномъ только осязаніи. Нужна была провѣрка этихъ опытовъ болѣе точнымъ методомъ и такимъ долженъ считаться методъ, положенный въ основаніе работы *Fehleisen'a* ¹²⁰), примѣниваемаго къ своимъ изслѣдованіямъ замораживаніе труповъ, послѣ того, какъ было сдѣлано наполненіе пузыря и кольпейринтера тѣмъ или другимъ количествомъ жидкости. Въ общемъ, его изслѣдованіе, которое, конечно, должно считаться наиболѣе точнымъ изъ всѣхъ остальныхъ, подтвердило выводы предшественниковъ и между прочимъ указало на одинъ приѣмъ при примѣненіи метода *Garson—Petersen'a*, практическая важность котораго несомнѣнна. Оказалось, что складка брюшины приподнимается надъ симфизомъ больше, если предварительно наполняется кольпейринтеръ, затѣмъ пузырь, а не наоборотъ. Къ этому мы еще прибавимъ, что *Bouley*, описывая свои опыты говоритъ, что безразлично съ чего начинать наливаніе жидкости: съ пузыря-ли или съ кольпейринтера, но отмѣчаетъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ при уже налитомъ пузырьѣ употребленіе кольпейринтера затрудняется: онъ, встрѣчая растянутый пузырь, не имѣетъ возможности достаточно расшириться и выпячивается *per anum*. Такъ что, говоритъ тотъ же авторъ, лучше начинать съ наполненія кольпейринтера, «*du moins sur le cadavre*» (стр. 90).

Все сказанное указываетъ, что современная техника операціи гарантируетъ насъ вполне отъ раненія брюшины. Но всегда-ли, впрочемъ, можемъ мы рассчитывать примѣнить при высокомъ камнесѣченіи способъ *Garson—Petersen'a*? Къ счастью, мы можемъ отвѣ-

титъ на этотъ вопросъ почти утвердительно, такъ какъ препятствія къ примѣненію метода расширенія пузыря и прямой кишки встрѣчаются крайне рѣдко. Препятствія могутъ быть какъ со стороны брюшины, такъ и со стороны самого пузыря.

Давно уже описаны случаи, гдѣ складка брюшины была плотно спаена съ симфизомъ, такъ что поднятіе ея вверхъ дѣлается невозможнымъ ни при какомъ расширеніи пузыря. Впервые такой случай описалъ *Bromfield*, 1773 г.; послѣ него извѣстны случаи: 2) *Pitha*, 1855 г., 3) *Lotzbeck*, 1858 г., 4) *Neuber*, 1881 г., *Bouley*, 1883 г., 6) *Polailon*, 1886 г., 7) *Sonnenburg*, 1886 г., 8) *Israel*, 1886 г., 9) *Marc. Seé*, 1887 г., 10) *Monroe Thomas*. Какъ часто встрѣчается сказанная аномалія рѣшить трудно, такъ какъ неизвѣстно: на какое число случаевъ операцій или вскрытій приходится только что перечисленные, достовѣрные случаи аномалій; однако, взявъ въ основаніе расчетъ извѣстные и въ нашей статистикѣ 11-й и 12-й случаи аномаліи д-ровъ *Груберта* и *Шмитца* (см. №№ 257, 264), можно сказать, что она встрѣчается въ 0,4% всѣхъ случаевъ.— Полагаю, ни у кого не хватитъ смѣлости, на основаніи столь рѣдкой аномаліи, умалять значеніе *sectionis altae*.

Ежедневный клинический опытъ съ промываніями пузыря ясно указываетъ намъ, что эти промыванія, значить—растяженія пузыря, переносятся больными не одинаково. Одни при нихъ не чувствуютъ никакой боли, удерживаютъ въ пузырьѣ значительныя количества жидкости, другіе наоборотъ. Различныя заболѣванія по длинѣ мочевого аппарата даютъ намъ до нельзя разнообразную клиническую картину разстройствъ при мочеиспусканіи. Каменная болѣзнь, какъ извѣстно, весьма часто сопровождается рѣзко выраженными болѣзненными припадками со стороны мочеиспусканія, начиная съ легкой тяжести въ области пузыря, нѣсколько учащенными позывами къ испражненію мочи и кончая мучительнѣйшими болями, недержаніемъ, и нерѣдко, грозными симптомами задержанія мочи. Картина страданія калькулезныхъ больныхъ до крайности разнообразна и, конечно, находится въ зависимости отъ весьма многихъ условій, какъ-то: обстановки больного, его индивидуальности, общаго состоянія и состоянія пузыря, хотя въ этомъ отношеніи приходится нерѣдко отмѣчать полное несоотвѣтствіе между страданіями больныхъ и степенью пораженія ихъ мочевыхъ путей. Несомнѣнно, однако, что присутствіе камня, особенно продолжительное время, можетъ обусловить такіа измѣненія въ строеніи и функціи пузыря, которыя не позволяютъ

произвести необходимѣйшій актъ эпицистотоміи — расширение пузыря наливаніемъ, или, что еще хуже, обусловятъ намъ разрывъ послѣдняго.

Этихъ случайностей, чрезмѣрнаго наполненія пузыря и его разрыва, или невозможности достаточно налить пузырь, въ силу его слабой наклонности къ расширенію, что чаще всего встрѣчается при долго длящейся каменной болѣзни, въ случаяхъ концентрической гипертрофіи пузыря, возможно всегда избѣжать при тщательномъ клиническомъ изслѣдованіи больного, а потому они и встрѣчаются весьма рѣдко.

Разрывы пузыря при его наполненіи извѣстны давно. Это несчастное осложненіе было одной изъ причинъ почему *sectio alta*, удачно принявшаяся на почвѣ Англіи трудами братьевъ *Duglas* (1719 г.), *Cheselden'a* (1722), была оставлена всѣми. Помимо старыхъ, достовѣрно извѣстны случаи: *Guyon'a*, *Monod*, *Dittel'я*, *Weinlechner'a* и др. Не подлежитъ, слѣдовательно, сомнѣнію, что разрывы пузыря при выпрыскиваніи жидкости ради его расширения — возможны, но несомнѣнно, что въ нашихъ рукахъ есть средства избѣжать этого, по большей части, гибельнаго осложненія. Конечно, эти средства сдѣлались бы еще цѣннѣе, если бы мы обладали точными данными для распознаванія такихъ способныхъ къ разрыву пузырей. Какими же, однако, средствами мы обладаемъ, чтобы избѣжать только что сказаннаго осложненія?

До нѣкоторой степени насъ предостерегаютъ отъ этого несчастія наши свѣдѣнія о емкости пузыря. На живомъ, говоритъ д-ръ *Batuev* ¹²¹), за среднюю емкость пузыря можно принять среднее количество мочи за одно мочеиспусканіе, что легко опредѣлить изъ всего количества мочи и числа мочеиспусканій за извѣстный промежутокъ времени (стр. 48). *Krause* считаетъ емкость мертваго пузыря при растянутомъ его состояніи въ 200—400 куб. сант. *Barkow* — при средней его степени расширенія — въ 500—1375 куб. с., *Hoffmann* ту же емкость нашелъ для женщинъ въ 680, для мужчинъ въ 735 куб. с. Опыты, предпринятыя съ цѣлью выясненія какія количества жидкости даютъ разрывъ пузыря, показали *Duchastelet*, что, въ среднемъ, 1180 куб. жидкости достаточно, чтобы произвести разрывъ пузыря; по *Bouley* эта средняя цифра — нѣсколько больше, а именно 1300 куб. с. *Batuev* вводилъ въ пузырь 2500 куб. с. жидкости и не получилъ разрыва (стр. 40—41).

Безъ сомнѣнія, емкость, прочность пузыря, зависятъ отъ степени его заболѣванія; изслѣдованія такихъ пузырей даютъ намъ пра-

во считать ихъ емкость меньше нормальной, но тѣмъ не менѣе и только что приведенныя цифры, особенно-же тѣ, при которыхъ полученъ разрывъ, намъ весьма цѣнны. Онѣ, конечно, заставляютъ насъ быть осторожными и держаться далеко отъ конечнаго предѣла, того предѣла, при которомъ не такъ давно казалось *Linhardt'y* и друг. только и возможно было достигнуть приподнятія брюшинной складки надъ симфизомъ.

Еще бѣольшую цѣну имѣютъ случаи *Dittel'a*, *гдѣ разрывы пузыря получены на мѣстѣ дивертикуловъ, при небольшихъ количествахъ впрыснутой жидкости—100, 200 куб. с* Понятно, эти наблюденія заставляютъ насъ быть въ подобныхъ случаяхъ до крайности осторожными. Соблюдая это мудрое правило, намъ не зачѣмъ будетъ прибѣгать къ предложенному *Dittel'емъ* способу расширенія пузыря воздухомъ; методъ, какъ мы видѣли раньше, не новый и не представляющій никакихъ выгодъ.

Итакъ, тщательное изслѣдованіе пузыря, его емкости, всесторонняя оцѣнка каждаго изъ нашихъ больныхъ, знаніе тѣхъ предѣльныхъ количествъ жидкости, при которыхъ наблюдались разрывы пузыря, заставляютъ насъ въ извѣстныхъ случаяхъ быть крайне осторожными; правила же, данныя *Fehleisen'омъ* для примѣненія метода *Garson-Petersen'a*, вполне обезпечивающія намъ достаточно высокое поднятіе брюшинной складки, при небольшихъ количествахъ жидкости, впрыснутой въ пузырь, *никогда не позволяютъ намъ наливать подозрительный пузырь большимъ количествомъ жидкости.*

Въ самомъ актѣ впрыскиванія, если онъ дѣлается правильно, мы также имѣемъ немалую гарантію избѣжать нежелаемаго осложненія. Впрыскиванія должны дѣлаться осторожно, безъ толчковъ, постепенно, для чего слѣдуетъ употреблять простыя спринцовки; *наливаніе-же пузыря воронками, ирригаторами должно быть изгнано.* При нихъ мы не имѣемъ возможности хорошо контролировать наши дѣйствія; при такомъ способѣ наполненія пузыря мы видимъ лишь то, что жидкость поступаетъ изъ воронки или ирригатора въ пузырь; какъ относится къ наливанію этотъ послѣдній — для насъ остается неизвѣстнымъ. Не то при употребленіи спринцовки: здѣсь, надавливая на поршень инструмента пальцемъ, мы ясно ощущаемъ степень сопротивленія пузыря нашей инъекціи, а отсюда—можемъ дѣйствовать вполне сознательно. Еще лучше, конечно, манипулировать, какъ совѣтуетъ д-ръ *Батуевъ*, съ манометромъ, такъ какъ

«онъ лучше всего можетъ показать, на сколько легко пузырь поддается растяженію безъ перехода за предѣлы эластичности или, будучи систематически подготавливаемъ, можетъ быть становится менѣе выносливымъ. Примѣненіе же манометра въ моментъ самой операціи, мнѣ кажется, дало-бы возможность избѣгнуть разрыва пузыря отъ растяженія передъ литотоміей, что описано уже многими (*Guyon, Pousson, Perrier* и др.) Онъ можетъ быть полезенъ и при растяженіи пузыря съ цѣлью увеличенія уменьшенной, влѣдствіе бывшихъ страданій, полости пузыря. Наконецъ, будучи примѣняемъ при промываніи пузыря вообще, онъ можетъ указать на особенности пузыря при тѣхъ или другихъ его страданіяхъ. На возможность примѣненія манометра съ практической цѣлью указывалъ *Mallez* (*Thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire*, 1872 г., стр. 277.), предложившій для этого особенный *dynamomètre vesicale*, приборъ едва-ли достаточно практичный» (I. с. стр. 68).

Какъ поступать намъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пузырь весьма раздражителенъ, удерживаетъ небольшое количество жидкости и мало склоненъ къ расширенію? Можетъ-ли такой пузырь быть налитъ въ достаточной мѣрѣ? Достичь здѣсь желаемого результата мы можемъ отчасти соотвѣтственной терапіей пузыря и больного, главнымъ же образомъ методическимъ расширеніемъ пузыря, вводя постепенно все большія и большія количества жидкости. Терпѣніе и трудъ врача обыкновенно награждаются успѣхомъ. *Guyon* учитъ, что насильственные попытки къ расширенію пузыря обыкновенно кончаются гибельно; обратное получается при методическомъ подготовленіи его. Въ одномъ изъ своихъ случаевъ *Petersen* могъ первоначально ввести въ пузырь мальчика 12 л. только 70 куб. с. жидкости, при чемъ появлялись сильныя боли, не позволяющія ввести большія количества; черезъ 9 дней систематическаго расширенія пузыря тотъ же мальчикъ безъ боли удерживалъ 350 куб. с. жидкости (I. с. стр. 756); какъ видно, примѣръ весьма наглядный. Совсѣмъ другаго взгляда придерживается *Thompson*¹²²); онъ того мнѣнія, что никакихъ предварительныхъ расширеній пузыря не нужно. Попытки увеличить емкость пузыря предварительными инъекціями почти никогда не приводятъ къ цѣли; напротивъ онѣ увеличиваютъ уже существующее раздраженіе. *Кромѣ того, абсцессистый пузырь ни съ какомъ случаѣ не нуженъ: растяженіе прямой кишки очень важно, растяженіе же пузыря не должно быть значительно* (стр. 179).

Подводя итогъ всему сказанному, мы видимъ, что при тщательномъ клиническомъ анализѣ каждаго изъ нашихъ случаевъ, при достаточномъ терпѣніи и примѣненіи кольпейринтера *Garson—Petersen'a* мы можемъ обезпечить себя какъ отъ разрыва, такъ и отъ неудачи съ наливаніемъ пузыря. Рѣдкость этихъ непріятныхъ осложненийъ яснѣе всего доказываетъ, что перечисленные мѣры являются достаточной гарантіей какъ отъ этихъ осложненийъ, такъ и отъ раненія складки брюшины при производствѣ операціи. Въ собранномъ нами матеріалѣ, раненіе *peritonei* отмѣчено 3 раза, что составляетъ 0,6%. Къ сожалѣнію, подробности этихъ случаевъ неизвѣстны.

Въ 1-мъ (2-хъ л. мальчикъ, *Иршикъ*); поранена брюшина при налитомъ пузырьѣ, смерть на 7-й день при явленіяхъ перитонита; во 2-мъ раненіе произошло также при налитомъ пузырьѣ; выздоровленіе безъ лихорадки (*Ващенко*) и въ 3-мъ раненіе при налитомъ пузырьѣ и кольпейринтерѣ; дѣвочка 4-хъ л., *Иршикъ*). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ въ исторіи болѣзни указано, что, не смотря на методъ *Garson—Petersen'a*, «складка брюшины спускалась низко». На рану *peritonei* наложены шелковые швы; смерть черезъ 17 дней отъ дизентеріи.

Прибавивъ къ только что указаннымъ случаямъ раненія *peritonei* опубликованные раньше: 6 случ. изъ статистики *Günther'a*, 2 случ. *Flury* и 1 случ. *Garsin'a*, оказывается, что на 940 собранныхъ операцій (260 *Gunther'a*, 92 *Flury*, 94 *Garsin'a* и 494 нашихъ) раненіе брюшины при высокомъ камнесѣченіи встрѣтилось 12 разъ, что составляетъ 1,2% *).

Какъ видно, осложненіе встрѣчается весьма рѣдко; кромѣ того, какъ въ періодъ доантисептической, такъ особенно въ настоящее время, оно не является безусловно смертельнымъ. Примѣненіе метода *Garson—Petersen'a* почти вполне гарантируетъ насъ отъ раненія *peritonei*; если же мы возьмемъ во вниманіе, что удерживаніе складки брюшины пальцемъ, легкое ея оттягиваніе вверхъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она видна въ операціонномъ полѣ, является манипуляціей вполне безопасной для оперируемаго и нетрудной для хирурга,

*) Къ этому числу мы не прибавили 13 случаевъ раненія *peritonei* изъ статистики *Dulles* (478 случ.) на томъ основаніи, что въ его работѣ повторяются случаи, опубликованные *Günther'омъ*. Если мы, не смотря на это, присоединимъ къ 12 вышеуказаннымъ 13 случ. *Dulles*, то получимъ 25 раненій брюшины на 1418 операцій, что составитъ 1,7%.

то при современной техникѣ операціи мы не имѣемъ права говорить, что высокое камнесѣченіе опасно тѣмъ, что при немъ легко поранить брюшину.

2) **Надрывъ брюшины** во время извлеченія камня наблюдался 2 раза; случаи *Н. И. Пирогова* и *Шмитца* (№№ 5, 26 доантисептического періода).

Знаменитый хирургъ ошибся въ величинѣ камня у 70 л. старика и онъ не могъ быть извлеченъ чрезъ сдѣланный боковой разрѣзъ на промежности. Произведено высокое камнесѣченіе. Камень (238,0) оказался неподвижно укрѣпленнымъ, крѣпко обхваченнымъ набухшей слизистой оболочкой пузыря, заходившей во всѣ его неровности; цѣлые $\frac{3}{4}$ часа потребовалось на вылушеніе и извлеченіе камня, приподнятаго пальцемъ черезъ прямую кишку. «При этихъ усиліяхъ, говоритъ *Н. И. Пироговъ*, я надорвалъ переднюю складку брюшины. Не смотря однакоже на это, больной чрезъ 7 недѣль выздоровѣлъ, и въ ходѣ леченія не представилось ничего особеннаго, кромѣ одного сильнаго сотрясательнаго озноба, тотчасъ послѣ операціи, да осадка на краяхъ обѣихъ ранъ—промежности и бѣлой линіи, о которомъ я уже упомянулъ» (1. с., часть I, стр. 10).

Во второмъ случаѣ у $2\frac{1}{4}$ л. мальчика разрывъ произошелъ при слѣдующихъ условіяхъ: послѣ весьма труднаго извлеченія большаго камня ($4,6 \times 3,0$ сант.) приступлено къ введенію дренажной трубки, что было сопряжено съ большими трудностями, такъ какъ пузырь былъ плохо фиксированъ, опустился вглубь, и рану пузыря пришлось отыскивать пальцемъ. Въ это время оперированный проснулся, сталъ сильно нутуживаться, произошло выпаденіе кишекъ.

Д-ръ *Шмитцъ* полагаетъ, что при трудномъ введеніи дренажной трубки и отыскиваніи пузыря было нанесено поврежденіе брюшинѣ, а давленіе внутренностей, при сильномъ напряженіи оперированнаго, увеличило это поврежденіе и обусловило выпаденіе кишекъ. Разрывъ peritonei былъ зашитъ кѣтгутомъ, рана пузыря сшита съ раной брюшной стѣнки, наложена антисептическая повязка. Послѣ операціи рвота, высокая температура и черезъ $1\frac{1}{2}$ дня смерть; при вскрытіи найденъ начинающійся перитонитъ, разрывъ же брюшины склеился вполне.

3) **Самопроизвольный разрывъ брюшины послѣ операціи**—отмѣченъ одинъ разъ д-ромъ *Шмитцемъ* (№ 248). Осложненіе произошло

спустя нѣсколько часовъ послѣ операціи. Положеніе камня, плотно сидѣвшаго подъ симфизомъ, его величина ($7,1 \times 5,4 \times 3,4$ сант.), затрудняли введеніе катетра, такъ что пузырь могъ быть наполненъ весьма недостаточно. О примѣненіи метода *Garson—Petersen's* нечего было и думать. Для удаленія камня пришлось разрѣзать переднюю стѣнку пузыря почти на двое (длина разрѣза 7 сант.); извлеченіе камня было весьма трудное, причемъ онъ разломился; верхняя часть удалена легко, нижняя же раздроблена съ большими усиліями. Не смотря на это, тщательный осмотръ по окончаніи операціи не обнаружилъ никакого поврежденія брюшины; вскорѣ наступившая сильная рвота прошла вполне благополучно. Спустя 3 часа снова сильный приступъ мучительной рвоты, во время которой въ открытой ранѣ брюшной стѣнки замѣчены двѣ петли кишекъ. Немедленное тщательное изслѣдованіе указало, что брюшина разорвалась на протяженіе 3 сант.; разрывъ начинался на $\frac{1}{2}$ сантим. выше верхняго угла раны пузыря и не имѣлъ съ нею никакой связи. Разрывъ былъ зашитъ кѣтгутомъ и оперированный выздоровѣлъ безъ всякихъ признаковъ перитонита (I. с., стр. 434 и 435).

Причина разрыва въ данномъ случаѣ зависѣла отъ приступа рвоты, при которой сильно повысилось внутрибрюшное давленіе, одновременно съ уменьшеніемъ сопротивленія брюшной стѣнки, вслѣдствіе зіянія несшитой раны этой послѣдней. Не подлежитъ сомнѣнію, что при той же самой рвотѣ, будь только рана брюшной стѣнки сшита, разрывъ не имѣлъ бы мѣста, такъ какъ повышенному внутрибрюшному давленію, виновнику разрыва, была бы противопоставлена стѣнка живота.

Случаи самопроизвольнаго разрыва брюшины не подлежатъ сомнѣнію и въ исторіи *sectionis altae* отмѣчены не разъ. Обыкновенно они наблюдаются въ связи съ приступами рвоты, кашля, въ зависимости отъ произвольныхъ движеній больнаго. Особенно поучителенъ въ этомъ отношеніи случай *W. Thorntill*, сообщенный *Midleton'омъ* (№ 30 таблицы *Günther'a*; 1723 г.). Здѣсь разрывъ брюшины и выходеніе кишекъ, при самомъ внимательномъ выполненіи операціи, прошедшій безъ всякихъ осложнений, произошелъ отъ быстрого опорожненія сильно расширеннаго пузыря.

4) **Брюшина сросшена съ симфизомъ.** Эта рѣдкая аномалія встрѣтилась два раза: д-рамъ *Груберту* и *Шмитцу* (№№ 257, 264). Выше мы уже говорили, что въ литературѣ опубликовано всего 10

случ. подобной аномалии. Оба окончились выздоровлением (на 30 и 17 д.); въ первомъ не указано какимъ образомъ брюшина была отдѣлена отъ симфиза, во второмъ это сдѣлано ножомъ.

5) Брюшина видна въ верхнемъ углу раны—32 раза; умерло 3. Въ 2-хъ случ.—мальчики 2-хъ и 3-хъ л.—высокое камнесѣчение выполнено при одномъ только налитомъ пузырьѣ; смерть на 3 и 17 д. отъ воспаленія брюшины. Въ 3-мъ—старикъ 65 л.—пузырь не могъ быть налитъ вовсе, такъ какъ камень выполнялъ всю его полость; кольпейринтеръ не оказалъ своего полезнаго дѣйствія, вслѣдствіе тяжести камня; смерть на 21 д.—не выяснена.

Изъ всѣхъ 32 случ. осложненія только 6 разъ оно наблюдалось при налитомъ пузырьѣ и кольпейринтерѣ; остальные оперированы безъ кольпейринтера; о трехъ нѣтъ свѣдѣній. Слѣдуетъ также отмѣтить, что въ одномъ случаѣ, не смотря на примѣненіе метода *Garson—Petersen'a*, складка брюшины все-таки стояла на уровнѣ симфиза, такъ какъ была натянута большимъ количествомъ водяночной жидкости. Въ другомъ случаѣ весьма значительное выпячиваніе складки брюшины (операция безъ кольпейринтера) зависѣло отъ чрезвычайнаго сокращенія брюшнаго пресса; выпячиваніе исчезло подъ полнымъ хлороформнымъ наркозомъ. Въ 2-хъ случ., изъ которыхъ одинъ окончился смертью, кромѣ складки брюшины замѣчалось и выпячиваніе слизистой оболочки пузыря, что затрудняло извлеченіе камня.

6) Выпячиваніе внутренностей въ рану во время операціи—наблюдалось одинъ разъ д-ромъ *Головачевымъ* (№ 134) и окончилось летально. Осложненіе произошло при слѣдующихъ условіяхъ: ребенокъ былъ недостаточно захлороформированъ и во время всей операціи, говоритъ д-ръ *Головачевъ*, «при натуживаніи, въ рану постоянно выпирались брюшныя внутренности, которыя пришлось все время удерживать; при этомъ являлась возможность ранить брюшину, не говоря о томъ, что это выпираніе и постоянное удерживаніе можетъ вызвать дурныя послѣдствія». Такъ и случилось; оперированный умеръ на 2-й д. отъ воспаленія брюшины.

Д-ръ *Головачевъ*, отмѣчая этотъ случай, самъ указываетъ причину, вызвавшую осложненіе; слѣдовательно, избѣжать его всегда возможно.

7) Выпячиваніе въ рану слизистой оболочки пузыря—встрѣтилось 5 разъ (№№ 22, 49, 340, 343, 367); умерло 3. Огромный процентъ смертности заставляетъ насъ смотрѣть на сказанное осложненіе какъ на одно изъ тяжкихъ. Однако, зависятъ-ли печальные исходы операціи непосредственно отъ осложненія, или же отъ чего другаго?

Къ рѣшенію вопроса мы ближе всего подойдемъ разобравъ случаи, сопровождавшіеся выпячиваніемъ слизистой оболочки пузыря.

1) Мальчикъ 3-хъ л., хорошаго питанія, съ нормальной мочей. Пузырь налитъ; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки пузыря; извлеченъ камень въ $2,0 \times 1,5$ сант. На рану карболовые компрессы. Послѣ операціи со 2-го дня и до смерти высокая температура. *Вскрытіе*. *Limphangoitis perivesicalis, peritonitis incipiens* (можетъ быть въ зависимости отъ господствовавшей въ то время въ больницѣ эпидеміи рожи).

2) Хорошо упитанный ребенокъ 2-хъ л. Состояніе мочи не указано. Пузырь налитъ; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки задней стѣнки пузыря; для болѣе прочнаго удерживанія наложено два кѣтгутовыхъ шва (куда? вѣроятно на пузырную рану); извлеченъ камень 5,0 грм. Катетеръ а *démeure* съ сифоннымъ приспособленіемъ, листеровская повязка, которая на 4-й день замѣнена карболовыми компрессами. На 2-й д. послѣ операціи катетеръ выпалъ и не введенъ больше; швы разошлись; рана чиста. Въ полдень рвота, къ вечеру поносъ. На 4-й д. въ ранѣ тонкій слой омертвѣлой клѣтчатки; на 5-й д. слой этотъ толще, животъ вздутъ. *Вскрытіе*. Въ нижней части брюшной стѣнки серозно-гнойный экссудатъ. Подбрюшинная клѣтчатка гнойно-инфильтрирована. Вокругъ пузыря масса гноя и распавшейся клѣтчатки. Въ остальномъ ничего ненормальнаго.

3) Плохо упитанный 12-ти л. мальчикъ. Обильный слизисто-гнойный осадокъ въ мочѣ. Пузырь налитъ; во время операціи значительное кровотеченіе; складку брюшины пришлось удерживать пальцемъ; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки задней стѣнки пузыря. Извлечено два камня въ 24,5 грм. Дренажъ пузыря, антисептическая повязка. Послѣ операціи высокая температура, сильный циститъ, а черезъ мѣсяць періуретральный нарывъ. Медленное, но полное выздоровленіе черезъ 90 д.

4) Мальчикъ 2-хъ л.; сильныя страданія. Моча вонючая, съ гноемъ. Пузырь налитъ; во время операціи пришлось удерживать складку брюшины; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки задней стѣнки пузыря, что затрудняло извлеченіе камня, вѣсомъ въ 2,9 грм. Тотъ-же уходъ за оперированнымъ. Первые дни температура до 38; черезъ 7 д. разошлись швы брюшной раны. На 12-й д. новое повышеніе температуры и мало по малу развивается картина воспаленія брюшины. *Вскрытіе*. *Peritonitis acuta*.

5) 25-ти л. истощенный мужчина—страдаетъ съ дѣтства. Недержаніе зловонной мочи; ни минуты покоя; сильная лихорадка. Состояніе таково, что только отъ немедленной операціи можно чего либо ожидать. Пузырь налитъ 180, кольпейринтеръ 360 куб. с. жидкости. Стѣнки пузыря плотно обхватывали камень; выпячиваніе въ рану слизистой оболочки задней стѣнки пузыря. Полость пузыря представляетъ два отдѣленія: въ верхнемъ—ядро камня и большая часть осколковъ, плотно окруженныхъ стѣнкою, а въ нижнемъ—осколки около *orific. inter. urethrae*. Извлечено множество почти одинаково большихъ осколковъ корнцангомъ и ложкой. Орошеніе пузыря для удаленія маленькихъ осколковъ длилось цѣлый часъ. Всѣ ядра и осколковъ 20,0 грм. Тотъ-же ухаживать за оперированнымъ. Послѣоперационный періодъ—почти безъ лихорадки, но выздоровленіе медленное; циститъ постепенно улучшается; черезъ 2 недѣли во время перевязки найденъ осколокъ камня; черезъ 3 недѣли оперированный пожаловался на боли въ *regionis subinguinalis*, замѣчается легкая припухлость мышцъ, приводящихъ бедро; все это скоро прошло. Выписанъ черезъ 58 д. съ правильнымъ мочеиспусканіемъ нормальной мочи, въ отличномъ состояніи.

Какъ видно, осложненіе наблюдалось большею частью въ случаяхъ тяжелыхъ и не было ближайшей причиною смерти. Не подлежитъ сомнѣнію, что выпячиваніе слизистой оболочки пузыря осложняетъ ходъ операціи, затрудняетъ извлеченіе камня, обуславливаетъ лишнюю травму и тѣмъ можетъ невыгодно повліять на послѣоперационный періодъ, но прямой причиною смерти оно быть не можетъ.

8) Выпячиваніе въ рану околопузырной жирной клѣтчатки—встрѣтилось 11 разъ. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ и осложненіе это должно считаться маловажнымъ. Выпячивающійся жиръ обыкновенно удалялся ножницами, такъ какъ онъ затемнялъ поле операціи и могъ мѣшать извлеченію камня (№ 62). Отрѣзываніе должно быть произведено крайне осторожно, такъ какъ раненіе сосудовъ околопузырной клѣтчатки можетъ дать порядочное кровотеченіе (№ 328).

9) Сильное кровотеченіе во время операціи наблюдалось 11 разъ; только въ 2-хъ случаяхъ, д-ровъ *Франкенаузера* и *Шмитца* (№№ 24, 235), оно можетъ быть названо смертельнымъ; во всѣхъ случ. не принесло никакого замѣтнаго вреда оперированному.

№ 24. Мальчикъ 3-хъ л., боленъ 1½ года. Сильныя страданія; моча мутна. Во время операціи сильное кровотеченіе, пузырная рана очень велика. Камень (8,0 грм.) при извлеченіи искрошился. Черезъ часъ

послѣ операци сильное послѣдовательное кровотеченіе; много разъ кровавая моча черезъ уретру. Коляпсъ, температура 36. Смерть черезъ 14 часовъ. *Вскрытіе*. Подбрюшинная клѣтчатка соответственно передней стѣнкѣ пузыря и стѣнки брюшной инфильтрирована кровью. Пузырь пустъ; мочеточники расширены; обѣ почки пронизаны многочисленными небольшими гнойничками; мѣстами почки жирно перерождены. Рѣзко выраженной анеміи внутреннихъ органовъ не найдено.

№ 235. Мальчикъ 2¹/₂ л. умѣреннаго питанія; сильныя страданія; камень (8,0 гр.) удаленъ легко. Черезъ 4 часа послѣ операци сильное послѣдовательное кровотеченіе; остановилось скоро. Одновременно сильная рвота. Смерть черезъ 19 час. *Вскрытіе*. Кровяное пропитываніе околопузырной клѣтчатки. Пузырь пустъ. Никакого намека на перитонитъ. Внутренніе органы слегка блѣдны.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что высокое камнесѣченіе, по своимъ анатомическимъ условіямъ, сопровождается весьма незначительнымъ кровотеченіемъ. Однако, какъ мы только что видѣли, возможны и исключенія.

Günther упоминаетъ о 6 кровотеченіяхъ, которыя остановились сами собой; *Bouley* упоминаетъ, что *Pye* потерялъ оперированнаго отъ сильнаго кровотеченія, тоже *Souberbielle* и проф. *d'Atmeida* (I. с., стр. 201); *Dulles* отмѣчаетъ 2 кровотеченія, при томъ смертельныя.

Установивъ тотъ фактъ, что при высокомъ камнесѣченіи возможно смертельное кровотеченіе, посмотримъ: имѣемъ-ли мы право при оцѣнкѣ операци высказываться такъ сурово, какъ это дѣлаетъ д-ръ *Крулевскій*, говоря, что при ней «кровотеченіе имѣетъ тотъ-же характеръ, какъ и при боковой литотоміи; судя-же по даннымъ *Günther'a* (1 : 30), оно встрѣчается при этой операци и не рѣже, чѣмъ при боковомъ камнесѣченіи» (I. с., стр. 76). Для рѣшенія этого спорнаго вопроса нѣсколько остановимся на разборѣ кровотеченій, встрѣчаемыхъ при эпицистотоміи.

Кровотеченія эти могутъ быть или поверхностныя: изъ сосудовъ брюшной стѣнки, или глубокія: изъ артерій и венозныхъ сплетеній пузыря *).

*) При разрѣзѣ кожи и подкожной клѣтчатки мы встрѣчаемъ кровотеченіе изъ мелкихъ вѣточекъ ар. epigastricae infer. superfic. и изъ венъ, впадающихъ въ v. abdominis Halleri. При разрѣзѣ глубокихъ частей брюшной стѣнки наблюдается кровотеченіе, обыкновенно весьма небольшое, изъ мышечныхъ вѣточекъ ар. epigastricae inferioris. Въ околопузырной клѣтчкѣ не встрѣчается какихъ либо важныхъ сосудовъ. Подойдя къ пузырю, мы можемъ имѣть кровотеченіе изъ подбрюшиннаго веннаго сплетенія пузыря; здѣсь на передней стѣнкѣ пузыря можетъ быть или одна или двѣ объемистыхъ вены, анастома-

Первое никогда не бывает значительнымъ, а тѣмъ болѣе такимъ, чтобы привести къ летальному исходу; для этого здѣсь нѣтъ главнаго—большихъ сосудовъ. Указываемое д-ромъ *Крулевскимъ* раненіе art. epigast. inferior. при міотоміи прямыхъ мышцъ живота, съ цѣлью расширенія брюшной раны, не должно насъ беспокоить; во 1-хъ, потому, что міотомія эта дѣлается крайне рѣдко и вовсе не должна быть выполняема, а во 2-хъ, если она и дѣлается, то всегда около симфиза, то есть тамъ, гдѣ артерій не бываетъ.

Второе можетъ причинить намъ не мало хлопотъ, всего же болѣе венозное; это то послѣднее кровотеченіе обуславливаетъ рѣдкіе случаи летальныхъ исходовъ.

Мы уже видѣли, что всѣ хирурги, приближаясь къ пузырю, соблюдаютъ величайшую осторожность. *Thompson* даетъ даже особый методъ оперированія послѣ разрѣза f. transversae: осторожное отсепарированіе ногтемъ или сепараторомъ околопузырной клѣтчатки вверхъ и внизъ, пока не откроются волокна пузыря; тѣмъ не менѣе въ рукахъ такихъ опытныхъ литотомистовъ, какъ *Шмитцъ*, *Иршиксъ*, *Ассендельфтъ*, которыхъ, конечно, нельзя заподозрить въ недостаточной техникѣ и торопливости при операциі, все же эти кровотечения наблюдаются.

Кровотеченіе при разрѣзѣ стѣнки пузыря обыкновенно бываетъ весьма незначительно, если же встрѣчается обратное, то оно обуславливается гипертрофіей пузыря или же совпадаетъ съ моментомъ расширенія раны пузыря внизъ, къ шейкѣ, при чемъ ранится опять таки венное сплетеніе, весьма здѣсь объемистое, особенно въ рѣзко выраженномъ патологическомъ состояніи пузыря. Кровотеченіе изъ болѣзненно измѣненной слизистой оболочки, въ большинствѣ случаевъ, зависитъ отъ трудности извлеченія камней, а именно: при камняхъ простатопузырныхъ, камняхъ въ дивертикулахъ и слишкомъ объемистыхъ, требующихъ дробленія.

Только что сказанное вполне подтверждается собраннымъ матеріаломъ.

зирующихъ между собою, а также съ v. dorsalis penis, на уровнѣ plex. Santorini, которое помѣщается подъ и позади symphysis. Вскрывая стѣнку пузыря, мы имѣемъ кровотеченіе изъ артерій пузыря (ar. vesicales super., ar. vesicales infer. ex. ar. hipogast., ar. vesicales anter. ex. ar. pudenda interna или ex. a. obturatoria, ar. vesicales post. ex ar. hemorrhoidal. media и у женщинъ кромѣ того изъ ar. uterinae et vaginalis) и изъ двухъ остальныхъ венныхъ сплетеній: а) сплетенія мышечнаго и б) слизистой оболочки. Эти сплетенія могутъ быть весьма объемисты. (*Tillaux* ¹²³), стр. 772).

1) Крепкій 25 л. мужчина. Недержаніе мутной, щелочной мочи. При разрѣзѣ пузыря значительное кровотеченіе, которое не удалось остановить. Послѣ операціи катетръ закупорился кровью и скоро удаленъ. Медленное выздоровленіе черезъ 75 д. (№ 65).

2) Плохо упитанный 45 л. мужчина. Мочеиспусканія часты, болѣзненны, съ большими усиліями. Моча щелочна, съ амміачнымъ запахомъ. Довольно значительное кровотеченіе изъ пузыря при его разрѣзѣ. Черезъ 14 д. отхожденіе черезъ рану омертвѣлой кляѣтчатки; *erysipelas*, *gangraena*, *scroti* и смерть черезъ 49 д. (№ 194).

3) Хорошаго питанія 60 л. старикъ. Моча мутна, кислой реакціи. За нѣсколько дней до *sectio alta* сеансъ литотритіи. Довольно значительное кровотеченіе изъ стѣнки мочевого пузыря; вскорѣ прекратилось. Первые 5 д. послѣ операціи моча съ небольшою примѣсью крови. Выздоровѣлъ черезъ 58 д. съ свищевымъ ходомъ, который то заживалъ, то снова открывался (№ 183).

4) Сильно истощенный 11 л. мальчикъ. Недержаніе щелочной, вонючей мочи съ большимъ количествомъ гноя. Сильное кровотеченіе изъ чрезвычайно гипертрофированной стѣнки пузыря. Выздоровѣлъ черезъ 31 д. (№ 252).

5) Плохо упитанный 7 л. мальчикъ. Моча мутная, съ слизисто-гнойнымъ осадкомъ, нейтральной реакціи. Довольно сильное кровотеченіе изъ стѣнокъ пузыря. Выздоровѣлъ черезъ 27 д. (№ 261).

6) Истощенный $2\frac{1}{2}$ л. мальчикъ. Значительное кровотеченіе при расширеніи раны пузыря. Выздоровѣлъ черезъ 35 д. (№ 327).

7) Плохо упитанный 3 л. мальчикъ. Сильнѣйшія страданія, англійская болѣзнь. Значительное кровотеченіе изъ раны пузыря, сосудъ не найденъ. Упадокъ силъ, вслѣдствіе кровотеченія и продолжительнаго наркоза. Выздоровленіе черезъ 52 д. осложнилось катарромъ кишокъ (№ 332).

8) Довольно хорошо упитанный 20 л. мужчина. Въ мочѣ слизисто-гнойный осадокъ; лихорадитъ до 38,5. Боли въ поясничной области. Значительное кровотеченіе; перевязка вены удалась съ трудомъ. Изъ пузырьной раны артеріальное кровотеченіе; перевязка въ глубинѣ раны не удалась. Камень раздробленъ. Два дня послѣ операціи кровавая моча. Затяжное послѣоперационное теченіе съ высокой температурой. Края раны разошлись; *pericystitis* и отхожденіе черезъ рану кусковъ омертвѣлой кляѣтчатки. Свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны долго не закрывался. Выздоровѣлъ черезъ 139 д. (№ 337).

9) Плохо упитанный 12 л. мальчикъ. Обильный слизисто-гнойный осадокъ въ мочѣ. Довольно значительное кровотеченіе; сосудъ не найденъ. 2 д. послѣ операціи моча кровавая. Значительный *cystitis*; на 7 д. брюшная рана разошлась. Периуретральный нарывъ. Выздоровѣлъ черезъ 90 д. (№ 340).

10) 20 л. мужчина. Моча мутная, слабо-щелочная. Довольно значительное кровотеченіе артеріальное изъ стѣнокъ пузыря. Выздоровѣлъ черезъ 40 д. (№ 356).

11) Хорошо развитой 5 л. мальчикъ. Сильно страдаетъ. Послѣ извлеченія камня кровотеченіе. Камень раздробленъ. Первые 6 д. послѣ операціи моча окрашена кровью. Выздоровѣлъ черезъ 32 д. (№ 365).

12) Хорошо развитой 18 л. юноша. Моча съ гноемъ и кровью. Перевязана артерія въ верхнемъ углу пузырной раны; черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи кровотеченіе. Затяжное теченіе съ высокой температурой. Сильный cystitis, pericystitis, съ отхожденіемъ черезъ рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки. Боль въ области лѣвой почки, вмѣстѣ съ обострѣніемъ катарра пузыря. Свищевой ходъ долго не закрывался. Выздоровѣлъ черезъ 108 д. (№ 369).

13) 16 л. юноша. Моча слегка мутная. При разрѣзѣ предпузырной клѣтчатки перанена артерія; она захвачена и перевязана. «Такой сильной струи крови, говоритъ почтенный хирургъ, не приходилось видѣть ни разу при *sectio alta*» (*Ассендельфтъ*); 5 д. моча слегка кровавая. (№ 371).

14) 7 л. мальчикъ. Свѣтлая моча. Послѣ извлеченія камня довольно сильное кровотеченіе. Выздоровѣлъ черезъ 21 д. (№ 350).

15) 23 л. мужчина. Незначительный катарръ пузыря. Довольно значительное кровотеченіе изъ артерій стѣнки пузыря; 2 д. моча окрашена кровью. Выздоровѣлъ черезъ 25 д. (№ 381).

16) 2¹/₂ л. мальчикъ. Моча нормальна. Во время операціи незначительное кровотеченіе. Черезъ 3 д. черезъ уретру кровь и кровяные сгустки. Пузырная область выдается; въ дренажной трубкѣ кровяной сгустокъ; по удаленіи его нѣсколько капель кровавой мочи. 2 шва выше дренажа удалены; блѣденъ, безпокоенъ, кричитъ. Вечеромъ кровяные сгустки въ дренажной трубкѣ. Затяжное теченіе съ высокой температурой. Моча окрашена кровью. На 2 и 3 д. припухлость въ окружности раны и выше Пупартовой связки, до верхне-передней подвздошной ости. Черезъ 4 д. при выниманіи дренажа вышелъ большой старый сгустокъ крови; масса частичекъ кровяного сгустка выходила при каждой перевязкѣ во время промыванія пузыря. Впослѣдствіи тяжелая блуждающая рожа и пролежни. Выздоровѣлъ черезъ 51 д. (№ 385).

О двухъ случаяхъ смертельнаго кровотеченія мы упомянули выше; несомнѣнно, что въ обоихъ кровотеченіе было изъ сосудовъ околопузырной клѣтчатки, такъ какъ на вскрытіи пузырь найденъ пустымъ. Въ остальныхъ случаяхъ подробности не указаны.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, оперируя правильно, мы не будемъ имѣть дѣла съ обильнымъ кровотеченіемъ. Тамъ, гдѣ, не смотря на всѣ предосторожности, все же *sectio alta* сопровождается значительнымъ кровотеченіемъ, операція не при чемъ, такъ какъ оно зависитъ отъ особенностей каждаго отдѣльнаго случая. Кровотеченіе встрѣтилось бы здѣсь и при боковой литотоміи, съ тою только разницей, что при *sectio alta*

мы для остановки кровотечения имѣемъ полную возможность освѣтить поле операціи, дѣйствовать сознательно, тамъ же мы должны дѣйствовать въ потьмахъ.

10) **Кровотеченіе изъ пузыря во время его налива́нія** наблюдалось 1 разъ д-ромъ *Поповымъ* (№ 31). Изъ описанія случая видно, что наливая пузырь передъ операціей, получено довольно большое кровотеченіе черезъ катетръ, которое д-ръ *Поповъ* объяснилъ пораненіемъ слизистой оболочки шиповатымъ камнемъ, сидѣвшимъ въ дивертикулѣ, въ моментъ распрямленія послѣдняго. Предположеніе подтвердилось. Дивертикулъ былъ и камень извлеченъ въ сорочкѣ изъ тонкой слизистой оболочки пузыря.

Помимо своей рѣдкости, описанный случай представляетъ намъ огромный практическій интересъ. Мы уже видѣли раньше, что одной изъ причинъ разрывовъ пузыря должно считать дивертикулы; таковы наблюденія *Dittel'я*. Не подлежитъ сомнѣнію, что разрывъ пузыря произошелъ бы легко и въ данномъ случаѣ, если бы только онъ не былъ достаточно оцѣненъ и наливаніе пузыря продолжалось.

11) **Крестообразный разрѣзь пузыря**—сдѣланъ 1 разъ д-ромъ *Мультановскимъ* (№ 103), при извлеченіи камня вѣсомъ въ 545 грм. Оперированный выздоровѣлъ.

Въ данномъ случаѣ интересно то, что, не смотря на разрѣзь sphincteris vesicae (разрѣзь пузыря продольно сдѣланъ отъ верхушки и не доходилъ до пузырнаго отверстія лишь на нѣсколько мм.), а также и detrusoris, не произошло никакихъ разстройствъ въ актѣ мочеиспусканія. Это даетъ право д-ру *Мультановскому* предложить крестообразный разрѣзь пузыря при большихъ камняхъ, какъ облегчающій выведеніе ихъ (I. с., стр. 979).

12) **Вторичный разрѣзь пузыря**—пришлось сдѣлать 4 раза: д-рамъ *Денисенко, Русанову, Головачеву* и *Ващенко* (№№ 21, 84, 133, 161). Осложненіе произошло вслѣдствіе того, что пузырь былъ упушенъ: однажды во время приступовъ рвоты, другой разъ при наступившей асфиксiei, въ 2-хъ случ. подробности неизвѣстны. Первоначальный разрѣзь пузыря не найденъ, сдѣланъ вторичный.

Въ 3-хъ случ. осложненіе вполне зависѣло отъ неправильной техники операціи и произошло отъ того, что пузырь былъ взятъ не на лигатуры, а фиксированъ острымъ крючкомъ или пинцетомъ съ

зажимомъ. Въ послѣднемъ случаѣ, хотя и была наложена лигатура, но, тѣмъ не менѣе, пузырь упущенъ. Какъ это могло произойти— неизвѣстно.

Что осложненіе зависѣло отъ ненадежной фиксаціи пузыря, помимо указанныхъ случаевъ, подтверждается и наблюденіями д-ра *Ассендельфта*, у котораго тоже пузырь не разъ соскакивалъ съ крючковъ и сдѣланный разрѣзъ находился съ трудомъ.

13) **Надрывъ пузыря при извлеченіи камня**—встрѣтился 3 раза: д-рамъ *Гагенъ—Торнъ* и *Иршику* (№№ 64, 308, 323); умерла 1 дѣвочка отъ каттаральнаго воспаленія легкихъ на 60 д. послѣ операціи при вполне зарубцевавшейся ранѣ.

Во всѣхъ случаяхъ разрывъ—послѣдствіе труднаго извлеченія большихъ камней: у 3½ л. дѣвочки фосфатъ въ 22,0 грм. (4×3×2), у 8 л. мальчика три фосфата въ 48,0 грм. (6×4,5×2,5); въ послѣднемъ—у 50 л. мужчины оксалатъ въ 34,5 грм. (4×3) помѣщался въ дивертикулѣ и осложненъ былъ раковою опухолью пузыря.

14) **Пузырь проткнутъ итинераріемъ**—1 разъ д-ромъ *Ващенко*; стѣнки пузыря были чрезвычайно тонки и вялы.

15) **Дробленіе камня**—произведено 15 разъ по причинѣ величины и невозможности извлечь камень цѣликомъ, даже черезъ широкую рану пузыря.

Изъ таблицъ и исторій болѣзни этихъ случаевъ видно какія трудности приходилось преодолевать при дробленіи камня; въ этомъ отношеніи особенно интересны операціи: проф. *Боброва*, д-ровъ *Тернера*, *Надеждина* и др.

Изъ 15 случ., гдѣ пришлось дробить камень, 5 окончились смертію. Искключительныя условія, по большей части рѣзкое пораженіе мочевого аппарата оперированныхъ, достаточно хорошо объясняютъ намъ причину большаго процента смертности при дробленіи камня. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что счастливыя, выздоровѣвшіе послѣ операціи при сказанныхъ условіяхъ, обязаны своему исцѣленію исключительно только высокому камнесѣченію, такъ какъ ни при какомъ другомъ методѣ литотоміи они не могли рассчитывать на успѣхъ операціи.

16) Трудное извлечение камня — встрѣтилось въ 34 случ.; умерло 15. Оно зависѣло отъ многихъ причинъ, какъ-то: величины камня, его фиксированнаго положенія въ шейкѣ пузыря или въ дивертикулѣ, узкости пузырной раны, которую приходилось расширять, узкости раны брюшной стѣнки, для чего 3 раза подрѣзывалось прикрѣпленіе прямыхъ мышцъ, особенной формы камня, множественности камней (въ одномъ случаѣ 32-хъ, д-ръ *Орловскій*). Наконецъ, извлекать было трудно: камни простато-пузырные и тѣ, которые плотно обхватывались болѣзненно измѣненной слизистой оболочкой пузыря, часто выполняя собою почти всю его полость.

Только что перечисленные условія дѣлали удаленіе такихъ камней весьма затруднительнымъ и продолжительнымъ. Какъ видно изъ исторій болѣзни, нерѣдко это извлечение влекло за собою значительное кровотеченіе, 3 раза было причиной надрыва раны пузыря, 2 раза было причиной надрыва брюшины, не говоря уже о той травмѣ, которая наносилась продолжительными манипуляціями самому пузырю, краямъ его раны, нѣжной околопузырной клетчаткѣ.

Сказанныя условія не могли не отразиться на % смертности случаевъ этого осложнения. % великъ, но не можетъ нисколько колебать значенія *sectionis altae*; въ этомъ отношеніи здѣсь вполне уместно повторить все только что сказанное относительно дробленія камней.

17) Камень не извлеченъ — 1 разъ. Изъ описанія случая видно, что больному первоначально была сдѣлана боковая литотомія, но извлечь камень черезъ промежностный разрѣзъ не удалось. Тотчасъ же сдѣлано высокое сѣченіе, но и здѣсь попытка извлечь камень — безъ успѣха. Оперированный умеръ черезъ 2 мѣсяца; камень былъ не только великъ, но и крѣпко охваченъ гипертрофированными стѣнками пузыря.

Подобное осложненіе отмѣчено въ исторіи *sectionis altae* нѣсколько разъ. У *Günther* и *Dulles* указано 6 подобныхъ случаевъ; всѣ они оканчивались летально и по своей исключительной трудности никакимъ образомъ не могутъ быть поставлены въ упрекъ операци. Единичное наблюденіе д-ра *Мультановскаго* пока еще не даетъ намъ права сказать: имѣемъ ли мы въ предлагаемомъ имъ крестообразномъ разрѣзѣ пузыря вѣрный способъ избѣжать этого осложнения.

18) **Камень не найденъ**—1 разъ. Случай д-ра *Русанова* (№ 84) весьма интересенъ и поучителенъ. Вотъ какъ передаетъ его авторъ: «въ моментъ разрѣза пузыря между двумя крючками у ребенка появились тошнотныя движенія; черезъ разрѣзъ хлынула струя влитой въ пузырь жидкости, а самый пузырь соскользнулъ съ крючковъ и опустился вглубь. Все это произошло чрезвычайно быстро и одновременно». Пузырь вытянуть снова; первый разрѣзъ не найденъ; сдѣланъ новый, но теперь не найдено камня. На 3-й день при перевязкѣ въ нижнемъ углу брюшной раны подъ швомъ найденъ камень въ 1 грм. вѣсомъ. «Очевидно, что въ описанный выше моментъ камушекъ былъ вынесенъ струей жидкости изъ пузыря, но, какъ послѣдній, опорожнившись, въ тотъ же моментъ быстро опустился внизъ, то камушекъ и не могъ выйти наружу и остался на пузырьѣ, въ предпузырной клѣтчаткѣ. Нагноенія послѣдней не было и случай окончился полнымъ выздоровленіемъ».

Почителенъ данный случай тѣмъ: а) что будь пузырь взять и разрѣзанъ между лигатурами, не пришлось бы дѣлать втораго разрѣза, б) онъ доказалъ неудобства крючковъ, которые держатъ ненадежно, а что главное, при неблагопріятныхъ условіяхъ могутъ поранить брюшину и с) указалъ намъ съ какою силой можетъ произойти истеченіе жидкости изъ пузыря. Не было бы ничего удивительнаго, если бы здѣсь произошелъ разрывъ пузыря, даже брюшины; случаи—несомнѣнно извѣстные въ литературѣ.

19) **Камень осложненъ опухолью пузыря**—въ 2 случаяхъ: д-ра *Гагенъ-Торна* и проф. *Склифосовскаго* (№№ 64 и 140); исходъ перваго случая—неизвѣстенъ, второй окончился выздоровленіемъ. Въ первомъ камень оксалатъ, вѣсомъ 34,5 grm., помѣщался въ дивертикулъ и долгое время не беспокоилъ больного, пока дивертикулъ не переродился въ раковое новообразование. Камень удаленъ, послѣ—операционный періодъ безъ осложненийъ съ умѣренной лихорадкой; больной выписался не окончивъ леченія, съ неполнѣ зарубцевавшейся ранкой. Раковая опухоль, вслѣдствіе своего значительнаго распространенія, не удалена. Во второмъ—камень уратъ, размѣрами въ 1½ и 1 сант., осложненъ раpill'омой. Сдѣлана *sectio alta*, удаленъ камень и 95,0 grm. опухоли; полное выздоровленіе.

Какихъ либо выводовъ на основаніи двухъ случаевъ сдѣлать нельзя, тѣмъ не менѣе отмѣтимъ, что осложненіе камня опухолью не повліяло нисколько на заживленіе раны и послѣоперационный періодъ.

20) **Осложнение sectionis altae другими операціями**—встрѣтилось въ 22 случаяхъ; умерло 8. 3 раза до sectio alta сдѣлана lithotomia lateralis, такъ какъ камень не могъ быть удаленъ черезъ промежуточный разрѣзъ; умерло двое. 1 разъ сдѣланъ разрѣзъ на мѣстѣ рубца послѣ боковой литотоміи для извлеченія камня, помѣщавшагося тотчасъ подъ рубцомъ; этотъ крайне интересный случай принадлежитъ проф. *Боброту* (№ 122). 5 разъ lithotomia mediana предшествовала высокому сѣченію (№№: 12, 66, 139, 315 и 45); сдѣланы 1 разъ д-ромъ *Северинимъ* (неизвѣстно ради чего; умеръ), 1 разъ д-ромъ *Надеждинымъ*: сперва выполнена срединная литотомія, но такъ какъ не удалось ни вынуть камня, ни захватить его литоклястомъ, то сдѣлано sectio alta; 2 раза проф. *Склифосовскимъ*: въ одномъ случаѣ срединная литотомія не удалась, такъ какъ у больного были произведены ложные ходы въ стриктурѣ мочеиспускательнаго канала, въ другомъ—для болѣе удобнаго удаленія новообразованія пузыря къ высокому камнесѣченію прибавлено срединное. 1 разъ д-ромъ *Иршикомъ* сдѣлано срединное сѣченіе вслѣдъ за высокимъ, для удаленія застрявшаго въ уретрѣ осколка камня и 1 разъ д-ромъ *Асмутомъ* послѣ того, какъ удаливъ черезъ срединный разрѣзъ одинъ камень, въ пузырь обнаружено еще нѣсколько другихъ. 1 разъ передъ высокимъ сѣченіемъ сдѣлана urethrot interna д-ромъ *Орловскимъ*, ради извлеченія инструментомъ Collin'a куска буза, вводившагося больнымъ съ цѣлью расширенія стриктуры и попавшаго въ пузырь; выздоровленіе. Urethrot. externa сдѣлана 3 раза (умерло 2): д-ромъ *Надеждинымъ* (случай безнадежный) по какой причинѣ—неизвѣстно, д-ромъ *Шмитцъ*—для удаленія сломавшагося катетра à demeure (оперированный умеръ) и д-ромъ *Ассендельфтомъ*—для удаленія камня, прощупывававшагося въ уретрѣ позади мошонки. 9 разъ sectionis altae предшествовали сеансы неудачной литотритіи; въ 3-хъ случ. послѣдняго осложнения эпицистотомія оканчилась смертю.

Разобравъ съ возможной тщательностью всѣ осложненія sectionis altae, встрѣтившіяся въ нашемъ матеріалѣ, мы должны сдѣлать слѣдующій выводъ: *высокое камнесѣченіе въ громадномъ большинствѣ случаевъ протекаетъ безъ всякихъ осложнений; выполненіе операціи по правиламъ, выработаннымъ современной техникой, дѣлаетъ ее вполне безопасной.*

3. Уходъ за раной брюшной стѣнки. Изъ приведенныхъ выше таблицъ видно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ рана брюшныхъ стѣнокъ сшивалась; очень рѣдко она оставалась зиять на всемъ своемъ протяженіи.

Сшивалась только большая часть раны, до нижняго угла, черезъ который обыкновенно проводился одинъ или два дренажа; только однажды рана брюшной стѣнки сшита на всемъ своемъ протяженіи.

При оцѣнкѣ способовъ ухода за брюшной раной намъ придется сказать мало, такъ какъ примѣненіе шва на брюшную рану почти всеми хирургами прямо указываетъ намъ: какому изъ двухъ способовъ ухода мы должны отдать преимущество. Предпочтеніе шву, очевидно, не случайность, а строго обдуманнѣйшій планъ дѣйствія.

Только что недавно мы разбирали случай самопроизвольнаго разрыва брюшины при рвотѣ у оперированнаго, брюшная рана котораго оставалась зиять; тогда-же мы указали на то, что будь здѣсь увеличенному внутрибрюшному давленію противопоставлена сшитая стѣнка брюшного пресса, осложненіе не имѣло бы мѣста. Правда, случай этотъ вполнѣ исключительный, но разъ въ наукѣ извѣстны случаи самопроизвольнаго разрыва брюшины, обыкновенно наблюдающіеся при условіяхъ, подобныхъ случаю д-ра *Шмитца*, то мы должны заботиться о предупрежденіи такихъ случайностей. Помимо другихъ мѣръ предосторожности, какъ то: соотвѣтственнаго случая леченія, ухода и надзора за оперированнымъ и пр., шовъ является вполнѣ необходимымъ. Не даромъ, говоритъ д-ръ *Мокавьевъ*, что онъ сшиваетъ рану брюшной стѣнки не потому, что рассчитываетъ получить первое натяженіе, а для того, чтобы предупредить выпирание въ рану внутренностей, причемъ можетъ быть повреждена брюшина. Мы уже знаемъ, что такое выпирание внутренностей наблюдалось въ случаѣ д-ра *Головачева* и окончилось воспаленіемъ брюшины съ смертельнымъ исходомъ.

Что можетъ насъ удерживать отъ примѣненія этого шва? Очевидно, забота о свободномъ стока мочи изъ раны. Такой-же свободный стокъ будетъ и въ томъ случаѣ, если мы оставляемъ несшитымъ нижній уголъ раны, черезъ который мы проводимъ одинъ или два дренажа, смотря потому, какъ ведемъ мы послѣдовательное леченіе. Между тѣмъ примѣненіе шва имѣетъ еще и другое важное преимущество. Въ литературѣ извѣстны случаи разрыва, растяженія рубца и образованія пузырныхъ грыжъ послѣ операциі высокого сѣченія. При какихъ условіяхъ, спрашивается, легче можетъ

появиться такая грыжа? Конечно, при условіи несшитой раны, гдѣ заживленіе идетъ медленно, путемъ грануляцій и рубецъ получается широкій, неровный. Не то при примѣненіи шва, гдѣ рубецъ плотенъ, линейный, и въ весьма короткое время уже настолько проченъ, что гарантируетъ насъ отъ дальнѣйшихъ непріятныхъ осложнений. Только что сказанное подтверждается и собраннымъ матеріаломъ.

Кромѣ того проф. *Богдановскій* приводитъ одно свое наблюденіе, гдѣ края раны пузыря были пришиты къ краямъ брюшной раны; образовалось грыжевидное выпячиваніе рубца и развился, въ силу ненормальнаго положенія пузыря, легко подвергавшагося малѣйшей травмѣ, такой рѣзко выраженный катарръ, что можно было подумать, что въ мочевомъ пузырьѣ снова образовался камень. По всей вѣроятности это наблюденіе относится до № 41 нашей таблицы.

Сказаннаго достаточно для того, чтобы вполне согласиться съ громаднымъ большинствомъ хирурговъ, которые сшиваютъ рану брюшной стѣнки; если же мы возьмемъ во вниманіе, что и срокъ выздоровленія при швѣ короче, то сшиваніе раны сдѣлается для насъ обязательнымъ.

Какъ же примѣнять шовъ? Конечно, только на большую часть раны, оставляя уголъ раны открытымъ для дренажа. Попытка сшивать всю рану, отмѣченная въ нашей таблицѣ только однажды, не должна быть возведена въ методъ. Какъ мы увидимъ ниже, шовъ пузыря удастся не всегда и мы не имѣемъ возможности съ большею или меньшею увѣренностью сказать: будетъ ли въ данномъ случаѣ первое натяженіе пузырнаго шва, или нѣтъ; разъ это такъ, мы не имѣемъ права сшивать нашу наружную рану; такой шовъ поистинѣ долженъ быть названъ рискованнымъ, а въ нашемъ дѣлѣ рискъ — непозволителенъ.

Поставивъ себѣ за правило сшивать брюшную рану, мы должны позаботиться о выборѣ шва и матеріала для этого послѣдняго.

Что касается перваго, то преимущества этажнаго шва — извѣстны всякому; опытъ (*Ассендельфтз* и др.) указываетъ, что при этажномъ швѣ получаютъ прекрасные рубцы.

Если такъ легко рѣшенъ вопросъ о выборѣ шва, то выборъ матеріала представляется болѣе труднымъ. Казалось бы, что предпочтеніе должно быть отдано шелку, почти исключительное примѣненіе котораго въ современной хирургіи служить достаточной его рекомендаціей.

Однако, тщательное разсмотрѣніе собраннаго матеріала дало намъ, совершенно неожиданно, нѣсколько цѣнныхъ фактовъ. Оказалось, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ шелковый этажный шовъ обезпечилъ желаемый результатъ, но есть наблюденія, гдѣ фистулезный ходъ на мѣстѣ брюшной раны поддерживался долго, благодаря присутствію въ глубинѣ шелкового шва; стоило отойти такому шву и рана быстро рубцевалась.

Небольшое число такихъ неудачныхъ случаевъ само по себѣ не могло бы заставить останавливаться на нихъ особенно долго, такъ какъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ трудно уловить совокупность причинъ, обуславливавшихъ затяжной послѣоперационный періодъ съ образованіемъ фистулы, но въ связи съ несомнѣннымъ, почти постояннымъ фактомъ такого же заживленія, наблюдаемаго при пузырьномъ швѣ, наложеннымъ шелкомъ, о чемъ подробно ниже, для насъ и эти нѣсколько случаевъ приобретаютъ значеніе. Взявъ во вниманіе, что при большемъ числѣ наблюденій, гдѣ брюшная стѣнка сшивалась кѣтгутомъ, ничего подобнаго не случалось, выводъ понятенъ: матеріаломъ для глубокаго шва долженъ служить кѣтгутъ, для поверхностнаго—шелкъ.

Этимъ мы заканчиваемъ разсмотрѣніе вопроса объ уходѣ за раной брюшной стѣнки. Замѣтимъ, однако, что въ случаяхъ неудачи, въ случаяхъ длительного заживленія раны путемъ грануляцій, съ образованіемъ широкихъ рубцовъ, необходимо совѣтывать оперированнымъ на первое время ношеніе соотвѣтственно сдѣланной повязочки на нижнюю часть живота. Ношеніе такого бандажа избавить ихъ отъ возможныхъ страданій, подробныхъ приведеннымъ выше. Къ счастью, въ исторіи *sectionis altae* случаи грыжи рубца считаются единицами и никоимъ образомъ не въ состояніи подорвать довѣрія къ операциі.

4. Уходъ за раной пузыря. Съ самого момента возникновенія эпицистотоміи и до нашихъ дней предохранить оперированнаго отъ мочевой инфильтраціи составляло главную заботу хирурговъ. Противники высокаго сѣченія ставятъ на видъ операциі, что при ней даны всѣ условія для мочевой инфильтраціи, и что въ этомъ отношеніи она, по сравненію съ боковымъ разрѣзомъ, не выдерживаетъ самой слабой критики.

Опасность мочевыхъ затековъ сознавалась и ея защитниками. Всякій изъ нихъ старался по своему предохранить оперированнаго

отъ гибельныхъ послѣдствій мочевоѣ инфильтраціи, а потому не будетъ большимъ преувеличеніемъ сказать, что въ заботахъ объ уходѣ за раной пузыря предложено почти столько-же способовъ, сколько было хирурговъ, практиковавшихъ высокое камнесѣченіе.

Rousset (1580) совѣтывалъ послѣ операціи вводить катетръ à demeure, *Palluci* (1750) предложилъ проколъ промежности черезъ пузырь и катетръ для отведенія мочи. *Frère Côme* (1760) примѣнялъ катетръ à demeure, а также предложилъ дѣлать boutonnière, которая могла служить въ одно и тоже время, какъ для проведенія стрѣловиднаго зонда, такъ и для проведенія прямой канюли, съ цѣлью свободнаго оттока мочи. *Deschamps* (1796) совѣтывалъ отводить мочу черезъ прямую кишку, для чего употреблялъ особую канюлю; *Rouget* предложилъ высасываніе мочи спринцовкой черезъ каждые $1\frac{1}{2}$ часа. *Vernière* (1826) предложилъ новый методъ операціи въ два темпа, для чего онъ изобрѣлъ особый компрессоръ, который долженъ былъ сжимать, захваченные вмѣстѣ, края пузырной и брюшной раны и тѣмъ совершенно защищать тазовую клѣтчатку отъ затеканія мочи. *Pinel-Grandchamp* (1826) первый произвелъ опытъ съ наложеніемъ пузырнаго шва и былъ того мнѣнія, что онъ примѣнимъ при высокомъ сѣченіи. *Amussat* (1827) предложилъ вводить въ рану пузыря толстую согнутую трубку; къ этой трубкѣ въ послѣдствіи *Rigal* прибавилъ родъ рубашки, которая, по введеніи канюли въ пузырь, могла раздуться воздухомъ и тѣмъ вполне герметически отдѣлять полость пузыря отъ околопузырной клѣтчатки. *Souberbielle* (1833), много и счастливо оперировавшій высокимъ сѣченіемъ, изобрѣлъ свой сифонъ-аспираторъ, такъ какъ boutonnière, предложенная *F. Côme*, ему казалась опасной по своему кровотеченію. *Gartelaup* (1829) предложилъ вводить въ пузырь гутаперчевый баллонъ, нѣсколько расширивъ который воздухомъ и слегка вытянувъ наружу, можно было бы вполне герметически закрыть рану пузыря со стороны его полости. *Almeida*, *Widal de Cassis* (1843), *Langenbuch* предложили дѣлать операцію въ два темпа; *Perrier*, *Guyon* примѣняютъ нѣчто вродѣ дренажей—сифоновъ. *Dittel* вводитъ въ употребленіе катетръ съ сифоннымъ приспособленіемъ. *Lotzbeck*, *Дуброво*, *Максимовъ*, *Vincent*, *Antal*, *Знаменскій*, *Кранифельдъ*, *Julliard*, *Bouley*, *Duschastelet*, *Склифосовскій*, *Тиллинъ*, *Brenner*, *Недзведзкій*, *Подрезъ* и др. являются защитниками пузырнаго шва, примѣняютъ его на практикѣ и разрабатываютъ экспериментально. *Cheselden*, *Frère Côme*, *Home* держали своихъ

оперированныхъ на боку или животѣ, что въ недавнее время снова настоятельно рекомендуетъ *Trendelenburg*, придумавшій при томъ для пузыря особый теобразный дренажъ *).

Изъ этого краткаго перечня предложенныхъ въ различное время многочисленныхъ способовъ предохранить оперированныхъ отъ мочевой инфильтраціи, конечно, въ настоящее время большинство имѣетъ лишь историческое значеніе. Въ наше время примѣняются только: дренажъ пузыря или предпузырнаго пространства, дренажъ-сифонъ, катетръ-сифонъ, катетръ *à demeure*, положеніе на животѣ и боку, наконецъ, шовъ пузыря. Разсмотримъ же поближе всѣ перечисленные способы ухода за раной пузыря, взявъ во вниманіе лишь собранные нами случаи антисептического времени.

а) **Дренажъ пузыря**—былъ примѣненъ въ 250 случ. Чтобы сдѣлать приблизительную оцѣнку этого наичаще употребляемаго способа ухода за раной пузыря, посмотримъ, придерживаясь дѣленія нашего матеріала на 5 группъ, по степени пораженія мочевыхъ путей, сколько разъ дренажъ пузыря и съ какимъ успѣхомъ примѣнялся въ той или другой группѣ случаевъ.

I группа.

135 случ.; выздоровѣло 124, умерло 11. Послѣоперационный періодъ прошелъ:

а) Безъ лихорадки.	52	$\left\{ \begin{array}{l} \text{на } 19,5 \text{ д.} \\ > 23,5 \text{ д.} \\ > 24,5 \text{ д.} \\ > 35,5 \text{ д.} \\ > 64,9 \text{ д.} \end{array} \right.$
б) Почти безъ лихорадки. 26	Выздоровленіе на-	
в) Съ незнач. лихорадкой. 24	ступило (въ средн.).	
г) Съ значит. лихорадкой. 12		
д) Съ затяжн. теченіемъ. 10		

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

а) грязный налетъ въ ранѣ—1, б) *pericystitis purulenta*—4 (въ одномъ случаѣ съ отхожденіемъ кусковъ омертвѣлой клѣтчатки), в) нагноеніе въ брюшной ранѣ—1, г) *abscessus* надъ Пупартовой связкой—1, е) свищевой ходъ въ нижнемъ углу раны долго не закрывался—5, ф) *cystitis*—4, г) *pyelitis*—1, h) *eczema* вокругъ брюшной раны—8, и) *erythema*—2; j) *orchitis*—1, k) *balanopostitis*—2, l) *enteritis catarr.*—3, m) *bronchitis acuta*—1, n) *influenza*, o) *scarlatina*—1.

*) Желаящимъ поближе познакомиться съ исторіей этого вопроса отсылаемъ къ работамъ: Güntner'a ¹²⁴), Bouley.

Причиной смерти были:

a) peritonitis acuta—4, b) haemorrhagia—1, c) nephritis interstitialis—1, d) enteritis follicul.—1, e) причина смерти не выяснена (нѣтъ вскрытія)—4.

II группа.

54 случ.; выздоровѣло — 44, умерло — 10. Послѣоперационный періодъ прошелъ:

a) Безъ лихорадки 9	Выздоровленіе наступило (въ средн.). <table border="0"> <tr><td>{</td><td>на 25,2 д.</td></tr> <tr><td>{</td><td>> 34,1 д.</td></tr> <tr><td>{</td><td>> 27,5 д.</td></tr> <tr><td>{</td><td>> 29,2 д.</td></tr> <tr><td>{</td><td>> 64,1 д.</td></tr> </table>	{	на 25,2 д.	{	> 34,1 д.	{	> 27,5 д.	{	> 29,2 д.	{	> 64,1 д.
{		на 25,2 д.									
{		> 34,1 д.									
{		> 27,5 д.									
{		> 29,2 д.									
{	> 64,1 д.										
b) Почти безъ лихорадки. 13											
c) Съ незнач. лихорадкой. 8											
d) Съ значит. лихорадкой. 8											
e) Съ затяжн. теченіемъ . 6											

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

a) pericystitis съ отхожденіемъ кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, b) cystitis—3, c) pyelitis—1, d) erythema—2, e) urethritis—1, f) oedema praeputii—2, g) bronchitis—1, h) enteritis catarr.—2.

Причиной смерти были:

a) peritonitis—1, b) pyelonephritis—1, c) nephritis—1, d) uraemia—1, e) septicaemia ex otitide med.—1, f) erysipelas et gangraena scroti—1, g) причина смерти не выяснена (нѣтъ вскрытія)—4.

III группа.

37 случ.; выздоровѣло — 28, умерло 9. Послѣоперационный періодъ прошелъ:

a) Безъ лихорадки 4	Выздоровленіе наступило (въ средн.). <table border="0"> <tr><td>{</td><td>на 27,7 д.</td></tr> <tr><td>{</td><td>> 31,3 д.</td></tr> <tr><td>{</td><td>> 35,2 д.</td></tr> <tr><td>{</td><td>> 37,3 д.</td></tr> <tr><td>{</td><td>> 76,8 д.</td></tr> </table>	{	на 27,7 д.	{	> 31,3 д.	{	> 35,2 д.	{	> 37,3 д.	{	> 76,8 д.
{		на 27,7 д.									
{		> 31,3 д.									
{		> 35,2 д.									
{		> 37,3 д.									
{	> 76,8 д.										
b) Почти безъ лихорадки . 3											
c) Съ незнач. лихорадкой . 4											
d) Съ значит. лихорадкой . 3											
e) Съ затяжн. теченіемъ. 14											

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

a) pericystitis—3 (во всѣхъ случаяхъ съ отхожденіемъ кусковъ омертвѣлой клѣтчатки, b) нагноеніе въ брюшной ранѣ—2, c) инфильтратъ брюшной стѣнки кругомъ раны, не перешедшій въ нагноеніе—1, d) свищевой ходъ въ нижнемъ углу раны долго не за-

крывался—3, *e*) cystitis—4, *f*) pyelitis et abcessus perinephrit.—1, *g*) uraemia—1, *h*) urethritis—1, *i*) abcessus periurethralis—1, *j*) pneumonia catarr.—1, *k*) enteritis catarr. 1, *l*) decubitus—1.

Причиной смерти были:

a) peritonitis—2, *b*) pyelonephritis—2, *c*) uraemia—1, *d*) pneumonia catarr.—1, *e*) причина смерти не выяснена (нѣтъ вскрытія)—3.

IV группа.

4 случ.; выздоровѣло 2, умерло 2. Послѣоперационный періодъ прошелъ:

a) безъ лихорадки и *b*) почти безъ лихорадки; выздоровление въ этихъ случаяхъ наступило на 20,5 д. Причиной смерти были: *a*) pyelonephritis и *b*) pericystitis.

V группа.

20 случ.; выздоровѣло—17, умерло 3. Послѣоперационный періодъ прошелъ:

<i>a</i>) Безъ лихорадки . . . 5	$\left\{ \begin{array}{l} \text{на 24,3 д.} \\ > 35,0 \text{ д.} \\ > 40,3 \text{ д.} \\ > 35,6 \text{ д.} \\ > 97,5 \text{ д.} \end{array} \right.$
<i>b</i>) Почти безъ лихорадки . 2	
<i>c</i>) Съ незнач. лихорадкой. 3	
<i>d</i>) Съ значит. лихорадкой. 3	
<i>e</i>) Съ затяжнымъ теченіемъ. 4	

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

a) затекъ мочи (куда? не сказано)—1, *b*) pericystitis съ отхожденіемъ кусковъ омертвѣлой кѣтчатки—1, *c*) отхожденіе кусковъ омертвѣлой слизистой оболочки пузыря (послѣ труднаго извлеченія камня) — 1, *d*) долго не зажившій свищъ уретры послѣ urethrotomiae externae—1, *e*) боли въ reg. subinguinalis и припухлость m. adductor. femoris—1, *f*) urethritis—1, *g*) balanopostitis—1, *h*) enteritis catarr.—1, *i*) bronchitis—1.

Причиной летальнаго исхода были: *a*) tuberculosis universalis, *b*) причина смерти не выяснена (нѣтъ вскрытія)—2.

Только что разобранный матеріалъ даетъ намъ весьма цѣнные указанія для оцѣнки достоинствъ дренажа пузыря, какъ метода ухода за пузырной раной.

Во всѣхъ 5 группахъ мы можемъ отмѣтить лишь: *a*) затекъ мочи (куда ? не указано)—1, *b*) pericystitis purul. съ отхожденіемъ

кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—6, *c*) *pericystitis purulenta*—3 (умеръ), *d*) нагноеніе въ брюшной ранѣ—3 и *e*) *abscessus* надъ Пупартовой связкой—1; слѣдовательно, 14 разъ наблюдались такіа осложненія послѣ-операционнаго періода, которыя можно назвать мочевою инфильтраціей, хотя, строго разсуждая, мы далеко не всѣ случаи развивающагося воспаленія околопузырной клѣтчатки имѣемъ право ставить въ зависимость отъ пропитыванія ея мочею.

Не желая заслужить хотя тѣни намека въ пристрастіи, мы не только рѣшились считать эти 14 осложненій, прямо зависящими отъ мочевою инфильтраціи, но присоединили еще къ нимъ: *a*) инфильтратъ брюшной стѣнки вокругъ раны, не перешедшій въ нагноеніе и *b*) боль въ *reg. subinguinal.* и припухлость *m. adductor. femoris*, такъ какъ, съ натяжкой, и эти случаи можно допустить, какъ послѣдствіе раздраженія околопузырной клѣтчатки изливавшейся въ нее плохую мочею (случ. III и V груп-). Итакъ всего 16 разъ дренажъ пузыря оказался недостаточнымъ для предохраненія оперированнаго отъ мочевыхъ затековъ, что составитъ около 7% на все число случаевъ, проведенныхъ послѣ операціи съ однимъ толстымъ или двумя тонкими дренажами пузыря; изъ этихъ 16 разъ только однажды причина смерти можетъ быть поставлена въ зависимость отъ мочевою инфильтраціи.

Отсюда ясно, что этотъ способъ ухода за раной пузыря долженъ считаться вполне надежной гарантіей оперированнаго отъ гибельныхъ послѣдствій мочевыхъ затековъ. Блестящій результатъ 102 операцій д-ра *Ассендельфта*, съ 1% смертности при примѣненіи этого метода, лучше всего подтверждаетъ только что сказанное. И въ только что разобранномъ матеріалѣ 0% смертности въ зависимости отъ мочевою инфильтраціи говоритъ въ пользу разсматриваемаго метода ухода за раной: умеръ 1 (*pericystitis*) Если мы пойдемъ дальше и, что будетъ большой натяжкой, всѣ случаи смерти отъ воспаленія брюшины, а также тѣ, въ которыхъ причина смерти не указана, поставимъ въ зависимость отъ мочевою инфильтраціи, то и тогда 0% смертности будетъ равенъ 11,5, не смотря на то, что въ $\frac{1}{4}$ всѣхъ случаевъ качества мочи указывали на весьма рѣзкое пораженіе пузыря и почекъ.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ примѣнялся дренажъ слѣдующимъ образомъ: послѣ извлеченія камня, осмотра пузыря и тщательнаго промыванія, одинъ толстый или два тонкихъ дренажа вводились въ пузырь. Нѣкоторые пришивали дренажъ однимъ швомъ

къ краю брюшной раны, другіе укрѣпляли его карльсбадской булавкой. Многіе оставляли дренажъ, не укрѣпляя его какимъ либо образомъ, вполне рассчитывая, что онъ плотно удерживается краями нижняго угла раны. Въ виду того, что въ исторіяхъ болѣзни, хотя и рѣдко, но упоминается о томъ, что дренажъ выпадалъ изъ раны, намъ кажется вполне необходимымъ позаботиться объ его укрѣплении, тѣмъ болѣе, что это дѣлается крайне легко.

Дренажъ, въ среднемъ, удалялся на 5—12 день; есть наблюдение д-ра *Кадіана*, что на 5 день появилось на дренажѣ отложение мочеислыхъ солей, почему онъ и не держитъ дренажа болѣе 4 сутокъ. Средній срокъ, въ который при этомъ уходѣ за пузырьной раной моча шла нормальнымъ путемъ, вывести нельзя, такъ какъ нормальное мочеиспускание наблюдалось въ самые различные сроки.

в) Дренажъ пузыря и предпузырного пространства—по своимъ результатамъ можетъ вполне конкурировать съ однимъ дренажемъ пузыря. Но, взявъ во вниманіе, что на первые дни намъ выгодно имѣть хорошій стокъ изъ предпузырного пространства для могущихъ появиться продуктовъ реактивнаго воспаления, то примѣненіе въ первое время послѣ операціи не особенно толстаго дренажа этого пространства—желательно.

с) Дренажъ только предпузырного пространства—вмѣстѣ съ катетромъ *à demeure* примѣнялся въ 9 случ.; умерло 3: *a)* peritonitis *b)* pyelonephritis et nephrolithiasis bilateralis, *c)* причина смерти неизвѣстна. Вывести на основаніи столь малаго числа наблюдений какое либо заключеніе относительно такого ухода за пузыремъ не рѣшаемся, но отмѣтимъ заявленіе д-ра *Головачева*, который держится того мнѣнія, что дренажъ мѣшаетъ быстрому заживленію пузырьной раны. Такое заключеніе опытнаго хирурга намъ кажется поспѣшнымъ: собранный матеріалъ указываетъ намъ много такихъ случаевъ, гдѣ выздоровленіе наступало въ тѣ-же сроки, что и у д-ра *Головачева*, при самыхъ разнообразныхъ способахъ ухода за раной пузыря.

д) Полный шовъ пузыря. Приступая къ наиболѣе интересной части нашего труда, мы должны сказать, что при настоящемъ состояніи вопроса о швѣ пузыря, пользуясь довольно значительнымъ статистическимъ матеріаломъ, можно сдѣлать весьма цѣнные практическіе

выводы. Какъ будетъ видно ниже, выводы эти были уже намѣчены и раньше, но, не имѣя подѣ собой достаточныхъ наблюдений, они казались болѣе или менѣе теоретическими разсужденіями. Теперь же, подтвержденные болѣе или менѣе количествомъ случаевъ, выводы эти дѣлаются для насъ обязательными.

Прежде чѣмъ приступить къ разбору собранныхъ случаевъ, въ виду того огромнаго интереса, который связанъ съ значеніемъ пузырянаго шва при высокомъ камнесѣченіи, кратко остановимся на исторіи возникновенія и постепеннаго развитія этого усовершенствованія *sectionis altae*.

Мысль о пузырьномъ швѣ принадлежитъ далеко не новѣйшей хирургіи. *Rousset* (1580) считалъ его бесполезнымъ, *Solingen* (XVII ст.) совѣтывалъ по извлеченіи камня соединять швомъ рану пузыря на манеръ того, какъ это дѣлается при гастрорафіи. *Frère Côme* примѣнилъ однажды шовъ пузыря, но развившееся нагноеніе впереди пузыря заставило его снять швы на 2 день; такой случай былъ и у *Proesbisch. Gehler* (1807) предложилъ новый методъ операціи—разрѣзъ стѣнки брюшной поперечно, параллельно симфизу, а затѣмъ шовъ краевъ пузырьной раны съ раной брюшины. Этотъ методъ не примѣнялся ни разу.

Pinel-Grandchamp (1826) первый началъ экспериментальную разработку вопроса о пузырьномъ швѣ. На основаніи своихъ опытовъ онъ пришелъ къ заключенію, что шовъ пузыря вполне примѣнимъ при высокомъ камнесѣченіи. По его мнѣнію, при наложеніи шва слѣдуетъ пользоваться скорняжнымъ швомъ, проводя его черезъ всю толщю стѣнки пузыря. Рана брюшная должна быть открыта для того, чтобы можно было слѣдить за состояніемъ пузыря и самого шва. По прошествіи нѣкотораго времени шовъ долженъ быть удаленъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ вокругъ швовъ, въ полости пузыря, образуются отложенія солей; швы служатъ ядромъ для образованія новыхъ камней, что ему приходилось наблюдать.

Изъ этой краткой передачи единственной экспериментальной работы того времени видно, насколько шовъ былъ несовершененъ и мало обѣщалъ успѣха. Немудрено, что въ тѣ годы примѣненіе шва на пузырь ограничивалось весьма немногими случаями, скорѣе какъ опыты, а не какъ методъ; вопросъ о швѣ разрабатывался только теоретически, такъ что до конца 50-хъ годовъ онъ долженъ считаться лишь только затронутымъ.

Новая эра въ исторіи высокаго камнесѣченія настала съ того

времени, когда проф. *Bruns* и его ассистентъ д-ръ *Lotzbeck* ¹²⁵⁾ опубликовали удачные случаи примѣненія пузыряго шва (стр. 145), дали оперативный методъ этого шва, нашъ-же соотечественникъ, д-ръ *Максимовъ*, экспериментальными изслѣдованіями доказалъ всю пригодность способа, употреблявшагося въ Тюбингенской клиникѣ *Bruns'a*.

Способъ этотъ заключался въ слѣдующемъ: при наложеніи шва пузырь захватывался пинцетомъ и слегка оттягивался кверху; помощью иглодержателя шовъ накладывался кривою иглою съ одного края раны на другой, не захватывая слизистой оболочки пузыря; одинъ конецъ шелковой нити, завязанный узломъ, обрѣзывался коротко, другой, длинный, выводился изъ раны.—Для того, чтобы убѣдиться—хорошо ли держитъ шовъ, пузырь наполнялся водою и не долженъ быть давать просачиваться влитой жидкости; по окончаніи операции катетръ à demeure.

Не смотря на успѣхъ пузыряго шва, тогда-же противъ его примѣненія высказались многіе хирурги; тѣмъ не менѣе съ этого времени все чаще и чаще начали появляться описанія случаевъ *sectionis altae* съ наложеніемъ шва.

Въ 1876 г. появляются экспериментальныя изслѣдованія д-ра *Максимова* относительно примѣненія кэтгута для пузыряго шва. На основаніи 22 опытовъ на собакахъ и 3-хъ на кроликахъ авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Изъ 25 операций *sectionis altae* съ примѣненіемъ шва на рану пузыря—въ 16 случ. получено первое натяженіе, въ 9 смертельный исходъ. Весьма любопытны вскрытія этихъ послѣднихъ.

Вскрытія показали, что смерть во всѣхъ случаяхъ зависѣла отъ расхожденія краевъ пузыряго шва, вслѣдствіе чего моча свободно изливалась въ полость брюшины и обуславливала перитонитъ и септицэмію (1. с. стр. 43). Ближайшее разсмотрѣніе этихъ случаевъ указало, что расхожденіе краевъ пузыряго шва зависѣло: 1) отъ того, что шовъ проводился черезъ всю толщу пузыряго стѣнки, при чемъ слизистая оболочка, при затягиваніи шва, выворачивалась кверху, ложилась между краями разрѣза и мѣшала сращенію, или 2) вслѣдствіе того, что отдѣльные швы накладывались довольно далеко другъ отъ друга, такъ что между ними оставались довольно большіе промежутки и моча, собираясь въ пузырь и расширяя его, просачивалась между швами (стр. 44).

Изслѣдуя микроскопическую картину срѣзовъ пузыря, во всю

толщу спайки удачно сросшихся случаевъ, авторъ убѣдился, что «заживленіе раны мочевого пузыря происходило при образованіи въ ней спайки путемъ быстро наступающей пролифераціи грануляціонныхъ элементовъ, постепенно приобретающихъ форму веретенообразныхъ и выдѣлявшихъ вокругъ себя основное вещество, съ одновременнымъ образованіемъ новыхъ сосудовъ, вступающихъ во взаимное сообщеніе съ противоположныхъ сторонъ раненыхъ поверхностей. Столь быстрое сращеніе раны, оказавшееся уже на 4-й день достаточно прочнымъ, при отсутствіи малѣйшихъ признаковъ нагноенія, заставляютъ допустить здѣсь тотъ видъ заживленія, который называется первымъ натяженіемъ (стр. 49).

Что касается до судьбы кѣтгутоваго шва, то въ случаяхъ летальныхъ, наступавшихъ обыкновенно на 3—7 д., онъ оказывался почти безъ всякихъ измѣненій; въ случаяхъ же окончившихся удачно, кѣтгутъ мало по малу истончался до полного исчезновенія.

Интересная работа автора заканчивается слѣдующими выводами: 1 и 2) подъ вліяніемъ струннаго шва происходитъ полное возстановленіе цѣлости раненой пузырной стѣнки путемъ перваго натяженія. 3) Примѣненіе шва оказывается безуспѣшнымъ, когда нить его проводится черезъ всю толщу пузырной стѣнки со слизистой оболочкой включительно. 4) Разрушеніе и исчезновеніе отдѣльныхъ частей шва—петель и узловъ—совершается неравномѣрно: раньше исчезаетъ лежащая въ проколѣ петля, позднѣе—наружные узлы. 5) Процессъ распаденія и исчезновенія струны заканчивается въ проколахъ около 8-го д., въ углахъ—около 24-го д. 6) Присутствіе тонкихъ струнныхъ нитей не вызываетъ въ проколахъ нагноенія (стр. 51).

Въ 1880 г. проф. *Геннеръ*¹²⁶⁾ при описаніи метода высокаго камнесѣченія упоминаетъ о томъ, что нѣкоторые хирурги зашиваютъ рану пузыря, другіе оставляютъ ее открытой, и высказывается относительно предложеннаго имъ восьмиобразнаго шва для перинеорафіи, какъ «о вѣрномъ средствѣ для закрытія сразу, какъ пузырной, такъ и брюшной раны» (стр. 350).

Слѣдующая экспериментальная работа по вопросу о пузырьномъ швѣ вышла въ 1881 г. и принадлежитъ *Vincent*¹²⁷⁾, который послѣ 29 опытовъ на собакахъ пришелъ къ тѣмъ же выводамъ, что и *Максимовъ*. Для шва при *внутрибрюшинныхъ ранахъ пузыря* авторъ советуетъ накладывать два ряда швовъ: нижній—серозно-мускульный, верхній—серозный (*séro—musculeux, séro—séreux*); накладывать ихъ слѣдуетъ безъ захвата слизистой оболочки и на разстояніи другъ отъ

друга не болѣе 2 мм. По наложеніи шва, слѣдуетъ всегда убѣдиться: хорошо-ли онъ держитъ; для чего, по окончаніи сшиванія, слѣдуетъ наполнить пузырь какой либо окрашенной жидкостью; въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ жидкость протечетъ, накладывается дополнительный шовъ (стр. 558—561).

Изъ многочисленныхъ выводовъ автора отмѣтимъ слѣдующіе: 7) карбализованный шелкъ слѣдуетъ предпочитать кэтгуту, такъ какъ послѣдній ломокъ при завязываніи шва, кромѣ того скоро разсасывается. Кэтгутъ можетъ быть употребленъ только при этажномъ швѣ, а именно для глубокаго шва (*ségo—musculeux*) и 13) даже многочисленные уколы пузыря средними и толстыми иглами заживаютъ быстро, должны считаться безвредными, такъ какъ черезъ такіе уколы моча не просачивается изъ пузыря въ полость брюшины (стр. 576. См. опытъ VIII, стр. 562).

Въ 1882 г. *Julliard* ¹²⁸) по поводу случая разрыва пузыря во время овариотоміи, окончившагося выздоровленіемъ по наложеніи шва на разрывъ, совѣтуетъ накладывать пузырьный шовъ по *Lembert'y*, не захватывая слизистой оболочки, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, моча будетъ дѣйствовать на шовъ химически; кромѣ того при этомъ можетъ проникать черезъ уколы вдоль нитей и своими разрушительными свойствами можетъ помѣшать заживленію. Въ виду этого слѣдуетъ накладывать частый шовъ, притомъ заходить на 1 сант. выше нижняго и верхняго угловъ раны, такъ какъ изъ опыта видно, что моча обыкновенно просачивается не черезъ средину шва, а черезъ углы. Для шва слѣдуетъ пользоваться кэтгутомъ; по окончаніи операціи катетръ *à demeure* (стр. 459—461).

Duschastelet, уже извѣстный намъ своей работой по провѣркѣ способа *Garson—Petersen'a*, является защитникомъ пузырьнаго шва и предлагаетъ особый *предварительный шовъ*, для котораго изобрѣтаетъ весьма сложный, хотя и остроумный, инструментъ—*cystorraphe*. Идея шва слѣдующая: на наполненный и растянутый жидкостью пузырь, при помощи его инструмента, накладываются швы на подобіе *Lembert'овскихъ*, при чемъ по срединѣ они проходятъ надъ желобкомъ цисторрафа. Самый верхній шовъ, для котораго въ инструментѣ устроена маленькая выемка, будучи натянутъ, фиксируетъ какъ самый инструментъ, такъ отчасти, вмѣстѣ съ выстоящимъ, загнутымъ верхнимъ концемъ его, фиксируетъ и предохраняетъ складку брюшины. Всѣ швы, проведенные надъ желобоватой частью цисторрафа, могутъ быть приподняты вверхъ при помощи особаго

крючка, которымъ швы плотно удерживаются. Между приподнятыми такимъ образомъ швами разрѣзывается пузырь, причемъ ножъ ведется между стѣнками основной части инструмента, фиксированного къ пузырю верхнимъ швомъ.

Выгоды такого предварительнаго шва, по мнѣнію автора, заключаются въ томъ, что при помощи его инструмента можно наложить швы болѣе правильно и симметрично, такъ какъ пузырь еще полонъ, весьма доступенъ, а самое поле операціи не загрязнено кровью. Разрѣзъ по желобку инструмента удобенъ; наконецъ, этотъ шовъ позволяетъ, въ случаѣ нужды, быстрое и герметическое закрытіе раны пузыря.

Конечно, всѣ эти выгоды—плодъ теоретическихъ разсужденій и опытовъ на трупахъ, на которыхъ операція безъ помѣхи можетъ длиться неопредѣленно продолжительное время. Весьма остроумный и сложный инструментъ *) не примѣнялся на живомъ ни разу и, само собою разумѣется, примѣняться не будетъ.

Одновременно *Bouley* (l. c., стр. 157—174) экспериментально разработалъ вопросъ о пузырьномъ швѣ и предложилъ тоже способъ наложенія *предварительнаго шва*.

При своихъ опытахъ на собакахъ авторъ употреблялъ узловатый шовъ и изслѣдовалъ различный матеріалъ для шва. Изъ 5 собакъ погибли 3. Свою неудачу онъ объясняетъ недостаткомъ антисептическихъ предосторожностей, при которыхъ происходили опыты. Вотъ его выводы: а) швы должно накладывать близко другъ къ другу, не дальше 4 мм.; б) шовъ долженъ проходить возможно ближе къ слизистой оболочкѣ, черезъ всю толщу стѣнки пузыря, никоимъ образомъ не захватывая слизистой оболочки; в) вколъ и выколъ шва должны быть не ближе 8—10 мм. отъ краевъ раны.

Предложенный *Vincent* двойной шовъ, какъ сказано, нѣсколько похожій на шовъ *Lembert'a* и столь имъ восхваляемый, кажется *Bouley* бесполезнымъ; достаточно вполне и узловатаго поверхностнаго шва. Что касается до предложенія *Vincent* окровавливать передъ наложеніемъ шва края пузырьной раны, то это не должно быть примѣняемо, такъ какъ сгустки, образующіеся при этомъ условіи между

*) *Cystorraphe*, какъ инструментъ весьма сложный, описать хорошо очень трудно; его устройство лучше всего повѣстно на рисункѣ, который можно найти у *Bouley* (l. c., стр. 241, 242), а также въ *Annales des malad. des organes-génito-urinaires* 1883 и въ статьѣ автора (*Revue de Chir.*, 1883, № 2).

краями раны, могут мѣшать заживленію. Напротивъ того, слѣдуетъ шить послѣ тщательной очистки раны пузыря.

Изслѣдованія матеріала для шва показали, что лучшимъ долженъ считаться «*crin de Florence*». *Bouley* замѣтилъ, что всѣ швы (кѣтгутъ, обыкновенная нитка, карболизованный шелкъ) прорѣзываютъ одинаково скоро, но все же скорѣе всего кѣтгутъ. Тѣмъ не менѣе кѣтгутъ совсѣмъ не такъ скоро разсасывается, какъ это принято думать; невыгода его та, что онъ весьма скоро разбухаетъ, производитъ давленіе на волокна тканей, а отсюда и скорѣе прорѣзывается.

Bouley первый собралъ таблицу опубликованныхъ случаевъ примѣненія пузырьнаго шва; оказалось, что въ 23 случ. шва онъ не удался 10 разъ. Кѣтгутъ употреблялся 11 разъ и въ 7 случаяхъ—неуспѣхъ; карболизованный шелкъ примѣненъ 8 разъ, неуспѣхъ въ 3 случаяхъ; обыкновенная нитка и металлическій шовъ примѣнены 4 раза и во всѣхъ случаяхъ успѣхъ полный. Эта статистика даетъ возможность сказать автору, что въ дѣлѣ оцѣнки пузырьнаго шва слѣдуетъ ждать болѣе многочисленныхъ наблюденій.

Наложеніе шва не всегда легко и такъ какъ шить рану пузыря слѣдуетъ тщательно, то лучше отказаться отъ шва въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предвидятся трудности. Примѣненіе его *предварительнаго шва* можетъ быть весьма полезно и вѣрнѣе обезпечить успѣхъ, такъ какъ такой шовъ накладывается весьма точно. Предлагаемый имъ методъ слѣдующій: дойдя до наполненнаго и расширеннаго пузыря, дѣлается послойный разрѣзъ его стѣнки до слизистой оболочки; послѣ этого обыкновеннымъ пинцетомъ захватываются края пузырьной раны и проводятся швы, которые такимъ образомъ пройдутъ черезъ всю толщу стѣнки пузыря, за исключеніемъ слизистой оболочки, надъ которой швы будутъ проходить съ одного края раны на другой. Наложивъ швовъ столько, сколько потребуетъ величина раны, ихъ оттягиваютъ частью вверхъ, частью внизъ; открывъ такимъ образомъ поле операціи, разрѣзываютъ слизистую оболочку по срединѣ между краями раны, сдѣланной въ толщѣ стѣнки пузыря, и доканчиваютъ операцію. Теперь стоитъ только натянуть петли наложенныхъ швовъ, какъ пузырь будетъ сшитъ самымъ точнымъ образомъ (стр. 177—179).

Какъ видно, идея таже, что и въ способѣ *Duschastelet*, но неизмѣримо проще и удобнѣе для выполненія. Мы увидимъ ниже, что методъ *Bouley*, весьма мало измѣненный профессоромъ *Подрезомъ*, съ успѣхомъ примѣненъ въ 8 случаяхъ (7 разъ полученъ успѣхъ).

Д-ръ *Знаменскій* своими опытами на собакахъ относительно частичнаго иссѣченія стѣнокъ пузыря, въ общемъ, подтверждаетъ результаты, полученные *Максимовымъ*. По его мнѣнію слѣдуетъ накладывать пузырьный шовъ кэтгутомъ и обыкновенными круглыми иглами, а не хирургическими, такъ какъ при этихъ послѣднихъ часто наблюдались столь значительныя кровотеченія изъ мѣстъ вколовъ шва, что приходилось или накладывать лигатуру, или новый шовъ на кровоточащее мѣсто. Кровотеченія эти могутъ быть и въ полость пузыря, какъ наблюдалъ авторъ; въ такомъ случаѣ сгустки могутъ закупорить уретру, а этимъ обусловить неуспѣхъ шва. Накладывать шовъ слѣдуетъ густо, такъ какъ при сильномъ сокращеніи пузыря, швы, наложенные другъ отъ друга на разстояніи 2 мм., при расслабленіи пузыря оказываются на разстояніи 3-хъ и болѣе мм., такъ что при значительномъ наполненіи пузыря моча можетъ просочиться (l. c., стр. 164). Этого можно избѣжать полнымъ хлороформнымъ наркозомъ, при которомъ пузырь расслабляется вполне; поэтому наркозъ долженъ быть полный во все время накладыванія шва.

Относительно техники шва—предпочтеніе должно быть отдано узловатому шву, такъ какъ опытъ учитъ, что непрерывный шовъ чаще расходится; стоитъ распуститься одному шву, какъ разойдутся всѣ остальные. Швы прорѣзываются всего скорѣе въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ располагается жирная клѣтчатка; на основаніи этого жировую ткань, какъ малостойкую и легко прорѣзываемую, не слѣдуетъ захватывать въ шовъ (стр. 165).

Willy Meyer ¹²⁹⁾ продолжилъ статистическую работу *Bouley* о швѣ и собралъ 19 случ., которые и добавилъ къ 23 ранѣе собраннымъ. Изъ этихъ 23-хъ авторъ выбрасываетъ случай наложенія шва на разрывъ пузыря уже во время несомнѣнныхъ признаковъ развивающагося воспаленія брюшины; кромѣ того шовъ въ этомъ случаѣ былъ наложенъ внутрибрюшинно и не можетъ быть взятъ въ оцѣнку пузырьнаго шва при высокомъ камнесѣченіи. Всего собрано 41 операція *sectionis altae* съ наложеніемъ шва на пузырь; въ 16 случаяхъ получена *prima* (изъ нихъ 1 разъ смерть при зажившей уже ранѣ отъ *pyelitis*), въ 17 случ. шовъ разошелся и заживленіе шло путемъ грануляцій; изъ нихъ умерло 8 и причиной смерти въ 1 случаѣ была рожа, въ 7—септицемія. Слѣдуетъ отмѣтить, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заживленіе при пузырьномъ швѣ наступало путемъ вторичнаго заживленія, тамъ выздоровленіе требовало весьма продолжительнаго времени (стр. 502).

Лучшимъ швомъ долженъ считаться пузырьный шовъ, накладываемый на подобіе *Lembert'овскаго* кишечнаго; шить слѣдуетъ по *Максиму*, не захватывая слизистой оболочки. По наложеніи шва — катетръ à demeure.

Не подлежитъ сомнѣнію, что пузырьный шовъ въ извѣстныхъ случаяхъ даетъ заживленіе первымъ натяженіемъ, но слѣдуетъ ли прибѣгать къ нему всегда, вопросъ. Въ этомъ отношеніи нужны еще дальнѣйшія наблюденія; все же при настоящемъ положеніи вопроса о пузырьномъ швѣ можно сказать: «dass in allen den Fällen, in denen der Harn noch klar, resp. nur geringer Katarrh vorliegt, die Naht, wen gewünscht, versucht werden kann, zumal bei Kindern, während überall dort, wo der Harn sehr trübe, alkalisch und zersetzt, somit auch die Textur der Blasenwand verändert und secundäre Nierenerkrankung zu fürchten ist, von der Drainage der Blase, am Besten mit folgender offener Wundbehandlung, ein sichererer Erfolg zu erwarten steht» (стр. 503—504).

Geza v. Antal ¹³⁰⁾ съ цѣлью улучшить пузырьный шовъ предложилъ новую модификацію шва, въ основу которой положенъ тотъ методъ, чтобы сдѣлать края пузырьной раны въ 2—3 раза шире обыкновеннаго. Для этого онъ совѣтуетъ поступать слѣдующимъ образомъ: по обнаженіи стѣнки пузыря, въ передней его части дѣлается овальный разрѣзъ, длинникъ котораго идетъ параллельно оси тѣла и соотвѣтственно величинѣ камня или опухоли; далѣе разрѣзы идутъ косвенно черезъ мышечный слой и слизистую оболочку пузыря. Такимъ образомъ ранка имѣетъ видъ плоской воронки, самый же методъ наложенія этого шва совершенно тотъ же, что практикуется при оживленіи краевъ пузырно-влагалищныхъ свищей (*Simon, Hegar*); швы накладываются черезъ наружный и мышечный слои пузыря, не захватывая слизистую оболочку. Въ 2-хъ случ. *sectionis altae* шовъ этотъ далъ заживленіе пузырьной раны *per primam*.

Д-ръ *Кранифельдъ*, съ работою котораго мы уже отчасти знакомы, взялъ на себя трудъ прослѣдить судьбу шва, наложеннаго на пузырь, лишенный своего брюшиннаго покрова. Почтенный авторъ, очевидно, хотѣлъ свои изслѣдованія поставить какъ можно ближе къ тѣмъ условіямъ, какія мы имѣемъ при эпицистотоміи; не подлежитъ сомнѣнію, что удача шва у собакъ объясняется пластическими свойствами брюшины, каковыхъ условій нѣтъ при операциі на пузырь человека. Къ сожалѣнію, опыты автора малочисленны (2), но

тѣмъ не менѣе имѣютъ нѣкоторое значеніе для вопроса о пузырьномъ швѣ при высокомъ камнесѣченіи.

Въ первомъ опытѣ, послѣ отдѣленія у собаки брюшиннаго покрова пузыря, наложенъ этажный шовъ карболовой нитью: нижній—узловатый, безъ захватыванія слизистой оболочки, верхній—непрерывный. На 2 д. моча стала просачиваться черезъ зашитую брюшную рану; черезъ 4 недѣли собака убита и оказалось, что передняя стѣнка пузыря плотно срослена съ сальникомъ и брюшной стѣнкой; петли швовъ остались въ стѣнкахъ пузыря, рана которой срослась на всемъ протяженіи. Въ послѣднемъ опытѣ, желая еще болѣе гарантировать шовъ отъ вліянія брюшиннаго покрова пузыря, авторъ наложилъ поверхъ зашитой тѣмъ же этажнымъ швомъ раны пузыря полоску протектива, которую и пришилъ къ передней поверхности пузыря; черезъ 5 д. собака околѣла; вскрытіе показало: никакихъ слѣдовъ перитонита; гнойное пропитываніе въ нижней части брюшной стѣнки, доходящее до бедеръ. Протективъ и непрерывной шовъ остались на мѣстѣ. «Съ лѣвой его стороны видно, съ неправильными краями, отверстіе въ пузырь, у самого шва. Когда шовъ былъ снятъ, то поверхности между ними оказались очень слабо слипшимися и тотчасъ же разошлись. Глубокій шовъ также оказался на мѣстѣ. Тутъ тоже видно, что отверстіе помѣщалось сбоку, у самого шва. На мѣстѣ глубокаго шва все пространство оказалось сросшимся. Изъ этихъ двухъ опытовъ я могъ сдѣлать слѣдующіе выводы. Отверстіе въ пузырь получалось на разрывѣ мышцъ, лишенныхъ брюшиннаго покрова; онѣ разорвались тамъ, гдѣ прошла нитка. Интереснѣе другой выводъ, что поверхности, лишенная брюшины, не срослись вовсе,—это имѣетъ значеніе для вопроса о швѣ при sectionis altae» (l. c., стр. 374).

Д-ръ Мининъ, какъ мы уже видѣли выше, собралъ изъ литературы, начиная *Bruns'омъ* и включая свой случай, 46 операций sectionis altae съ наложеніемъ шва на пузырь; изъ нихъ выздоровѣло 39, умерло 7. Исключивъ изъ послѣдняго числа 4 случая, гдѣ смерть не была въ зависимости отъ операции и инфильтраціи мочею, а отъ постороннихъ причинъ, мы получимъ на 39 выздоровленій 3 летальныхъ исхода, то есть $\% \text{ смертности} = 7,8$. Если же мы сопоставимъ этой цифрѣ цифру *Tuffier*, гдѣ $\% \text{ смертности}$ отъ мочевої инфильтраціи = 34, то примѣненіе пузырьнаго шва играетъ огромную роль въ судьбѣ оперированныхъ высокимъ сѣченіемъ (l. c., стр. 172).

Нѣсколько позже мы имѣемъ статистику д-ра *Эбермана*, который собралъ изъ литературы 53 операциі sectionis altae съ наложениемъ шва на пузырь; въ 16 случ. достигнута prima intentio, въ 28-ми швы разошлись и 9 окончились летально. Смертельные исходы зависѣли отъ инфильтраціи мочею и гноемъ въ 5 случ., отъ перитонита—въ 2-хъ, отъ рожи въ 1 и отъ піелита—въ 1 случ. Исключивъ изъ этого числа 1 случ., гдѣ летальный исходъ не имѣетъ связи съ операцией (erysipelas), мы получимъ $\% \text{ смертности} = 15,3$. Такой большой $\%$ позволяетъ д-ру *Эберману* высказаться о пузырьномъ швѣ, какъ методѣ не совсѣмъ вѣрномъ.

Болѣе подробно вопросъ о швѣ разобранъ въ интересной работѣ д-ра *Шмитца*. Имъ собрано изъ литературы 57 операций высокаго камнесѣченія съ наложениемъ шва на пузырь; изъ этого числа авторъ исключаетъ 2 сл. *Lister'a*, такъ какъ исходъ ихъ неизвѣстенъ. Изъ оставшихся 55: выздоровѣло 47, умерло 8; $\% \text{ смертности} = 14,5$. Если отдѣлить взрослыхъ отъ дѣтей, то у первыхъ: на 25 операций наблюдалось 6 летальныхъ исходовъ ($\% \text{ смертн. } 24$), у вторыхъ: на 30 операций—2 смерти ($\% \text{ смертн. } 6,7$). Слѣдуетъ отмѣтить, что въ двухъ случаяхъ смертельный исходъ не зависѣлъ отъ операциі (erysipelas, pyelitis); кромѣ того въ 1 случ. причина смерти сомнительна, такъ какъ вскрытіе не было сдѣлано.

Заживленіе per primam наблюдалось въ 17 случ.: 4 раза у взрослыхъ (16%) и 13 разъ у дѣтей (43%). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ примѣнялся катетръ à demeure, получено 8 разъ заживленіе per primam; шовъ разошелся 15 разъ. Изъ оперированныхъ, которыми примѣненъ былъ катетръ à demeure, умеръ 1; у этого оперированнаго катетръ лежалъ только 1 день. Только въ 13 случ. катетръ не употреблялся или тотчасъ же былъ удаляемъ; изъ этихъ случ. въ 3 получена prima.

Что касается до матеріала шва, то 20 разъ примѣненъ шелкъ (10 разъ—prima), 23 раза—кѣтгутъ (4 раза—prima), 2 раза—проволока; успѣхъ въ обоихъ случаяхъ. Такимъ образомъ шелкъ, по видимому, заслуживаетъ предпочтеніе передъ быстро рассасывающимся кѣтгутомъ.

Расхожденіе шва наблюдалось ча 3, 5, 6 д., дважды на 9 и однажды, въ случаѣ д-ра *Макавѣва*, на 10 д. (1. с., стр. 456—463).

Заканчивая этотъ отдѣлъ своей работы, авторъ совѣтуетъ пользоваться швомъ д-ра *Тилинга*.

Мы уже видѣли раньше, что д-ръ *Тилинг* въ одной изъ своихъ операций примѣнилъ этажный шовъ, накладывая на рану пузыря сперва обыкновенный узловатый шовъ по *Максимову*, а затѣмъ поверхъ его другой—непрерывный. Этотъ послѣдній долженъ захватывать половину толщи мышечнаго слоя пузыря, начинаться нѣсколько выше и оканчиваться ниже узловатаго. Не подлежитъ сомнѣнію, что пузырь, органъ весьма обильный сосудами, способенъ къ заживленію первымъ натяженіемъ, но для этого необходимое условіе: дать пузырю покой на нѣсколько дней. Катетръ *à demeure*, одинъ, не обезпечиваетъ этого покоя; онъ часто закупоривается, дѣлается непроходимымъ, наконецъ, просто не переносится больнымъ. Шовъ по способу автора обезпечиваетъ нужный покой не только самой ранѣ пузыря, но и передней поверхности пузыря на довольно большомъ протяженіи. Свой способъ *Тилинг* примѣнилъ съ успѣхомъ въ 2-хъ случаяхъ; мы увидимъ ниже, что съ такимъ же успѣхомъ онъ примѣнялся и другими хирургами.

Въ томъ же году д-ръ *Brenner* ¹³¹⁾, ассистентъ проф. *Billroth'a* предложилъ особый шовъ пузыря—кисетный. Онъ заключается въ слѣдующемъ: дойдя до пузыря, дѣлають послонные разрѣзы до слизистой оболочки; захвативъ анатомическимъ пинцетомъ слизистую оболочку, на небольшомъ пространствѣ отдѣляютъ ее отъ мускульнаго слоя и кладутъ на 2—3 мм. отъ краевъ и на 4 мм. отъ угловъ раны шовъ одной шелковой нитью черезъ подслизистую ткань, не захватывая, конечно, слизистой оболочки. Такимъ же образомъ кладется второй шовъ на мускульный слой пузыря, послѣ чего обѣ нити затягиваются и рана закрывается на подобіе затуаго кисета (стр- 38—39).

Опыты на собакахъ (7) показали, что такой кисетный шовъ даетъ хорошіе результаты; проба-же шва посредствомъ наливанія пузыря водой показала, что такой шовъ держитъ хорошо, лучше чѣмъ узловатый, скорняжный; даже лучше шва *Тилинга*, который совершеннѣе двухъ первыхъ. Преимущества шва тѣ, что при немъ рана можетъ быстро зарубцеваться, такъ какъ раненая поверхность мала, рубецъ получается толстый и плотный; кромѣ того при этомъ швѣ въ глубину опускается лишь два коротенькихъ шелковыхъ шва.

На 2 съѣздѣ Русскихъ Врачей проф. *Склифосовскій* въ своемъ докладѣ о высокомъ камнесѣченіи предложилъ новый шовъ пузыря. Модификація эта заключается въ слѣдующемъ: разрѣзъ пузыря дѣ-

ляется послойно. При такомъ разрёзѣ получается гладкая поверхность раны; на днѣ раны просвѣчиваетъ темноватая, растянутая слизистая оболочка пузыря. Поврхность разрёза вполне достаточна для наложенія шва. Слѣдуетъ шить, не захватывая слизистой оболочки; накладывается два ряда швовъ. «Первый рядъ состоитъ изъ стежковъ, вкалываемыхъ и выкалываемыхъ на ранной поверхности съ каждой стороны, второй—изъ стежковъ, накладываемыхъ такъ: слѣва вкалывается игла черезъ наружную поверхность стѣнки пузыря, а выкалывается на ранной поверхности, справа—вкалывается на ранной поверхности, а выкалывается на наружной поверхности стѣнки пузыря. Накладывая такіа швы въ перемежку, на $\frac{1}{2}$ сант. одинъ отъ другаго, мы можемъ получить герметическое закрытіе пузыря. Можно прибавить еще 2 или 3 ослабляющіе шва,—это третій рядъ швовъ. Послѣдніе вкалываются и выкалываются на 1 сант. отъ края раны. Они тоже должны быть заложены только въ толщѣ стѣнки пузыря. При такомъ способѣ сшиванія можно рассчитывать на сращеніе раны первымъ натяженіемъ» (стр. 225). Послѣ операціи катетръ à demeure; у дѣтей, ради этого, приходится иногда связывать имъ руки и ноги; катетръ оставляется на два, три дня. Какъ видно, предлагаемый профессоромъ шовъ есть—двухъэтажный кишечный шовъ *Czerny*.

Въ 1888 г. д-ръ *Недзведзкій* ¹³²⁾ предложилъ новый пузырьный шовъ, накладываемый нитью, имѣющей на каждомъ изъ концовъ по иголкѣ. Мотивы, заставившіе автора предложить новый шовъ, заключаются въ томъ, что по его мнѣнію ни одинъ изъ практиковавшихся раньше не удовлетворяетъ своему назначенію. Отъ шва мы должны требовать: а) герметизма, б) непрерывности и того, чтобы по сокращеніи пузыря, длина нити, взятая для наложенія шва, могла быть укорочена. Ни узловатый, ни скорняжный шовъ не удовлетворяютъ ни одному изъ этихъ требованій.

Предлагаемый авторомъ шовъ весьма сложенъ, отчасти похожъ на шовъ *Brenner'a*, а отчасти—на шовъ *Gely*. Если однимъ изъ недостатковъ шва *Gely* считается возможность появленія гангрены при сильномъ затягиваніи шва, то при примѣненіи предлагаемаго шва опасность эта—еще больше. Шовъ настолько сложенъ, что не можетъ быть переданъ въ нѣсколькихъ словахъ; самому автору для описанія собственно техники наложенія шва потребовалось почти полторы печатныхъ страницы. Интересующихся этимъ швомъ отсылаемъ къ подробной работѣ, здѣсь-же скажемъ только слѣдующее:

насколько труденъ предлагаемый шовъ видно изъ тѣхъ предостереженій, которыя даетъ авторъ: «Нужно слѣдить: 1) за тѣмъ, чтобы продольный мышечный слой пузыря захватывать не параллельно ходу волоконъ, но наискось, потому что въ противномъ случаѣ шовъ можетъ легко прорѣзаться и 2) чтобы иголка одной стороны въ мѣстѣ будущаго перекреста нитей не прошла между составляющими другую нить волокнами; если это случится, то затягиваніе шва по окончаніи наложенія его произойдетъ не по всей длинѣ шва». (стр. 342).

Д-ръ *Недзведзкій* въ концѣ статьи полагаетъ, что его шовъ гораздо цѣлесообразнѣе узловатаго при леченіи пузырно-влагалищныхъ свищей и при сшиваніи раны матки послѣ кесарскаго сѣченія по *Sänger'y*. Къ сожалѣнію, смѣемъ думать, что шовъ автора останется лишь теоретическимъ и никогда не будетъ примѣненъ на практикѣ. Мы полагаемъ, что съ нами вполне согласится и авторъ, если испробуетъ свой шовъ на трупѣ, а не на вырѣзанномъ пузырь свиньи. При нашихъ изслѣдованіяхъ предложеннаго д-ромъ *Langenbuch'*омъ новаго разрѣза при эпицистотоміи, о чемъ скажемъ ниже, мы на трехъ трупахъ испробовали наложеніе предлагаемаго шва; во всѣхъ случаяхъ при выполненіи его встрѣтились такія трудности, что отъ окончанія шва мы должны были отказаться. Шовъ *Brenner'a* легче шва *Недзведзкаго*, хотя первый тоже весьма труденъ для выполненія.

Мысль воспользоваться пластическими свойствами брюшины съ цѣлью обезпеченія успѣха при наложеніи пузырнаго шва, впервые, какъ мы видѣли, высказанныя д-ромъ *Кранифельдомъ*, а затѣмъ проф. *Склифосовскимъ*, нашла осуществленіе въ предложеніи *Rydygier'a* ¹³³): дѣлать высокое камнесѣченіе въ той части пузыря, которая покрыта брюшиной (*sectio alta intraperitonealis*). Послѣ многочисленныхъ опытовъ на животныхъ, авторъ произвелъ операцію по своему способу у 13-лѣт. мальчика съ большимъ камнемъ изъ фосфатовъ. Послѣ разрѣза брюшной стѣнки по *linea alba*, пузырь вынуть, удержанъ какъ можно выше; удаленъ камень и наложенъ шовъ въ два ряда по способу *Czerny*. Шилъ авторъ скорняжнымъ швомъ, который имѣетъ то преимущество, что при наполненіи пузыря затягивается всего сильнѣе; шовъ начинался и кончался дальше угловъ раны, слизистая оболочка не захватывалась. При сшиваніи брюшины *Rydygier* совѣтуетъ захватывать вмѣстѣ съ нею и часть *muscularis*. Во избѣжаніе затека мочи во время операціи, пузырь былъ, какъ сказано выше, вынуть и приподнять, кромѣ того онъ былъ отдѣленъ отъ полости брюшины іодоформной марлею; для боль-

шей же безопасности авторъ совѣтуетъ сшивать стѣнки пузыря съ краями раны брюшной стѣнки. По окончаніи операціи вся рана брюшная сшита; катетръ à demeure. Случай окончился выздоровленіемъ. Предстоитъ-ли предлагаемому внутри-брюшинному методу высококачественія какая либо будущность, рѣшить время. Мы, однако, твердо убѣждены, что удачный исходъ смѣлой попытки хирурга, не найдетъ себѣ подражателей, по мотивамъ—весьма понятнымъ.

Заканчивая нашъ небольшой очеркъ постепеннаго развитія вопроса о пузырьномъ швѣ, мы должны упомянуть еще объ одной модификаціи его, предложенной проф. *Подрезомъ*. Она заключается въ томъ, что авторъ накладываетъ предварительные швы на мышечный слой пузыря, конечно, безъ захвата слизистой оболочки, еще въ то время когда пузырь не вскрытъ, растянуть жидкостью. Швы, числомъ 3,5, передаются помощнику, который, удерживая незавязанные петли шва, фиксируетъ ими переднюю стѣнку пузыря. Наложивъ эти предварительные швы, операція оканчивается обыкновеннымъ образомъ; швы затягиваются, въ промежуткахъ между ними кладется еще по два шва на *muscularis*, а вторымъ швомъ соединяется клѣтчатка; 3 этажъ предназначенъ для замыканія раны брюшной стѣнки. По словамъ автора «на живомъ этотъ способъ примѣнялся 8 разъ и только въ одномъ не имѣлъ успѣха, вследствие технической ошибки при операціи» (стр. 477).—Какъ мы уже упомянули выше, это предложеніе есть весьма небольшое видоизмѣненіе шва *Bouley*.

Изъ всего сказаннаго видно, что вопросъ о пузырьномъ швѣ разработанъ довольно подробно. Несомнѣненъ тотъ фактъ, что при наложеніи шва на пузырь возможна *prima intentio*, черезъ что укорачивается время, необходимое для выздоровленія послѣ операціи, не говоря уже о томъ, что, получивъ герметическое закрытіе раны пузыря, мы вполне гарантированы отъ мочево-инфильтраціи.

Однако, какъ намъ кажется, вопросъ о пузырьномъ швѣ и теперь еще не можетъ считаться рѣшеннымъ окончательно. Безспорно, въ наше время онъ не имѣетъ такъ много противниковъ, какъ это было раньше (*Cheselden, Douglas, Mac Gill, Frère Côme, Belmas, Velpeau, Amussat* и др.), когда техника шва не была еще выработана, и хотя мало по малу шовъ пузыря завоевываетъ свое мѣсто, но и въ наши дни есть много хирурговъ, которые не примѣняютъ и противъ шва (*Guyon, Dittel, Trendelenbury, Perrier, Tuffier, Thompson*; у насъ проф. *Богдановскій* и др.).

Если мы дадимъ себѣ трудъ вывести среднее изъ всѣхъ напад-

ковъ противниковъ шва, то намъ станетъ яснымъ, что главнымъ образомъ ихъ строгій приговоръ касается 2 хъ пунктовъ, а именно: 1) шовъ не всегда удается, а слѣдовательно не ведетъ къ цѣли и можетъ быть причиной мочевоѣ инфильтраціи и 2) наложеніе шва въ иныхъ случаяхъ невозможно, въ большинствѣ — крайне трудно. Обвиненія эти весьма вѣски, а потому и признаются защитниками шва, доказательствомъ чего служить та масса швовъ, которая, какъ мы видѣли, предложена для закрытія раны пузыря. Повидимому, защитники шва, опираясь на удачныя опыты на животныхъ, которые такъ удачны въ силу своихъ анатомическихъ особенностей, а потому уже одному, не могутъ быть всецѣло перенесены на человека, видятъ въ неудачѣ шва только одно — несовершенство предложенныхъ методовъ шить рану; отсюда разные виды шва, подчасъ остроумные и весьма заманчивые, но, къ сожалѣнію, въ большинствѣ непримѣнимые на практикѣ.

Только что сказанное всего краснорѣчивѣе подтверждается работою *Rydygier'a*, который, желая обезпечить успѣхъ шва, предложилъ внутри-брюшинный способъ операціи. Авторъ примѣнилъ свой способъ на человѣкѣ и былъ такъ счастливъ, что получилъ успѣхъ. Намъ кажется въ вопросѣ о швѣ пузыря дальше этого идти нельзя и, конечно, предлагаемый шовъ никогда не будетъ имѣть успѣха, такъ какъ одна смѣлость, только отчасти подкрѣпленная научными основаніями, не можетъ быть оправдываема и быть залогомъ успѣха.

Мы говоримъ «только отчасти», имѣя въ виду поставить вопросъ, на который защитники пузырянаго шва не такъ подробно даютъ отвѣтъ, какъ на все остальное. Извѣстно ли имъ съ положительностью: при какихъ условіяхъ удается шовъ пузыря, или, что еще точнѣе, извѣстно ли имъ: какіе пузыри способны заживать первымъ затяженіемъ?

По нашему убѣжденію, весь вопросъ о примѣненіи пузырянаго шва заключается не въ одной только разработкѣ деталей: какъ шить, чѣмъ шить, но, главнымъ образомъ, въ установленіи строгихъ показаній для каждаго отдѣльнаго случая. Конечно, несправедливо было-бы отвергать заслуги авторовъ, потрудившихся надъ выясненіемъ того, что слѣдуетъ шить, не захватывая слизистой оболочки, такимъ-то швомъ, матеріаломъ, иглами и проч.; мы далеки отъ этого. Всѣ эти работы имѣютъ свое значеніе и принесли высокому камнесъченію не мало пользы, но дальнѣйшая разработка шва только въ одномъ этомъ направленіи не можетъ способствовать выясненію во-

проса такъ, какъ онъ этого заслуживаетъ. Предложеніе всевозможныхъ швовъ, съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе трудныхъ, въ чемъ полагаемъ мы убѣдились выше, можетъ только послужить во вредъ операціи. Техническое выполненіе шва дѣлается все труднѣе и труднѣе, репутация его страдаетъ; случаи примѣненія шва могутъ сдѣлаться все рѣже и рѣже, а операція и сами оперированные отъ этого не въ выигрышѣ; между тѣмъ шовъ пузыря есть одно изъ главныхъ преимуществъ высокаго сѣченія. Отнимите шовъ у операціи, признайте его непригоднымъ, отнимется отъ операціи самое главное; высокій разрѣзъ будетъ имѣть еще много преимуществъ передъ другими методами камнесѣченія, но все же главнаго уже не будетъ.

Вотъ почему разработка вопроса, намѣченнаго выше, должна быть предпринята защитниками высокаго камнесѣченія. Но какъ подойти къ рѣшенію этого вопроса? Экспериментальная разработка — немыслима, такъ какъ, если бы намъ, тѣмъ или другимъ путемъ, и удалось вызвать у животныхъ картину пораженія пузыря, обыкновенно наблюдаемую при различныхъ степеняхъ каменной болѣзни, то и тогда неравенство анатомическихъ условій при выполненіи операціи съ примѣненіемъ пузыряго шва, не позволяетъ намъ перенести прямо на человѣка тѣ или другіе полученные результаты.

Рѣшенъ этотъ вопросъ можетъ быть только путемъ статистическимъ. Оцѣнка случаевъ наложенія шва при обозначеніи того или другаго состоянія мочи, пузыря, возраста, продолжительности болѣзни, состава и вѣса камня, можетъ показать намъ, когда мы чаще всего получаемъ первое натяженіе, а отсюда вопросъ: когда можно получить заживленіе *per. primam intent.*, и когда слѣдуетъ класть шовъ, приблизится къ своему рѣшенію.

Предлагаемая ниже таблица составлена по только что высказанной программѣ. При этомъ мы должны сказать, что въ собранномъ нами матеріалѣ шовъ примѣнялся двоякимъ образомъ: 1) *полный шовъ пузыря*, гдѣ вся рана сшивалась наглухо и 2) *неполный, частичный*, гдѣ рана сшивалась только по угламъ, оставляя часть свободную для проведенія дренажа. Въ таблицу вошли только первые случаи и притомъ исключительно антисептического періода.

№ п/п	Имя больного	Возраст	Пол	Состояние	Время	Диагноз	Лечение	Исход
1	Иванов	35	М	Хронический	10.10.01	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
2	Петров	45	М	Острый	15.11.01	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
3	Сидоров	25	М	Хронический	20.12.01	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
4	Климов	55	М	Острый	25.01.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
5	Васильев	30	М	Хронический	30.02.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
6	Михайлов	40	М	Острый	05.03.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
7	Попов	20	М	Хронический	10.04.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
8	Морозов	50	М	Острый	15.05.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
9	Войков	35	М	Хронический	20.06.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
10	Мухоморов	45	М	Острый	25.07.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
11	Давыдов	25	М	Хронический	30.08.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
12	Ткачев	55	М	Острый	05.09.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
13	Смирнов	30	М	Хронический	10.10.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
14	Борисов	40	М	Острый	15.11.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
15	Воробьев	20	М	Хронический	20.12.02	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
16	Павлов	50	М	Острый	25.01.03	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
17	Кузнецов	35	М	Хронический	30.02.03	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
18	Леонов	45	М	Острый	05.03.03	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
19	Зинин	25	М	Хронический	10.04.03	Пневмония	Антисептики	Выздоровел
20	Куликов	55	М	Острый	15.05.03	Пневмония	Антисептики	Выздоровел

ТАБЛИЦА VI.

Случай высокого камнесъчения антисептического периода съ наложением полного пузырьного шва.

№ по порядку.	Кто оперировалъ.	Возрастъ больного.	Продолж. болѣзни.	Состояніе мочи. (Распред. на V гр.)	Составъ камня.	Размѣръ камня въ сантиметр.	Вѣсъ камня въ граммахъ.	Какой шовъ						
								Шовъ Максимова.	Шовъ Лемберта.	Шовъ Жили.	Шовъ Тилина.	Шовъ Подреза.	Два ряда узловато шва.	Два ряда скор.
1	Женщ.-вр. Никольская.	28		III		6×5×3	2 камн. 104,0	1						
2	Проф. Зальцманъ.	14			Фосфатъ.		11,5	1						
3	Лингенъ.	12	6	I			2 камн.		1					
4	Ящинскій.	30	3 1/2	I	Уратъ.	5×5	9,5	1						
5	Мининъ.	27	25	I	Щавелев.	3×2,5×2		1						
6	Проф. Монастырскій.	60		III								1		
7	»	22		I								1		
8	Войно.	8		I	Уратъ.	2	26,5	1						
9	»	3		I	Уратъ.	2,5	11,0	1						
10	Мультановскій	27	6	II	Урофосф.	3×2	10,0	1						
11	Леви.	8		I			Мален.	1						
12	Тилингъ.	7	3	I			8,0	1						
13	»	22	20	IV			48,5	1						
14	»	38 съ дѣтст.		III		6×7	2 камн. 78,5	1						
15	»	30 съ дѣтст.		II			44,8					1		
16	»	49	2	III			15,5					1		
17	Рейеръ.	9	1 1/2	I			Съ голубиное яйцо.	1						
18	Герасимовичъ	5	1	I	Уратъ.		Съ каштанъ	1						
19	»	24 съ дѣтст.		II	Уратъ.	6×5,3×4,2	124,0	1						
20	»	3	1 1/2	I	Уратъ.	1,8×1,5×1,2		1						

Три ряда узловатого шва.	Узловат. и 3 ряда по Лемберту.	Катетръ à demeure	Чѣмъ налож. шовъ.	Послѣоперационный періодъ.	Исходъ шва.	Исходъ операциі	Примѣчанія.
Катгутъ.	Шелкъ.	Prima intent.	Шовъ разошелся на такой-то д.	Выздоровѣлъ на такой-то день.	Умеръ на такой-то день.		
1	1					3	Вскрытія не было.
1	1				7	10	Неизв. на кот. д. Смерть отъ erysipelas. Вскр. не было.
1	1				5	20	
1	1				6	16	
1	1				1	?	Неизвѣстно на который день.
1	1				6	?	
1	1				5	40	
1	1				1	18	
1	1				6	33	
1	1				3	?	Неизв. на кот. д.
1	1				1	18	
1	1				6	71	Черезъ 2 г. рубецъ настолько растянулся, что пуз. выпяч. какъ грыжа, величиною въ полъ яблока; не причиняетъ никакихъ беспокойствъ.
1	1				7	68	Выписанъ со свищемъ.
1	1				1	20	
1	1				1	21	
1	1				3	200	
1	1						2 Вскрытіе. Брюш. не повреж. общ. periton. Пузырь. рана хор. склеил.
1	1				6	88	
—	1				1	20	Катетръ не вставлялся.

№ по порядку.	Кто оперировалъ.	Возрастъ больного.		Продолж. болѣзни.	Состояніе мочи. (Распред. на V гр.)	Составъ камня.	Размѣръ камня въ сантиметр.	Вѣсъ камня въ граммахъ.	Какой шовъ						
		Шовъ Макимова.	Шовъ Лемберта.						Шовъ Жили.	Шовъ Тилина.	Шовъ Подреза	Два ряда узло- ватаго шва.	Два ряда скор-		
21	„	23	2	III	Урофосф.	5,5×4×3,5	64,0	1							
22	Чеботаревъ.	6	2	II	Фосфатъ.		12,0	1							
23	Проф.Слифосовскій.	19	15	III	Фосфат. + щавелев.	7×4×5									
24	„	22	17	III	Уратъ.	3×2	8,1								1
25	„	20	16	I	Щавел. + мочекисл.	3×1									
26	„	28	8—10	I		8×2,5	119,0								
27	Проф.Подрезъ	4	1½	I		2×1,5	2 кам.	не извѣст но							
28	„	не извѣст но		не извѣст но		не извѣст но								8	
36	Макавѣевъ.	22	1½	II	Уратъ.		Съ ку- риное яйцо.	1							
37	„	35	1	I	Уратъ.	2×1,5×1	2,17							1	
38	Трояновъ.	45		I	Урофосф.	7,2×6×4,5	149,0	1							
39	„	26		V		Ядро 4×3,5×3	Ядро 41,5	1							

Пациентъ.	Узловат. и 3 ра-да по Лемберту.	Катетръ à demeure.		Послѣоперационный періодъ.	Исходъ шва.		Исходъ операций		Примѣчанія.
		Катгутъ.	Шелкъ.		Prima intent.	Шовъ разоше-ся на такой то д.	Выздорѣлъ на такой то день.	Умеръ на такой то день.	
1	1	1	1	Затяжное теченіе отъ сильно обострившагося катарра пузыря. Безъ лихорадки.	1	60			
		1	1		3	27			
		1	1		10	?			Неизвѣстно на какой день.
		1	1	Значительная лихорадка. Безъ лихорадки.	6	33			
		1	1		11	?			Неизв. на как. д.
		1	1+	Безъ лихорадки.	10	?			Тоже. Черезъ 7 мѣс. надъ лобкомъ иногда капля кровянистой жидкости, вѣроятно отъ присутствія (шелковой) нити въ глубинѣ подъ рубцомъ. Склифосовскій.
		1	неи зв	Безъ лихорадки.	1	12			
		8	неи зв		7	?			Неизв. на как. д.
		1	1	Почти безъ лихорадки. Безъ лихорадки.	11	45			
		1	1	Затяжное теченіе. Первые 4 д. т-ра до 38, разъ 39, затѣмъ нормальна. Рѣзко выраженный катарръ пузыря, такъ что черезъ несчитую, затампонированную рану брюшной стѣнки идетъ моча съ хлопьями и мочевымъ пескомъ. Долго не закрывался свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны. Черезъ 70 дней, черезъ свищевой ходъ вышелъ шелковый шовъ; быстрое и полное выздоровленіе.	5	96			
		1	1	Затяжное теченіе при нормальной температурѣ. Сильный катарръ пузыря. Свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны не закрылся.	2	91			Выписанъ съ тонкимъ свищемъ.

№ по порядку.	Кто оперировалъ.	Возрастъ больного.	Продолж. болѣзни.	Состояніе мочи. (Распред. на V пр.)	Составъ камня.	Размѣръ камня въ сантиметр.	Вѣсъ камня въ граммахъ.	Накой шовъ						
								Шовъ Максимова	Шовъ Лемберта.	Шовъ Жили.	Шовъ Тилинга.	Шовъ Подреза.	Два ряда узловатаго шва.	Два ряда скорняжнаго шва.
40	Зеленковъ.	28	10	I	Урофосф.	5×4×3	64,0						1	
41	Цейдлеръ.	21	съ дѣтст.	I		1,7×1,5×1	4,0						1	
42	Орловскій.	64	2	III	Мочек.+ щавелев.		2 камн.		1					
43	Шмитцъ.	4	3 ¹ / ₂	II		1,3×1,2×0,9	1,1				1			
44	„	5	1 ¹ / ₂	II	Фосфатъ.	3×2,8×2,5	14.0				1			
45	Грубертъ.	4	2	II	Урофосф.	3,5×2,7×1,9					1			
46	„	7	3	III	Уратъ.	1,2×1,4×2					1			
47	Иришкъ.	2	1	I	Фосфатъ.		5,5				1			
48	„	3 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	I	Урофосф.	2×2,5×2	9,5	1						
49	„	12	нѣск. л.	I	Оксалатъ.	1,5×1,5×1	3,0				1			
50	„	8	2 ¹ / ₂	I	Оксалатъ.		0,2	1						
51	„	10	2	I	Оксалатъ.	1×1×1,5	1,2				1			
52	„	6	2	I	Урофосф.	раздробленъ.	11,0	1						
53	„	5	1 ¹ / ₂	I	Оксалатъ.	1×1,8×1	2,0	1						
54	„	4	2	I	Уратъ.	3×3,3×1,8	20,0	1						
55	„	3 ¹ / ₂	3	I	Фосфатъ.	2,2×1,8×0,8	4,0	1						
56	„	7	2	I	Уратъ.	2,2×1,8×1	3,0	1						
57	„	4	2	I	Фосфатъ.	раздробленъ.	7,0				1			
58	„	3 ¹ / ₂	1	I	Уратъ.	1,5×1,5×0,7	2,0	1						

Мѣсяцъ.	Три ряда узловатой шва.	Узловат. и 3 ряда по Лемберту.	Катетръ à demeure.	Чѣмъ налож. шовъ.		Послѣоперационный періодъ.	Исходъ шва.		Исходъ операциіи		Примѣчанія.
				Катгутъ.	Шелкъ.		Prima intent.	Шовъ разошелся на такой-то д.	Выздоровѣлъ на такой-то день.	Умеръ на такой-то день.	
			1	1	1	Затяжное теченіе. Первую недѣлю т-ра 39,5; затѣмъ нормальна. Сильный катарръ пузыря. Долго не закрывался свищевой ходъ. Онъ раскрытъ, вставленъ дренажъ; быстрое и полное выздоровленіе.	7	68			
			1	1	1	Значительная лихорадка; боли въ поясничной области, epididymitis.	1	37			
			1	1	1	Затяжное теченіе вслѣдствіе долго незакрывавшагося свища. Безъ лихорадки.	5	56			Выписанъ со свищемъ.
				1		Безъ лихорадки.	3	24			Катетръ не вставлялся.
				1		Безъ лихорадки.	1	20			Катетръ не вставлялся.
			1	1	1	Почти безъ лихорадки.	1	30			Черезъ 10 ¹ / ₂ м. вышли черезъ уретру шелковые швы съ инкруст. мочекисл. солей.
			1	1	1	Затяжное теченіе и значительная лихорадка. Долго не закрывался свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны.	5	46			
			1	1	1	Значительная лихорадка.	3				4 Peritonitis (?). Вскрытія не б.
			1	1	1	Почти безъ лихорадки.					3 Вскрытіе. Ничего кромѣ жирового перерожденія сердца.
			1	1	1	Почти безъ лихорадки.	1	12			
			1	1	1	Затяжное теченіе отъ рнеumon. catarr.	1	60			
			1	1	1	Почти безъ лихорадки.	1	12			
			1	1	1	Значительная лихорадка; боли въ поясничной области, уретритъ	?	?			Неуказано на который д. вышел.
			1	1	1	Почти безъ лихорадки.	14	21			
			1	1	1	Значительная лихорадка.	1				8 Вскрытіе. Pyelonephritis dupl. Рана пузыря хорошо склеилась; катгутъ не всас.
			1	1	1	Безъ лихорадки.		5	20		
			1	1	1	Безъ лихорадки.	1		12		
			1	1	1	Почти безъ лихорадки; уретритъ.	2	30			
			1	1	1	Безъ лихорадки.	1	12			

№ по порядку.	Кто оперировалъ.	Возрастъ больного.	Продолж. болѣзни.	Состояніе мочи. (Распред. на V пр.)	Составъ камня.	Размѣръ камня въ сантиметр.	Вѣсъ камня въ граммахъ.	Какой шовъ					
								Шовъ Максимова	Шовъ Лемберта.	Шовъ Жили.	Шовъ Тимина.	Шовъ Подреза.	Два ряда узловатаго шва. Два ряда скорняжнаго шва.
59	»	4	3	I	Уратъ.	$3 \times 2,5 \times 1,7$	5,0				1		
60	»	4½	9 мѣс.	I	Уратъ.	$0,5 \times 0,8 \times 0,3$	0,5	1					
61	»	7	1	I	Фосфатъ.	Раздробл.	15,0	1					
62	»	4	1 мѣс.	I	Фосфатъ.	$2,2 \times 2 \times 1$	5,2	1					
63	»	6	1	I	Уратъ.	$2,3 \times 1,8 \times 1,5$	4,0				1		
64	»	10		II	Урофосф.	$5,2 \times 3 \times 2$	43,0	1					
65	»	10½	10 мѣс.	I	Фосфатъ.	$2,2 \times 2 \times 2,2$	10,2	1					
66	»	3	1	I	Уратъ.	2 камня.	3,5	1					
67	Ассмутъ.	46		III							1		
68	Барциковскій.	15	3	I	Уратъ.		24,0	1					
69	»	12	3	III	Уратъ.		8,0	1					

имѣненъ.	Катетръ à demeure.	Чѣмъ налож. шовъ.	Послѣоперационный періодъ.	Исходъ шва.		Исходъ операций	Примѣчанія.
				Prima intent.	Шовъ разошелся на такой-то день.	Выздоровѣлъ на такой-то день. Умеръ на такой-то день.	
поверхност. узелъ.	Три ряда узловъ таю шва.	Узловат. и 3 ряда по Лемберту.					
	1	1	Почти безъ лихорадки; уретрить.		7	13	
	1	1	Значительная лихорадка.	1		17	
	1	1	Безъ лихорадки; уретрить.		2	13	
	1	1	Незначительная лихорадка.		3	20	
	1	1	Безъ лихорадки; уретрить.		2	16	
	1	1	Значительная лихорадка; уретрить.		2	30	
	1	1	Незначительная лихорадка; уретрить.		3	18	
	1	1	Значительная лихорадка въ зависимости отъ varicella. Abscessus penis.		7	45	
	1	1	Значительная лихорадка въ зависимости отъ сильнаго катарра пузыря.		7	39	Черезъ 7 мѣс. per urethram вытекъ шелковый узелъ шва съ мочевыми инкрустациями.
	1	1	Безъ лихорадки.	1		19	
	1	1	Безъ лихорадки. На 4 д. разошелся шовъ: мочева инфильтрація всей мошонки; черезъ мѣсяць pneum. crouposa, которая не разрѣшилась.	4		30	Pneumonia crouposa.

Таблица VI указывает намъ, что на всѣ 427 случ. высокаго камнесѣченія антисептического періода полный шовъ пузыря былъ примѣненъ 69 разъ (16,1%); заживленіе per primam получено въ 24 случ. (34,7%); шовъ не удался и заживленіе шло путемъ грануляцій въ 45 случ. (65,2%).

I группа.

38 случ.; выздоровѣло—33, умерло—5.

Послѣоперационный періодъ прошелъ:

а) Безъ лихорадки . . .	13	{	на 16,8 д.
б) Почти безъ лихорадки .	7		> 18 д.
с) Съ незнач. лихорадкой.	2		> 19 д.
д) Съ значит. лихорадкой.	6		> 31 д.
е) Съ затяжн. теченіемъ .	4		> 106 д.
ф) Свѣдѣній нѣтъ . . .	1		

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія:

а) отхожденіе черезъ брюшную рану куска некротизированной ткани, который заключалъ швы, несомнѣнно пузыря—1, б) cystitis—2, с) abscessus penis—2, д) urethritis acuta—5, е) epididymitis—1, ф) боли въ поясничной области—2, г) varicella—1, h) pneumonia catarr.—1.

Причиной смерти были:

а) peritonitis—2, б) pyelonephritis—1, с) жировое перерожденіе сердца—1, д) erysipelas—1.

II группа.

9 случ.; выздоровѣли всѣ.

Послѣоперационный періодъ прошелъ:

а) Безъ лихорадки . . .	4	{	на 22,7 д.
б) Почти безъ лихорадки .	2		> 37,5 д.
с) Съ значит. лихорадкой.	2		> 31,5 д.
д) Съ затяжн. теченіемъ .	1		> 88 д.

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія: а) cystitis—1, б) urethritis acuta—1.

III группа.

11 случ.; выздоровѣло—9, умерло—2.

Послѣоперационный періодъ прошелъ:

а) Безъ лихорадки . . . 1	$\left\{ \begin{array}{l} \text{на 21 д.} \\ > 39,3 \text{ д.} \\ > 61,3 \text{ д.} \end{array} \right.$
б) Съ значит. лихорадкой. 2	
в) Съ затяжн. теченіемъ . 4	
д) Свѣдѣній нѣтъ . . . 2	

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались слѣдующія осложненія: а) cystitis—2, б) боли въ поясничной области.

Изъ этой группы 2 выписаны со свищемъ на мѣстѣ брюшной раны (№№ 14, 42).

Причиной смерти были: а) pneumonia supura и б) свѣдѣній не имѣется (вскрытія не было).

Въ IV и V (2 случ.) получено выздоровленіе, но оно сопровождалось длительнымъ теченіемъ, вслѣдствіе долго незакрывавшихся свищевыхъ ходовъ на мѣстѣ брюшной раны. Одинъ изъ нихъ (V гр.) выписанъ на 91 д. послѣ операціи съ тонкимъ свищемъ на мѣстѣ брюшной раны.

Болѣе подробное разсмотрѣніе этихъ случаевъ намъ указываетъ 1) въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдались лишь только 2 такихъ осложненія (№№ 8 и 69), которыя мы можемъ назвать послѣдствіемъ мочевои инфильтраціи. Въ обоихъ случаяхъ шовъ разошелся; одинъ выздоровѣлъ, другой умеръ отъ крупознаго воспаленія легкихъ. 2) Послѣоперационный періодъ прошелъ почти въ $\frac{1}{2}$ тѣхъ случаевъ, гдѣ имѣются подробныя свѣдѣнія, безъ лихорадки или съ незначительнымъ повышеніемъ температуры, 10 разъ съ значительной лихорадкой, 10 разъ съ затяжнымъ теченіемъ и 3) умерло 7, что составляетъ 10, 1% смертности. Что касается до затяжнаго теченія, то оно завязѣло: 6 разъ отъ долго незакрывавшихся свищевыхъ ходовъ на мѣстѣ брюшной раны, 2 раза—отъ сильно обострившагося катарра пузыря, 2 раза—отъ сильно обострившагося катарра пузыря и долго незакрывавшагося свищеваго хода, 1 разъ—отъ присоединившагося катаррального воспаленія легкихъ и 1 разъ—причина не указана.

Далѣе, мы видимъ, что изъ всего числа операцій съ наложеніемъ пузырнаго шва только 11 разъ *sectio alta* произведена при плохой мочѣ, 2 раза при рецидивѣ и камнѣ простато-пузырномъ

9 разъ при сносной мочѣ и 38 разъ при почти нормальной мочѣ и умѣренномъ катаррѣ пузыря; въ 9 случ. свѣдѣній о мочѣ не имѣется.

Въ I группѣ *prima intentio* получено 13 разъ (34,2⁰/₀) во II—2 раза (22,2⁰/₀), въ III—2 раза (18,1⁰/₀), въ IV и V—*prima* не получена ни разу.

Какъ уже было сказано выше, всѣхъ летальныхъ исходовъ наблюдалось 7. Исключивъ изъ этого числа 3 случая, гдѣ причина смерти не зависѣла отъ операціи (*pneumonia septicosa*, *erysipelas* и жировое перерожденіе сердца), мы получимъ всего 4 смертныхъ случая въ зависимости отъ операціи, что составитъ 5,8⁰/₀ смертности.

Изъ всего этого мы видимъ, что чаще пузырьный шовъ накладывался при сравнительно-хорошей мочѣ и умѣренномъ пораженіи пузыря, рѣже—при обратныхъ условіяхъ. Это какъ разъ подтверждаетъ тотъ взглядъ хирурговъ на пузырьный шовъ, по которому показанія къ его примѣненію ограничиваются лишь случаями съ хорошей мочей, указывающей на малую степень пораженія пузыря. Не будемъ скрывать, что раньше и мы придерживались того-же взгляда, казавшагося прочно установленнымъ *W. Meyer*’омъ и раздѣляемымъ большинствомъ хирурговъ практиковъ. Теперь намъ приходится измѣнить наше мнѣніе, такъ какъ только что приведенная таблица ясно указываетъ, что показанія для примѣненія пузырьнаго шва должны быть расширены.

Въ самомъ дѣлѣ, мы имѣемъ 11 случ. III группы и по 1 случаю IV и V групп., гдѣ, не смотря на сильно измѣненную мочу, часто вонючую, съ обильнымъ осадкомъ слизи и гноя, былъ наложенъ пузырьный шовъ.

Изъ этихъ 13 случ. получено 2 раза заживленіе первымъ натяженіемъ; выздоровѣло 11, умерло лишь 2. Исключивъ изъ нихъ одного, гдѣ причина смерти не имѣла никакой связи съ операціей (*pneumonia septicosa*), мы будемъ имѣть для этихъ 13 случ. ⁰/₀ смертности равнымъ 7,7. Поистинѣ, для такихъ тяжелыхъ случаевъ результатъ поразительный! Какимъ же образомъ объяснить только что отмѣченный фактъ? Намъ кажется, что мы всего ближе подойдемъ къ его рѣшенію просмотрѣвъ исторію послѣоперационнаго періода оперированныхъ съ летальнымъ исходомъ.

Оказывается, что въ этихъ случаяхъ шовъ разошелся и моча показала въ ранѣ у одного: на 3-й д., у другаго на 4-й д.; относительно остальныхъ необходимыхъ свѣдѣній не имѣется. Въ случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, шовъ разошелся: на 1 д.—

3 раза (изъ нихъ въ 2 случ. катетръ à demeure не былъ примѣненъ, въ послѣднемъ нѣтъ свѣдѣній), на 2 д.—5 разъ, на 3 д.—5 разъ, на 5 д.—6 разъ, на 6 д.—6 разъ, на 7 д.—5 разъ, на 10 д.—2 раза; на 11 д.—2 раза и на 14 д.—1 разъ. Въ среднемъ шовъ держалъ 5,2 д.

Какъ видно, только у 3-хъ шовъ не могъ оказать никакого существеннаго вліянія на ходъ заживленія; у остальныхъ шовъ держалъ отъ 2-хъ до 14 д., въ среднемъ 5,2 д., т. е. время достаточное для того, чтобы организмъ успѣлъ защитить себя отъ мочевоы инфильтраціи. Въ этотъ срокъ вліяніе травмы, нанесенной тканямъ во время операціи, успѣетъ пройти; перерѣзанныя и ушибленныя вены тромбируются болѣе или менѣе плотно, разорванная и ушибленная окологрузырная клѣтчатка стремится къ заживленію и появляется грануляціонная ткань, которая служитъ надежной защитой организму отъ вліянія истекающей болѣзненно измѣненной мочи. Постепенное уменьшеніе реакціи въ глубинѣ раны, въ связи съ развитіемъ грануляціонной ткани, служитъ намъ достаточной гарантіей на успѣхъ, а этотъ успѣхъ, какъ мы видѣли, весьма значителенъ.

Разсматривая далѣе нашу таблицу, видно, что для наложенія шва кѣтгутъ примѣненъ 39 разъ, ргіта получена 9 разъ (23,1%); шелковый шовъ наложенъ 21 разъ, ргіта получена въ 7 случ. (33,3%). Наичаще, слѣдовательно, матеріаломъ для шва служилъ кѣтгутъ, а заживленіе рег ргітамъ наичаще достигалось при шелкѣ.

Какому же матеріалу мы должны отдать преимущество: кѣтгуту или шелку? Отвѣтъ казался не труднымъ, въ виду тѣхъ выводовъ, которые мы получили при разсмотрѣніи нашего матеріала. Но отвѣтъ на самомъ дѣлѣ не такъ легокъ, такъ какъ дѣло осложняется тѣмъ, что выводы пришлось дѣлать изъ сравненія неравнаго числа наблюденій (39 и 21); кромѣ того, совершенно неожиданно, приходится остановиться на впервые подмѣченномъ фактѣ *зависимости долго незакрывающихся свищей на мѣстѣ брюшной раны отъ присутствія въ глубинѣ раны шелкового шва.*

Мы уже видѣли раньше изъ таблицъ *Boileau* и *Шмитца* и др., что предпочтеніе въ выборѣ матеріала для шва должно быть отдано шелку, такъ какъ при кѣтгутѣ наирѣже получается заживленіе рег ргітамъ; объяснялось это тѣмъ, что кѣтгутъ рассасывается въ ранѣ весьма быстро, а слѣдовательно, и не выполнялъ своей роли. Съ этимъ, какъ намъ кажется, нельзя вполне согласиться. Безспорно, судьба кѣтгутоваго шва и шва шелковаго весьма различны; одинъ

рано или поздно рассасывается безслѣдно, другой остается весьм долгое время въ тканяхъ безъ особенно замѣтныхъ измѣненій. Для насъ въ настоящее время вопросъ о дальнѣйшей судьбѣ шва представляется несущественнымъ, важно же опредѣлить насколько прочно держать шовъ изъ того и другаго матеріала въ первое время послѣ операціи. Обращаясь къ таблицѣ, мы прежде всего видимъ: 1) что ргіта получена и при кѣтгутѣ и при шелкѣ, а затѣмъ, 2) что въ случаяхъ неудачныхъ, гдѣ заживленіе наступало путемъ грануляцій, кѣтгутовый шовъ расходился совершенно въ тѣже сроки, въ какіе переставалъ держать и шелковый. Этого сравненія вполне достаточно, чтобы сказать, что выборъ матеріала не играетъ существеннаго значенія при наложеніи шва на пузырь, такъ какъ и кѣтгутъ и шелкъ въ этомъ случаѣ достаточно прочны (вскрытіе № 54 показало, что черезъ 7 дней послѣ наложенія шва кѣтгутъ еще не рассосался).—Однако такой выводъ былъ бы поспѣшенъ.

Выше мы упомянули, что при разсмотрѣніи собраннаго матеріала невольно обращаетъ на себя вниманіе: связь между долго не закрывающимися свищевыми ходами на мѣстѣ брюшной раны и шелковымъ швомъ. Посмотримъ, такъ ли это.

№ 13. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 14. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ не закрылся; оперированный выписанъ со свищемъ; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 38. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; закрылся какъ скоро черезъ него вышелъ шовъ; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 39. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ не закрылся; оперированный выписанъ со свищемъ; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 40. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 42. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; оперированный выписанъ со свищемъ; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

№ 46. Затяжное теченіе. Свищевой ходъ долго не закрывался; *шовъ пузыря наложенъ шелкомъ.*

Къ только что перечисленнымъ случаямъ не будетъ ошибкой отнести также и № 26, гдѣ черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ операціи въ рубцѣ надъ лобкомъ показывается иногда капля сукровичной жидкости, вѣроятно (*Склифосовскій*) въ зависимости отъ шелковой нити, которой былъ наложенъ (поверхностный) третій шовъ пузыря.

Такимъ образомъ оказывается, что во всѣхъ случаяхъ долго не закрывающихся свищевыхъ ходовъ, а также и въ тѣхъ, гдѣ опе-

рированные выписаны со свищами, шовъ пузыря накладывался шелкомъ. Ничего подобнаго не замѣчено ни разу при кэтгутовомъ швѣ.

Если же мы припомнимъ тѣ случаи (№№ 5, 45 и 67) гдѣ черезъ 6 д. $7\frac{1}{2}$ и 10 мѣс. черезъ уретру выходили шелковые швы неизмѣненные, кромѣ того въ 2-хъ послѣднихъ случ., послужившіе уже ядромъ для наслоенія мочевыхъ солей, то намъ думается, что предпочтеніе должно быть отдано кэтгуту. Съ кэтгутомъ ничего подобнаго произойти не можетъ; тѣмъ болѣе что мы можемъ придать кэтгуту большую прочность, обработавъ его ас. chromico по *Mikulicz*¹³¹).

Какимъ швомъ слѣдуетъ шить? Въ громадномъ большинствѣ случаевъ примѣнялся шовъ *Максимова* (36 разъ, ргіма въ 8 случ. (22,2⁰/о), вторымъ по частотѣ былъ шовъ *Тилинга* (15 случ., ргіма 6 разъ, 40⁰/о). Наилучшіе результаты далъ шовъ проф. *Подреза*: 8 случ.—7 разъ заживленіе рег ргімамъ. Къ великому сожалѣнію, подробности этихъ случаевъ намъ остаются неизвѣстными; но независимымъ отъ насъ обстоятельствамъ достать желаемыхъ свѣдѣній намъ не удалось. Въ 2-хъ случ. примѣненъ этажный шовъ: два ряда по *Максимова*; въ обоихъ получена ргіма; всѣ остальные швы (см. таблицу) не дали успѣха. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что лучшимъ швомъ долженъ считаться шовъ *Подреза*, но такъ какъ намъ подробности операций съ примѣненіемъ этого предварительнаго шва неизвѣстны, то пока окончательный выводъ о достоинствахъ шва не можетъ быть сдѣланъ. Вторыми должны считаться швы *Тилинга* и *Максимова*; предпочтеніе должно быть отдано шву *Тилинга*; онъ даетъ больше узловатаго покоя ранѣ пузыря, наиболѣе герметиченъ, что экспериментально доказано *Brenner*'омъ, и кромѣ того накладывается легче и скорѣе всѣхъ остальныхъ этажныхъ.

Всякіе другіе швы должны быть оставлены, какъ неудовлетворяющіе своему назначенію. Кстати припомнимъ здѣсь, что, согласно заявленію проф. *Bergmann*'а, шить слѣдуетъ обыкновенными круглыми иглами, а не хирургическими, такъ какъ эти послѣднія дѣлаютъ довольно значительные надрывы въ нѣжной ткани пузыря. Какъ мы уже видѣли, раньше *Bergmann*'а на это было указано *Знаменскимъ*.

Непремѣнную принадлежность пузырянаго шва составляетъ катетръ à demeure. Безъ него обойтись почти невозможно; изъ таблицы видно, что въ 3-хъ случаяхъ (№№ 20, 43, 44) катетръ не былъ примѣненъ и моча пошла черезъ рану: а) въ тотъ же день, б) черезъ день и с) на 3 день. Нерѣдко примѣненіе катетра вызывало уретритъ; оперированные, чаще дѣти, нерѣдко его не выносили.

Въ этихъ случаяхъ катетръ долженъ быть замѣненъ частой катетеризаціей. Катетръ, тамъ гдѣ онъ переносился, удалялся на 4—6 д., а гдѣ возможно держался и дольше. Вообще, чѣмъ дольше держать катетръ, тѣмъ лучше *).

Какъ вліялъ шовъ на послѣоперационное теченіе? Въ случаяхъ, гдѣ получено заживленіе *per primam*, полное выздоровленіе наступало въ среднемъ на 18,9 д.; тамъ, гдѣ шовъ не удавался (исключая затяжные случаи), выздоровленіе наступало на 28,1 д.; въ затяжныхъ случаяхъ выздоровленіе—на 82,7 д.; шовъ расходился, въ среднемъ, на 5,2 д.

Если мы сравнимъ только что полученные цифры средняго срока выздоровленія оперированныхъ съ наложеннымъ пузырьнымъ швомъ съ среднимъ срокомъ выздоровленія оперированныхъ, проведенныхъ подъ дренажемъ, то увидимъ, что разница въ пользу перваго метода не велика **). При пузырьномъ швѣ срокъ выздоровленія укорачивается, но не на много, такъ что въ этомъ отношеніи преимущества пузырьнаго шва не велики. Преимущества эти выступаютъ рѣзко, если мы припомнимъ, что, какъ въ удачныхъ (*prima intentio*), такъ и неудачныхъ случаяхъ, выздоровленіе оперированныхъ шло безъ всякихъ осложнений; шовъ наилучше всего гарантировалъ намъ успѣхъ операціи.

Чтобы окончательно выяснитъ важное значеніе пузырьнаго шва, этого надежнаго защитника нашихъ оперированныхъ отъ мочевыхъ затековъ, мы нѣсколько остановимся на случаяхъ, окончившихся летально и постараемся выяснитъ ихъ ближайшую причину смерти.

Изъ таблицы видно, что во всѣхъ 7 случ. причина смерти была: *peritonitis*—2 раза, *pyelonephritis bilateralis*—1, *pneumonia grouposa*—1, 1 разъ вскрытіе не указало ничего кромѣ жироваго перерожденія сердца, 1 разъ *erysipelas* и въ 1 случаѣ причина смерти неизвѣстна. Изъ всего этого числа летальныхъ исходовъ мы должны выбросить 3 случая (*erysipelas*, *pneumonia grouposa* и жировое перерожденіе сердца), такъ какъ операція въ нихъ нисколько не повинна; остается слѣдовательно 2 случая *peritonitis*, 1 случай *pylo-*

*) Какъ на довольно вѣрное средство, уменьшающее тягостное чувство присутствія катетра *à demeure*, помимо антисептическаго примѣненія инструмента, укажемъ на смазываніе катетра мазью изъ кокаина. Обращаемъ вниманіе товарищей на это средство; личная, хотя и небольшая опытность, говорить въ пользу сказанной мази.

**) Только что сказанное, конечно, не отъносится до тѣхъ случаевъ, гдѣ получено заживленіе *per primam*; въ случаяхъ удачи срокъ выздоровленія укорачивается весьма значительно (въ среднемъ 18,9 д.).

nephritis bilateralis и 1 случ., гдѣ причина смерти не выяснена. Допустимъ, что и этотъ случай погибъ отъ перитонита (наиболѣе частая причина смерти), мы слѣдовательно будемъ имѣть дѣло почти съ однимъ только воспаленіемъ брюшины, которое и было ближайшей причиной смерти. Можно ли вывести какую либо зависимость между швомъ и перитонитомъ? Конечно, нѣтъ.

Какъ мы увидимъ ниже, вопросъ о ближайшей причинѣ смерти послѣ высокой литотоміи, какъ и вообще послѣ камнесѣченій, во многихъ случаяхъ остается далеко не выясненнымъ. Особенно это слѣдуетъ сказать о развивающихся послѣ литотоміи воспаленияхъ брюшины. Развитие произвольно допущеннаго нами перитонита въ случаѣ № 1 нашей таблицы не трудно объяснить, разъ мы знаемъ тѣсное соотношеніе серозныхъ покрововъ съ хроническими разстройствами почек (*Богдановскій*, стр. 99); не то въ 2-хъ другихъ случ., гдѣ воспаление брюшины констатировано при здоровыхъ почкахъ, безъ всякаго раненія ея. Объяснить такіе случаи мы не беремся. Не объяснено это и до насъ. Отсутствие какихъ либо изменений въ почкахъ, пузырь и околопузырной кѣтчаткѣ, цѣлость брюшины, отсутствіе чрезмѣрной травмы при извлеченіи камня, дѣлаютъ такіе случаи вполне загадочными. Задача послѣдующихъ работъ о каменной болѣзни, между многими другими,—выяснить этотъ вопросъ первостепенной важности.

Заканчивая разсмотрѣніе таблицы случаевъ sectionis altae съ наложеніемъ пузыряго шва, мы видѣли, что все говорить въ пользу его.

Въ самомъ дѣлѣ, какія выгоды шва? Отвѣтъ на это только что данъ.

Противники шва говорятъ, что шовъ часто не удается и можетъ быть причиной мочевоѣ инфильтраціи, наконецъ, что наложеніе шва составляетъ болѣею частью весьма трудный актъ операціи. Не подлежитъ сомнѣнію, что рана получается не всегда, но также вѣрно и то, что она получается болѣе чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ, а это одно должно заставлятъ насъ шить рану пузыря всегда, гдѣ это технически выполнимо. Въ случаяхъ удачи, швомъ мы значительно укорачиваемъ время, необходимое для полнаго выздоровленія; въ случаяхъ неудачи, мы опять таки отчасти укорачиваемъ послѣопераціонный періодъ, главное-же—наилучше гарантируемъ успѣхъ операціи. Если въ нашей наукѣ вполне прочно установленъ фактъ, что свѣжая моча невредна для раны (*Simon, Menzel, Gosselin* и др.), если доказана слабая способность къ всасыванію грануляціонной

поверхностью, если, наконецъ, вѣрны тѣ наблюденія многихъ авторовъ (*Utzmann, Petersen, Günther, Podrazky, Lozbeck* и др.), по которымъ срокъ въ 3—5 дней вполне достаточенъ для образованія въ ранѣ послѣ высокаго камнесъченія такихъ стойкихъ продуктовъ реактивнаго воспаления, которые гарантируютъ насъ отъ возможности мочевыхъ затековъ, то наложеніе шва на пузырь, герметически отдѣляющаго полость пузыря отъ околопузырной клѣтчатки, для насъ становится обязательнымъ. Срокъ въ 5,2 д., который, въ среднемъ, держитъ нашъ шовъ, вполне достаточенъ для образованія въ ранѣ грануляціонной ткани; къ этому времени ушибленные, порванные вены и артеріи или приходятъ къ нормѣ, или тромбируются настолько стойко, что мы, даже при плохой мочѣ, гарантированы отъ инфильтраціи. Вскрытія умершихъ послѣ операціи съ наложеніемъ шва на пузырь ни разу не дали намъ картины мочевой инфильтраціи; ни разу мы не видѣли гнойныхъ затековъ, гнойныхъ скопищъ, т. е. того, что мы обычно встрѣчаемъ при вскрытіи оперированныхъ, погибшихъ отъ такъ называемой мочевой инфильтраціи.

Что же касается до трудности наложенія пузырнаго шва, то съ этимъ нельзя не согласиться, и бываютъ такіе случаи, гдѣ шить не представляется возможнымъ. Указать какіе это случаи — трудно; облегчается же наложеніе шва тѣмъ, что пузырь слегка вытягивается шелковыми лигатурами. — Если войдетъ въ общее употребленіе предварительный шовъ проф. *Подреза*, то наложеніе шва значительно облегчится; въ этомъ можетъ убѣдиться всякій, кто хоть разъ испробуетъ на трупѣ оперировать на налитомъ пузырьѣ. Въ заключеніе прибавимъ одно: наложеніе кишечнаго шва далеко нелегкая вещь; никто-же, полагаемъ, не рѣшится сказать: «я не наложилъ шва на раненую кишку, потому что это трудно».

Итакъ, изъ всего только что сказаннаго мы должны сдѣлать слѣдующій выводъ: *наложеніе шва на рану пузыря при высокомъ камнесъченіи есть необходимая принадлежность операціи; шовъ долженъ быть, идя это технически выполнимо, накладываемъ при всякой мочѣ, такъ какъ болѣе чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ всехъ случаевъ даетъ заживленіе первымъ натяженіемъ и значительно сокращаетъ послѣ операціонный періодъ; въ другихъ же, неудачныхъ случаяхъ, нѣсколько укорочаетъ срокъ выздоровленія и вліяетъ весьма благоприятно на исходъ операціи.*

Частичный шовъ пузыря—примѣненъ 48 разъ (11,3%): выздоро-

вѣло 43, умерло — 5. По группамъ эти случаи распредѣлились такъ: I—41, II—3, III—2, IV и V—по 1.

Послѣоперационный періодъ прошелъ: безъ лихорадки—12 разъ (выздоровленіе, въ среднемъ, на 23,7 д.), почти безъ лихорадки—7 разъ (выздоровленіе на 28,4 д.), съ незначительной лихорадкой—9 разъ (выздоровленіе на 31,4 д.), съ значительной лихорадкой—7 разъ (выздоровленіе на 33,5 д.), съ затяжнымъ теченіемъ—8 разъ (выздоровленіе на 77 д.).

Въ послѣоперационномъ періодѣ были слѣдующія осложненія: а) затекъ (куда?)—1, б) долго незакрывающіеся свищевые ходы на мѣстѣ брюшной раны — 2, в) боли въ поясничной области — 2, d) ascites—1, e) pneumonia catarr.—2, f) dysenteria—1, g) febris recurrens—1, h) varicella—1, i) morbilli—1, j) scarlatina—1.

Причиной смерти были: а) peritonitis acuta—1, б) pneumonia catarr.—1, в) dysenteria—1, d) scarlatina—1, e) причина смерти неизвестна—1.

Очевидно, что только въ 2-хъ случ.—опять таки произвольно допустивъ воспаленіе брюшины въ томъ случаѣ, гдѣ причина смерти не выяснена—мы можемъ приписать операциі летальный исходъ, такъ что $\frac{0}{100}$ смертности при примѣненіи частичнаго пузырянаго шва=44. Какъ и раньше, мы не имѣемъ никакой возможности объяснить, хотя-бы приблизительно, причину развившагося здѣсь воспаленія брюшины, такъ какъ оба случая прошли безъ всякихъ осложнений, не сопровождались какой либо травмой. Загадочность развитія перитонита дѣлается еще бѣльшей, если мы обратимъ вниманіе на то, что оба эти случая принадлежатъ къ оперированнымъ съ хорошей мочей, слѣдовательно, съ болѣе или менѣе здоровыми мочевыми путями, а также и на то, что оба неудачныхъ исхода принадлежатъ д-ру *Иршику*, опытность котораго въ камнесѣченіяхъ не подлежитъ сомнѣнію.

Нисколько не было бы удивительнымъ, если бы летальный исходъ принадлежалъ другимъ случаямъ этой группы, гдѣ пораженіе почекъ соотвѣтствовало нашимъ III, IV, V группамъ; тамъ развитіе воспаленія брюшины могло бы быть объяснено указанной нами выше связью между заболѣваніями почекъ и серозныхъ покрововъ.

Весьма малый $\frac{0}{100}$ смертности при примѣненіи частичнаго шва на пузырь заставляетъ насъ смотрѣть на этотъ методъ ухода за пузырной раной какъ на такой, который обезпечиваетъ намъ успѣхъ операциі. По своимъ результатамъ онъ вправѣ конкурировать съ

полнымъ пузырьнымъ швомъ. Въ самомъ дѣлѣ, если мы хоть коротко остановимся на сравненіи этихъ двухъ методовъ, то замѣтимъ слѣдующее: а) смертность при полномъ швѣ $= 5,8\%$, при частичномъ $= 4,4\%$ *), б) исходъ летальный, въ зависимости отъ операціи, какъ здѣсь такъ и тамъ—воспаленіе брюшины и с) выздоровленіе при полномъ швѣ наступаетъ въ среднемъ на 28,1 д., при частичномъ—на 29,2 д. Замѣчательное сходство!

Если мы постараемся объяснить только что сдѣланный выводъ, то, конечно, объясненіе крайне легко.

Не подлежитъ сомнѣнію, что частичный шовъ является надежнымъ методомъ ухода за пузырьной раной—*въ силу своей герметичности*. Въ этомъ мы убѣдимся, если вспомнимъ въ чемъ заключается разбираемый способъ ухода за пузырьной раной. Онъ состоитъ въ слѣдующемъ: на рану пузыря, смотря по величинѣ ея, накладывается нѣсколько швовъ, швы завязываются; въ свободную, несшитую, часть пузырьной раны вставляется дренажъ; нѣсколькими швами сшивается рана брюшной стѣнки до дренажа, накладывается та или другая антисептическая повязка. Само собой понятно, что при такихъ условіяхъ моча изливается, если не вся, то большая ея часть, черезъ дренажъ въ повязку и не имѣетъ возможности затекать въ ушибленную околопузырную клѣтчатку; 5—7 дневный срокъ пребыванія дренажа вполне достаточенъ для развитія продуктовъ того реактивнаго воспаления, которые являются надежной гарантіей успѣха операціи. Ясно, почему частичный шовъ даетъ такой хорошій результатъ.

Показанія, при которыхъ примѣненъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ частичный шовъ—намъ отчасти понятны; не накладывался полный шовъ или изъ боязни плохой мочи, или же вслѣдствіе того, что при наложеніи полного шва встрѣтились какія-либо техническія трудности; такъ было, наприм., въ случаѣ д-ра *Ассендельфа*, который наложилъ полный шовъ, но убѣдившись при наполненіи пузыря, что жидкость въ нѣкоторыхъ мѣстахъ просачивается и не удерживается швомъ, расшилъ эту часть пузыря и вставилъ дренажъ. Насколько понятны эти случаи, настолько непонятно, почему д-ръ *Иринкз*, получившій весьма хорошіе результаты при примѣненіи полного шва, владѣющій техникой его наложенія, измѣнилъ шву и возвелъ частичный шовъ пузыря въ особый методъ; онъ одинъ при-

*) Меньшій % смертности при частичномъ швѣ объясняется лучшими случаями: по большей части дѣти съ хорошей и сносною мочей.

мѣнили его 39 разъ, при чемъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ по своей мочѣ оперированные принадлежали I группѣ, т. е. имѣли почти совершенно здоровые почки и пузыри. Конечно, всѣ эти случаи подлежали примѣненію полнаго пузырного шва.

Все только что сказанное заставляетъ насъ настоятельно рекомендовать примѣненіе частичнаго шва при высокомъ камнепѣченіи; тамъ, гдѣ почему либо полнаго пузырного шва наложить не удастся, долженъ быть примѣненъ частичный.

е) Пришиваніе краевъ пузырной раны къ краямъ раны брюшной стѣнки—примѣнено всего 6 разъ; всѣ окончились выздоровленіемъ.

Тѣ же заботы предохранить оперированнаго отъ мочевой инфильтраціи уже давно побудили предложить при выполненіи *sectionis altae* вышеназванный способъ ухода за раной пузыря. *Gehler* (1807) впервые далъ особый методъ операціи, а именно: поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки, такой же разрѣзъ пузыря, затѣмъ сшиваніе раны пузыря съ краями раны брюшной стѣнки. Методъ *Gehler'a* не примѣненъ ни разу.

Въ 1885 году д-ръ *Эберманъ* въ одномъ отчаянномъ случаѣ (72 л. истощенный старикъ, громадная простата, расширенный пузырь, задержаніе вонючей, щелочной мочи), не рискуя наложить шовъ на пузырную рану или провести оперированнаго подъ дренажемъ, рѣшилъ сшить края раны пузыря съ краями раны брюшной стѣнки. Оперированный, не смотря на плохія условія, выздоровѣлъ. Успѣхъ случая побудилъ автора предложить на I-мъ Съѣздѣ Русскихъ Врачей вниманію товарищей особый рекомендуемый имъ методъ операціи, который онъ описываетъ слѣдующимъ образомъ: «дойдя до пузыря въ него вкалывается въ нижнемъ углу раны длинная, полукруглая игла, имѣющая близъ острія ушко для лигатуры, а на вогнутой своей сторонѣ—желобокъ. Игла выкалывается изъ полости пузыря кнаружи близъ верхняго угла раны брюшной стѣнки; затѣмъ изъ ушка иглы извлекается одинъ конецъ лигатуры, а по желобку иглы (какъ по зонду) дѣлается разрѣзъ стѣнки пузыря; разрѣзъ этотъ на 1 сант. не доходитъ до мѣста, гдѣ выглядываютъ изъ пузыря остріе иглы и лигатура. Свободный конецъ лигатуры вдѣвается въ обыкновенную иглу и проводится черезъ толщу кожи, у верхняго угла раны; затѣмъ желобоватая игла удаляется, лигатурой притягивается стѣнка пузыря къ кожѣ и лигатура завязывается. Далѣе боковые края и нижній уголъ раны пу-

зыря пришиваются тоже къ кожѣ живота: такимъ образомъ вся толща раны брюшной стѣнки вполне защищена отъ вліянія на нее мочи и другихъ вредныхъ, заражающихъ ее элементовъ» (I. с. стр. 104).

Совершенно по тому же принципу, почти одновременно съ д-ромъ *Эберманомъ*, оперировали проф. *Павловъ* и д-ръ *Рейеръ*; въ этихъ послѣднихъ случаяхъ предложенная выше длинная игла съ желобкомъ не примѣнялась. Очевидно, методъ *Эбермана* можетъ быть выполненъ и безъ употребленія предложенной имъ иглы.

Какъ видно, предложенный методъ, испытанный на весьма тяжелыхъ случаяхъ, увѣнчался полнымъ успѣхомъ. Можетъ ли, однако, онъ рассчитывать на широкое распространеніе? Конечно, нѣтъ.

Если мы вдумаемся въ способъ заживленія ранъ брюшной и пузырной при этомъ методѣ, то увидимъ, что онъ врядъ ли можетъ быть примѣняемъ, даже въ особо исключительныхъ случаяхъ.

Какимъ путемъ, вообще, происходитъ заживленіе ранъ при эпицистотоміи и что остается послѣдствіемъ операціи? *Cheselden'y, Middleton, Thornill, Marand, Amussat* удалось изслѣдовать подчревную область спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи высокаго сѣченія; оказывается, что всегда между наружной раной брюшной стѣнки и раной пузыря существуетъ рубецъ, образующійся послѣ заживленія того хода, по которому послѣ операціи идетъ моча, куда обыкновенно вставляется дренажъ. Такой рубецъ лишь только первое время можетъ вліять на положеніе пузыря, такъ что послѣдній представляется нѣсколько вытянутымъ, приподнятымъ изъ подъ лобка. Весьма возможно, что рѣдкіе случаи жалобъ на боли внизу живота при мочеиспусканіи, наблюдаемыя у нѣкоторыхъ больныхъ вскорѣ послѣ операціи, зависятъ отъ этого аномальнаго положенія пузыря, которое не безъ того, чтобы не отразиться на его формѣ. Современемъ рубецъ растягивается все болѣе и болѣе, оперированные уже не ощущаютъ никакихъ болей, и слѣдуетъ думать, что все быстро приходитъ къ нормѣ.

Понятно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ заживленіе шло долгое время, свищевой ходъ долго не закрывался и омывался мочей, тамъ этотъ рубецъ будетъ объемистъ и его вліяніе на пузырь можетъ быть значительно; наоборотъ, при примѣненіи пузыряго шва, гдѣ всѣ перечисленные условія отсутствуютъ, тамъ вліяніе рубца на пузырь сводится ad minimum.

Совсѣмъ обратное получается при заживленіи ранъ брюшной и

пузырной, сшитыхъ вмѣстѣ. Здѣсь пузырь непосредственно укрѣпляется въ брюшномъ прессѣ; между раной пузыря и раной брюшной стѣнки лежитъ только рубецъ, нѣтъ того промежутка подлежащихъ тканей, который всегда существуетъ при заживленіи послѣ операціи, выполненной обыкновеннымъ способомъ. Если мы только что упомянули, что при заживленіи раны послѣ sectionis altae per secundam, пузырь нѣсколько измѣняетъ свое нормальное положеніе, вытягивается вверхъ, не можетъ достаточно свободно расширяться, то при разбираемомъ методѣ онъ ставится въ совершенно исключительныя условія. Изъ тазоваго органа пузырь дѣлается брюшнымъ, причемъ крѣпкое сращеніе съ брюшной стѣнкой никогда не позволить ему придти къ нормѣ. Такое аномальное положеніе пузыря не можетъ не отразиться на его функціи, а отсюда—и не вызвать заболѣванія этого органа.

Въ этомъ отношеніи весьма поучительно наблюденіе, приводимое проф. *Богдановскимъ* въ главѣ о высокомъ камнесѣченіи. «Больной старикъ армянинъ, возраста около 70 л., былъ освобожденъ отъ камня высокимъ сѣченіемъ съ сшиваніемъ стѣнокъ пузыря съ брюшными стѣнками и съ закрытіемъ пузырной полости вторичнымъ оживленіемъ и сшиваніемъ краевъ кожи надъ лоннымъ соединеніемъ. Не болѣе какъ черезъ годъ послѣ литотоміи, больной обратился въ нашу клинику съ описанными разстройствами измѣненнаго въ своемъ положеніи пузыря, ощупываемаго подъ общими покровами надъ лоннымъ соединеніемъ, въ видѣ овально круглой плотной опухоли и со всѣми вышеупомянутыми качествами мочи» (I. с. стр. 186, 187). Измѣненія со стороны функціи пузыря выражались учащенными и болѣзненными испражненіями мочи, постоянно содержавшей громадныя количества слизи, гноя и крови; развились же они, по мнѣнію проф. *Богдановскаго*, въ силу того, что пузырь, плотно спаенный съ брюшною стѣнкою, постоянно подвергался прижатію, тренію и вытяженію при каждомъ сокращеніи брюшныхъ стѣнокъ.

Только что приведенное наблюденіе весьма важно для оцѣнки разбираемаго нами метода ухода за пузырной раной. Безспорно, онъ гарантируетъ намъ успѣхъ, но за то при немъ въ послѣдствіи могутъ развиваться такіе припадки, которые заставятъ оперированнаго страдать не менѣе, чѣмъ до операціи и снова искать нашей помощи. Еще съ болѣею положительностью мы могли бы высказать наше мнѣніе относительно метода, еслибы были вполне увѣрены, что наблюденіе, приводимое проф. *Богдановскимъ* не касалось больного,

оперированнаго д-ромъ *Эберманомъ*. Если все вышесказанное относится до того же случая, а сходство полное, то на основаніи его мы не имѣемъ права высказаться строго. Мы уже видѣли, что д-ръ *Эберманъ* оперировалъ при исключительныхъ условіяхъ: больной былъ подвергнутъ литотрипсіи, затѣмъ черезъ 4 г. высокому камнесѣченію, имѣлъ всѣ явленія рѣзко выраженаго катарра пузыря; кромѣ того послѣ литотрипсіи страдалъ задержаніемъ мочи, такъ что въ продолженіи 4-хъ лѣтъ могъ мочиться только черезъ катетръ, который и вводилъ себѣ самъ. Весьма возможно, что въ клиникѣ приняли его сильно растянутый пузырь, функціональныя разстройства и состояніе мочи за послѣдствія разбираемаго метода, тогда какъ всѣ сказанныя разстройства въ пузырьѣ и мочѣ больного наблюдались и раньше.

Пять другихъ операций: проф. *Павлова*, д-ровъ *Рейера* и *Богдановскаго* (№№ 15, 74, 75, 76, 89) съ примѣненіемъ того же метода, окончились выздоровленіемъ. Намъ неизвѣстно:—развилось ли въ этихъ случаяхъ что либо подобное наблюденію проф. *Богдановскаго*, тѣмъ не менѣе мы должны о немъ помнить. Условившись же, что шовъ пузыря долженъ быть накладываемъ въ каждомъ случаѣ и что при неудачѣ съ полнымъ швомъ мы имѣемъ въ частичномъ швѣ отличную гарантію отъ мочевыхъ затековъ, нѣтъ нужды прибѣгать къ методу, рекомендуемому д-ромъ *Эберманомъ*.

f) *Особые случаи ухода за раной пузыря наблюдались—рѣдко.* Остановимся на нихъ, по возможности, кратко.

Д-ръ *Потоцкій* въ 3 случ. поступилъ слѣдующимъ образомъ: черезъ брюшную рану ввелъ въ пузырь, а затѣмъ черезъ уретру, наружу, длинный дренажъ съ отверстіями въ той только части, которая помѣщалась въ пузырьѣ. Наружный конецъ дренажной трубки погруженъ въ сосудъ съ карболовымъ растворомъ. Антисептическая повязка. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ (№№ 189, 190 и 191).

Д-ръ *Рейеръ* (№ 88) поступилъ также, но кромѣ дренажа, выведеннаго черезъ уретру, въ рану брюшной стѣнки онъ вставилъ еще стеклянный дренажъ, сама же рана тампонирована. Такъ какъ черезъ дренажъ уретры мочи шло мало, то больному вскорѣ дано положеніе на животѣ; случай окончился выздоровленіемъ.

Д-ра *Надеждинъ*, *Ассмутъ*, которымъ пришлось дѣлать высокое камнесѣченіе послѣ неудачнаго срединнаго, дренировали пузырь какъ черезъ рану на промежности, такъ и надъ лобкомъ (№№ 45, 66); тоже самое было сдѣлано д-ромъ *Гагенъ-Торнъ* и проф. *Бобро-*

вымъ, которыми, кромѣ высокаго сѣченія, было сдѣлано и боковое (№№ 63, 122).

Въ томъ же случаѣ (№ 63) д-ръ *Гагенъ-Торнъ* пришилъ еще верхній уголъ пузырьной раны къ верхнему углу раны брюшной стѣнки. Тоже сдѣлалъ 1 разъ и д-ръ *Чеботаревъ* (№ 149), но въ этомъ послѣднемъ случаѣ, кромѣ сказаннаго шва и положенія на животѣ, не было никакого другаго ухода за раной пузыря; оперированный выздоровѣлъ и послѣоперационный періодъ прошелъ безъ лихорадки.

Весьма многіе къ дренажу пузыря или катетру прибавляли сифонное приспособленіе, удлиняя дренажъ или катетръ эластической трубкой, наружный конецъ которой опускался въ сосудъ съ антисептической жидкостью, поставленной ниже горизонта кровати. Въ одномъ случаѣ проф. *Коломнинъ*, при весьма плохой мочѣ, одновременно воспользовался двумя сифонными приспособленіями: дренажа и катетра à demeure; оперированная выздоровѣла.

Совершенно особнякомъ стоитъ крайне тяжелый случай д-ра *Троянова*, въ которомъ послѣ операціи примѣнено постоянное орошеніе пузыря. Это орошеніе достигнуто тѣмъ, что изъ сосуда, повѣшеннаго надъ больнымъ, черезъ длинную трубку борный растворъ шелъ въ двойной (сшитый вмѣстѣ) дренажъ пузыря, а изъ него черезъ сифонное приспособленіе въ сосудъ, поставленный ниже горизонта кровати. Истеченіе борнаго раствора изъ верхняго сосуда было регулировано краномъ такъ, что жидкость не выливалась изъ пузыря въ околопузырную клѣтчатку, а ее поступало столько, сколько могло быть удалено изъ пузыря нижней сифонной трубкой. Такое орошеніе продолжалось до появленія въ литотомической ранѣ хорошихъ грануляцій. Оперированный выздоровѣлъ (№ 197).

Намъ кажется, что этотъ способъ ухода за плохимъ пузыремъ заслуживаетъ особаго вниманія; онъ простъ, удобно выполнимъ и вполне рационаленъ. Если методъ д-ра *Эбермана*, на которомъ мы только что останавливались, нашелъ себѣ примѣненіе въ 6 случ., то способъ д-ра *Троянова*, въ силу вышесказаннаго, достоинъ еще большаго подражанія.

Безъ всякаго ухода за пузырьной раной, если не считать тщательной чистоты и частой смѣны компрессовъ, намоченныхъ въ той или другой антисептической жидкости, было проведено 7 случаевъ: д-рами *Поповымъ*, *Гагенъ-Торномъ*, *Русановымъ*, *Мультановскимъ*, *Путохинымъ*; изъ нихъ окончился летально только 1 случай.

Д-ра *Кьтлинскій*, *Розенбаумъ* и *Зеленковъ* тампонировали брюш-

ную рану до пузыря антисептической марлей. Изъ 6 случ. такого ухода за оперированнымъ умерло два; между выздоровѣвшими въ одномъ случаѣ наблюдался околопузырный нарывъ, въ другомъ мало по малу рубецъ послѣ литотоміи растянулся и образовалась грыжа, такъ что оперированный выписанъ съ особымъ бандажомъ (№№ 46, 95—98 и 195).

Наконецъ, женщина—врачъ *Никольская* примѣнила ту же тампонаду брюшной раны до пузыря, но въ этомъ случаѣ на пузырь былъ наложенъ полный шовъ. Также поступилъ въ 2 случаяхъ и д-ръ *Трояновъ*. Изъ 3-хъ случаевъ такого ухода за оперированнымъ умеръ 1, одинъ выписанъ со свищемъ (№№ 7, 198 и 199).

Какъ видно, уходъ за оперированными былъ самый разнообразный; вывести какое либо заключеніе при сравненіи того или другаго изъ этихъ особыхъ случаевъ—не приходится. Однако, слѣдуетъ отмѣтить, что тамъ гдѣ не примѣнялось никакихъ мѣръ для свободнаго стока мочи, гдѣ, слѣдовательно, моча, прежде чѣмъ попасть въ повязку, свободно омывала околопузырную клѣтчатку и другія ткани, ни разу не наблюдалось мочевоѣ инфильтраціи и всего одинъ случай окончился летально. Такое наблюденіе намъ весьма цѣнно и пригодится при выясненіи вопроса о такъ называемой мочевоѣ инфильтраціи.

5) Составъ, вѣсъ и размѣръ извлеченныхъ камней—представляли большое разнообразіе.

По большей части извлеченные камни были смѣшаннаго состава, рѣже однороднаго. Весьма нерѣдко центральную часть камней составляли ураты, наружная же представляла наслоенія фосфатовъ, довольно часто тѣ или другія составныя части располагались слоями и покрывались опять таки слоемъ фосфатовъ. Въ одномъ случаѣ д-ра *Орловскаго* ядромъ для образованія мягкаго фосфата, болѣе 100,0 grm. вѣсомъ и 7 сант. въ діаметрѣ, послужила горошина, введенная больному въ уретру и проскользнувшая въ пузырь за 2 г. до операціи.

По частотѣ, на первомъ планѣ должны быть поставлены фосфаты, урофосфаты и камни съ наружной корой изъ фосфатовъ; рѣже попадались камни изъ уратовъ, всего рѣже щавелевики. При внимательномъ разсмотрѣніи исторій болѣзни видно, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ наиболѣе рѣзкія измѣненія въ нормальномъ составѣ мочи наблюдались при фосфатахъ; лучшая моча встрѣчалась

при уратахъ, наилучшая же при щавелевикахъ. За весьма малыми исключеніями слѣдуетъ сказать: чѣмъ продолжительнѣе болѣзнь, тѣмъ камень больше, моча хуже и страданія больныхъ сильнѣе.

Громадное большинство камней были подвижные и одиночные; 36 разъ извлечено нѣсколько камней, а именно: 32 камня—1, 7 камней—1, 5 камней—1, 4 камня—3, 3 камня—3, 2 камня—26, нѣсколько камней (сколько?)—1 случ.

Пузырно-простатическихъ камней было 10. Всѣ они окончились выздоровленіемъ; изъ нихъ 2 выписаны со свищами: а) на промежности (№ 66) и б) надъ лобкомъ (№ 199).

Камней въ дивертикулѣ было 8. 6 окончились полнымъ выздоровленіемъ, 1 не окончилъ леченія и взятъ родителями на 30 д. послѣ операціи съ мочей, идущей большею частію черезъ уретру, но также и черезъ надлобковую рану, 1 окончился смертію и въ его исторіи болѣзни отмѣчено: нагноеніе вокругъ пузыря и *colitis suppurativa*. Въ случаѣ д-ра *Ассмута*, помимо камня въ дивертикулѣ пузыря, найдено еще нѣсколько маленькихъ камней и одинъ побольше (№ 45).

Кромѣ камней въ пузырь 2 раза встрѣтились еще камни въ уретрѣ; оба окончились выздоровленіемъ. Въ одномъ случаѣ (№ 359) д-ръ *Ассендельфтъ* извлекъ уретральный камень черезъ разрѣзъ мочеиспускательнаго канала, въ другомъ (№ 89) д-ръ *Рейеръ* на 20 д. послѣ операціи протолкнулъ уретральный камень въ пузырь и удалилъ его черезъ отверстіе на мѣстѣ надлобковой раны, черезъ которое вставлялся дренажъ; развился сильный *cystitis* и края раны инкрустировались; выздоровленіе наступило черезъ 80 д.

1 разъ осколокъ камня застрялъ въ уретрѣ и для его извлеченія сдѣлана *sectio mediana* (№ 315), 2 раза камни были осложнены опухолями пузыря (№№ 64, 140).

Въ нѣсколькихъ случ. камни были плотно укрѣплены къ шейкѣ пузыря, такъ что извлеченіе ихъ было крайне затруднительно; при такомъ условіи оно значительно облегчалось приподнятіемъ камня *per rectum* помощникомъ.

Въ 7 случ. камни были плотно охвачены стѣнками пузыря, такъ что выполняли собою всю его полость. Извлеченіе такихъ камней обыкновенно—весьма затруднительно и продолжительно; въ громадномъ же большинствѣ случ. извлеченія камня при *sectionis altae* составляло легкій актъ операціи, даже въ тяжелыхъ случаяхъ, какъ это не разъ отмѣчено въ нашей таблицѣ.

По возрасту вѣсъ камней распредѣлился такъ.

ТАБЛИЦА VII.

Вѣсъ извлеченныхъ камней по возрасту оперированныхъ *).

Отъ 1 до 5 лѣтъ.	10,0; 11,0; 28,0; 5,5; 1,0; 3,7; 0,45; 82,0; 10,0; 6,0; 1,3; 4,0; 4,8; 4,8; 4,6; 3,5; 3,7; 0,8; 1,6; (два камня); 1,0; 2,0; 1,0; 1,0; 0,6; 3,5; 0,5; 3,0; 3,0; 8,0; 6,0; 2,0; 3,0; 4,0; 5,0; 8,0; 11,5; 1,1; 0,7 (два камня); 1,9; 6,5; 19,8; 5,5; 9,5 (два камня); 20,0; 4,0; 7,0; 2,0; 5,0; 0,5; 5,2; 3,5 (два камня); 15,8; 6,5; 10,0; 16,0; 11,0; 23,0; 1,0; 4,0; 0,5; 6,0; 13,5; 22,0; 4,0; 3,0; 12,0; 5,0; 2,0; 2,0; 4,0; 3,0; 6,0; 1,2; 3,0; 2,5; 2,0; 23,0; 7,6; 11,0; 2,9; 2,2; 7,0; 15,0; 3,0 (два камня); 3,5 (два камня); 0,9; 5,12; 7,0; 4,7 (два камня); 5,9; 1,5; 3,2; 0,3; 10,0; 1,0; 0,8; 2,0; 10,0 (два камня); 17,0; 0,7; 7,0; 18,0 (пять камней); 2,0; 4,0; 6,0; 5,0; 3,0; 6,75; (два камня).	Средній вѣсъ камня 6,67 grm.
Отъ 5 до 10 лѣтъ.	12,0; 12,5; 26,5 (три камня); 14,5; 40,4; 44,6; 7,0; 3,0; 40,0; 12,0; 9,9; 11,6; 22,7; 9,8; (два камня); 9,95; 2,5; 12,86; 8,2 32,6; 9,75; 6,1; 19,7; 5,0; 1,3; 0,6; 10,5 (три камня); 3,7; 1,0; 3,4; 11,0; 7,0; 6,0; 4,0; 4,0; 15,0; 8,5; 7,5; 4,3; 14,0; 11,5 (два камня); 1,0; 0,2; 11,0; 2,0; 3,0; 15,0; 4,0; 13,0; 8,0; 4,0; 5,5; 2,0; 9,0; 8,0; 5,0; 4,0; 47,0; 11,0; 2,0; 1,0; 48,0; 20,0; 6,5; 8,0; 3,4; 3,0; 11,2; 5,0; 2,2; 6,45; 22,6; 3,3; 0,8; 5,0; 4,5; 1,5; 3,8; 1,8; 7,0; 5,0; 2,0; 7,7; 15,0; 12,5; 14,0; 2,5; 4,0; 2,0; 17,0; 3,0; 7,0; 17,8; 2,0; 17,5; 2,5; 9,0; 12,5; 14,9; 4,0; 12,0; 34,25; 50,0.	Средній вѣсъ камня 10,7 grm.
Отъ 10 до 15 лѣтъ.	26,0; 46,8; 10,0; 19,0; 28,0; 15,2; 88,0; 51,0; 3,0; 1,2; 43,0; 10,2; 13,0; 17,0; 25,0; 23,8; 11,5; 21,2; 3,1; 10,2; 1,6; 24,5 (два кам- ня); 7,0; 17,3; 9,5; 5,0; 3,0; 7,2; 10,5 (два кам- ня); 11,5; 17,5 (два камня); 3,0; 17,0; 18,0; 22,0; 8,0.	Средній вѣсъ камня 18,2 grm.
Отъ 15 до 20 лѣтъ.	16,0; 41,0; 9,5; 59,8; 74,6; 55,7; 10,0; 15,0; 35,0; 45,5; 7,5; 1,7; 16,0; 10,5; 45,0; 17,0; 25,0; 20,0; 24,0; 13,5.	Средній вѣсъ камня 27,1 grm.
Отъ 20 до 25 лѣтъ.	120,0; 68,7; 250,0; 40,2; 48,5; 124,0; 64,0; 8,2; 43,0; 100,0; 10,0; 30,0; 10,0; 19,0; 3,0; 42,0; 43,0; 4,0; 49,0; 41,0; 40,0; 9,6; 30,0; 19,5; 40,0; 45,0 (четыре камня).	Средній вѣсъ камня 52,4 grm.

Отъ 25 до 30 лѣтъ.	104,0 (два камня); 10,0; 119,0; 113,0; 30,0; 20,0; 4,0; 17,0; 19,0; 6,0; 11,0; 64,0; 41,5.	Средній вѣсъ камня 42,9 гр.
Отъ 30 до 35 лѣтъ.	9,5; 313,5 ; 44,8; 32,3 ; 545,0.	Средній вѣсъ камня 148,6
Отъ 35 до 40 лѣтъ.	78,5; 2,17; 51,0.	grm.
Отъ 40 до 45 лѣтъ.	283,6; 26,12 .	
Отъ 45 до 60 лѣтъ.	34,5; 56,0 (три камня); 56,0 (четыре кам- ня); 27,3; 15,5; 149,0; 47,0 .	Средній вѣсъ камня 67,2
Отъ 60 до 83 лѣтъ.	108,6 (семь камней); 7,0 (два камня); 144,0 (тридцать два камня); 94,0 .	grm.
*) Цифры, обозначенныя жирнымъ шрифтомъ, указываютъ, что въ дан- номъ случаѣ операція окончилась смертью.		

Таблица VII-я даетъ намъ свѣдѣнія о вѣсѣ камней 326 опери-
рованныхъ.

Вѣсъ камней остальной части собраннаго матеріала остался не-
извѣстнымъ, отчасти потому, что необходимыя свѣдѣнія не указаны
въ исторіяхъ болѣзни, отчасти же потому, что весьма многіе хирурги,
обозначая размѣры извлеченныхъ камней, употребляютъ образныя
сравненія, какъ-то: «грецкій орѣхъ», «воложскій орѣхъ», «куриное,
голубиное, гусиное яйцо», «горошина» и т. п. Понятно, что камни,
обозначенные такими размѣрами, не могли попасть въ только что
приведенную таблицу.

Разсматривая ее подробно, мы видимъ, что въ возрастѣ отъ 1 до 5
лѣтъ средній вѣсъ камня—6,6 grm.; наименьшій вѣсъ—0,5, наи-
большій же—82,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 5 до 10 л. средній вѣсъ камня—10,7 grm.;
наименьшій вѣсъ—0,2, наибольшій же—48,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 10 до 15 л. средній вѣсъ камня—18,2 grm.;
наименьшій вѣсъ—1,2, наибольшій же—88,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 15 до 20 л. средній вѣсъ камня—27,1 grm.;
наименьшій 1,7, наибольшій же—74,6 grm.

Въ возрастѣ отъ 20 до 25 л. средній вѣсъ камня—52,4 grm.;
наименьшій вѣсъ—3,0, наибольшій же—250,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 25 до 30 л. средній вѣсъ камня—42,9 grm.;
наименьшій вѣсъ—6,0, наибольшій же—119,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 30 до 45 л. средній вѣсъ камня—148,6 grm.; наименьшій вѣсъ—2,17, наибольшій же—545,0 grm.

Въ возрастѣ отъ 45 до 83 л. средній вѣсъ камня—67,2 grm.; наименьшій вѣсъ—7,0, наибольшій же—145,0 grm.

Какъ видно, вѣсъ удаленныхъ камней колебался весьма значительно, наименьшій по вѣсу камень былъ въ 0 2 grm., наибольшій же—545,0 grm.

Что касается до размѣровъ камней, то они представляли огромное разнообразіе. Въ таблицѣ собранныхъ случаевъ не разъ отмѣчены камня, величиною съ небольшую горошину, встрѣчались также и настолько большіе, что выполняли собою всю полость пузыря; изъ нихъ unicum—камень, удаленный д-ромъ *Мультановскимъ* и имѣвшій 29, 26,3 и 23 сант. въ окружности.

Форма камней—также весьма разнообразна; попадались камни: въ видѣ тутовой ягоды, круглой формы, сплюснутой, яйцеобразной, трубкообразной, въ видѣ песочныхъ часовъ. Изъ нихъ слѣдуетъ отмѣтить: 1) Случай д-ра *Русанова* (№ 83), гдѣ извлечено 7 камней, по формѣ правильные тетраиды, за исключеніемъ двухъ, которые нѣсколько округлы. 2) Случай д-ра *Орловскаго* (№ 188), удалено 32 камня, самой разнообразной формы: яйцевидной, кругловатой, болѣе или менѣе сплюснутой; поверхность камней была гладка и у нѣкоторыхъ въ видѣ квадратовъ, треугольниковъ. Лѣвая часть полости пузыря этого исключительнаго и рѣдкаго случая въ $\frac{2}{3}$ была какъ-бы послойно вымощена разной величины, прилегающими другъ къ другу, камнями; отъ камней оставалось свободной едва $\frac{1}{3}$ полости пузыря. Поочередное извлеченіе камней было крайне затруднительно, особенно подъ конецъ, такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ помѣщались въ глубокихъ складкахъ слизистой оболочки пузыря. 3) Случай проф. *Боброва* (№ 122), гдѣ изъ 3-хъ камней (рецидивъ) одинъ помѣщался въ промежности надъ рубцомъ боковой литотомической раны, занимая всю ея толщу, и соприкасаясь съ главной массой простато—пузырнаго камня. 4) Случай д-ра *Гельбке* (№ 193), гдѣ удаленный камень шероховатъ и покрытъ соскообразными отростками; изъ нихъ два самыхъ большихъ, на нижне-задней поверхности камня, отстояли другъ отъ друга на 2,5 сант. и представляли слѣтки съ отверстій мочеточниковъ, въ просвѣтъ которыхъ они нѣсколько внѣдрялись.

6. Повязка послѣ операціи накладывалась самая разнообразная.

Однако, смотря по тому, каковъ былъ уходъ за раной пузыря, она примѣнялась въ двухъ видахъ.

При наложеніи пузыряго шва, въ надеждѣ получить заживленіе первымъ натяженіемъ, накладывалась строго антисептическая повязка; смѣнялась только въ крайнемъ случаѣ, при показаніяхъ, хорошо понятныхъ каждому.

При примѣненіи дренажа—таже строгая противугниlostная повязка, заходящая высоко на животъ и далеко на бедра, примѣнялась весьма немногими; обыкновенно же, особенно при положеніи оперированнаго на животъ или боку, большинство довольствовалось легкой повязкой изъ того или другаго антисептическаго матеріала; эта послѣдняя повязка мѣнялась часто.

Соблюденіе возможно большей чистоты, осторожное промываніе пузыря, соотвѣтственное внутреннее леченіе, хорошее питаніе, уходъ и антисептическая повязка, наичае іодоформная, вполне обезпечивали хорошій исходъ операціи.

Для повязки нѣтъ возможности установить какой-либо общій методъ; въ этомъ отношеніи слишкомъ много имѣютъ значенія привычки, личные взгляды того или другаго хирурга.

7. Послѣоперационный періодъ. Придерживаясь принятаго нами распредѣленія собраннаго матеріала на V группъ, рассмотримъ послѣоперационный періодъ въ каждой группѣ отдѣльно и отмѣтимъ тѣ осложненія, какія встрѣтились и указаны въ исторіяхъ болѣзни.

Изъ 397 случ. операціи, гдѣ имѣются подробныя свѣдѣнія, выздоровѣло—327, выписано не окончивъ леченія—12, находятся на излеченіи—2, исходъ неизвѣстенъ—2, умерло—54.

Послѣоперационный періодъ прошелъ: *a)* безъ лихорадки—118 (36,1%), *b)* почти безъ лихорадки—73 (22,3%), *c)* съ незначительной лихорадкой—57 (17,4%), *d)* съ значительной лихорадкой—75 (23%), *e)* съ затяжнымъ теченіемъ—58 (17,7%) и *f)* свѣдѣній нѣтъ—16 случаевъ.

Прибавивъ 30 сл. (23 выздоровленія и 7 смертей) VI группы, гдѣ нѣтъ необходимыхъ свѣдѣній, получимъ: изъ всѣхъ собранныхъ 427 сл. операціи выздоровѣло—350, выписано не окончивъ леченія—12, находится на излеченіи—2, исходъ неизвѣстенъ—21, умерло—61.

I Группа.

226 случ.: выздоровѣло—194, выписаны не окончивъ леченія 9, находится на излеченіи—1, умерло—22.

Въ этой группѣ послѣоперационный періодъ наблюдался: *a)* безъ лихорадки—86, *b)* почти безъ лихорадки—47, *c)* съ незначительной лихорадкой—36, *d)* съ значительной лихорадкой—37, *e)* съ затяжнымъ теченіемъ—18 и *f)* свѣдѣній нѣтъ—2 случ.

При ближайшемъ разсмотрѣніи этой группы мы видимъ, что въ случаяхъ, гдѣ послѣоперационный періодъ прошелъ безъ и почти безъ лихорадки, моча, въ среднемъ, шла нормальнымъ путемъ на 12,8 д., выздоровленіе наступало на 26,7 д. Тамъ, гдѣ послѣоперационный періодъ протекалъ съ незначительной и значительной лихорадкой—моча, въ среднемъ, шла нормальнымъ путемъ на 15,5 д., выздоровленіе наступало на 29,7 д. Въ случ. съ затяжнымъ теченіемъ—моча, въ среднемъ, шла нормально на 19,6 д., выздоровленіе же наступало на 78,5 д.

Изъ осложнений, наблюдавшихся въ послѣоперационномъ періодѣ, прошедшемъ безъ лихорадки или почти безъ лихорадки, отмѣчены слѣдующія: *a)* послѣдовательное кровотечение—1, *b)* нагноеніе въ брюшной ранѣ—1, *c)* cystitis—1, *d)* urethritis acuta—4, *e)* abscessus penis—1, *f)* отхожденіе черезъ брюшную рану осколка камня—1, *g)* есзема вокругъ раны—8, *h)* свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны долго не закрывался—1, *i)* decubitus—1 и *j)* bronchitis acuta—1.

Въ послѣоперационномъ періодѣ съ незначительной и значительной лихорадкой, осложнения были: *a)* послѣдовательное кровотечение—2, *b)* нагноеніе въ брюшной ранѣ—2, *c)* abscessus подъ Пупартовой связкой—1, *d)* pericystitis съ отхожденіемъ черезъ брюшную рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *e)* cystitis—2, *f)* urethritis acuta—2, *g)* balanopostitis—1, *h)* abscessus penis—1, *i)* orchitis—1, *j)* erythema—1, *k)* отекъ лица—1, *l)* боли въ почечной области—2, *m)* enteritis catarr.—1; *n)* bronchitis chr.—1, *o)* influenza — 1, *p)* varicella — 1, *r)* scarlatina — 2 и *s)* feb. recurrens—1.

Что касается до случаевъ съ затяжнымъ теченіемъ, то причиной тому были: *a)* долго не закрывающіеся свищевые ходы на мѣстѣ брюшной раны—8, *b)* pericystitis съ отхожденіемъ черезъ брюшную рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—2, *c)* послѣдовательное кровотечение—1, *d)* околопочечный нарывъ—1, *e)* cystitis—1, *f)* pyelitis—1, *g)* боли въ почечной области—1, *h)* enteritis catarr.—1, *i)* pneumonia catarr.—1, *j)* erysipelas—1 и *k)* decubitus—1.

II группа.

68 случ.: выздоровѣло 56, выписано не окончивъ леченія—1, исходъ неизвѣстенъ—1, умерло—10.

Въ этой группѣ послѣоперационный періодъ наблюдался: *a)* безъ лихорадки—14, *b)* почти безъ лихорадки—18, *c)* съ незначительной лихорадкой—12; *d)* съ значительной лихорадкой—15, *e)* съ затяжнымъ теченіемъ—8 и *f)* свѣдѣній не имѣется—1 случ.

Тамъ, гдѣ послѣоперационный періодъ прошелъ безъ и почти безъ лихорадки, моча, въ среднемъ, шла нормальнымъ путемъ на 11,5 д., выздоровленіе наступало на 29,5 д. Тамъ, гдѣ онъ протекалъ съ незначительной и значительной лихорадкой, моча, въ среднемъ, шла нормально на 14,3 д., выздоровленіе наступало на 31,2 д. Въ случ. съ затяжнымъ теченіемъ—моча, въ среднемъ, шла нормально на 32 д., выздоровленіе же наступало на 68,1 д.

Осложненія, наблюдавшіяся въ послѣоперационномъ періодѣ, прошедшемъ безлихорадочно или почти безъ лихорадки, были слѣдующія: *a)* erythema—1, *b)* oedema praeputii—1, *e)* urethritis acuta—1.

Въ послѣоперационномъ періодѣ съ незначительной и значительной лихорадкой осложненія были: *a)* pericystitis съ отхожденіемъ черезъ брюшную рану омертвѣлой клѣтчатки—1, *b)* отхожденіе черезъ ту-же рану осколковъ камня—1, *c)* pyelitis—1, *d)* cystitis—1, *e)* боли въ почечной области—1, *f)* urethritis acuta—1, *g)* erythema—1, *h)* eczema—1, *i)* enteritis catar.—1 и *j)* erysipelas—1.

Что касается до случаевъ съ затяжнымъ теченіемъ, то причиной продолжительнаго послѣоперационнаго періода были: *a)* долго не закрывающіеся свищевые ходы на мѣстѣ брюшной раны—2, *b)* pericystitis съ отхожденіемъ черезъ ту-же рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *c)* asciter—1, *d)* cystitis—2, *e)* bronchitis—1, *f)* enteritis catar.—1, *g)* varicella—1 и *h)* pneumonia cat.—1.

III группа.

67 случ.: выздоровѣло—49, находится на излеченіи—1, умерло—17.

Въ этой группѣ послѣоперационный періодъ наблюдался: *a)* безъ лихорадки—10, *b)* почти безъ лихорадки—6, *c)* съ незначительной лихорадкой—5, *d)* съ значительной лихорадкой—15, *e)* съ затяжнымъ теченіемъ—21 и *f)* свѣдѣній не имѣется—10 случ.

Тамъ, гдѣ послѣоперационный періодъ прошелъ безъ и почти безъ лихорадки, моча, въ среднемъ, шла нормальнымъ путемъ на

12,2 д., выздоровление наступало на 34,7 д. Тамъ, гдѣ онъ протекалъ съ незначительной и значительной лихорадкой моча, въ среднемъ, шла нормально на 21,1 д., выздоровление наступало на 37,3 д. Въ случ. съ затяжнымъ теченіемъ, моча, въ среднемъ, шла *per urethram* на 40,3 д. выздоровление же наступало на 81,1 д.

Осложненія, наблюдавшіяся въ послѣоперационномъ періодѣ, прошедшемъ безлихорадочно или почти безъ лихорадки, были слѣдующія: *a)* послѣдовательное кровотечение—1, *b)* *pericystitis* съ отхожденіемъ черезъ брюшную рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *c)* боли въ поясничной области—1, *d)* *cystitis*—2, *e)* камень въ уретрѣ—1.

Въ послѣоперационномъ періодѣ случаевъ съ незначительной и значительной лихорадкой встрѣчались слѣдующія осложненія: *a)* инфильтратъ влѣво отъ брюшной раны, не перешедшій въ нагноение—1, *b)* *pericystitis* съ отхожденіемъ черезъ ту же рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—1, *c)* *pyelonephritis*—1, *d)* *cystitis*, *e)* долго не закрывающіеся свищевые ходы на мѣстѣ брюшной раны—2, *f)* *enteritis catarr.*—1 и *g)* *decubitus*—1.

Что касается до случаевъ съ затяжнымъ теченіемъ, то причиной продолжительнаго послѣоперационнаго періода были: *a)* послѣдовательное кровотечение—1, *b)* долго не закрывающіеся свищевые ходы на мѣстѣ брюшной раны—5, *c)* *pericystitis* съ отхожденіемъ черезъ ту же рану кусковъ омертвѣлой клѣтчатки—2, *d)* омертвѣніе слизистой оболочки пузыря—1, *e)* околопочечный нарывъ—1, *f)* боли въ почечной области—2, *g)* *cystitis*—4, *h)* *urethritis acuta*—1, *i)* *abscessus periurethralis*—1, и *j)* *pneumonia catarr.*—2.

IV группа.

8 случ.: выздоровѣло 6, умерло 2.

Послѣоперационный періодъ въ 2-хъ случ. прошелъ безъ и почти безъ лихорадки, 1 разъ съ незначительной лихорадкой, 3 раза съ затяжнымъ теченіемъ; въ среднемъ, выздоровление наступало на 53 д.

Затяжное теченіе въ 1 случ. зависѣло отъ долго незакрывавшагося свищеваго хода на мѣстѣ брюшной раны, выздоровѣлъ на 72 д.; въ другомъ,—для удаленія камня, образовавшагося подъ рубцомъ промежности послѣ боковой литотомической раны и смотрѣвшаго въ полость пузыря, пришлось сдѣлать разрѣзъ этого рубца; заживленіе шло весьма медленно и оперированный вышелъ изъ больницы на 75 д. съ свищемъ на мѣстѣ промежностнаго разрѣза; въ

3-мъ затяжное теченіе зависѣло отъ того, что больному была сдѣлана повторно высокая литотомія по поводу вновь обнаруженнаго въ пузырь камня. Вторичная *sectio alta* сдѣлана черезъ 42 д. послѣ первой, удалено нѣсколько камешковъ; окончательное выздоровленіе наступило на 71 д.

Изъ осложненій въ этой группѣ отмѣчены только: а) *pyelitis* и б) *enteritis catarr.*

V группа.

28 случ.: выздоровѣло—22, выписано не окончивъ леченія—2, исходъ неизвѣстенъ—1, умерло—3.

Въ этой группѣ послѣоперационный періодъ наблюдался: а) безъ лихорадки—7, б) почти безъ лихорадки—1, в) съ незначительной лихорадкой—3, д) съ значительной лихорадкой—6, е) съ затяжнымъ теченіемъ—8 и ф) свѣдѣній не имѣется о 3-хъ случ.

Группа эта, подобна предыдущей,—мала, а потому придавать особенное значеніе выводамъ нельзя. Если мы и распредѣлили послѣоперационный періодъ случаевъ этой группы по рубрикамъ, то исключительно ради удобства разсмотрѣнія матеріала.

Въ какіе сроки шла моча нормальнымъ путемъ вывести среднее не представляется возможнымъ, такъ какъ свѣдѣнія относительно нормальнаго мочеиспусканія имѣются лишь только о нѣсколькихъ операціяхъ; по этимъ свѣдѣніямъ срокъ для мочеиспусканія *per urethram* колебался весьма сильно: между 9 и 35 д.

Осложненіе, наблюдавшееся въ послѣоперационномъ періодѣ, прошедшемъ безлихорадочно, было—*ascarides*.

Въ послѣоперационномъ періодѣ съ незначительной и значительной лихорадкой отмѣчены осложненія: а) *balanopostitis*—1), б) *urethritis acuta*—1, в) затекъ мочи—1 (куда? не сказачо), д) нагноеніе подъ рубцомъ послѣ наружной уретротоміи, сдѣланной передъ высокимъ камнесѣченіемъ для извлеченія камня мочеиспускательнаго канала; въ этомъ-же случаѣ, окончившимся, сравнительно, быстро полнымъ выздоровленіемъ, въ послѣоперационномъ періодѣ была 5 д. рвота, прекратившаяся послѣ выхода *per os* круглой глисты, е) *pyelonephritis et cystitis* съ значительной лихорадкой; выздоровленіе наступило со свищемъ промежности на мѣстѣ разрѣза срединной литотоміи, предшествовавшей высокому камнесѣченію и д) *tuberculosis pulmonum*, отъ которой смерть на 50 д.

Длительный послѣоперационный періодъ наблюдался 8 разъ. Относительно 5 случ. подробныхъ свѣдѣній не имѣется, въ другихъ же

послѣоперационный періодъ затянулся: 1) послѣ труднаго извлеченія камня, охваченнаго слизистой оболочкой пузыря. Первое время, не смотря на безлихорадочное теченіе, оперированный исхудалъ, а затѣмъ поправился вполне; однажды при перевязкѣ былъ найденъ осколокъ камня; кромѣ того наблюдались боли въ *reg. subinguinale*, легкая припухлость *m. adductorum femoris*, 2) вслѣдствіе поноса и бронхита и 3) вслѣдствіе совершенно исключительныхъ условій случая, а именно: по разрѣзѣ брюшной стѣнки оказалось, что предпузырное пространство образуетъ полость, наполненную распавшимися кусками омертвѣлой ткани съ запахомъ разлагающейся мочи. Исключительность случая потребовала особаго леченія: было примѣнено постоянное орошеніе полости пузыря борнымъ растворомъ, сдѣлана контрапертура около *spina os. ilei*; оперированный выздоровѣлъ (№ 197).

Подводя итогъ всему сказанному, мы прежде всего видимъ, что послѣоперационный періодъ прошелъ безъ лихорадки или почти безлихорадочно въ 58,4%, съ незначительной лихорадкой—въ 17,4%, съ значительной—въ 23%, наконецъ, затяжное теченіе отмѣчено въ 17,7% всѣхъ случаевъ операции, гдѣ имѣются подробныя исторіи болѣзни.

Не подлежитъ сомнѣнію, что такому хорошему послѣоперационному періоду высокое камнесѣченіе вполне обязано антисептическому уходу за оперированнымъ; получены были-бы еще лучшіе результаты, если-бы противугниlostный методъ леченія былъ проведенъ строже, что въ большинствѣ случаевъ не могло быть исполнено, исключительно въ силу обстановки, окружавшей хирурга.

Конечно, тому же противугниlostному методу леченія мы обязаны и весьма малымъ числомъ серьезныхъ осложнений, наблюдавшихся въ послѣоперационномъ періодѣ собраннаго матеріала.

ТАБЛИЦА VІІІ.

Осложненія въ послѣоперационномъ періодѣ всѣхъ 5 группъ.

№	ОСЛОЖНЕНІЯ.	Сумма.	№	ОСЛОЖНЕНІЯ.	Сумма.
1	Послѣдовательн. кровотеченіе.	5	14	<i>Pyelitis</i>	3
2	Затекъ мочи (куда? не указано).	1	15	<i>Cystitis</i>	15
3	<i>Pericystitis</i> съ отхожденіемъ черезъ брюшную рану кусковъ омертвѣлой кѣтчатки.	16	16	Боли въ почечной области. .	7
		17	17	<i>Urethritis acuta</i>	9
		10	18	<i>Abcessus periurethralis</i> . . .	1
4	Нагноеніе въ брюшной ранѣ.	3	19	<i>Abcessus penis</i>	2

5	Нарывъ надъ Пупартовой связкой.	1	20	Balanopostitis.	2
6	Инфильтратъ влѣво отъ брюшной раны, не перешедшій въ нагноеніе.	1	21	Orchitis et epididymitis . . .	1
7	Боли въ <i>reg. subinguinale</i> , припухлость <i>m. m. adductorum femoris</i> .	1	22	Oedema praeputii.	1
8	Нагноеніе подъ рубцомъ послѣ <i>urethrotomiae externae</i> .	1	23	Камень въ уретрѣ.	1
9	Омертвѣніе слизистой оболочки пузыря.	1	24	Отекъ лица.	1
10	Отхожденіе осколковъ камня черезъ брюшную рану.	3	25	Ascites.	1
11	Околопочечный нарывъ.	2	26	Bronchitis acuta et chr. . .	4
12	Долго не закрывающійся свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны.	2	27	Pneumonia catar.	4
13	<i>Pyelonephritis</i> .	2	28	Influenza.	1
			29	Varicella.	2
			30	Scarlatina	1
			31	Febris recurrens.	1
			32	Enteritis catar.	7
			33	Eczema вокругъ раны. . . .	9
			34	Erythema.	4
			35	Decubitus.	3
			36	Erysipelas	2
			37	Ascarides.	2

Только что приведенная таблица осложнений послѣоперационнаго періода выздоровѣвшихъ послѣ высокаго камнесѣченія указываетъ намъ, что изъ нихъ только весьма малая часть можетъ быть приписана методу операціи.

Таковыми осложнениями слѣдуетъ считать №№ 2, 3, 4, 5, 6 и 7 (всего 17 случ., т. е. 5,2% на весь собранный матеріалъ).

Осложненія подъ №№ 9 и 10 зависѣли отъ труднаго извлеченія камня и не могутъ быть поставлены въ упрекъ операціи; тоже слѣдуетъ сказать и объ осложненияхъ №№ 1 и 12, которыя, конечно, наблюдаются при всякомъ другомъ методѣ литотоміи. Здѣсь снова замѣтимъ, что, помимо указанныхъ выше случаевъ операціи съ наложеннымъ пузырьнымъ швомъ, гдѣ свищевой ходъ на мѣстѣ брюшной раны долго не закрывался отъ присутствія въ глубинѣ шелкового шва, и при другихъ способахъ ухода за раной пузыря брюшная рана долго не рубцевалась отъ той-же причины; рубцеваніе наступало быстро, какъ только шелковый шевъ сшитой брюшной стѣнки отходилъ наружу.

Осложненія подъ №№ 11, 13, 14, 15 и 16 наблюдаются при всякомъ камнесѣченіи и приписывать ихъ происхожденіе тому или другому методу операціи, а также доказывать, что они встрѣчаются чаще при такой-то литотоміи, нельзя. Эти осложненія отчасти могутъ быть объяснены травмой пузыря при извлеченіи камня, отчасти не-

достаточной антисептикой его полости (*Земблиновъ **), и, наконецъ въ большинствѣ остаются невыясненными, такъ какъ фактъ развитія nephritidis, pyelonephritidis, даже uraemiae, почти тотчасъ-же послѣ извлеченія камня у такихъ оперированныхъ, которые до операціи имѣли хорошую мочу и ни на что не жаловались, остается вполнѣ загадочнымъ. Эти случаи могутъ быть сравниваемы съ тѣми несомнѣнными, хотя и рѣдкими наблюденіями, гдѣ однократное введеніе въ уретру вполнѣ антисептическаго инструмента вызываетъ потрясающій ознобъ и повышеніе температуры до весьма высокихъ цифръ. Клиника въ этомъ случаѣ намъ указываетъ факты, для объясненія которыхъ наука еще ничего не дала.

Осложненія подъ №№ 17, 18, 19, 20, 21 и 22 вызваны были катетромъ à demeure; избѣжать ихъ врядъ ли когда либо удастся. Осложненія подъ №№ 32 и 34 вызваны повязкой, всѣ же остальные не имѣютъ ничего общаго съ операціей.

Итакъ, всестороннее разсмотрѣніе собраннаго матеріала даетъ намъ право сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Послѣдствія, такъ называемой, мочевой инфильтраціи при высокомъ камнесѣченіи наблюдаются весьма рѣдко, что наглядно указываетъ намъ на всю цѣлесообразность тѣхъ методовъ, которые практикуются при уходѣ за пузырной раной послѣ эпицистотоміи.

2) Лучшими изъ этихъ методовъ должно считать: а) полный, б) частичный шовъ пузыря и с) два дренажа — одинъ въ пузырь, другой въ предпузырное пространство.

8. Исходъ операціи. Приступая къ разбору исходовъ высокаго камнесѣченія, мы подошли къ наиболѣе важной части нашей работы — оцѣнкѣ операціи. Понятно, самый строгій анализъ собраннаго матеріала долженъ руководить нами при разсмотрѣніи исходовъ sectionis altae, такъ какъ лишь только при этомъ условіи полученные выводы будутъ цѣнны и могутъ послужить для сравнительной оцѣнки различныхъ методовъ литотоміи.

Разсмотримъ сперва случаи операціи, окончившіеся выздоровленіемъ.

А. Изъ 427 случ. операціи антисептическаго періода выздоровѣло — 350, выписано въ хорошемъ состояніи, но еще съ неполнѣ

*) Въ своей работѣ «Къ патологій бактерійнаго восходящаго нефрита» д-ръ *Земблиновъ* доказываетъ, что воспаленіе почекъ можетъ быть вызвано бактеріями зараженной мочи.

зажившей брюшной раной—12, находится на излечении—2, исходъ неизвѣстенъ—2, умерло—61 *).

Въ громадномъ большинствѣ выздоровленіе послѣ эпицистотоміи было полное, безъ всякихъ послѣдующихъ осложнений; только въ 11 случ. оно было неполное.

Чаще всего къ неполному выздоровленію должны быть отнесены случаи выздоровленія *со свищемъ на мѣстѣ разрыва брюшной стѣнки*; такихъ случаевъ—5 (№№ 110, 180, 183, 185, 199). Кромѣ нихъ еще 2 оперированныхъ выздоровѣли со свищами на промежности (№№ 66, 122): послѣ неудачной срединной литотоміи и послѣ бокового разрыва, сдѣланнаго для извлеченія рецедива камня, помѣстившагося подъ рубцомъ *lithotomiae lateralis*.

Къ наиболѣе рѣдкому неудачному исходу операціи должно быть отнесено *образованіе грыжи на мѣстѣ разрыва брюшной стѣнки*; такихъ случаевъ 2 (№№ 118, 195). Въ 1-мъ изъ нихъ на 60 д. послѣ операціи, при кашлѣ, можно было замѣтить незначительное выпячиваніе верхняго отдѣла рубца; во 2-мъ, тоже на 60 д., при продолжительномъ поносѣ и кашлѣ, рубецъ началъ мало по малу растягиваться, такъ что ко дню выписки (черезъ 169 д.) у оперированнаго на мѣстѣ брюшной раны образовалась грыжа величиною въ большой кулакъ, потребовавшая назначенія особаго бандажа.

2 раза оперированные выздоровѣли *съ задержаніемъ мочи*, которое наблюдалось и до операціи (№№ 17, 41).

Здѣсь-же мы должны отмѣтить 4 неудачныхъ исхода, обнаружившихся спустя долгое время послѣ операціи.

№ 109. Черезъ 2 г. послѣ эпицистотоміи, при длительномъ заживленіи раны брюшной стѣнки путемъ грануляцій (на 6 д. всѣ швы разошлись), у оперированнаго рубецъ настолько растянулся, что пузырь выпячивается надъ лобкомъ въ видѣ грыжи, величиною въ полъ яблока; она не причиняетъ никакихъ страданій.

№ 138. Черезъ 7 мѣс. надъ симфизомъ появился тонкій свищъ, черезъ который иногда выдѣляется капля сукровичной жидкости, вѣроятно въ зависимости отъ присутствія нити въ глубинѣ подъ рубцомъ. *Пузырная рана шита кѣтутомъ и шелкомъ*.

№ 186. Черезъ 4 мѣс. надъ симфизомъ образовался тонкій свищъ, черезъ который иногда моча выдѣляется весьма обильно. Въ этомъ случаѣ рана брюшной стѣнки была *сшита шелковымъ швомъ* до дренажа и зажила *per primam*.

№ 248. Черезъ 4 мѣс. послѣ операціи, во время брюшнаго тифа, ру-

*) При вычисленіи % смертности, ради полученія наиболѣе вѣрныхъ цифръ послѣдніе 16 случ. не будутъ взяты въ расчетъ.

бецъ разошелся, образовался свищъ, который зажилъ спустя 2 мѣсяца. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ рана брюшной стѣнки не была сшита.

Резюмируя только что сказанное, мы приходимъ къ заключенію, что 1) неполное выздоровленіе при высокомъ камнесѣченіи заключается въ образованіи свища или грыжи на мѣстѣ рубца послѣ брюшной раны, 2) чаще наблюдается свищъ и 3) неполное выздоровленіе принадлежитъ къ числу рѣдкихъ исходовъ операціи: свищи наблюдались въ 2,3%, а грыжи—въ 0,9% всего числа выздоровѣвшихъ послѣ элицистотоміи.

Какая, однако, ближайшая причина этихъ исходовъ и можно ли ихъ избѣжать? Отвѣтить трудно.

Исторіи болѣзни оперированныхъ, выздоровѣвшихъ неполнѣ, указываютъ, что изъ 5 свищей, съ которыми оперированные были выписаны — 3 образовались послѣ неудачнаго шелковаго шва. Въ 3-хъ случ. свищей, появившихся спустя долгое время послѣ *sectionis altae*, 1 разъ свищъ образовался при неудачномъ пузырьномъ швѣ, наложенномъ кѣтгутомъ и шелкомъ и брюшной ранѣ, сшитой также шелкомъ, 1 разъ—при дренажѣ пузыря и сшитой брюшной ранѣ и 1 разъ—при дренажѣ пузыря и несшитой брюшной ранѣ.

Оказывается, что всего чаще рана послѣ *sectionis altae* не заживала и оставляла послѣ себя свищи при неудачномъ пузырьномъ шелковомъ швѣ. Имѣемъ-ли мы право приписывать неудачу исключительно шелковому шву—сказать трудно; тѣмъ не менѣе подмѣченный фактъ, о чемъ мы уже упоминали выше, говоритъ самъ за себя; практическая же важность его—несомнѣнна.

Все только что сказано касается свищей. Предохранить оперированнаго отъ образованія грыжи рубца возможно всегда, такъ какъ наблюденіе показываетъ, что 1) изъ 3-хъ грыжъ рубца 2 образовались при несшитой ранѣ, гдѣ заживленіе шло путемъ грануляцій, 2) въ 1 случ. грыжи рана брюшная была расширена въ бока и надрѣзаны прямая мышца живота, 3) въ 2-хъ случ. грыжъ въ исторіи болѣзни отмѣчены кашель и продолжительный поносъ.

Сапоставивъ все это вмѣстѣ, становится яснымъ, какъ способъ образованія грыжи рубца, такъ и то, что нужно дѣлать во избѣжаніе непріятнаго исхода операціи; если же мы припомнимъ изъ нашего матеріала, а также литературы, случаи самопроизвольнаго разрыва брюшины при несшитой брюшной ранѣ, то сшиваніе ее до дренажа сдѣлается для насъ обязательнымъ.

В. Для большаго удобства разсмотрѣнія случаевъ, окончившихся

смертью, весь материал распределенъ на 4 таблицы: IX и X-я указываютъ летальные исходы по группамъ, принятымъ нами для обозначения степени поражения пузыря и почек, XI и XII-я даютъ намъ свѣдѣнія о смертности послѣ высокаго камнесъченія по возрасту оперированныхъ и по вѣсу извлеченнаго камня.

ТАБЛИЦА IX.

Смертность послѣ высокаго камнесъченія по группамъ.

I Группа 226 случаевъ.	Peritonitis—2 Peritonitis et erysipelas—1. Haemorrhagia—1. Pyelonephritis—2. Uraemia—1. Erysipelas—1. Жировое перерождение сердца—1. Dysentery—1. Pneumonia catarr.—1. Scarlatina, morbilli et pneumonia catarr.—1. Enteritis follic. et bronchitis chr.—1. Причина смерти не выяснена—2. По признакамъ peritonitis—7.	22
II Группа 68 случаевъ.	Uraemia—1. Pyelonephritis bilateralis—1. Cystitis gravis, nephritis interstit. levis—1. Cystitis, pyelitis, enteritis levis, hyperaemia renum.—1. Erysipelas et gangraena scroti—1. Septicaemia ex otitide media, pyelonephritis, cystitis et enteritis levis—1. Причина смерти не выяснена, но по признакамъ peritonitis—4.	10
III Группа 67 случаевъ.	Peritonitis—2. Uraemia—2. Pyelonephritis et nephrolithiasis—2. Pyelonephritis—3. Pneumonia crouposa—1. Pneumonia catarr.—1. Причина смерти не выяснена—3. По признакамъ peritonitis—2, pyelonephritis—1.	17
IV Группа 8 случаевъ.	Pyelonephritis—1. Причина смерти не выяснена, но въ исторіи болѣзни отмѣчены pericystitis et colitis suppurativa—1.	2
V Группа 28 случаевъ.	Nephritis parench. chr., colitis ulcer. chron., pneumonia chr., tuberculosis apices utriusque pulmon., pneumonia catarr. acuta lobi infer. duplex, pleuritis purulenta sin.—1. Причина смерти не выяснена—2.	3
VI Группа 30 случаевъ.	Peritonitis—1. Pyelonephritis—1. Инфильтрація мочей и гноемъ лѣвой половины брюшной стѣнки—1. Шокъ—1. Причина смерти не выяснена—3.	7
Всего причиной смерти во всѣхъ группахъ были:	Peritonitis—5. Peritonitis et erysipelas—1. Haemorrhagia—1. Uraemia—4. Pyelonephritis—8. Pyelonephritis et nephrolithiasis—2. Инфильтрація мочей и гноемъ лѣвой половины брюшной стѣнки—1. Cystitis gravis, nephritis interstit. levis—1. Cystitis, pyelitis, enteritis levis, hyperaemia renum.—1. Erysipelas—1. Erysipelas et gangraena scroti—1. Pneu-	61

monia crouposa—1. Pneumonia catar.—3. Scarlatina, morbilli et pneumonia catar.—1. Septicaemia et otitide media, pyelonephritis, cystitis et enteritis leves—1. Dysenteria—1. Enteritis follic. et bronchitis chr.—1. Жировое перерождение сердца—1. Шокъ—1. Причина смерти не выяснена—10. По признакамъ: Peritonitis—13. Pyelonephritis—1, Pericystitis et colitis suppurat.—1.

ТАБЛИЦА X.

‰ смертности послѣ высокаго камнеотчѣненія.

(Высчитанъ, исключивъ 16 случ. неполнаго выздоровленія и 12 смертныхъ случ., гдѣ летальный исходъ не зависѣлъ отъ операции).

Группы.	Число случаевъ.	Умерло.	‰ смертности.	Группы.	Число случаевъ.	Умерло.	‰ смертности.
I	210	16	7,6	IV	8	2	25,0
II	64	8	12,5	V	24	2	8,3
III	64	15	23,4	VI	29	6	20,7

ИТОГО: 399 случ., умерло 49, ‰ смертности=12,3.

Таблицы IX и X позволяютъ намъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Изъ всѣхъ 61 случ. собраннаго матеріала, окончившихся смертью, только 49 разъ летальный исходъ можетъ быть приписанъ операции. Въ 12 случ. (erysipelas—2, pneumonia crouposa—1, pneumonia catar.—3, scarlatina—1, septicaemia ex otitide media—1, dysenteria—1, enteritis follicul.—1, жировое перерождение сердца—1, шокъ—1) причина смерти не имѣла никакой связи съ высокимъ камнеотчѣненіемъ.

2) Наименьшая смертность послѣ высокаго камнеотчѣненія въ 7,6‰ дала I группа случ. (хорошая моча), наибольшую же въ 25‰—IV группа случ. (рецидивы камней).

3) Пузырно-простатическіе камни, камни въ дивертикулахъ, охваченные плотно стѣнками пузыря, а также осложненные новообразованіями его, не смотря на то, что въ этихъ случаяхъ моча по большей части плоха, дали послѣ высокаго камнеотъсѣченія весьма малый $\%$ смертности, а именно—8,3.

4) Вообще смертность послѣ эпицистотоміи антисептическаго періода=12,3 $\%$.

5) Наиболѣе частая причина смерти послѣ sectionis altae зависѣла отъ воспаленія брюшины,—рѣже отъ глубокихъ измѣненій мочевыхъ путей.

Основываясь на первомъ выводѣ, въ слѣдующихъ таблицахъ мы будемъ высчитывать $\%$ смертности по возрасту оперированныхъ и по вѣсу извлеченныхъ камней, взявъ во вниманіе только случаи смерти, несомнѣнно зависѣвшіе отъ высокаго камнеотъсѣченія, и исключивъ изъ числа выздоровѣвшихъ тѣхъ оперированныхъ, которые или выписаны не вполне окончивъ леченія, или находятся на излеченіи; наконецъ, тѣхъ, исходъ sectionis altae которыхъ неизвѣстенъ (всего такихъ 16 случ.).

ТАБЛИЦА XI.

Смертность послѣ высокаго камнеотъсѣченія по возрасту оперированныхъ.

Отъ 1 до 5 лѣтъ.	109 случ.	Peritonitis acuta—3. Peritonitis et erysipelas—1. Haemorrhagia—1. Pyelonephritis—1. Cystitis gravis, nephritis interst. levis—1. Причина смерти не выяснена—1. По признакамъ peritonitis—4.	Итого 12. $\%$ смертности—10,3.
Отъ 5 до 10 лѣтъ.	109 случ.	Peritonitis—1. Uraemia—1. Pyelonephritis et nephrolithiasis—1. Pyelonephritis—2. Cystitis, pyelitis, enteritis leves, hyperaemia renum—1. По признакамъ peritonitis—3.	Итого 9. $\%$ смертности—8,3.
Отъ 10 до 15 лѣтъ.	42 случ.	Pyelonephritis et nephrolithiasis—1. Причина смерти не выяснена—1. По признакамъ peritonitis—2.	Итого 4. $\%$ смертности—9,5.
Отъ 15 до 20 лѣтъ.	24 случ.	Причина смерти не выяснена—1. По признакамъ peritonitis—1.	Итого 2. $\%$ смертности—8,3.

Отъ 20 до 25 лѣтъ.	30 случ.	Uraemia—1. Pyelonephritis—2. При- чина смерти невыяснена—1. По призна- камъ pericystitis et colitis suppur—1.	Итого 5. ‰ смертно- сти=16,7.
Отъ 25 до 45 лѣтъ.	32 случ.	Инфильтрація мочей и гноемъ лѣвой половины брюшной стѣнки—1. Pyelo- nephritis—1. Причина смерти невыяс- нена—2. По признакамъ peritonitis—3.	Итого 7. ‰ смертно- сти=21,9.
Отъ 45 до 83 лѣтъ.	21 случ.	Uraemia—2. Причина смерти невы- яснена—2. По признакамъ peritonitis—1.	Итого 5. ‰ смертно- сти=23,8.
Года не обоз- начены.	32 случ.	Peritonitis — 1. Pyelonephritis — 2. Причина смерти не выяснена—2.	Итого 5. ‰ смертно- сти=15,6.
Общій ‰ смертности=12,3.			

Таблица X даетъ намъ нѣсколько весьма интересныхъ выводовъ, а именно:

1) Въ возрастѣ отъ 1 г. до 20 л. смертность послѣ высокаго камнебъченія почти одна и таже: отъ 8,3 до 10,3‰.

2) Начиная съ 20 л., ‰ смертности постепенно увеличивается и доходить въ возрастѣ пожиломъ и старческомъ до 23,8.

3) Наиболѣе частой причиной смерти послѣ высокаго камнебъченія должно считать воспаленіе брюшины и различныя страданія мочевыхъ органовъ.

4) Только въ 2 случ. всего собраннаго матеріала причина смерти послѣ эпицистотоміи непосредственно зависѣла отъ мочевой инфильтраціи.

5) Въ возрастѣ отъ 1 г. до 5 л. наиболѣе частая причина смерти—воспаленіе брюшины; въ этой большой группѣ случаевъ $\frac{3}{4}$ всѣхъ летальныхъ исходовъ зависѣли отъ peritonitidis и только 2 раза—отъ тѣхъ или другихъ страданій мочевыхъ путей.

6) Въ возрастѣ отъ 5 до 10 л. воспаленіе брюшины встрѣчается хотя въ $\frac{1}{2}$ всѣхъ смертныхъ случаевъ, но все же здѣсь оно рѣже, чѣмъ въ возрастѣ до 5 л. Большая половина летальныхъ исходовъ этой группы уже зависитъ отъ болѣе или менѣе глубокаго пораженія мочевыхъ органовъ.

7) Совершенно тоже самое наблюдается и во всѣхъ остальныхъ возрастахъ.

8) Мнѣніе, по которому дѣтскій возрастъ считается наиболѣе пригоднымъ для высокаго камнебъченія, будто-бы дающимъ послѣ

операции лучше результаты—несправедливо. В исход операции играет главную роль не возраст больного, а степень поражения его мочевых путей, продолжительность болезни. Если говорить, что в ранних возрастах *sectio alta* дает лучшие результаты, чем в остальных, то это слѣдует понимать в томъ смыслѣ, что в раннихъ возрастах продолжительность болезни меньше, а отсюда и состояніе мочевыхъ органовъ лучше, и наоборотъ. Ясно, что подтверждается и наблюденіями, дѣти съ плохой мочей дадутъ послѣ эпицистотоміи ббольшую смертность, чемъ взрослые, моча которыхъ хороша и мочевые органы болѣе или менѣе въ порядкѣ.

Не меньшій интересъ по своимъ выводамъ представляетъ и слѣдующая таблица смертности послѣ высокаго камнесѣченія по вѣсу извлеченныхъ камней.

Для того, чтобы составить эту послѣднюю таблицу наиболѣе наглядною, мы распредѣлили весь собранный матеріалъ съ точно обозначеннымъ вѣсомъ камня на 8 группъ, а именно: 1) смертность при камняхъ, вѣсомъ до и въ $1\frac{1}{2}$ драхмы (1,86 grm.), 2) до и въ 1 драхму (3,7 grm.), 3) до и въ 2 драхмы (7,5 grm.), 4) до и въ $1\frac{1}{2}$ унціи (15,0 grm.), 5) до и въ 1 унцію (30,0 grm.), 6) до и въ 2 унціи (60,0 grm.), 7) до и въ 3 унціи (90,0 grm.) и 8) выше 3 хъ унцій (выше 90,0 grm.).

Согласно раньше сказанному, мы исключили также и изъ этой таблицы 16 случ. неполнаго выздоровленія, равно и тѣ смертные случаи, гдѣ причина летальнаго исхода не имѣла ничего общаго съ операцией; при оцѣнкѣ же таблицы къ полученнымъ выводамъ сочли умѣстнымъ и интереснымъ присоединить и выводы о среднемъ вѣсѣ камней таблицы VII.

ТАБЛИЦА XII.

Смертность послѣ высокаго камнесѣченія по вѣсу извлеченныхъ камней.

Группы.	Вѣсъ камней.	Число случ.	Умерло.	ПРИЧИНА СМЕРТИ.	$\frac{\circ}{\circ}$ смертности.
1	До и въ 1,86 grm.	30	2	Peritonitis—2 (I, II).	6,6
2	До и въ 3,7 grm.	49	3	Peritonitis (III), Peritonitis et erysipelas (I). По признакамъ peritonitis (II).	6,1

3	До и въ 7,5 gram.	63	4	Peritonitis (I). Pyelonephritis (II), Cystitis, pyelitis, enteritis, leues, hyperaemia renum (II), Причина смерти не выяснена (I).	6,4
4	До и въ 15,0 gram.	62	4	Haemorrhagia(I). Причина смерти не выяснена—1. По признакамъ peritonitis—2.	6,5
5	До и въ 30,0 gram.	40	9	Peritonitis (II) Uraemia (II), Pyelonephritis—2 (I, III). Cystitis gravis, nephritis interstit. levis (II). По признакамъ peritonitis—3 (I, II, III). По признакамъ pericystitis et colitis (IV).	22,5
6	До и въ 60,0 gram.	34	4	Pyelonephritis (III). Причина смерти не выяснена (I). По признакамъ peritonitis—2 (II, III).	11,8
7	До и въ 90,0 gram.	8	3	Uraemia (III). Причина смерти не выяснена (I). По признакамъ peritonitis (III).	37,5
8	Выше 90,0 gram.	14	7	Uraemia—2 (III) Pyelonephritis (IV). Причина смерти не выяснена—4 (I, III, V, V).	50

Тщательное разсмотрѣніе только что приведенной таблицы, а также таблицы VII, даютъ намъ право сдѣлать нѣсколько интересныхъ выводовъ. Вотъ они:

1) Съ возрастомъ больного постепенно увеличивается вѣсъ камня; такъ, въ возрастѣ до 5 л. средній вѣсъ камня—6,6 gram., въ возрастѣ отъ 5 до 10 л. онъ уже 10,7 gram., въ возрастѣ отъ 10 до 15 л.—18,2 gram. и т. д. Наростаніе вѣса камня соотвѣтственно увеличенію возраста больного, начиная съ 25 л. и далѣе, идетъ въ собранномъ матеріалѣ не такъ правильно, какъ до 25 л. возраста, что вѣроятно зависитъ отъ малаго числа случаевъ. Тѣмъ не менѣе и здѣсь замѣчается та-же связь между увеличеніемъ вѣса камня и возрастомъ больного; такъ что, чѣмъ старше больной и продолжительнѣе болѣзнь, тѣмъ болѣе по вѣсу его камень.

2) При камняхъ вѣсомъ меньше унціи моча больныхъ по большей части хороша и указываетъ на удовлетворительное состояніе пузыря и почекъ. Оперированные этой группы—почти исключительно дѣтскаго возраста, съ непродолжительными страданіями и хорошимъ питаніемъ.

3) При камняхъ вѣсомъ больше унціи моча больныхъ по большей части плоха и указываетъ на сильное пораженіе мочевыхъ путей. Оперированные этой группы—чаще всего взрослого, пожилого возраста, истощены и страдаютъ давно.

4) Наиболее частая причина смерти послѣ высокаго камнесѣченія—воспаленіе брюшины и различныя страданія мочевыхъ органовъ.

5) При камняхъ вѣсомъ до $\frac{1}{2}$ унціи смертность послѣ эпицистотоміи держится отъ 6,1 до 6,6%.

6) По мѣрѣ увеличенія вѣса камня смертность послѣ операціи увеличивается постепенно и при камняхъ въ 3 и больше 3-хъ унцій она держится отъ 37,5 до 50%.

7) При камняхъ средняго вѣса ($\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$, 2 унціи) % смертности послѣ высокаго камнесѣченія=17,6.

8) При камняхъ вѣсомъ меньше унціи воспаленіе брюшины почти исключительная причина смерти оперированныхъ, такъ какъ на всѣхъ 13 случ. летальнаго исхода этой большой группы (204) peritonitis встрѣтился 8 разъ; рѣзкія же измѣненія пузыря и почекъ всего 2 раза, что косвеннымъ образомъ подтверждаетъ справедливость втораго вывода.

9) При камняхъ вѣсомъ больше унціи воспаленіе брюшины встрѣчалось значительно рѣже, на 23 случ. смерти этой группы (96) peritonitis отмѣченъ 7 разъ. Здѣсь чаще летальный исходъ зависѣлъ отъ тѣхъ или другихъ страданій мочевыхъ путей, что опять таки косвеннымъ образомъ подтверждаетъ справедливость третьяго вывода.

10) Безпристрастная оцѣнка матеріала таблицъ VII и XII даетъ намъ право сказать, что въ довольно значительномъ числѣ случаевъ высокое камнесѣченіе было выполнено безъ строгихъ показаній, ради удаленія камней вѣсомъ меньше 2,0 grm. и размѣрами меньше 2 сант. Выполненіе эпицистотоміи при всякой величинѣ и размѣрахъ камня можетъ быть объяснено лишь только желаніемъ современныхъ хирурговъ сдѣлать высокое камнесѣченіе господствующимъ методомъ литотоміи.

Послѣднія таблицы (IX, X, XI и XII) дали намъ нѣсколько весьма важныхъ выводовъ, на основаніи которыхъ, въ дальнѣйшемъ, мы можемъ приступить къ оцѣнкѣ операціи. Теперь же кратко резюмируемъ наиболее существенное этой части нашей работы.

Не подлежитъ сомнѣнію, что наименьшая смертность послѣ высокаго камнесѣченія получена при хорошей мочѣ, небольшихъ кам-

няхъ и малой продолжительности болѣзни; наибольшая смертность при условіяхъ обратныхъ.

Въ этомъ отношеніи при эпицистотоміи мы получили тоже, что и при другихъ способахъ камнесѣченія, при которыхъ для исхода операціи всѣ перечисленные условія, конечно, играютъ одинаково важную роль.

Также вѣрно и то, что мочеваѣ инфильтраціѣ при высокомъ камнесѣченіи наблюдается рѣдко, что служитъ доказательствомъ цѣлѣсообразности мѣръ, предложенныхъ для ухода за раной пузыря послѣ эпицистотоміи, вполне надежно гарантирующихъ оперированныхъ отъ гибельныхъ послѣдствій мочевыхъ затековъ. Такой выводъ намъ особенно важенъ въ виду того, что мы подошли къ рѣшенію вопроса о ближайшей причинѣ смерти послѣ высокаго камнесѣченія.

Мы уже установили тотъ фактъ, что наиболѣе частой причиной смерти послѣ эпицистотоміи должно считать воспаленіе брюшины, а затѣмъ уже тѣ или другія страданія мочевыхъ органовъ. И въ этомъ отношеніи высокое камнесѣченіе не отличается отъ другихъ методовъ литотоміи, при которыхъ peritonitis и различныя страданія мочевыхъ путей являются тѣми же, часто весьма загадочными, причинами смерти послѣ операцій.

Въ самомъ дѣлѣ, ближайшая причина смерти послѣ камнесѣченій намъ кажется вообще мало понятной. Конечно, только что сказанное не касается тѣхъ случаевъ, гдѣ причина летальнаго исхода, какъ-то: кровотеченіе, большая травма, піэмія, септицэмія, глубокія пораженія мочевыхъ путей, у насъ передъ глазами; мы имѣемъ въ виду лишь только случаи смерти послѣ литотомій, наичаще наблюдаемые, гдѣ операція прошла безъ осложнений и приняты всѣ предосторожности для того, чтобы обезпечить наилучшій послѣопераціонный періодъ.

Казалось бы, что тѣ или другія пораженія мочевыхъ путей являются достаточнымъ объясненіемъ летальныхъ исходовъ послѣ камнесѣченій, но и здѣсь выступаютъ на очередь вопросы, для которыхъ отвѣта нѣтъ. Какъ объяснить, что литотоміи вызываютъ обостреніе страданій почекъ? Почему послѣ литотоміи нерѣдко урэмія развивается крайне быстро? Какъ объяснить тѣ случаи смерти послѣ литотомій, безъ всякихъ явленій урэміи, гдѣ самое тщательное вскрытіе умершихъ не обнаруживаетъ ничего кромѣ слабой гипереміи почекъ, легкаго піэлита, цистита, т. е. такихъ пораженій моче-

выхъ органовъ, при которыхъ больные безъ операціи живутъ долгіе годы?

Не менѣе трудно объяснить и развитіе воспаленія брюшины послѣ литотоміи.

Если намъ понятно развитіе *peritonitidis* послѣ камнесѣченій въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ почки представляютъ болѣе или менѣе рѣзко выраженные болѣзненные измѣненія, такъ какъ связь между заболѣваніями почекъ и серозныхъ покрововъ установлена клиницистами, то тѣ случаи, гдѣ воспаленіе брюшины развивается при относительно здоровыхъ почкахъ и пузырьѣ, при хорошей мочѣ и общемъ состояніи оперированнаго, остаются вполне загадочными.

Для объясненія этого воспаленія брюшины мы можемъ дѣлать одни только предположенія.

Оно можетъ быть вызвано или мочевою инфильтраціей, или разой, или травмой. Первая причина должна быть исключена, такъ какъ мочева инфильтрація наблюдается крайне рѣдко, при томъ нормальная или мало измѣненная моча — невредна. Остаются два другихъ момента для объясненія развитія *peritonitidis* и эти два момента, *sepsis* и травма, по нашему мнѣнію, имѣютъ не одинаковое значеніе и цѣну въ объясненіи развитія воспаленія брюшины.

Если строгимъ выполненіемъ всѣхъ правилъ антисептики мы можемъ вполне обезпечить оперированнаго отъ заноса въ рану септическихъ началъ, то уничтожить вліяніе травмы при литотоміяхъ вообще и въ частности высокомъ камнесѣченіи — гораздо труднѣе, а въ иныхъ случаяхъ прямо невозможно. Конечно, строгое выполненіе всѣхъ правилъ, выработанныхъ современной техникой эпицистотоміи, гарантируетъ насъ навѣрное отъ раненія *peritonei*, но та же техника не всегда обезпечиваетъ насъ отъ травмы брюшины, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она видна въ ранѣ и гдѣ ее приходится удерживать. Близость брюшины къ району нашихъ манипуляцій есть невыгодная сторона эпицистотоміи; въ этомъ отношеніи она является наиболѣе опасной изъ всѣхъ остальныхъ способовъ камнесѣченія.

Вотъ почему примѣнять высокое камнесѣченіе при каждомъ камнѣ нѣтъ достаточныхъ основаній и безпристрастная оцѣнка различныхъ методовъ литотоміи не позволяетъ намъ ни на минуту представить себѣ того момента, когда не только высокое камнесѣченіе, но и всякое другое будетъ господствующимъ методомъ литотоміи.

Если вѣрно, что шаблонное отношеніе къ дѣлу можетъ только

принести вредъ больному и дискредитировать науку, если вѣрно, что дальнѣйшее развитіе нашей науки, а отсюда и большая польза больному возможны только при постоянномъ наблюденіи, анализѣ и строгой критикѣ каждаго отдѣльнаго случая того или другаго страданія, то не будетъ большой ошибкой сказать, что нигдѣ нѣтъ такой настоящей необходимости въ этомъ анализѣ и критикѣ, какъ въ выборѣ оперативнаго метода при леченіи каменной болѣзни. Только при такомъ условіи возможенъ наилучшій успѣхъ.

IV.

Согласно ранѣе намѣченному плану, мы приступаемъ теперь къ описанію наилучшаго метода высокаго камнесѣченія. Отмѣченные въ нашихъ таблицахъ осложненія во время операціи даютъ намъ возможность указать: какой способъ эпицистоміи является наилучшимъ, наибезопаснымъ; этимъ методомъ должно пользоваться при выполненіи высокаго камнесѣченія.

Исторія постепеннаго усовершенствованія *sectionis altae* весьма интересна, а потому мы и позволяемъ себѣ сдѣлать возможно краткій обзоръ предложенныхъ методовъ операціи *).

Какъ мы увидимъ ниже, способовъ оперировать высокимъ сѣченіемъ предложено множество, но всѣ они могутъ быть распредѣлены на двѣ большія группы: 1) операція *sectionis altae*—въ одинъ пріемъ, при чемъ разрѣзъ пузыря дѣлается или отъ руки или при помощи специально изобрѣтенныхъ для этого инструментовъ, и 2) — въ два пріема.

Начнемъ съ первой.

*) При составленіи этого очерка мы пользовались нѣсколькими источниками, но главнымъ образомъ работой *Bouley*, о которой *Thompson* сказалъ, что въ ней историческій очеркъ операціи очень полно и заботливо составленъ. Интересующихся болѣе подробно этимъ вопросомъ отсылаемъ къ работамъ *Günther*'а. Крайне заботливо подобрана литература о высокомъ камнесѣченіи въ недавно вышедшей работѣ *J. Smits*.¹³⁵⁾ У насъ сдѣланъ краткій очеркъ операціи *Максимовымъ* и отчасти *Крулевскимъ* (по работамъ *Günther*'а).

Операція въ 1 приемъ. *Pierre Franco* (1560), впервые сдѣлавшій высокое камнесѣченіе, не имѣлъ какого либо опредѣленнаго и заранѣе обдуманнаго плана операціи; онъ выполнилъ ее случайно. Не будучи въ состояніи извлечь камня обыкновеннымъ способомъ у ребенка 2-хъ лѣтъ, не желая, чтобы про него сказали, что онъ не могъ окончить операціи, онъ рѣшился удалить его черезъ разрѣзь надъ лобкомъ. Ребенокъ выздоровѣлъ, но *P. Franco* не совѣтуетъ прибѣгать къ такому способу: «combien je ne conseille à homme d'ainsi faire.»

Однако, совѣтъ этотъ не былъ принятъ и черезъ 20 лѣтъ (1580 г.) мы имѣемъ описаніе метода операціи, разработаннаго *Rousset*, который всего ближе подходитъ къ практикуемому въ настоящее время. При немъ операція предшествовало наливаніе пузыря, какъ съ цѣлью приподнятія его изъ за лобка, такъ и съ цѣлью удаленія складки брюшины. Пузырь вскрывался бистури, не доходя до шейки; въ случаѣ нужды разрѣзь расширялся вверхъ, но во избѣжаніе раненія брюшины этотъ дополнительный разрѣзь не должно было вести далеко, а также дѣлать его всегда подъ защитой пальца, удерживающаго брюшинную складку. Разрѣзавъ пузырь и опредѣливъ положеніе камня пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку или влагалище, его приподнимали кверху и затѣмъ извлекали. Для стока мочи въ уретру вставлялся катетръ.

Можно съ положительностью сказать, что со временъ *Rousset*, *sectio alta* дѣлалась почти всегда при наполненномъ и расширенномъ пузырьѣ. Для этого или примѣнялось яливаніе пузыря, или же того же самого достигали, заставляя больныхъ передъ операціей обильно пить воду, мочегонныя средства и удерживаться отъ испражненія мочи. (*Winslow* 1728, *Heister* 1732, *Bell* 1805 г.) Съ этою же цѣлью *Solingen* (1693 г.) предложилъ надувать пузырь воздухомъ помощью раздувательныхъ мѣховъ.

Методъ *Rousset* не могъ не быть оцѣненъ современными ему хирургами, почему случаи примѣненія *sectionis altae* дѣлались съ того времени все чаще и чаще, и французскіе хирурги просили парламентъ ввести операцію въ общее употребленіе. Парламентъ поручилъ извѣстному въ то время литотомисту *François Collot* представить оцѣнку операціи, который, «разсмотрѣвъ производство сей операціи, донесъ, что вырѣзываніе камня надъ лобковыми костями чрезвычайно опасно и часто стоитъ жизни больнымъ; почему и повелѣно было объявить врачамъ, чтобы никто болѣе не отважился предпри-

нимать оную. Не смотря на сіе повелѣніе, нѣкоторые врачи дѣлали сію операцію; однако же впослѣдствіи вовсе оставили сей способъ, какъ по причинѣ смертельныхъ исходовъ, такъ и по причинѣ показавшагося новаго метода операціи» (*Буяльскій*, стр. 8).

Въ 1707 г. *Dionis* предложилъ почти такой же методъ операціи, что и *Rousset*, но кромѣ того совѣтывалъ держать оперированнаго въ постели, по возможности въ сидячемъ положеніи, для того, чтобы моча не касалась раны и не мѣшала ей заживленію, а также чтобы былъ болѣе полный стокъ мочи черезъ уретру.

Ledran (1730 г.), во избѣжаніе раненія брюшины, предложилъ дѣлать не продольное, а поперечное сѣченіе пузыря. *Palluzi* (1750), съ цѣлью большей гарантіи оперированнаго отъ затековъ мочи, предложилъ проколъ промежности и отведеніе чрезъ него изъ пузыря мочи посредствомъ особой трубки; онъ же совѣтывалъ сшивать рану брюшной стѣнки.

Frère Côme, знаменитый изобрѣтатель lithotome caché, горячій защитникъ высокаго сѣченія, оперировалъ первое время по способу *Rousset*. Вскорѣ, однако, талантливый хирургъ и для sectionis altae изобрѣлъ особый инструментъ—стрѣловидный зондъ, при которомъ уже нѣтъ надобности наливать пузырь. Безъ всякаго сомнѣнія побудительной причиной къ изобрѣтенію этого зонда послужили тѣ несчастные случаи разрыва пузыря, которые стали извѣстны хирургамъ при чрезмѣрномъ его наполненіи передъ операціей sectionis altae. *Frère Côme*, оперируя съ успѣхомъ первое время лишь женщинъ, которымъ онъ послѣ операціи вводилъ въ уретру для стока мочи прямую канюлю, впослѣдствіи сталъ примѣнять boutonnière перепончатой части мочеиспускательнаго канала, которая въ одно и то-же время служила, какъ для проведенія стрѣловиднаго зонда, такъ и для стока мочи при помощи особой вставленной прямой канюли.

Изобрѣтенный *F. Côme* стрѣловидный зондъ подвергся впослѣдствіи весьма многимъ видоизмѣненіямъ.

Deschamps (1769 г.), все въ томъ же желаніи предохранить оперированнаго отъ мочевыхъ затековъ, предложилъ отводить мочу послѣ операціи проколомъ пузыря черезъ прямую кишку и особую кишечно-пузырную трубку.

Gelher (1806) предложилъ дѣлать разрѣзъ брюшной стѣнки не по linea alba, а поперекъ прямыхъ и пирамидальныхъ мышцъ, затѣмъ сшиваніе пузыря съ брюшной стѣнкой. *Drivon* (1824), во из-

бѣжаніе раненія сѣмянныхъ сосудовъ (!) совѣтывалъ дѣлать разрѣзъ брюшной стѣнки по наружной сторонѣ лѣвой прямой мышцы.

Въ 1826 г. *Pinel-Grandchamp*, какъ мы уже видѣли раньше, первый предложилъ пузырьный шовъ. Къ этому же времени относятся множество изобрѣтенныхъ инструментовъ для *sectionis altae*; такъ *Amussat* вводилъ послѣ операціи въ нижній уголъ раны особую продыравленную и согнутую толстую трубку; въ послѣдствіи къ этой трубкѣ *Rigal* приспособилъ родъ рубашки изъ особой ткани, предназначенную, послѣ того какъ ее раздуваютъ воздухомъ, плотно закрывать рану пузыря. *Souberbielle* при своихъ многочисленныхъ операціяхъ эпицистотоміи пользовался сифономъ-аспираторомъ, длиннымъ катетромъ, оставляемымъ въ уретрѣ на возможно долгое время. *Franc* (1835) вмѣсто стрѣловиднаго зонда придумалъ особый катетръ съ тремя эластическими вѣтвями, которыя, раздвигаясь въ пузырь на подобіе зонтика, расширяли-бы и поднимали пузырь. Онъ же предложилъ поперечный разрѣзъ брюшной стѣнки и пузыря. Къ этому поперечному разрѣзу брюшной стѣнки *Olivarès* (1847) прибавляетъ еще продольный, такъ что его разрѣзъ является теобразнымъ, выгода котораго заключается въ лучшемъ освѣщеніи поля операціи.

Heurteloup (1850) предложилъ вводить въ пузырь черезъ брюшную рану особую трубку съ баллономъ на концѣ; раздувая баллонъ и слегка вытягивая его наружу, мы тѣмъ самымъ могли закрыть пузырную рану и препятствовать истеченію мочи въ околопузырную клетчатку.

Chassaignac, сдѣлавшій однажды на живомъ своимъ экразеромъ промежностную литотомію, совѣтывалъ его и для высокой. *Amussat* (1870) выполнилъ однажды съ успѣхомъ эпицистотомію гальвано-каустической петлей, которая была наложена сразу на пузырь и всѣ ткани брюшной стѣнки при помощи стрѣловиднаго зонда.

Dulles (1875), авторъ статистической работы о высокомъ камне-сѣченіи, совѣтуетъ дѣлать наливаніе пузыря лишь послѣ того, какъ будетъ вскрыта брюшная стѣнка; выгода при такомъ способѣ операціи заключается въ томъ, что пузырь расширяется передъ глазами хирурга, который и можетъ слѣдить за его наполненіемъ.

Мультановскій (1875) въ случаѣ огромнаго камня долженъ былъ сдѣлать крестообразный разрѣзъ пузыря; тоже самое пришлось сдѣлать и *Fowler* (1878); въ обоихъ случаяхъ оперированные выздоровѣли.

Petersen (1880) вводитъ во всеобщее употребленіе свой кольпейринтеръ для расширенія прямой кишки, одновременно съ наливаніемъ пузыря. Его изслѣдованія относительно поднятія складки брюшины при помощи предлагаемаго имъ метода, безспорно, играютъ огромную роль въ распространеніи высокаго камнесѣченія.

Въ слѣдующемъ году *T. Anger* на конгрессѣ въ Лондонѣ предлагаетъ дѣлать операцію при помощи термокаутера; для этого онъ изобрѣтаетъ особый инструментъ.

Trendelenbourg, Guyon, Perrier предлагаютъ особые дренажи для ухода за пузырьной раной.

Максимовъ (1876) экспериментально разработалъ вопросъ о наложеніи кѣтгутоваго шва на пузырь и разъ на всегда установилъ методъ шва: шить безъ захватыванія слизистой оболочки. *Vincent* (1886), *Тилингъ* (1884), проф. *Склифосовскій* (1887) предлагаютъ свои этажные пузырьные швы, *Duschastelet, Bouley* (1883) рекомендуютъ свои предварительные швы; почти такой-же шовъ *Bouley* рекомендуетъ и проф. *Подрезъ* (1888). *Эберманъ* (1886) предлагаетъ сшиваніе краевъ раны пузыря съ краями брюшной раны, *Z. von Antal* (1886) съ успѣхомъ примѣняетъ свой воронкообразный разрѣзъ пузыря съ наложеніемъ шва, *Brenner* (1887) изобрѣтаетъ и экспериментально разрабатываетъ кисетный шовъ; наконецъ, *Недзведскій* (1888) предлагаетъ особый кисетный шовъ, отчасти похожій на кишечный шовъ *Gely*.

Thompson (1886) даетъ описаніе практикуемаго имъ метода высокаго сѣченія, не представляющаго ничего особеннаго, кромѣ нѣсколькихъ инструментовъ, изобрѣтенныхъ имъ для этой операціи (плоскій проводникъ, сепараторъ, полый зондъ со стилетомъ), наконецъ проф. *Rydygier* осуществляетъ мысль, впервые высказанную *Кранифельдомъ*, проф. *Склифосовскимъ*, и выполняетъ съ успѣхомъ интраперитонеальное высокое камнесѣченіе, о которомъ была рѣчь выше.

Операція въ 2 приема. Мы только что видѣли, какая масса различныхъ предложеній была сдѣлана для выполненія высокаго камнесѣченія; заботы предохранить оперированныхъ отъ мочевыхъ затековъ побудили хирурговъ предложить оперативный методъ, при которомъ пузырь вполне изолировался отъ окружающей его клетчатки; такимъ образомъ родился методъ операціи въ два приема.

Первый, предложившій этотъ методъ, былъ *Verniere* (1826), по

которому изолирование пузыря отъ полости брюшной достигалось помощью особаго инструмента-компрессора. Онъ состоялъ изъ двухъ пластинокъ, изъ которыхъ одна вводилась въ небольшой разръзъ пузыря, а другая оставалась поверхъ брюшной раны; при помощи особаго винта пластинки эти можно было сближать между собою и приводить въ соприкосновение края пузыря съ краями брюшной раны; по наступленіи сращенія между ними, приступали къ окончанію операціи.

Vidal de Casis (1843) предложилъ оперировать слѣдующимъ образомъ: дойдя до пузыря, операція оканчивалась, въ рану клался кусокъ корпіи, который своимъ раздраженіемъ вызывалъ воспаленіе въ окружающихъ тканяхъ, появленіе грануляціонной ткани. Только послѣ появленія этой ткани (дней черезъ 8) приступали къ вскрытію пузыря. Впослѣдствіи *Vidal* замѣнилъ разръзъ брюшныхъ стѣнокъ повторнымъ прижиганіемъ ихъ вѣнскимъ тѣстомъ до тѣхъ поръ, пока струпъ отъ прижиганія не распространился до пузыря; добившись такого сращенія, оканчивали операцію.

Способъ автора нашелъ примѣненіе, но скоро былъ брошенъ по своей мучительности и опасности. Однако *Valette* (1857) нѣсколько усовершенствовалъ способъ *Vidal* тѣмъ, что примѣненіе прижигающей пасты дѣлалось лишь послѣ того, какъ пузырь былъ неподвижно фиксированъ къ брюшной стѣнкѣ. Это достигалось тѣмъ, что посредствомъ двухъ проколовъ стрѣловиднымъ зондомъ съ ушкомъ, пузырь укрѣплялся проволокой, продѣтой въ ушко инструмента, къ брюшной стѣнкѣ; остальное выполнялось какъ обыкновенно.

Въ 1881 г. *Langenbuch*, о которомъ мы только что упоминали выше, для камней большой величины предложилъ оперировать въ два пріема слѣдующимъ образомъ: надъ верхнимъ краемъ симфиза дѣлался параллельно ему разръзъ въ 8—10 сант., черезъ всю толщину брюшной стѣнки до пузыря. Затѣмъ въ рану захватывалась 2 пинцетами складка брюшины и разрѣзывалась параллельно кожному разръзу. Для большаго простора при операціи отъ обоихъ концовъ кожной раны проводятся кверху перпендикулярные разръзы, длиною въ 2,3 с., такъ что получался лоскутъ, сидящій на широкомъ основаніи, допускающій широкій доступъ къ пузырю. Лоскутъ этотъ заворачивается внутрь такъ, чтобы онъ заходилъ за пузырь и укрѣпляется здѣсь къ пузырю или швами или тампонадой. Черезъ 4,6 дней, когда происходила склейка раны брюшины, приступаютъ къ окончанію операціи, причемъ, если слизистая оболочка пузыря была

нормальна, то накладывался шовъ пузыря, если же она утолщена или же изъязвлена, покрыта налетомъ, то ее тщательно очищали дезинфицированной губкой, острой ложечкой и проводили со стороны пузыря через уретру нелатоновскій катетръ. Рана пузыря, черезъ которую извлекался камень, зашивается, а для дренажа въ пузырь дѣлается новое небольшое отверстіе. Дренажъ пузыря нуженъ для постоянной ирригаціи пузыря, изъ котораго та или другая антисептическая жидкость выходила обратно черезъ катетръ. Рану брюшной стѣнки слѣдуетъ оставить открытой, чтобы можно было слѣдить за заживленіемъ. При заживленіи постепенно пузырь сокращается, а вмѣстѣ съ нимъ кожный лоскутъ приближается къ симфизу. *Langenbuch* назвалъ свою операцію—*sectio-alta plastica, s. peritoneoplastica* (l. c., стр. 41—44).

Предложенный авторомъ способъ ни разу не былъ выполненъ на живомъ; онъ забытъ всѣми и его постигла та-же участь, какая, конечно, выпала на долю *sectionis altae subpubicae*, новому методу операціи того же хирурга.

Изъ только что приведеннаго краткаго очерка оперативныхъ методовъ, предложенныхъ съ момента возникновенія операціи и до нашихъ дней, мы видимъ, какая масса времени и труда были потрачены на изобрѣтеніе этихъ методовъ, а также различныхъ, болѣе или менѣе, остроумныхъ инструментовъ. Казалось бы, что дальнѣйшія попытки къ улучшенію техники операціи или же предложеніе какого-либо новаго оперативнаго метода — болѣе немыслимы; операціонное поле, изрѣзанное вдоль и поперекъ, казалось, не допускало уже никакихъ новыхъ разрѣзовъ, и предложеніе какого-либо новаго метода *sectionis altae* дѣлалось немыслимо. Однако, попытки улучшить операцію не прекращаются до самого послѣдняго времени. Какъ мы только что сказали, д-ръ *Langenbuch* ¹³⁶⁾, авторъ новаго вида эпицистотоміи, *section. altae subpubicae*, будучи не въ силахъ предложить еще чего-либо новаго на изрѣзанной по всѣмъ направленіямъ надлобковой области, избралъ для своего метода подлобковую и тѣмъ открылъ новое поле для различныхъ «видоизмѣненій», «усовершенствованій» и т. д.; проф. *Rydygier* вводитъ новый видъ операціи—*sectionem altam intraperitonealem*. Дальше въ «улучшеніи» операціи идти нельзя, и намъ думается, что смѣлое предложеніе проф. *Rydygier'a*, ничѣмъ не оправдываемое, равно какъ *sectio alta subpubica Langenbuch'a*, не выдерживающая самой

снисходительной критики *), будутъ послѣдними попытками улучшить операцію. Истинные защитники высокаго камнесѣченія, конечно, только порадуются этому.

Эпицистотомія въ томъ видѣ, какъ она выполняется въ настоящее время большинствомъ хирурговъ,—операція вполне выработанная и законченная во всѣхъ деталяхъ; современный методъ операціи настолько хорошъ, что не нуждается ни въ какихъ новыхъ усовершенствованіяхъ.

Какой-же лучший методъ высокаго камнесѣченія? Внимательное изученіе и сопоставленіе оперативныхъ приѣмовъ многихъ хирурговъ, оцѣнка встрѣтившихся при операціи осложнений, позволяютъ намъ отвѣтить на заданный вопросъ самымъ подробнымъ образомъ и указать наилучшій методъ *sectionis altae*.

Тщательно взвѣсивъ всѣ особенности каждаго отдѣльнаго случая, изучивъ общее состояніе больнаго, характеръ мочи, по возможности, точно измѣривъ камень и, на основаніи этого, избравъ методомъ высокое камнесѣченіе, мы должны строго выполнить все то, что можетъ намъ наилучше гарантировать успѣхъ. Всѣ наши заботы, помимо правильнаго производства операціи и тщательнаго ухода за оперированнымъ, должны быть направлены къ улучшенію мочи, общаго состоянія и температуры больнаго, ввѣряющаго намъ свою жизнь и здоровье. Изъ собраннаго матеріала видно, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ приготовленіе больныхъ къ операціи практиковалось всѣми; только какъ исключеніе, операція дѣлалась или тотчасъ же, или весьма скоро по поступленіи больнаго. Такая поспѣшность объяснялась страданіями больнаго.

Оправдывается-ли, однако, такая поспѣшность? Нѣтъ. Должны ли мы удерживаться отъ немедленнаго производства операціи? Конечно, да.

При каменной болѣзни нѣтъ показаній, при которыхъ была бы необходима немедленная помощь, и есть много такихъ случаевъ, гдѣ общее состояніе больнаго, пораженіе почекъ ушли настолько впе-

*) Размѣры нашей работы не позволяютъ намъ подробно остановиться на недостаткахъ этого новаго метода эпицистотоміи. Благодаря любезности д-ра В. И. Афанасьева, которому приносимъ нашу искреннюю благодарность, мы имѣли возможность лѣтомъ выполнить *sectionem altam subpubicam* на 12 трупахъ и тщательно изслѣдовать предариваніемъ поле операціи. Результаты нашихъ изслѣдованій мы рассчитываемъ представить вниманію товарищей особо, теперь же снова повторимъ, что новое предложеніе *Langenbuch'a* не выдерживаетъ самой снисходительной критики.

редъ, что успѣхъ операціи—невозможенъ. Оперировать при этихъ условіяхъ значитъ дискредитировать не только себя, но и оперативный методъ. Въ прекрасной главѣ «Показанія и противопоказанія для выбора оперативныхъ способовъ устраненія камней» труда проф. *Богдановскаго* (1. с. стр. 243 и дальше) желающіе найдутъ многія весьма цѣнные указанія для правильного выбора оперативныхъ случаевъ.

Какъ видно изъ собранныхъ случаевъ, подготовленіе къ операціи заключалось въ хорошемъ питаніи больныхъ, промываніяхъ пузыря различными дезинфецирующими жидкостями (ас. carbolic., boricum, salicyl., thymic., resorcin, сулема, эмульсія изъ іодоформа съ глицериномъ и водой), назначеніи ваннъ и внутреннемъ употребленіи ас. salicyl., natr. salicyl., natri benzoici, flor. benz. и др. Указать на преимущества какого-либо изъ этихъ средствъ—не представляется возможнымъ; всѣ они достигаютъ извѣстной цѣли.

Приготовивъ больного къ операціи, накануне дѣлалась ванна и давалось слабительное; въ день операціи за нѣсколько часовъ ставилась клизма изъ какого либо дезинфецирующаго раствора, сбривались волосы на половыхъ органахъ и полѣ операціи, а также со-сѣднія части очищались мыломъ и щеткой по правиламъ антисептики, хорошо извѣстныхъ каждому. На операціонномъ столѣ вторичный тщательный туалетъ больного, промываніе пузыря, а затѣмъ операція.

Методъ операціи.

1. Хлороформный наркозъ.

Онъ долженъ быть полный. При неполномъ наркозѣ, помимо неудобства въ производствѣ операціи, извлеченіи камня, наблюдались неудачи съ кольпейринтеромъ (*Тилингъ*), выпячиваніе внутренностей и брюшины въ рану (*Головачевъ*), сильное выпячиваніе складки брюшины (профес. *Склифсовскій* и др.)

2. Наливаніе кольпейринтера, а затѣмъ пузыря (по *Fehleisen'y*).

Въ пузырь жидкости меньше, чѣмъ въ кольпейринтеръ; количество жидкости, смотря по возрасту (отъ 80 до 400 куб. с.) Въмѣсто кольпейринтера полезно употреблять менѣе объемистые и болѣе нѣжные мягкіе катетры съ мягкой гутаперчевой тканью на концѣ (*Bergmann, Thompson, Войно, Иршикъ*.) Катетръ, посредствомъ котораго наливается пузырь, можетъ быть

оставленъ; въ иныхъ случаяхъ онъ является подспорьемъ при разрѣзѣ пузыря.

3. Разрѣзъ брюшной стѣнки. Послойно, строго по срединной линіи живота; длина отъ 4 до 8 сант. Никогда не слѣдуетъ подѣкать прикрѣпленіе *m. rectorum* или расширять рану брюшной стѣнки въ бока; послѣдствіемъ этого — грыжа рубца.

4. Разрѣзъ *lineae albae*. Она вскрывается или отъ руки или по желобоватому зонду (*Bouley, Thompson* и др.)

5. Разрѣзъ *fasciae transversae*. По зонду (*Thompson*) или же она разрывается пинцетами; также можетъ быть разрѣзана, руководствуясь клювомъ катетра, нѣсколько выпячиваемаго въ рану помощникомъ.

6. Отдѣленіе окологрызной клѣтчатки отъ стѣнки пузыря. Производится или тупыми инструментами, или ногтемъ. При разрѣзѣ *fasc. transversae* обыкновенно въ верхнемъ углу раны показывается довольно большой кусокъ жирной клѣтчатки, иногда съ ясно замѣтными венами. Въ рѣдкихъ случаяхъ кусокъ этотъ настолько великъ, что полезно удалить его ножницами, иначе онъ можетъ затемнять поле операціи (*Ассендельфтъ, Гагенъ-Торнъ*). Складка брюшины, которая можетъ показаться въ верхнемъ углу раны, удерживается пальцемъ помощника. Понятно, — тщательная остановка кровотеченія.

7. Наложеніе на пузырь предохранительной лигатуры. Накладывается или одна лигатура на срединѣ и выше будущаго разрѣза пузыря, или двѣ лигатуры (проф. *Коломнинъ* и др.) по бокамъ будущаго разрѣза, который, слѣдовательно, пройдетъ по срединѣ между ними. Лигатуры шелковыя должны быть длинны и удерживаться помощникомъ. Желательно проводить лигатуры только черезъ *muscularis* пузыря, не захватывая слизистой оболочки. Нѣтъ никакой опасности, если лигатура пройдетъ черезъ всю толщу пузыря; по опытамъ *Vincent* и *Знаменскаго* уколы пузыря, даже многочисленные, заживаютъ быстро и безъ вреда.

Удерживаніе пузыря пинцетамъ, острыми крючками (большинство хирурговъ,

Thompson) должно быть оставлено, какъ методъ весьма опасный; мы видѣли раньше (осложненія при операціи), какія не-пріятныя послѣдствія могутъ быть отъ невыполненія этого необходимаго акта операціи.

8. Разрѣзъ пузыря.

Въ случаѣ нужды—удлиненіе его внизъ, отнюдь не вверхъ. При этомъ актѣ слѣдуетъ избѣгать быстрого выходненія жидкости изъ пузыря, такъ какъ при быстромъ его опорожненіи возможенъ разрывъ пузыря, брюшины. Въ нашемъ матеріалѣ есть случаи, гдѣ быстро хлынувшая жидкость увлекла за собой маленькій камень, найденный лишь только черезъ 3 дня въ околопузырномъ пространствѣ. Избѣжать такого быстрого опорожненія пузыря возможно введеніемъ пальца въ пузырь, или же нѣсколько опорожнивъ, передъ разрѣзомъ, пузырь черезъ катетръ, пребываніе котораго теперь уже излишне.

9. Извлеченіе камня.

Обыкновенно весьма легко; по удаленіи камня—промываніе пузыря. Особенно тщательное промываніе его необходимо въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ камень дробился.

10. Наложеніе шва пузыря, по *Тилингу* кэтгутомъ, обработаннымъ *acido chromico* (по *Mikulicz*). Шить слѣдуетъ круглыми иглами (по *Знаменскому*).

Въ случаѣ неудачи, или же по другимъ причинамъ, слѣдуетъ накладывать частичный шовъ съ дренажемъ или два дренажа: одинъ въ пузырь, другой въ предпузырное пространство. Наложивъ шовъ, слѣдуетъ убѣдиться, хорошо ли онъ держитъ, для чего—наливаніе пузыря. При полномъ швѣ катетръ *à demeure*; къ нему полезно придѣлать сифонное приспособленіе; дренажъ въ нижнемъ углу брюшной раны, положеніе на спинѣ. При частичномъ швѣ—тоже; при дренажѣ пузыря—положеніе на животѣ или боку съ приведенными ногами и согнутыми колѣнями. Шить слѣдуетъ всегда, гдѣ это только возможно.

11. Сшиваніе раны брюшной стѣнки этажнымъ швомъ: нижній кэтгутомъ, верхній шелкомъ.

Шовъ брюшной стѣнки — непремѣнное условіе правильной техники операціи. Мы видѣли уже, что грыжевидное выпячиваніе рубца наблюдается лишь при несшитой брюшной ранѣ. Какой-бы не былъ уходъ за пузыремъ, рана брюшной стѣнки сшивается до дренажа.

12. Антисептическая повязка.

При полномъ швѣ повязка должна заходить далеко выше и ниже раны; при дренажѣ или частичномъ швѣ болѣе легкая антисептическая повязка, въ виду необходимости частой смѣны. Во избѣжаніе, иногда развивающейся, экземы вокругъ раны — полезно смазываніе передъ повязкой окружности раны тимоль-вазелиномъ.

Дальнѣйшій уходъ за оперированнымъ, помимо легкой и питательной діеты, заключается въ назначеніи внутрь, смотря по надобности, тѣхъ-же средствъ, о которыхъ было говорено выше. Промыванія пузыря дѣлаются ежедневно; при пузырьѣ сшитомъ эти промыванія дѣлаются крайне осторожно. Катетръ à demeure долженъ быть строго антисептиченъ; послѣ 4—5 д. постоянного пребыванія катетра—полезно давать на 3—4 (2 раза въ сутки) часа отдыхъ уретрѣ; въ удачныхъ случаяхъ послѣ 2-хъ недѣль катетръ можетъ быть удаленъ. Смазываніе катетра мазью съ кокаиномъ дѣйствуетъ крайне успокоительно на непріятное ощущеніе присутствія инструмента въ мочеспускательномъ каналѣ.

V.

«Статистическія данныя въ медицинѣ можно сравнить съ кушаньями изъ языковъ, которыми угощаль Эзопъ философа Ксанфа. Они говорятъ и хорошее, и худое, смотря по тому, какъ и что заставляютъ ихъ говорить. При малѣйшемъ недосмотрѣ, неточности и произволѣ, на эти цифры можно гораздо менѣе положиться, чѣмъ на тѣ данныя, которыя основаны на одномъ общемъ впечатлѣніи, остающемся въ насъ послѣ простаго, но трезваго наблюденія случаевъ. Вотъ, это-то впечатлѣніе я и передаю въ моей книгѣ, — за неимѣніемъ неоспоримо раціональныхъ, статистическихъ данныхъ» — сказалъ великій *Пироговъ*.

Не подлежитъ сомнѣнію, что нѣтъ ничего легче играть цифрами, переставляя которыя, такъ или иначе, можно доказать все, что угодно. Но за то—вѣрно и то, что «неоспоримо раціональныя статистическія данныя» играютъ рѣшающую роль въ выясненіи того или другаго спорнаго вопроса. Безъ этихъ данныхъ рѣшеніе мно-

гихъ наиболѣе важныхъ и спорныхъ вопросовъ медицины, въ частности, хирургіи — невозможно. Чѣмъ можетъ подтвердить свои выводы и доводы та или другая спорящая сторона? Конечно, только цифрами, такъ какъ часто самыя блестящія теоретическія разсужденія рушатся передъ неопровержимыми цифровыми данными и безпристрастной оцѣнкой извѣстнаго числа тѣхъ или другихъ спорныхъ случаевъ.

Такая важная рѣшающая роль статистическихъ данныхъ заставляетъ быть особенно осторожными и внимательными при оцѣнкѣ того или другаго собраннаго матеріала; безпристрастіе, внимательность должны руководить работающихъ по статистикѣ въ медицинѣ; только при условіи ничего не утаивать, ничего не прибавлять, освѣщать собранный матеріалъ со всѣхъ сторонъ, возможно дать наиболѣе цѣнные выводы для рѣшенія того или другаго спорнаго вопроса.

Все только что сказанное было строго соблюдаемо нами при статистической разработкѣ вопроса о высокомъ камнесѣченіи. Какъ выполнили мы взятый на себя трудъ—судить не намъ; но, полагаемъ, никто не заподозритъ насъ въ пристрастіи или недостаточной критикѣ собраннаго матеріала, а потому и думаемъ, что тѣ выводы, которые мы могли сдѣлать по мѣрѣ нашихъ силъ, являются довольно цѣнными для рѣшенія спорнаго вопроса о выборѣ того или другаго метода литотоміи.

Камнесѣченіе всегда было и будетъ однимъ изъ наиболѣе жгучихъ вопросовъ хирургіи. Оно извѣстно съ самой глубокой древности, и съ тѣхъ поръ до послѣдняго времени постоянной заботой хирурговъ было выработать методъ операціи, которымъ наилучше, проще и безопаснѣе для больного могъ быть удаленъ камень. Отсюда—довольно большое число различныхъ видовъ камнесѣченія, изъ которыхъ большинство имѣетъ историческій интересъ, такъ что сравнительной оцѣнкѣ подлежатъ только три вида литотоміи: *sectio lateralis*, *mediana* и *alta*, почти исключительно практикуемая въ наше время.

Эта оцѣнка крайне необходима въ виду того, что до сихъ поръ вопросъ о выборѣ того или другаго изъ трехъ указанныхъ методовъ камнесѣченія долженъ считаться далеко нерѣшеннымъ. Особенно рѣшеніе это желательно для насъ, столь богатыхъ случаями каменной болѣзни; конечно, не за границей должно ждать рѣшенія спорнаго вопроса, а въ нашемъ отечествѣ.

Какъ мы уже видѣли раньше, только какіе нибудь 10 лѣтъ тому назадъ вопросъ о наилучшемъ способѣ литотоміи въ нашемъ отечествѣ казался вполне рѣшеннымъ въ пользу бокового разрѣза. За этотъ короткій срокъ времени взглядъ на камнесѣченіе рѣзко измѣнился; успѣхи срединнаго и высокаго разрѣза отодвинули на задній планъ вѣками освѣщенное боковое камнесѣченіе, господство котораго, казалось, не допускало и мысли о возможности выбора другихъ методовъ литотоміи. Какъ объяснить такой рѣзкій переворотъ во взглядѣ на камнесѣченіе? Объяснить не трудно. Современная хирургія быстро идетъ впередъ, вооруженная антисептическимъ методомъ ухода за оперированнымъ. Она создала много новаго и въ то же время не оставила безъ должной критики все старое. А разъ это такъ, то понятно, почему боковая литотомія должна была уступить другимъ методамъ; стоило только критикѣ коснуться до излюбленнаго разрѣза, какъ тотчасъ же обнаружились его недостатки. Конечно, недостатки эти были извѣстны и раньше, но они не выступали такъ рѣзко на видъ въ силу того, что боковая литотомія не была сравниваема съ другими методами, а разъ сравненія не было, очевидно, всякій результатъ казался законнымъ.

Такой критической оцѣнкѣ cadaго изъ методовъ камнесѣченія можно только радоваться, такъ какъ она выясняетъ сущность недостатковъ и способствуетъ усовершенствованію литотоміи. Если мы вспомнимъ исторію бокового разрѣза, то увидимъ, что со временъ Цельсовскаго *apparatus parvus* и до самого недавняго времени постоянно дѣлались попытки улучшить этотъ видъ камнесѣченія; почему же горячіе защитники боковой литотоміи не считаютъ другихъ вправѣ работать надъ усовершенствованіемъ срединнаго и высокаго камнесѣченій?

Какими вѣскими доводами эти защитники обставляютъ свои возраженія противъ другихъ методовъ литотоміи? Къ сожалѣнію, мы должны сказать, что ни одно изъ этихъ возраженій не выдерживаетъ строгой критики.

Идеальныя требованія, которыя мы должны ставить литотоміи— слѣдующія: 1) легкость и разумность операціи, 2) анатомическія выгоды, дающія намъ возможность избѣжать раненія большихъ сосудовъ и важныхъ органовъ, въ частности же, раненія венъ, которыя могутъ дать условія для развитія различныхъ послѣдовательныхъ осложнений, 3) возможность избѣжать мочевоы инфильтраціи, 4) легкость извлеченія камня, 5) отсутствіе какихъ-либо нежелательныхъ

послѣдствій послѣ операціи, 6) скорость заживленія литотомической раны и 7) наименьшая смертность послѣ операціи.

Сравнимъ же, согласно этому идеалу, высокое камнесѣченіе съ срединнымъ и боковымъ.

1) Кто оперировалъ, хотя бы однажды, высокимъ разрѣзомъ, тотъ вполне согласится съ нами, что этотъ разрѣзъ легче бокового.

Не безызвѣстно, конечно, что есть хирурги, которые оперируютъ боковымъ разрѣзомъ въ нѣсколько минутъ, но такихъ блестящихъ литотомистовъ—единицы, и врядъ ли такая быстрота нуждается въ подражаніи и должна быть цѣнима; литотомія — не трахеотомія. Въ рукахъ же обыкновенныхъ хирурговъ боковая литотомія является операціей болѣе трудной, чѣмъ высокое камнесѣченіе; легкость выполненія *sectionis altae* признается многими хирургами, въ томъ числѣ и *Thompson*'омъ.

Въ этомъ отношеніи энцистотомія можетъ быть сравниваема съ срединной литотоміей, которая по выполненію—легче высокой.

Что же касается до разумности операціи, то не можетъ быть и сравненія высокаго и срединнаго камнесѣченій съ боковымъ. При первыхъ все время поле операціи передъ глазами и хирургъ въ каждую данную минуту можетъ дать себѣ отчетъ въ томъ, что онъ рѣжетъ и что встрѣтитъ; при послѣдней—наоборотъ: хирургъ ввѣряется слѣпому инструменту, большую часть операціи дѣлаетъ въ темнотѣ. Что лучше? Отвѣтъ не труденъ. Только при такомъ слѣпомъ инструментѣ, какъ *lithotome caché* и такой темной операціи, какъ боковое камнесѣченіе, возможна та поразительная быстрота, о которой мы упомянули выше.

2) Анатомическое строеніе подчревной области даже противниками высокаго камнесѣченія признается за наиболѣе выгодное для литотоміи. Въ самомъ дѣлѣ, разположеніе тканей и органовъ въ операціонномъ полѣ при боковомъ и высокомъ расрѣзахъ таково, что не можетъ быть и рѣчи о сравненіи между этими двумя методами. При первомъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ мы оперируемъ почти безкровно и не можемъ поранить ни одного важнаго органа, при другомъ, кровотеченіе встрѣчается чаще, оно обильнѣе, такъ какъ всегда рѣжется простота и шейка пузыря, въ случаѣ же неудачи можетъ быть раненіе *recti*, *duct. ejaculatorii*.

Противниками *sectionis altae* ставится на видъ, что и при этомъ методѣ возможно обильное кровотеченіе. Съ этимъ нельзя не согла-

ситься, но также слѣдуетъ признать, что обильныя кровотеченія при эпицистотоміи встрѣчаются крайне рѣдко.

Выше мы достаточно подробно остановились на этомъ вопросѣ и установили, что кровотеченія при высокомъ разрѣзѣ могутъ быть, такъ сказать, изъ поверхностныхъ слоевъ и изъ глубины. Первое кровотеченіе является опаснымъ только при какой-либо рѣдкой аномаліи въ ходѣ *ar. epigastricae infer*; брать во вниманіе аномаліи мы не имѣемъ права и притомъ какъ скоро мы заговорили о нихъ, то гдѣ ихъ можетъ быть больше, какъ не на промежности. Второе кровотеченіе—глубокое, изъ пузыря, болѣе опасно, но въ такихъ кровотеченіяхъ эпицистотомія не при чемъ, такъ какъ они одинаково наблюдались бы и при боковомъ разрѣзѣ.

При немъ мы имѣемъ всегда кровотеченіе изъ веннаго сплетенія простаты; обыкновенно это кровотеченіе невелико, но при различныхъ разстройствахъ кровообращенія въ *v. portae* и *cavae inf.*, что часто наблюдается въ пожиломъ возрастѣ, оно можетъ быть весьма обильно. И что всего хуже, эти кровотечения обыкновенно опасны не столько по количеству потерянной крови, а по тѣмъ губельнымъ послѣдствіямъ, которыя, при благопріятныхъ условіяхъ, могутъ развиться послѣ раненія венъ.

Высокому камнесѣченію обыкновенно ставится на видъ легкость раненія брюшины при этомъ методѣ. Мы уже видѣли, что при соблюденіи правилъ современной техники операціи, раненіе *peritonei* почти не встрѣчается; говорить о приращеніи брюшины къ симфизу не приходится, такъ какъ ссылаться на аномаліи, не значитъ возражать; притомъ раненіе *peritonei* можетъ быть и при боковой литотоміи.

Въ смыслѣ незначительнаго кровотечения во время операціи мы можемъ сравнить эпицистотомію только съ срединнымъ разрѣзомъ, при которомъ чаще всего кровотечения почти не бываетъ. Конечно, такая выгода *lithotomiae medianae* объясняется простотой анатомическаго строенія тканей, разсѣкаемыхъ при этомъ методѣ; приходится искренне сожалѣть, что строеніе простаты допускаетъ безнаказанное растяженіе ея только до извѣстныхъ, притомъ небольшихъ, предѣловъ, вслѣдствіе чего при ошибкѣ въ величинѣ камня или продолжительномъ дробленіи его, травма простаты велика и можетъ обусловить намъ не только неполное выздоровленіе съ недержаніемъ мочи или фистулой, но и смертельный исходъ, благодаря тѣмъ-же

ушибленнымъ и пораненнымъ венамъ простаты. Не будь всего этого—срединная литотомія была бы идеальнѣ камнесѣченія.

3) Уже не разъ нами указывалось, что методы, выработанные для ухода за раной пузыря вполне хорошо гарантируютъ насъ отъ мочевыхъ затековъ послѣ высокаго камнесѣченія.

То-же слѣдуетъ сказать и о срединной литотоміи, при томъ условіи если простата не порвана и капсула ея цѣла. Въ противномъ случаѣ, срединная литотомія—такъ-же опасна, какъ и боковая.

Защитники боковаго разрѣза особенно настаиваютъ на томъ, что этотъ методъ литотоміи даетъ идеальныя условія для защиты оперированнаго отъ мочевыхъ затековъ, такъ какъ при ней рана пузыря и простаты находится въ границахъ *capsulae urethro-prostaticae*, составляющей прочную анатомическую преграду для этихъ затековъ. Разрѣзъ этой капсулы составляетъ «всю неправильность оперативнаго приѣма при цистотоміяхъ черезъ промежности, которая неизбежно влечетъ за собой всѣ фатальныя послѣдствія», говоритъ проф. *Богдановскій* на стр. 193 своего послѣдняго труда.

Значеніе капсулы *urethro-prostaticae* было-бы дѣйствительно велико, если бы она на самомъ дѣлѣ не вскрывалась при боковой литотоміи. Оказывается-же, что разрѣзы простаты при этомъ камнесѣченіи, даже при маломъ раскрытіи литотома, всегда выходятъ изъ предѣловъ *capsulae urethro-prostaticae* въ ту богатую венами рыхлую ткань, которая окружаетъ предстательную желѣзу. Это наглядно доказано д-ромъ *Салищевымъ* превосходными распилами замороженной промежности послѣ боковой литотоміи. Иначе впрочемъ не могло и быть; оно очевидно, если мы вспомнимъ строеніе *capsulae urethro-prostaticae* и взаимное отношеніе между ею и мочеиспускательнымъ каналомъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что значеніе *capsulae urethro-prostaticae*, этой естественной и прочной анатомической преграды для мочевыхъ затековъ послѣ боковой литотоміи, должно быть сведено *ad minimum*; она играетъ важную роль только при срединномъ камнесѣченіи. Помимо анатомическихъ доказательствъ и клиника намъ подтверждаетъ справедливость только что сказаннаго; просматривая исторіи болѣзни оперированныхъ боковымъ разрѣзомъ мы нерѣдко встрѣчаемся съ различными воспитательными процессами тазовой кѣтчатки, какъ послѣдствіями мочевыхъ затековъ; считать всѣ эти случаи всегда за результатъ неправильной техники операціи—нельзя, такъ какъ мы

ихъ встрѣчаемъ въ рукахъ опытныхъ хирурговъ, считающихъ свои литотоміи десятками.

4) Легкость извлеченія камня при высокомъ камнесѣченіи при знается всѣми; въ этомъ отношеніи эпицистотомія стоитъ совершенно исключительно среди другихъ методовъ литотоміи. Стоитъ только припомнить тѣ условія, которыми сопровождается удаленіе камня черезъ срединный и боковой разрѣзъ, чтобы признать въ этомъ отношеніи преимущество за высокимъ камнесѣченіемъ. А между тѣмъ вопросъ о наиболѣе легкомъ извлеченіи камня весьма важенъ, такъ какъ сильная травма пузыря и простаты не могутъ проходить для больного безнаказанно; въ этомъ актѣ мы нерѣдко должны искать причину неудачныхъ исходовъ камнесѣченій, не говоря уже о разрывахъ простаты, ея венъ; причину развитія воспаленій брюшины, сильныхъ циститовъ, піелитовъ и, послѣдовательно, нефритовъ, должно искать чаще всего въ этой травмѣ пузыря и простаты.

5) Всѣмъ хорошо извѣстны тѣ грустные послѣдствія, которыя, къ сожалѣнію, остаются послѣ операцій камнесѣченія черезъ промежность. Закрывать глаза на эти печальныя послѣдствія, проходить ихъ молчаніемъ, значить признавать ихъ и не быть въ состояніи сказать хотя бы что нибудь въ защиту промежностныхъ литотомій. Да и что можно сказать противъ фактовъ!

Недержание мочи, мочевые свищи, кишечно-мочевые свищи, половое безсиліе, составляютъ тѣ грустные послѣдствія боковой литотоміи, которыя, по справедливости, заставили хирурговъ обратиться къ другимъ методамъ камнесѣченія. Эти послѣдствія операціи признаются всѣми, но, къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще достовѣрно не выяснено, какъ часто они встрѣчаются послѣ бокового разрѣза. Если мы просмотримъ отчеты о боковомъ камнесѣченіи, то въ этомъ отношеніи встрѣтимъ большое разногласіе; одни наблюдаютъ недержание мочи довольно часто (*Головачевъ* въ 6,7%, *Евсѣенко*, *Кадіанъ*, *Веревкинъ* и др.), другіе рѣдко (*Синицынъ*, *Богдановскій*, *Розенталь*). Вывести среднее нѣтъ возможности; тѣмъ болѣе это трудно, что недержание мочи развивается часто спустя нѣкоторое время послѣ операціи, когда оперированные уже уходятъ изъ подъ надзора хирурга. Несомнѣнно, часто или рѣдко — это другой вопросъ, недержание мочи послѣ боковой литотоміи составляетъ одну изъ самыхъ темныхъ сторонъ операціи; оно не поддается никакому леченію, весьма тягостно и остается на всю жизнь. Понятно почему

сказанное функціональное разстройство пузыря явилось главной причиной успѣховъ другихъ методовъ литотоміи; оно, напримѣръ, побудило въ 1880 г. такого опытнаго хирурга, какъ *Савостицкій*, знавшаго по опыту, какое большое число оперированныхъ боковымъ разрѣзомъ обращается въ Маріинскую московскую больницу съ жалобами на недержаніе мочи, совсѣмъ бросить боковую литотомію и перейти къ срединной, которая въ его рукахъ даетъ весьма хорошіе результаты.

Какъ часто наблюдаются мочевые свищи послѣ боковаго разрѣза, сказать еще труднѣе, такъ какъ относительно этого исхода наблюдается еще большее разногласіе; нѣкоторые послѣ своихъ операцій не наблюдаютъ этихъ свищей вовсе, другіе весьма рѣдко, д-ръ же *Веревкинъ* въ своемъ отчетѣ о камнелеченіяхъ въ московской дѣтской больницѣ Св. Владиміра наблюдалъ ихъ 7 разъ въ 135 случ. боковой литотоміи, то есть въ 5,1%. Это послѣднее осложненіе должно считаться также однимъ изъ тягостныхъ, такъ какъ держится упорно и въ большинствѣ случаевъ можетъ быть излечено только оперативнымъ путемъ. Къ счастью, по всему видно, что оно наблюдается рѣдко. Тоже самое слѣдуетъ сказать и о потери способности къ оплодотворенію, осложненія несомненно наблюдаемаго послѣ боковой литотоміи (*Медвѣдевъ*, *Тауберъ*, *Склифосовскій*).

Менѣе важнымъ осложненіемъ должно считать раненіе recti, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ чрезмѣрно расширенной прямой кишки у взрослыхъ или высокаго положенія пузыря у дѣтей, избѣжать во время операціи боковымъ разрѣзомъ весьма трудно. Раненіе recti наблюдается въ рукахъ самыхъ искусныхъ и опытныхъ литотомистовъ, но, къ счастью, по большей части оканчивается благополучно полнымъ выздоровленіемъ больнаго. Такъ, проф. *Синицынъ* (154 случ.) 6 разъ поранилъ прямую кишку, но за исключеніемъ одного случая, раненіе не повлекло за собой дурныхъ послѣдствій и послѣ перерѣзки sphincteris ani оно заживало вмѣстѣ съ операціонной раной; у д-ра *Розенталя* (400 случ.) раненіе прямой кишки встрѣтилось тоже 6 разъ, кромѣ того въ 2 случ. образовалось сообщеніе между раной и кишкою спустя нѣкоторое время послѣ операціи, вслѣдствіе омертвѣнія въ ранѣ; изъ этихъ 8 случаевъ вполне выздоровѣло 6.

Если въ большинствѣ случаевъ раненіе recti оканчивается счастливо и осложненіе это должно считаться не столь опаснымъ, какъ всѣ остальные, то все же оно весьма серьезно, такъ какъ не всегда

заживаетъ быстро (№ 109 таблицы проф. *Богдановскаго*); кромѣ того, не говоря уже о функциональныхъ разстройствахъ въ случаяхъ незакрывшихся кишечно-пузырныхъ свищей, опасно тѣмъ, что литотомическая рана, въ глубинѣ, приходитъ въ непосредственное соприкосновеніе съ каловыми массами, что, конечно, можетъ повліять весьма невыгодно на исходъ операціи; въ этомъ смыслѣ мы имѣемъ наблюденіе д-ра *Введенскаго*, гдѣ летальный исходъ послѣ боковой литотоміи съ пораненіемъ recti прямо зависѣлъ отъ невозможности держать рану въ достаточной чистотѣ.

При срединномъ камнесѣченіи многихъ изъ указанныхъ выше послѣдствій боковаго разрѣза совсѣмъ не встрѣчается, но тѣмъ не менѣе недержаніе мочи и мочевые свищи значительно умаляютъ значеніе этого прекраснаго метода литотоміи. По статистикѣ д-ра *Надеждина* ¹³⁷⁾ (592 случ.) недержаніе мочи послѣ срединнаго разрѣза встрѣтилось 8 разъ (1,3%), а мочевые свищи — 13 разъ (2,2%); по статистикѣ д-ра *Яковлева* (403 случ.) недержаніе мочи наблюдалось въ 0,5%, а мочевые свищи въ 0,9% всѣхъ случаевъ. Какъ видно, нежелательныя осложненія наблюдаются рѣдко; они встрѣтятся еще рѣже, если выборъ оперативныхъ случаевъ для срединнаго камнесѣченія будетъ дѣлаться строже, чѣмъ это дѣлается теперь. Весьма многіе камни не могутъ подлежать срединной литотоміи; печальные исходы, а также нежелательныя осложненія служатъ доказательствомъ, что срединный разрѣзъ не можетъ быть единственнымъ методомъ камнесѣченія, и въ извѣстныхъ случаяхъ долженъ уступать мѣсто другому методу литотоміи.

Лучшіе результаты мы получаемъ послѣ высокаго камнесѣченія, которое въ смыслѣ осложненій послѣ операціи стоитъ внѣ сравненія съ другими методами литотоміи. Недержаніе мочи, кишечно-мочевые свищи, потеря способности къ оплодотворенію, конечно, не могутъ имѣть мѣста при эпицистотоміи; свищи надъ лобкомъ и грыжа рубца встрѣчаются рѣдко (2,3% и 0,9%), къ тому же правильная техника послѣ операціи можетъ, какъ мы видѣли выше, значительно понизить, если не совсѣмъ уничтожить, число неполныхъ выздоровленій послѣ эпицистотоміи.

6. Скорость выздоровленія послѣ камнесѣченій можно считать одинаковой для всѣхъ трехъ способовъ операціи, такъ какъ въ случаяхъ легкихъ полное выздоровленіе наблюдается какъ при боковомъ, такъ срединномъ и высокомъ разрѣзахъ, въ поразительно короткіе сроки (*Розенталь, Надеждинъ, нашъ матеріалъ*), въ слу-

чаяхъ же тяжелыхъ сопровождается одинаково длительнымъ по слѣ-
операционнымъ періодомъ. Средній срокъ выздоровленія послѣ всѣхъ
трехъ методовъ камнесѣченій почти одинаковъ и въ этомъ отноше-
ніи преимущество не можетъ быть отдано ни одной изъ литотомій.

Какой же изъ методовъ камнесѣченія даетъ наименьшую смерт-
ность?

Этотъ въ высшей степени важный вопросъ можетъ быть въ
настоящее время рѣшенъ весьма удовлетворительно, такъ какъ
число случаевъ, опубликованныхъ относительно каждого изъ мето-
довъ операціи, достаточно велико. Конечно, для полученія наиболѣе
точныхъ выводовъ можно было бы пожелать совершенно одинако-
выхъ цифръ, одинаково подробно описанныхъ случаевъ, но этими
идеальными требованіями, къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще не рас-
полагаетъ статистическій методъ изслѣдованія. Каждый изъ опубли-
кованныхъ отчетовъ по интересующему насъ вопросу чѣмъ либо
отличается отъ другаго; нѣтъ того единства въ описаніи матеріала,
которое такъ желательно и необходимо для полученія наиболѣе
вѣрныхъ выводовъ при оцѣнкѣ различныхъ способовъ камнесѣченія.
Тѣмъ не менѣе, какъ мы уже сказали, весьма большое число опу-
бликованныхъ наблюденій позволяетъ намъ въ настоящее время сдѣ-
лать выводы, весьма близкіе къ истинѣ *).

Боковое камнесѣченіе.

До антисептики.

При антисептикахъ.

	Числ. случ.	% смерт.		Числ. случ.	% смерт.
Thompson	1827	12,5	Захаревичъ	110	13,5
Grosse	8509	12,5	Вережкинъ	147	6,2
Keith	2500	15,0	Синицинъ	154	4,5
Арнольдъ	259	20,0	Розенталь	400	8,5
Богдановскій . . .	110	22,7	Яковлевъ	421	8,0

*) Полагаемъ, не можетъ быть сомнѣнія, что собраніе матеріала по одно-
му и тому же плану въ высшей степени важно и желательно. Только при
этомъ условіи могутъ быть достаточно хорошо рѣшены многіе весьма важ-
ные вопросы хирургіи. Одной изъ самыхъ важныхъ заслугъ нашихъ Пиро-
говскихъ сѣздовъ будетъ выработка программъ для разработки наиболѣе спор-
ныхъ вопросовъ науки; желающихъ работать въ указанномъ направленіи
всегда будетъ достаточно.

Срединное камнеѣчение.

До антисептики.

	Число случ.	% смерт.
Allarton	139	9,3
Dolbeau	55	16,3
Heüsingcr.	222	6,7
Williams	41	26,8

При антисептикѣ.

	Число случ.	% смерт.
Volkmanu.	100	2
Введенскій	174	10,9
Надеждинъ	592	10,5
Яковлевъ	887	9,1

Высокое камнеѣчение.

До антисептики.

	Число случ.	% смерт.
Günther	257	23,7
Flury	92	32,6
Tuffier	120	27,0
Dulles.	364	28,2
Родзевичъ	65	28,3

При антисептикѣ.

	Число случ.	% смерт.
Шмитцъ	37	16,2
Березкинъ	59	5,0
Ассендельфтъ	102	0,9
Яковлевъ	362	9,3
Соломка	427	12,3

Прежде чѣмъ приступить къ сравнительной оцѣнкѣ % смертности, полученнаго при боковомъ, срединномъ и высокомъ камнеѣченіяхъ, слѣдуетъ указать на то, что для полученія наиболѣе точныхъ выводовъ: 1) мы должны сравнивать только результаты, полученные послѣ литотоміи антисептическаго періода, которые у насъ собраны въ столбцахъ справа, и 2) мы не приводимъ смертности, полученной при той или другой литотоміи по возрасту, потому что въ каждомъ отчетѣ число оперированныхъ одного и того же возраста почти одинаково и если нѣкоторые отчеты касаются напр. почти исключительно дѣтскаго возраста, то такіе отчеты встрѣчаются при каждомъ камнеѣченіи, такъ что, въ общемъ, разница въ возрастѣ оперированныхъ сглаживается вполне.

Только что приведенная таблица указываетъ, что смертность послѣ боковой литотоміи колеблется отъ 13,5 до 4,5%. Наилучшіе результаты (*Синицынъ* и *Веревкинъ*) получены на дѣтяхъ, но весьма хорошій результатъ дала боковая литотомія и въ различныхъ возрастахъ, какъ показываетъ матеріалъ, собранный д-ромъ *Яковлевымъ*.

Смертность послѣ срединной литотоміи колеблется отъ 10 до 2,0%; собранный матеріалъ касается различныхъ возрастовъ.

Смертность послѣ высокаго камнесѣченія колеблется отъ 16,2 до 0,9‰. Наилучшіе результаты получены въ дѣтскомъ возрастѣ (*Березкинъ, Ассендельфтъ*); для различныхъ возрастовъ мы имѣемъ матеріалъ, собранный д-ромъ *Яковлевымъ* и нами; ‰ смертности колеблется отъ 12,3 до 9,3‰. Слѣдуетъ полагать, по справедливости, что 12,3‰ смертности послѣ эпицистотоміи, указываемый нами, для различнаго возраста наиболѣе вѣренъ, такъ какъ онъ выведенъ изъ наибольшаго числа случаевъ.

Оказывается, слѣдовательно, что наилучшіе результаты получены послѣ высокаго (0,9‰ *Ассендельфтъ*) и срединнаго камнесѣченій (2‰ *Volkmanн, Надеждинъ, Введенскій*), а отсюда и оперировать слѣдуетъ этими двумя методами.

Вѣренъ ли сдѣланный выводъ? Не впадаемъ ли мы въ грубую ошибку, высказываясь такъ опредѣленно?

Самое тщательное и подробное разсмотрѣніе собраннаго матеріала вполне убѣждаетъ насъ въ справедливости сказаннаго. Не подлежитъ сомнѣнію, что въ дѣтскомъ возрастѣ, при маленькихъ камняхъ, хорошей мочѣ и непродолжительной болѣзни, всякій изъ методовъ камнесѣченія дастъ хорошій результатъ; такъ, при боковомъ камнесѣченіи проф. *Синицынъ* и д-ръ *Иршикъ* изъ довольно большаго числа случаевъ не потеряли ни одного оперированнаго; д-ра *Надеждинъ, Савостицкій, Иршикъ* при срединнымъ сѣченіи получили отличные результаты и въ нѣсколькихъ случаяхъ наблюдали заживленіе литотомической раны первымъ натяженіемъ; д-ръ *Ассендельфтъ* при высокомъ камнесѣченіи получилъ блестящіе результаты. Результатъ литотоміи совершенно измѣняется, если мы посмотримъ какой ‰ смертности полученъ у взрослыхъ, при большихъ камняхъ и продолжительности болѣзни. При этихъ условіяхъ боковая и срединная литотомія громаднo увеличиваютъ свой малый ‰ смертности.

Подробный отчетъ о 400 случаевъ боковаго камнесѣченія д-ра *Розенталя*, на который обыкновенно съ охотой ссылаются противники высокой литотоміи, указываетъ намъ, что на 293 случ. *secti-onis lateralis*, выполненной при хорошихъ условіяхъ, ‰ смертности послѣ операціи=3,7, въ остальныхъ же случаяхъ—при плохой мочѣ, продолжительной болѣзни и плохомъ общемъ состояніи онъ уже=23,7‰. Если мы подробно разсмотримъ протоколы вскрытій умершихъ въ послѣдней группѣ, то увидимъ, что наиболѣе частой

причиной смерти является pyelonephritis, затѣмъ, рѣже, гнилокровіе и гнойное пропитываніе подсывороточной клѣтчатки.

Не менѣе интересный и подробно составленный отчетъ д-ра *Надеждина* о 592 случ. срединной литотоміи говоритъ тоже самое: при хорошей мочѣ, непродолжительной болѣзни и общемъ хорошемъ состояніи получено 4,3% смертности, при обратныхъ условіяхъ смертность уже=22,9%.

Вскрытіе умершихъ этой группы, помимо тѣхъ или другихъ глубокихъ поражений мочевыхъ путей, часто указываетъ намъ на, развившееся послѣ дробленія камня и труднаго извлеченія его, травматическое воспаленіе брюшины, на огромныя поврежденія простаты, влекущія за собой всѣ тѣ грустныя послѣдствія, которыя неизбѣжны при большихъ поврежденіяхъ этого богатаго венами органа.

Что особенно интересно и на что невольно обращаешь вниманіе въ отчетѣ д-ра *Надеждина*—это почти постоянная связь между смертельнымъ исходомъ операціи и дробленіемъ камня; не будетъ ошибкой сказать, что въ $\frac{4}{5}$ всѣхъ случаевъ смерти послѣ срединнаго камнесѣченія камень дробился. Эта связь между дробленіемъ и летальнымъ исходомъ наблюдается не только въ возрастѣ взросломъ и пожилomъ, при плохой мочѣ и большихъ камняхъ, но и дѣтскомъ, при хорошей мочѣ и камняхъ средней величины.

Значительно лучше результаты даетъ высокое камнесѣченіе, гдѣ смертность, конечно, увеличивается въ случаяхъ тяжелыхъ, но меньше той, какая получена для боковаго и срединнаго камнесѣченія; если мы взглянемъ на таблицу X нашего матеріала и возьмемъ только случаи очень тяжелые (III, IV, V группы), то % смертности въ этой группѣ=19,8. Такимъ образомъ очевидно, что въ случаяхъ тяжелыхъ наилучшіе результаты достигнуты при высокомъ камнесѣченіи.

Итакъ, сдѣланный нами выводъ: *«оперировать камни должно срединнымъ и высокимъ разрывами»*, полагаемъ, вполне доказанъ.

Чѣмъ же руководствоваться при выборѣ того или другаго метода? Тщательное разсмотрѣніе отчетовъ о срединномъ камнесѣченіи и эпицистотоміи ясно указываетъ намъ, что въ дѣтскомъ возрастѣ, при небольшихъ камняхъ и хорошей мочѣ высокое камнесѣченіе даетъ худшіе результаты, чѣмъ срединное; при среднихъ же и большихъ камняхъ, плохой мочѣ и продолжительности болѣзни, высокое камнесѣченіе даетъ лучше результаты.

Отсюда, взявъ во вниманіе, что размѣры средней величины кам-

ней начинаются съ 2,0 сант. и кладя 1 сант. на толщину инструмента, которымъ извлекается камень, что должно быть взято въ расчетъ и что, къ слову сказать, никогда не дѣлается, мы приходимъ къ слѣдующимъ показаніямъ для выбора метода литотоміи:

1) При малыхъ камняхъ, не выше 2 сант. въ діаметрѣ, мы должны оперировать срединнымъ разрѣзомъ. При такихъ размѣрахъ камни будутъ удаляемы легко, безъ дробленія, безъ травмы пузыря, простаты, и срединное камнесѣченіе дастъ наилучшіе результаты. Послѣоперационный періодъ въ этихъ случаяхъ проходитъ обыкновенно весьма хорошо, операція не оставляетъ послѣ себя свищей и недержанія мочи; нерѣдко моча идетъ нормальнымъ путемъ на 2 д. послѣ операціи и литотомическая рана заживаетъ *per primam*.

2) При среднихъ и большихъ камняхъ должно оперировать высокимъ разрѣзомъ. Въ этихъ случаяхъ наилучшій результатъ даетъ эпицистотомія; послѣоперационный періодъ проходитъ чаще всего весьма хорошо, выздоровленіе же наступаетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ полное, такъ какъ тягостныя послѣдствія послѣ операціи наблюдаются рѣдко, гораздо рѣже, чѣмъ при срединномъ разрѣзѣ.

3) Камни въ дивертикулахъ, тѣсно охваченные стѣнками пузыря, большое число камней и камни простато-пузырные должны быть удаляемы высокимъ разрѣзомъ, такъ какъ наилучшіе результаты могутъ быть получены только при надлобковомъ камнесѣченіи.

4) Увеличеніе простаты есть противопоказаніе къ примѣненію срединнаго камнесѣченія.

5) Боковое камнесѣченіе, какъ дающее наибольшую смертность въ случаяхъ тяжелыхъ, сопровождающееся всего чаще самыми тяжелыми послѣдствіями литотомій, должно быть вовсе оставлено.

Всесторонній и безпристрастный разборъ собраннаго матеріала по вопросу о высокомъ камнесѣченіи привелъ насъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Современная техника *sectionis altae* вполне выработана и не нуждается ни въ какихъ усовершенствованіяхъ. Усовершенствованія *Rydygier'a*, *Langenbuch'a* и др. могутъ только повредить операціи и дискредитировать ее.

2) *Sectio alta* — при современной technikѣ — операція легкая и безопасная; въ этомъ отношеніи она можетъ быть сравниваема лишь только съ срединнымъ камнесѣченіемъ.

3) Шовъ пузыря долженъ составлять непремѣнную принадлежность высокаго камнесѣченія.

4) Шовъ пузыря, вопреки мнѣнію, высказанному *W. Meyer* и раздѣляемому большинствомъ хирурговъ, долженъ накладываться всегда. Конечно, въ исключительныхъ случаяхъ слѣдуетъ отступать отъ этого правила.

5) Въ удачныхъ случаяхъ выгода шва очевидна, въ неудачныхъ же, срокъ, который держать шовъ, вполне достаточенъ для образованія въ глубинѣ раны продуктовъ реактивнаго воспаленія, хорошо обезпечивающихъ оперированнаго отъ мочевоѣ инфильтраціи.

6) Лучшій шовъ—*Тилинга*. *)

7) Въ случаѣ невозможности наложить шовъ полный, слѣдуетъ примѣнять: или 1) частичный шовъ съ дренажемъ и сифоннымъ приспособленіемъ, или 2) дренажъ пузыря и положеніе на животѣ, боку. Оба эти способа ухода за пузыремъ весьма хорошо гарантируютъ оперированныхъ отъ мочевоѣ инфильтраціи.

8) Рана брюшной стѣнки должна быть всегда сшиваема до дренажа, лучше всего этажнымъ швомъ (нижній кѣтгутъ, верхній—шелкъ). Никогда не слѣдуетъ подсѣкать прикрѣпленія *m. m. rectorum*.

9) Послѣоперационный періодъ, а также вскрытія умершихъ указываютъ намъ, что мочевоѣ инфильтрація при высокомъ камнесѣченіи встрѣчается, если не рѣже, то никакъ не чаще, чѣмъ при другихъ методахъ литотоміи; это доказываетъ полную цѣлесообразность практикуемыхъ способовъ ухода за раной пузыря.

10) Смерть послѣ высокаго камнесѣченія, какъ и при другихъ методахъ литотоміи, зависитъ отъ воспаленія брюшины и тѣхъ или другихъ пораженій мочевоыхъ органовъ. Однако, бываютъ случаи смертности послѣ камнесѣченій, гдѣ она пока должна считаться вполне загадочной; въ этихъ случаяхъ вскрытіе обыкновенно не даетъ намъ никакихъ разъясненій.

11) Противугнилотный методъ, какъ и во всемъ остальномъ, громадно понизилъ смертность послѣ камнесѣченій; поэтому анти-

*) Ни одинъ изъ предложенныхъ за послѣднее время швовъ не долженъ быть примѣняемъ и «усовершенствованіе» шва должно быть оставлено, такъ какъ, дѣлаясь съ каждымъ усовершенствованіемъ все сложнѣе и труднѣе для выполненія, они могутъ привести къ тому, что шить пузырь вовсе перестанутъ. Шить слѣдуетъ кѣтгутомъ, обработаннымъ *ас. chromico* (по *Mikulicz*) и круглыми иглами (*Знаменскій*). Чѣмъ дольше оставлять катетръ *à demeure*, тѣмъ лучше.

септическая повязка, уходъ за пузыремъ и за оперированнымъ — лучшая гарантія счастливаго исхода операціи.

12) Подготовительное леченіе больного передъ операціей должно быть строго соблюдаемо. Оперировать въ безнадежныхъ случаяхъ — только дискредитировать себя и оперативный методъ.

13) Высокое камнесъченіе при маленькихъ камняхъ, хорошей мочѣ и непродолжительной болѣзни даетъ результаты худшіе, чѣмъ срединная литотомія; при камняхъ же средней величины и большихъ, при сносной, плохой мочѣ, продолжительныхъ страданіяхъ, лучшіе результаты получены при высокомъ камнесъченіи. Такой выборъ оперативныхъ методовъ даетъ намъ наилучшіе результаты, какіе мы можемъ только требовать отъ литотоміи.

14) Безпристрастный анализъ собраннаго матеріала указываетъ, что весьма многіе хирурги увлекаются высокимъ камнесъченіемъ; такъ есть не мало случаевъ, гдѣ операція выполнена ради удаленія камней вѣсомъ меньше 2 grm. и размѣрами меньше 2 сант.

Когда, уже давно предпринятая нами, работа была вполне окончена и выводы были извѣстны многимъ изъ товарищей, появилась диссертация д-ра *Яковлева* «Историческій и критическій обзоръ способовъ камнесъченія у мужчины». Почтенный авторъ собралъ какъ изъ русской, такъ и иностранной литературы 273 случ. высокаго камнесъченія доантисептического періода и 385 операцій антисептического періода.

На основаніи сравнительной оцѣнки боковаго, срединнаго и высокаго камнесъченій д-ръ *Яковлевъ* пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Съ введеніемъ въ хирургию противугниlostнаго способа леченія ранъ, смертность послѣ высокаго, боковаго и срединнаго камнесъченій значительно уменьшилась.

2) При камняхъ, величина которыхъ не превышаетъ 0,02 m. въ наибольшемъ діаметрѣ, лучшіе результаты по отношенію къ исходу даютъ промежностные способы камнесъченія: боковое и срединное.

3) При той же величинѣ камня срединное сѣченіе заслуживаетъ предпочтенія передъ боковымъ, потому что выполняется легче и реже оставляетъ послѣ себя функціональныя разстройства.

4) При камняхъ, гдѣ размѣръ наибольшаго діаметра колеблется

между 0,02 и 0,04 м., всё преимущества имѣть высокое сѣченіе передъ боковымъ.

5) При камняхъ, величина которыхъ превышаетъ 0,04 м., въ наибольшемъ діаметрѣ, наилучшіе результаты получены послѣ высокаго сѣченія.

Эти выводы, въ свою очередь, даютъ право сдѣлать такое заключеніе:

При современномъ состояніи хирургіи изъ трехъ способовъ камнесѣченія: высокаго, боковаго и срединнаго—должны быть примѣняемы только срединное и высокое сѣченіе.

Срединное сѣченіе нужно считать показаннымъ только при камняхъ, величина которыхъ не превышаетъ 0,02 въ небольшомъ діаметрѣ; высокое—во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, гдѣ размѣръ камня больше 0,02 въ наибольшемъ діаметрѣ.

Изъ 18 положеній автора 9 касаются высокаго и срединнаго камнесѣченій, а потому приводимъ ихъ.

1) Анатомическое положеніе наполненнаго пузыря и способъ *Garson-Petersen'a* исключаетъ въ большинствѣ случаевъ возможность пораненія брюшины при высокомъ сѣченіи.

2) Для устраненія мочеваго пропитыванія при высокомъ сѣченіи необходимо примѣнять или пузырьный шовъ, или послѣдовательное леченіе по способу *Trendelenburg-Ассендельфта*.

3) При выборѣ того или другаго способа для устраненія мочеваго пропитыванія: пузырьнаго шва или послѣдовательнаго леченія по *Trendelenburg-Ассендельфту*, нужно руководствоваться степенью патологическихъ измѣненій пузырьной стѣнки.

4) При современномъ состояніи техники пузырьнаго шва послѣдовательное леченіе по способу *Trendelenburg-Ассендельфта* даетъ лучшіе результаты, чѣмъ сшиваніе пузыря.

5) Пузырный шовъ при высокомъ сѣченіи представляетъ идеальное средство для устраненія мочеваго пропитыванія; поэтому усовершенствованіе техники шва должно быть задачей современнаго хирурга.

6) Когда техника пузырьнаго шва достигнетъ извѣстнаго совершенства, высокое сѣченіе пузыря вытѣснитъ всё остальные способы камнесѣченія.

7) Высокое камнесѣченіе оставляетъ послѣ себя очень рѣдко функціональныя разстройства.

8) Правильно произведенное срединное сѣченіе исключаетъ совершенно нарушеніе цѣлости пузырной шейки.

9) При срединномъ сѣченіи камни должны быть извлекаемы цѣликомъ.

Какъ видно, выводы, полученные нами, весьма близко подходятъ къ выводамъ д-ра *Яковлева*. Такое тождество въ результатахъ двухъ изслѣдованій, производившихся совершенно независимо другъ отъ друга, можетъ только порадовать д-ра *Яковлева* и насъ. Оно служитъ лучшимъ доказательствомъ, что указанные выше выводы изъ оцѣнки матеріала по вопросу о высокомъ камнесѣченіи — вѣрны и заслуживаютъ вниманія, такъ какъ—близки къ истинѣ.

Заканчивая работу, считаемъ пріятнымъ долгомъ выразить нашу искреннюю благодарность: проф. *Боброву*, *Кузьмину*, *Склифосовскому*, д-рамъ: *Батманову*, *Войно*, *Гагенъ-Торнъ*, *Герасимовичу*, *Догадкину*, *Кадіану*, *Кармилову*, *Кятлинскому*, *Лингенъ*, *Макавьеву*, *Миславскому*, *Мультановскому*, *Надеждину*, *Орловскому*, *Пенкину*, *Потоцкому*, *Путохину*, *Радуловичу*, *Русанову*, *Салищеву*, *Салтыкову*, *Турнеръ*, *Троянову*, *Чеботареву*, *Шмитцъ* и *Эберманъ* за доставку свѣдѣній о своихъ неопубликованныхъ случаяхъ высокаго камнесѣченія.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Чистовичъ. Очерки изъ исторіи русск. медіц. учреждений XVIII ст. СПБ. 1870.
- 2) Чистовичъ. Московскіе операторы каменной болѣзни. Тамъ-же. Стр. 346—360.
- 3) Грумъ. Другъ Здравія. 1834 г., № 21, стр. 126. Тоже и въ 1847 г. въ статьѣ того-же автора «Каменная болѣзнь».
- 4) Ф. Г. Ушаковъ. Медицинскій Вѣстникъ. 1865, № 3.
- 5) Пеликанъ. Камнеотъченіе у женщинъ. Дис. СПБ. 1872.
- 6) Пироговъ. Начала общей военно-полевой хирургіи. 1865. Ч. I.
- 7) Малышевъ. Замѣтка въ видѣ корреспонденціи. Другъ Здравія. 1833 г., № 19.
- 8) Иноземцевъ. Обзоръ операций, назначенныхъ въ каменной болѣзни. Воен. Мед. Журн. 1836.
- 9) Соломонъ. Операция удаленія камня изъ мочевого пузыря. Воен. Мед. Журн. 1837.
- 10) Малаховъ. Краткая записка о числѣ калькулезныхъ въ Московской Маріинской больницѣ за 30 л. Другъ Здравія. 1837.
- 11) Bassow. De lithiasi vesicae urinariae in genere et in specie de extractione calculi per sectionem perinei. 1841. Москва.
- 12) Караваевъ. Другъ Здравія. 1842, 1843 гг. Стр. 362 и 66.
- 13) Буальскій. Анатомио-хирургическія таблицы по вырѣзыванію и раздробленію камней. СПБ. 1852.
- 14) Медвѣдевъ. О примѣненіи различныхъ методовъ операціи литотоміи. Моск. Врачеб. Вѣд. 1874—75. №№ 27, 28.
- 15) Дуброво. Засѣданіе Общества Русскихъ Врачей. 1875. № 10.
- 16) В. Максимовъ. Опыты примѣненія струнныхъ нитей для пузырярнаго шва при эпицистотоміи. Дис. СПБ. 1876.
- 17) Круглевскій. Эпицистотомія. Современное значеніе ея въ теоріи и практикѣ. Воен. Медіц. Журн. 1877.
- 18) Henle. Handbuch der systemat. Anatomie des Menschen. Band. 2. 1875 г.
- 19) Таренецкій. Топографическое описаніе собственно подчревной области. Дис. 1874. СПБ.
- 20) Günther. Lehre von den blutigen Operat. am. menschl Körper. 4 Abt. Leipzig. 1860.

- 21) Лингартъ. Руководство къ оператив. хирургіи. Перев. Вишневаго и Бѣлина. Москва. 1877.
- 22) Günther. Der hohe Steinschnitt seit seinem Ursprunge bis zu s. jetzigen Ausbildung. Leipzig. 1851.
- 23) Dulles. Supra-pubic Lithotomy. The amer. journal of med. science 1875. July (Реф. въ Centralbl. für Chirurgie, № 13, 1876).
- 24) Erichsen. The science and art of surgery. 1861, стр. 1010.
- 25) Gringau. Virchow's Jahresber. 1867. Band. 2, стр. 180.
- 26) Thompson. Traité pratique des maladies des voies urinaires. Paris. 1874.
- 27) Dolbeu. Virchow's Jahresb. 1874. Band 2, стр. 291.
- 28) Vermon. Virchow's Jahresb. 1874. l. c.
- 29) Левшинъ. Опытъ примѣненія Листеровскаго метода при операціяхъ и перевязкѣ ранъ въ Казанской земской больницѣ. Воен. Медиц. Журн. 1877 г.
- 30) Макавѣевъ. Десять случ. высокой литотоміи. Медиц. Вѣстникъ. 1879. №№ 23—32.
- 31) Орловъ. Повторная литотомія. Медиц. Обзор. 1880. Стр. 727—730.
- 32) Глазуновскій. Врачеб. Вѣдом. 1880. №№ 449, 450.
- 33) Захаревичъ. Врачъ. 1882. № 38.
- 34) Головачевъ. Къ вопросу о высокой литотоміи. Медиц. Обзор. 1884 № 1.
- 35) Макавѣевъ. О высокой литотоміи. Медиц. Обзор. 1884. № 3.
- 36) Макавѣевъ. Къ казуистикѣ высокаго камнеиссѣченія съ наложеніемъ пузырнаго шва. Врачъ. 1884 № 13.
- 37) Знаменскій. О частичномъ иссѣченіи стѣнокъ мочевого пузыря. Медиц. Обзор. 1884. № 2.
- 38) Никольскій. Медиц. Вѣст. 1884. №№ 13, 14.
- 39) Вережкинъ. Lithiasis и lithotomia у дѣтей. Медиц. Вѣст. 1884. №№ 21—29.
- 40) Поповъ. Къ вопросу о высокомъ камнеиссѣченіи. Русская Медицина. 1884. №№ 35, 36.
- 41) Поповъ. Еще случай высокаго камнеиссѣченія съ примитивнымъ леченіемъ. Русская Медицина. 1884. № 46.
- 42) Эберманъ. Къ вопросу о надлонной литотоміи. Проток. Рус. Хирург. Об-ва Пирогова. 20—1. 1884.
- 43) Эберманъ. Къ вопросу операціи камней у женщинъ. Проток. Рус. Хирург. Об-ва Пирогова. 1884.
- 44) Мининъ. Къ казуистикѣ пузырнаго шва послѣ высокаго камнеиссѣченія. Хирург. Вѣст. 1885. Мартъ.
- 45) Вельяминовъ. Примѣчаніе къ статьѣ Минина. Хир. Вѣст. 1885. Мартъ.
- 46) Тилингъ. Ueber s. alta mit Blasennaht. Petersb. medic. Wochenschr. 1885. № 4.
- 47) Лингенъ. Petersb. medic. Wochenschr. 1885. № 12.
- 48) Орловскій. Gazeta lekarska. 1885. № 1. Рефер. въ Хирург. Вѣст. 1885. Мартъ. Также Centralbl. f. Chirurgie. 1875. № 51.

49) Янишевскій. Przyczynek do operacyi wysokiego czyli nadłonowego ciecia pecherza moczowego. Medycyna. 1885. №№ 51, 52. Тоже Centralbl. f. Chirurgie. 1886. № 12.

50) Склифосовскій. Надлобковое сѣченіе пузыря (sectio alta). Лѣтопись Хирур. Об-ва. 1885. № 6.

51) Павловъ. Отчетъ по хирург. дѣятельности въ Александр. и Св. Троицкой общинахъ въ СПб. Хирур. Вѣст. 1885. Декабрь.

52) Родзевичъ. 65 случ. высокаго камнесѣченія въ Россіи. Земская Медиц. 1885.

53) Ассендельфтъ. Chirurg. Erfahrungen eines Landarztes. Дис. Дерптъ. 1883.

54) Родзевичъ. Еще старые и новые случаи высокаго камнесѣченія въ Россіи. Земская Медиц. 1885.

55) Кранцфельдъ. Пузырный шовъ; его значеніе при внутрибрюшинныхъ раненіяхъ пузыря и при высокомъ камнесѣченіи. Врачъ. 1885. №№ 23—25.

56) Введенскій. О срединной литотоміи по Allarton'у и Dolbeau. Дневникъ 1-го Сѣзда Русскихъ Врачей. Подробная статья въ Хирург. Вѣстн. Мартъ и Апрель.

57) Введенскій. Къ вопросу о діагностикѣ и оперативномъ леченіи опухолей мочевого пузыря у мужчинъ. Дневникъ 1-го Сѣзда Русск. Врачей.

58) Кадіянъ. О верхней литотоміи у дѣтей до 5-ти лѣт. возраста. Дневникъ 1-го Сѣзда Русскихъ Врачей.

59) Эберманъ. Дневникъ 1-го Сѣзда Русскихъ Врачей.

60) Шмитцъ. О высокомъ камнесѣченіи у дѣтей. Дневникъ 1-го Сѣзда и Хирур. Вѣстн. 1886. Февраль.

61) Häusinger. Ueber den median. Steinschnitt. Heidelberg. 1878.

62) Эберманъ. Объ измѣненномъ методѣ высокаго камнесѣченія. Дневникъ 1-го Сѣзда и Хирур. Вѣст. 1885. Ноябрь.

63) Синицынъ. Оцѣнка промежностнаго и высокаго сѣченія при камняхъ мочевого пузыря. Дневникъ 1-го Сѣзда Русскихъ Врачей.

64) Монастырскій. Дневникъ 1-го Сѣзда Русскихъ Врачей.

65) Акимовъ. Случай lithotomiae suprapubicae. Русская Медицина. 1886. №№ 27 и 28.

66) Асмутъ. Fall von Blasenstein. Petersb. medic. Wochenschr. 1886. № 47.

67) Васильевъ. Къ казуистикѣ цистотоміи. Хирург. Вѣст. 1886.

68) Войно. Случай высокаго камнесѣченія. Проток. Об-ва Одесскихъ врачей. 1886. № 13.

69) Миславскій. 8 случ. высокаго камнесѣченія въ статьѣ Родзевича „Каменная болѣзнь на сѣверѣ Россіи“ Хирур. Вѣстн. 1886. Сентябрь и Октябрь.

70) Пенкинъ. Случай высокаго камнесѣченія въ земской практикѣ. Врачъ. 1886. № 12.

71) Подрезъ. Отчетъ о дѣятельности моей хирургической лечебницы. Хирур. Вѣстн. 1886. Сент. и Октябрь.

72) Путохинъ. Случ. высокаго камнесѣченія. Медиц. Обзор. 1886. № 17.

73) Розенбаумъ. Годовой отч. по хирург. отд. Михайловской Тифлис. больницы. Медич. Сборникъ Кавказ. Медич. Об-ва 1886. № 40.

74) Соколовъ. Четыре случая высокаго камнесъченія. Хирург. Вѣстн. 1886.

75) Соломна. О высокомъ камнесъченіи: двѣ операциі надлобковымъ разрѣзомъ. Медич. Сборникъ Кавказ. Медич. Об-ва. 1886. № 42.

76) Тилингъ. Ueber eine kleine Modification der. Blasennaht. Petersb. med. Wochenschr. 1886. № 1.

77) Березкинъ. 59 случаевъ высокаго камнесъченія у дѣтей. Труды II-го Съѣзда Русск. Врачей. Т. I.

78) Никольскій. Объ операціяхъ камнесъченія. Труды II-го Съѣзда Русск. Врачей. Томъ I. 1887.

79) Склифосовскій. Шовъ мочевого пузыря при надлобковомъ съченіи. Труды II Съѣзда Русск. Врачей. Томъ I. Врачъ. 1887. № 10.

80) Ващенко. Восемь случаевъ высокаго камнесъченія. Труды II Съѣзда Русск. Врачей. Томъ I.

81) Boucheau. De l'hémorrhagie dans l'opération de la taille. Thèse. Paris. 1881 г.

82) Грузенбергъ. Вопросъ о камнесъченіи на Второмъ Съѣздѣ Русск. Врачей въ Москвѣ. Практич. Медицина. 1887. Февраль.

83) Ассендельфъ. Къ статистикѣ высокаго камнесъченія. Врачъ 1887. №№ 16—23.

84) Розенталь. 400 боковыхъ камнесъченій. Врачъ 1886. №№ 25—32.

85) Кадлянь. Отчетъ о дѣятельности хирургическаго отдѣленія Симбирской земской больницы за 1886 г. Хирургич. Вѣстникъ 1888. Июль и Авг.

86) Вдовиновскій. Антисептика при операціяхъ надъ мочевыми органами. Хирург. Вѣстн. 1887. Июль и Августъ.

87) Богдановскій. Каменная болѣзнь. Сиб. 1887.

88) Bergmann. Verhandlungen d. deutschen. Gesells. f. Chirur. Berlin. 1886.

89) Асмуть. Petersb. medic. Wochenschr. 1887. № 37.

90) Богаевскій. Къ казуистикѣ высокаго камнесъченія. Три случая sectionis altae. Русская медицина 1887. стр. 339.

91) Грубертъ. Zur Casuistik der Blasennaht nach sectio alta. Petersb. medic. Wochenschr. 1887. № 32.

92) Ивановъ. Четыре случая высокой литотоміи. Медич. Обзоріе. 1887. № 19.

93) Пенкинъ. Шесть случаевъ высокаго камнесъченія. Медич. Обзоріе. 1887. № 1.

94) Путохинъ. Еще случай высокаго камнесъченія. Медици. Обзоріе. 1887. № 1.

95) Путохинъ. Къ казуистикѣ высокаго камнесъченія. Проток.-Засѣданій Об-ва калужскихъ врачей за 2-ю половину 1887 г. Засѣданіе 17-го Октября.

96) Барциковскій. Два случая высокаго камнесъченія (Sectio alta). Русская Медич. 1888. № 5.

97) Нѣтлинскій. Два случая высокаго камнесъченія. Медич. Обзоріе. 1888. № 20.

98) Милевскій. Къ вопросу о мочевыхъ камняхъ у женщинъ. Врачъ. 1888. № 19, 10.

99) Мультиановскій. Случай высокаго камнепеченія съ крестообразнымъ разрывомъ пузыря при громадномъ камнѣ. Врачъ. 1888. № 49.

100) Русановъ. Къ статистикѣ высокихъ камнепеченій. Врачъ. 1888. № 8.

101) Салищевъ. Боковое камнепеченіе въ анатомо-хирургич. отношеніи. Засѣд. Об-ва Рус. Врачей 14 Апрѣля 1888.

101) Сегаль. Два случая высокаго камнепеченія. Медицинск. Обзоръ 1888. № 6.

103) Тернеръ. Засѣданіе С.-Петербур. Медич. Об-ва 5 Апрѣля 1888.

104) Янсенъ. Casuistisches über Fremdkörper. Protok. der Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga. Засѣд. 7 Октября 1887. Рефератъ въ Petersb. medic. Wochenschr. 1888 № 1.

105) Подрезъ. Руководство къ оперативной хирургіи проф. Löbker.

106) Flury. Ein Beitrag z. Geschichte und Statistik des h. Steinschnitts von 1851—1878. Tübingen. 1879.

107) Schmitz. Erfahrungen über die Steioperationen an Kindern. Arch. f. klin. Chirurgie. Band. XXXIII.

108) Garcin. Contribution clin à l'étude de la cytotomie sus-pubienne avec statistique comprenant les années 1879—1883. Strasbourg. 1884.

109) Tuffier. De la taille hypogastrique. Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1884.

110) Родзевичъ. Каменная болѣзнь на сѣверѣ Россіи. Хирург. Вѣстн. Сентябрь и Октябрь 1886.

111) Якимовъ. Историческій и критическій обзоръ способовъ камнепеченія у мужчины. Дис. Москва 1888.

112) Ящинскій. Нѣсколько словъ по поводу одного случая lithotomiae altae съ наложеніемъ шва на мочевой пузырь. Хирург. Вѣстн. 1887.

113) Введенскій. Къ вопросу о патологій и леченіи полипозныхъ новообразованій мочевого пузыря. Хирург. Вѣстн. 1887. Ноябрь и Декабрь.

114) Garson. Dislocation der Harnblase und des Peritoneum bei Ausdehnung des Rectum. Arch. f. Anatomie 1878.

115) Petersen. Ueber sectio alta. Archiv f. klin. Chirurgie. 1880. Band XXV, Heft 4.

116) Langenbuch. Lithotomie und Antiseptik. Archiv f. klin. Chirurgie. 1881. Band XXV, Heft 1.

117) Bouley. Etude hystor. expériment. et critique de la taille hypogastrique. 1883. Thèse de Paris.

118) Duschastelet. De la cystorrhaphie hypogastrique. Revue de Chirurgie. 1883. № 2.

119) Mannheim. Ueber den hohen Steinschnitt bei Kindern. Inaug. Diss. Berlin. 1884.

120) Fehleisen. Ueber die Verschiebung der Harnblase bei der Tampnade des Rectum. Archiv f. klin. Chirurgie. Band XXXII, Heft 3.

121) Батуевъ. Анатомическія и хирургическія изслѣдованія мочевого пузыря и мочеиспускательнаго канала. Дис. 1887. Спб.

- 122) **Thompson.** Надлобковая операция при открытіи пузыря для извлечения камня и опухолей. 1886. Перев. д-ра Введенскаго. Москва 1886.
- 123) **Tillaut.** Руководство къ топографической анатоміи въ примѣненіи къ хирургіи. Спб. 1884.
- 124) **Günther.** Ueber die sicherste Methode den h. Steinschn. zu machen *Journal f. Chirurgie v. F. Walther.* 1848. стр. 315 и 337.
- 125) **Lotzbeck.** Hoher Steinschnitt und Blasennath. *Deut. Klinik.* 1858. № 15.
- 126) **Гепнеръ.** Краткое руководство оперативной хирургіи. Вып. II. 1880.
- 127) **Vincent.** Plaies pénétrantes intrapéritonéales de la vessie. *Revue de chirurgie.* 1881.
- 128) **Iulliard.** Riss der Harnblasse. Blasennaht. Heilung. *Archiv f. klin. Chirurgie.* 1882. Band XXVIII, Heft 2.
- 129) **Willy Meyer.** Ueber die Nachbehandlung des hohen Steinschnittes. *Archiv f. klin. Chirurgie.* 1884. Band XXXI. Heft 3.
- 130) **Gezav. Antal.** Eine modificirte Sectio alta. *Archiv f. klin. Chirurgie.* 1885. Band XXXII, Heft 2.
- 131) **Brenner.** Die Blasennaht. Eine experiment. Studie. *Archiv f. klin. Chirurgie.* 1887. Band XXXV, Heft I.
- 132) **Недзведзкій.** Къ вопросу о швѣ пузыря при высокомъ камнесъченіи его. *Хирург. Вѣстн.* Май и Іюнь 1888.
- 133) **Rydygier.** Eine neue Methode der Sectio alta. *Wien. med. Wochen.* № 15, 16, 17. 1888.
- 134) **Mikulicz.** XIII Congress der Deutschen Chirurgen.
- 135) **Smits.** Vergleichende Beurtheilung der verschied. Methoden des Steinschnitts bei Männer. Tübingen. 1888.
- 136) **Langenbuch.** Die Sectio alta subpubica. 1888. Berlin.
- 137) **Надеждинъ.** Матеріалы для оцѣнки срединнаго камнесъченія по *Dolbeau-Allarton'y.* *Хирург. Вѣстн.* 1888.

Рглавленіе.

Введеніе.	
Глава I. Историческій и литературный обзоръ вопроса о высокомъ камнеѣченіи въ Россіи	1—95
Глава II. Таблица случаевъ высокаго камнеѣченія доантисептическаго и антисептическаго періодовъ.	1—156
Глава III. Оцѣнка собраннаго матеріала.	
1. Возрастъ, полъ и продолжительность болѣзни оперированныхъ; распредѣленіе собраннаго матеріала на VI группъ	95
2. Способы операціи. Осложненія	100
3. Уходъ за раной брюшной стѣнки	130
4. Уходъ за раной пузыря: а) дренажъ пузыря, б) дренажъ пузыря и предпузырнаго пространства, в) дренажъ только предпузырнаго пространства, д) полный шовъ пузыря, частичный шовъ пузыря, е) пришиваніе краевъ пузырьной раны къ краямъ раны брюшной стѣнки, ф) особые случаи	132
5. Составъ, вѣсъ и размѣры извлеченныхъ камней	180
6. Повязка	184
7. Послѣоперационный періодъ	185
8. Исходъ операціи	192
Глава IV. Очеркъ оперативныхъ методовъ высокаго камнеѣченія. Лучшій методъ операціи	204
Глава V. Сравнительная оцѣнка боковаго, срединнаго и высокаго камнеѣченій	215
Выводы	228
Литература	233

ПОЛОЖЕНІЯ.

- 1) Боковое камнесъченіе должно быть оставлено вовсе; срединное и высокое камнесъченія даютъ лучшіе результаты.
- 2) Оперировать маленькіе камни высокимъ разрѣзомъ, равно большіе срединнымъ, — не слѣдуетъ, хотя бы при этомъ послѣднемъ извлеченію камня и предшествовало дробленіе. Тщательное измѣреніе камня должно лежать въ основѣ выбора метода камнесъченія, такъ какъ только при немъ возможенъ правильный выборъ.
- 3) Срединное камнесъченіе Allarton-Dolbeau допускаетъ предложенное нами усовершенствованіе: въ извѣстныхъ случаяхъ выгода сшиванія раны послѣ такой литотоміи этажнымъ швомъ — сама собой понятна.
- 4) Надо думать, что современемъ число камнесъченій уменьшится, такъ какъ litholaxia, эта идеальная операція, сдѣлается достояніемъ большинства хирурговъ. Пока же она, въ силу различныхъ условій, доступна немногимъ.
- 5) Установить опредѣленное правило для выбора оперативнаго метода при эмпіемъ — трудно. Въ военной практикѣ, при условіи ранней операціи, нѣтъ надобности дѣлать резекцію ребра; достаточно широкаго разрѣза. Послѣ перваго тщательнаго промыванія полости плевры слѣдуетъ удерживаться отъ промываній, такъ какъ нерѣдко они вызываютъ повышеніе т-ры, одышку, кашель и бессонницу. Повязка должна быть смѣняема возможно рѣже.
- 6) Промываніе колѣннаго сустава тѣмъ или другимъ антисептическимъ растворомъ при неподдающихся обыкновенному леченію серозныхъ воспаленій его (болѣзни весьма частой въ войскахъ), обыкновенно дающее отличный результатъ, можетъ быть возведено въ общій методъ леченія этого процесса лишь

только тогда, когда будет достоверно выяснено: бывают ли послѣ такого леченія возвраты болѣзни, какъ они часты и какъ быстро наступаютъ.

- 7) Вопросъ о раннихъ резекціяхъ при бугорковомъ пораженіи суставовъ можетъ быть рѣшенъ съ положительностью только тогда, когда защитники консервативнаго метода леченія представляютъ достаточно полную и научно разработанную статистику своего матеріала.
- 8) Всякія резекціи должны дѣлаться подѣ Эсмарховымъ бинтомъ. Только на обезкровленной конечности всего скорѣе можно рассчитывать на успѣхъ операціи, такъ какъ при обратномъ условіи легко могутъ быть просмотрѣны небольшія болѣзненныя гнѣзда, которыя дадутъ толчекъ къ рецидиву. Послѣдствительныхъ кровотеченій послѣ Эсмархова бинта бояться нечего.
- 9) Преподаваніе въ Академіи зубныхъ болѣзней и операцій, массажа, ортопедіи, врачебной гимнастики—должно быть значительно расширено; практическое изученіе этихъ предметовъ—крайне желательно.
- 10) Первичная повязка на полѣ сраженія должна быть сухая-антисептическая.
- 11) Антисептическая повязка должна быть закономъ введена въ военно-лечебныя заведенія, для чего отпускъ нѣкоторыхъ лекарствъ и перевязочнаго матеріала долженъ быть измѣненъ. Перевязывать въ палатахъ должно быть запрещено закономъ. Примѣръ нѣкоторыхъ кавказскихъ лечебныхъ заведеній показываетъ, что устройство, помимо операціонной, особой перевязочной камнаты, а также антисептическая обстановка хирургическихъ отдѣленій, всегда возможны безъ особенно большихъ затратъ.
- 12) Каталогъ инструментовъ военно-лечебныхъ заведеній долженъ быть значительно дополненъ, такъ какъ они вовсе не имѣютъ многихъ крайне необходимыхъ инструментовъ. Въ военно-лечебныя заведенія должны быть разосланы инструменты для пломбированія зубовъ.

Curriculum vitae.

Николай Викторович Соломка, сынъ инженера путей сообщенія, православнаго вѣроисповѣданія, родился 1-го марта 1856 г. въ Екатеринославской губ. По окончаніи курса въ Нижегородской классической гимназіи, поступилъ въ 1875 г. въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Медико-хирургическую Академію, гдѣ окончилъ курсъ въ 1881 г. лекаремъ съ отличіемъ. Во время русско-турецкой войны, будучи студентомъ 2-го курса, выдержалъ въ С.-Петербургской Военно-Фельдшерской школѣ экзаменъ на фельдшера старшаго разряда для военнаго времени и въ качествѣ лекарскаго помощника служилъ въ Летучемъ Санитарномъ Отрядѣ ГОСУДАРЫНИ ИМПЕРАТРИЦЫ, при гвардейскомъ корпусѣ, въ составѣ котораго находился на театрѣ военныхъ дѣйствій. По окончаніи курса наукъ въ Академіи, назначенъ врачомъ для командировокъ VI разряда при Кавказскомъ Окруж. Воен. Медич. Управленіи; вскорѣ зачисленъ въ 153 пѣх. Бакинскій полкъ, а затѣмъ въ штатъ Александропольскаго военнаго госпиталя. Въ 1883 г. переведенъ въ Владикавказскій военный госпиталь. Въ Маѣ 1885 г. назначенъ старшимъ ординаторомъ Закаспійскаго № 1 военно-временнаго госпиталя, въ составѣ котораго, по декабрь того же года, находился въ укрѣпленіи Серахсъ, Закаспійской области. Передъ расформированіемъ госпиталя командированъ въ Тифлисскій военный госпиталь. Въ 1886 и 1887 гг. былъ избранъ сперва вторымъ, а затѣмъ первымъ секретаремъ ИМПЕРАТОРСКАГО Кавказскаго Медицинскаго Общества. Въ 1887 г. командированъ на казенный счетъ въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію для усовершенствованія въ хирургіи; въ теченіи 1887—1888 учебнаго года сдалъ экзаменъ на доктора медицины. Въ декабрѣ 1888 г. назначенъ старшимъ ординаторомъ Сурамскаго военнаго госпиталя.

Кромѣ работы, представленной на соисканіе степени доктора медицины, имѣетъ еще слѣдующія:

1) Случай менингита отъ неизвѣстныхъ причинъ. Проток. Кавк. Медич. Общества. 1883.

2) Случай злокачественной прогрессивной анэміи. Врачебныя Вѣдомости. 1883.

3) Къ казуистикѣ *meningitidis tuberculosaе*. Прот. Кавк. Медич. Общества. 1884.

4) Рѣзкое опуханіе ограниченнаго участка грудной стѣнки, соотвѣтственно гангренисцировавшейся части легкаго. Прот. Кавк. Медич. Общества. 1885.

5) Къ казуистикѣ операций *thoracocentesis*. Хирург. Вѣстн. 1885.

6) Къ вопросу объ оперативномъ леченіи эмпіемъ. Медич. Обзорѣніе. 1885.

7) О высокомъ камнесѣченіи; двѣ операціи надлобковымъ разрѣзомъ. Сбор. Кавк. Медич. Общества. № 42, 1886.

8) Отчетъ о дѣятельности Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества за 1886—87 гг. Проток. Кавк. Медич. Общества.

9) Отчетъ по хирургическому отдѣленію Тифлискаго военнаго госпиталя за 1886 г. Хирург. Вѣстникъ. 1889.

10) Матеріалъ для оцѣнки высокаго камнесѣченія. Анализъ 491 случ. операціи въ Россіи. Дневникъ 3 Съѣзда Русскихъ Врачей. 1889.

11) Возможное усовершенствованіе срединнаго камнесѣченія по Allarton-Dolbeau. Дневникъ 3 Съѣзда Русскихъ Врачей. 1889.



