

47.122^a

Н. В. Копыловъ.

Шовъ пузыря

при

операциі каменной болѣзни

по наблюденіямъ въ Пензенской больницѣ.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины.

Официальные оппоненты:

Проф. д-ръ В. В. Кохъ, проф. д-ръ А. С. Игнатовскій и проф. д-ръ В. Г. Цѣге фонъ Мантейфель.



Юрьевъ.

Типографія К. Маттисена.

1901.

141.741

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго факультета
ИМПЕРАТОРСАГО Юрьевскаго Университета.

Г. Юрьевъ, 16 ноября 1901 года.
№ 1405.

Деканъ: В. Курчинскій.

D.159408

Оглавленіе.

	стр.
1. Историческій очеркъ	6
2. Собственныя наблюденія	29
I. Операциі съ наложеніемъ шелковаго шва . . .	34
II. „ съ швомъ Разумовскаго	48
III. „ съ упрощеннымъ металлическимъ швомъ	63
IV. „ съ неполнымъ швомъ	76
3. Заключение	87
4. Литература	90
5. Положенія	94

Высокое сѣченіе, сдѣланное впервые лозанскимъ хирургомъ П. Франкомъ въ XVI столѣтіи, производилось рѣдко и давало столь плохіе результаты, что въ 1720 году во Франціи парламентъ воспретилъ врачамъ производство этой операціи. По статистикѣ Günther'a¹⁾ въ XVIII столѣтіи операція эта была произведена 156 разъ.

Еще въ XVII-мъ столѣтіи голландскій хирургъ Cornelius Solingen²⁾, одинъ изъ первыхъ сторонниковъ высокаго сѣченія, совѣтовалъ въ заключеніе операціи соединять рану швомъ. По его словамъ „сквозныя раны пузыря заживаютъ очень хорошо въ передней его части, благодаря склейкѣ стѣнокъ, соединяемыхъ на манеръ того, какъ это дѣлается при гастрорафіи.“ Какъ производилъ шовъ пузыря Solingen, онъ не описываетъ, а потому намъ это неизвѣстно.

Въ XVIII-мъ столѣтіи упоминаютъ о швѣ пузыря Joh. Voit³⁾ и Ben. Belle⁴⁾, который настоятельно совѣтуетъ накладывать шовъ на пузырьную рану.

Больше вниманія вопросу о швѣ пузыря стали посвящать лишь въ XIX-мъ столѣтіи, въ началѣ коего, а именно въ 1807 появилось сочиненіе Gehler'a⁵⁾, который рекомендовалъ сшивать сперва края пузырьной раны между собою, а

затѣмъ соединить ихъ съ краями кожной раны. Такого рода шовъ, по мнѣнію Gehler'a, будетъ не допускать затека мочи въ рану и нисколько не будетъ препятствовать отпращивленію мочевого пузыря, какъ полагали нѣкоторые.

Лишь 20 лѣтъ спустя, въ 1826 году Pinel Grandchamps⁶⁾ представилъ въ Парижскую Медицинскую Академію работу, въ которой пытался рѣшить вопросъ о швѣ пузыря экспериментальнымъ путемъ на животныхъ. Онъ установилъ важный фактъ, что раны пузыря могутъ заживать при извѣстныхъ условіяхъ *per primam intentionem*. Pinel Grandchamps употреблялъ скорняжный шовъ, проводя его черезъ всю толщину пузырной стѣнки. Кожная рана не зашивалась и могла служить для наблюденія за состояніемъ зашитой раны пузыря. По истеченіи нѣкотораго времени шовъ удалялся, чтобы избѣжать на немъ отложенія солей, которые могли-бы послужить ядромъ для новаго камня.

Практически вопросъ о примѣненіи пузырнаго шва при каменной болѣзни былъ рѣшенъ профессоромъ Брунсомъ въ 1857 году. По удаленіи камня у мальчика 11 лѣтъ края пузырной раны были соединены 4 узловыми швами, захватывавшими стѣнки пузыря безъ слизистой оболочки. Вставленъ былъ постоянный катетеръ, который извлекли на 10-й день. Швы были сняты на 7-й, день и рана пузыря зажила первымъ натяженіемъ безъ просачиванія мочи, а наружная рана зажила въ теченіи 3-хъ недѣль. Въ слѣдующемъ году въ той-же клиникѣ были оперированы 2 случая и все они описаны д-ромъ Lötzbek'омъ⁷⁾. Согласно этому описанію самый шовъ накладывался такъ: операторъ, ставъ слѣва отъ больного, захватываетъ пузырь зубчатымъ пинцетомъ, оттягиваетъ вверхъ, кривой иглой при помощи иглодержателя прокалываетъ сначала одинъ край раны и выводитъ иглу чрезъ

другой, при чемъ слизистая оболочка не была захватываема. По наложеніи шва пузырь наполнялся водою, и если она не вытекала наружу, то шовъ былъ наложенъ надлежащимъ образомъ. Брюшная рана все время оставалась открытой и заживала чрезъ нагноеніе.

Эти, столь обстоятельно описанные случаи, измѣнили взглядъ нѣкоторыхъ выдающихся хирурговъ на примѣнимость пузырнаго шва, такъ Bagdeleben⁸⁾, противникъ шва, высказалъ мнѣніе, что, съ усовершенствованіемъ техники наложенія пузырнаго шва въ будущемъ будутъ получаться еще лучшіе результаты.

Несмотря на столь удачные исходы операций Брунса, примѣръ его не нашелъ подражателей до того времени, когда введеніе антисептики, можно сказать, совершенно измѣнило взглядъ хирурговъ на раны и ихъ леченіе.

Въ 1874 году примѣнилъ шовъ пузыря д-ръ Дуброво⁹⁾, зашивши пузырь въ 2-хъ случаяхъ послѣ высокаго сѣченія, и въ одномъ изъ нихъ рана пузыря зажила первымъ натяженіемъ. Основываясь на своихъ наблюденіяхъ, д-ръ Дуброво высказалъ мнѣніе, что съ разработкой техники шовъ пузыря найдетъ широкое примѣненіе.

Сильное вліяніе на введеніе и распространеніе, какъ высокаго сѣченія, такъ и вмѣстѣ съ нимъ пузырнаго шва, оказалъ профессоръ Н. В. Склифасовскій, изъ клиники котораго въ 1876 году вышло экспериментальное изслѣдованіе д-ра Максимова¹⁰⁾ „О примѣненіи струнныхъ нитей для пузырнаго шва.“

Д-ръ Максимовъ производилъ опыты сшиванія пузыря на 22 собакахъ и 3-хъ кроликахъ. Летальный исходъ наблюдался у 9 животныхъ и обусловливался расхожденіемъ пу-

зырной раны, изліяніемъ мочи въ полость брюшины и развившимся затѣмъ перитонитомъ.

Главные причины неудачныхъ операцій состояли въ томъ, 1) что въ шовъ захватывались всѣ стѣнки пузыря вмѣстѣ со слизистой оболочкой и послѣдняя при затягиваніи шва помѣщалась между поверхностями разрѣза и препятствовала ихъ сращенію и кромѣ того 2) промежутки между швами оставались слишкомъ большіе, они растягивались еще больше при наполненіи пузыря, и моча могла проходить въ эти промежутки между швами.

У животныхъ, перенесшихъ операцію, рана пузыря найдена въ состояніи полного сращенія, такъ что полость его оказывается совершенно замкнутою.

Результаты своихъ наблюденій авторъ высказываетъ въ видѣ слѣдующихъ положеній:

1. Подъ вліяніемъ струннаго шва происходитъ полное возстановленіе пузырной стѣнки.

2. Возстановленіе это совершается путемъ заживленія *per primam intentionem*.

3. Примѣненіе шва-безусиѣнно, когда нить проведена чрезъ всю стѣнку со слизистой оболочкой включительно.

4. Разрушеніе и исчезновеніе отдѣльныхъ частей шва совершается неравномѣрно: раньше исчезаетъ лежащая въ проколѣ петля, позднѣе наружные узлы.

5. Процессъ распада и исчезновенія струны заканчивается въ проколахъ около 8-го дня, въ узлахъ около 24-го дня.

6. Присутствіе тонкихъ струнныхъ нитей не вызываетъ въ проколахъ нагноенія.

Prof. Albert¹¹⁾ въ 1876 году и Uitzman¹²⁾ въ 1879 году произвели высокое сѣченіе съ наложеніемъ шва, и въ обоихъ случаяхъ выздоровленіе наступило на 15 день.

Въ 1880 году Giosue-Morcassi¹³⁾ неудачно, а Swain¹⁴⁾ удачно наложилъ шовъ на пузырь, онъ зашилъ всю рану пузыря кѣтгутомъ, въ нижній уголокъ кожной раны былъ вставленъ дренажъ, причемъ рана зажила первымъ натяженіемъ на 13 день.

Въ томъ же году профессоръ Геннеръ¹⁵⁾ въ своей оперативной хирургіи при изложеніи высокаго камне-сѣченія совѣтуетъ накладывать на пузырь шовъ, какъ лучший способъ воспрепятствовать затеку мочи въ тазовую клѣтчатку. Свой шовъ, предложенный имъ для перинеорафіи, онъ считаетъ подходящимъ для закрытія ранъ пузыря. На практикѣ ему не удалось примѣнить этого шва.

Въ слѣдующемъ (1881 г.) вышла работа Vincent'a¹⁶⁾. На основаніи опытовъ, произведенныхъ на 29 собакахъ, онъ приходитъ къ заключенію, что можно вполне закрыть пузырь, если накладывать два ряда швовъ, первый на серозно-мышечный слой пузыря, не захватывая при этомъ слизистой оболочки, а второй надъ нимъ только на серозный, причемъ швы должны лежать тѣсно одинъ къ другому, оставляя промежутки не больше 2-хъ милл. Наложивши шовъ, экспериментаторъ наполнял пузырь окрашенной жидкостью, чтобы убѣдиться въ полной непроходимости, и, въ случаѣ просачиванія жидкости на соответственномъ мѣстѣ, накладывался новый шовъ.

Vincent отдаетъ предпочтеніе карболизированному шелку, указывая на ломкость и быстрое рассасываніе струнныхъ нитей. Онъ допускаетъ употребленіе кѣтгута лишь для 1-го погружного шва.

Въ 1882 году Julliard¹⁷⁾, случайно примѣнивъ шовъ пузыря по Lembert'y, совѣтуетъ шить кѣтгутомъ, начиная зашивать на 1 сант. выше раны. Уколы не должны прони-

кать чрезъ слизистую оболочку, такъ какъ моча можетъ проникать по ниткѣ.

Duschastelet¹⁸⁾ предложилъ накладывать предварительный шевъ посредствомъ особаго инструмента *cystorrhaphie*. Пузырь разрѣзается между затянутыми и приподнятыми швами. На практикѣ онъ этого шва не примѣнялъ.

Тогда же Pozzi¹⁹⁾ примѣнилъ узловый шовъ изъ кѣтгута, а Walter Atlee²⁰⁾ изъ шелка, и оба получили первое натяженіе и быстрое выздоровленіе.

Въ 1883 году вышла экспериментальная работа Bouley²¹⁾. Производя опыты на 5 собакахъ и, примѣняя во всѣхъ случаяхъ узловый шовъ, онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Накладывать швы нужно очень близко, чтобы разстояніе между ними не превышало 4 милл., и чтобы они проходили чрезъ всю толщю стѣнокъ до слизистой оболочки и не проникали бы чрезъ нее въ пузырь.

2. Вколъ и выколъ не слѣдуетъ дѣлать менѣе 8—10 милл. отъ краевъ раны.

3. Лучшимъ матеріаломъ слѣдуетъ считать карболизированный шелкъ. Далѣе авторъ приводитъ извѣстные ему случаи наложенія пузырьнаго шва. Кѣтгутъ былъ примѣненъ 11 разъ и въ 7 далъ отрицательный результатъ; карболизированный шелкъ 8 разъ съ 3 неудавшимися случаями, а металлическій шовъ и обыкновенная нитка 4 раза и всѣ съ полнымъ успѣхомъ. Всего 23 случая, изъ коихъ въ 13-ти раны пузыря зажили первымъ натяженіемъ.

Въ заключеніе Bouley признаетъ вопросъ о наложеніи шва открытымъ. Онъ предлагаетъ также производить предварительный шовъ, который накладывается такимъ образомъ: на растянутомъ и освобожденномъ отъ клѣтчатки пузырь дѣлается послонный разрѣзъ до слизистой оболочки,

затѣмъ на разстояніи 10 милл. отъ раны вкалываютъ иглу, выводятъ ее въ рану надъ слизистой оболочкой и вкалываютъ такимъ же образомъ въ другой край раны на разстояніи 10 мил. отъ раны. Когда всѣ швы наложены, нитки раздвигаютъ и разрѣзаютъ слизистую оболочку. По окончаніи операціи въ пузырь, затягиваютъ и завязываютъ нитки.

Д-ръ Знаменскій²²⁾, работа котораго изъ клиники проф. Склифасовскаго вышла въ 1884 году, производилъ опыты надъ резекціей пузырьной стѣнки. Онъ предлагаетъ узловый шовъ изъ кѣтгута на серозную и мышечную оболочки, не захватывая слизистой. Уколы должны дѣлаться очень близко, — около 2 мил. Сверхъ этихъ швовъ онъ накладывалъ скорняжный шовъ на одну серозную оболочку. Онъ совѣтуетъ при зашиваніи пузыря обращать вниманіе на углы раны, гдѣ чаще всего происходитъ просачиваніе мочи.

Въ 1885 г. вышелъ отчетъ профессора Е. В. Павлова²⁷⁾, въ которомъ онъ описываетъ пузырьный шовъ.

Онъ совѣтуетъ дѣлать, какъ можно меньше разрѣзъ пузыря. Швы накладываютъ часто на разстояніи 5—6 милл. на такомъ же разстояніи отъ краевъ раны. Профессоръ Павловъ предпочитаетъ карболизированный шелкъ, и неполнѣ зашиваетъ кожную рану, а въ нижній уголъ ея вставляетъ тампонъ.

Тогда же Кранцфельдъ²⁴⁾ производилъ опыты на собакахъ, а чтобы у нихъ сдѣлать положеніе пузыря похожимъ на такое же у человѣка, онъ удалялъ брюшину на передней стѣнкѣ пузыря. Шовъ онъ накладывалъ двухэтажный, нижній узловый, а верхній непрерывный. На основаніи этихъ наблюдений, онъ приходитъ къ заключенію, что пузырьный шовъ обезпечиваетъ отъ мочеваго пропитыванія лучше, чѣмъ всѣ другіе, предложенные для этой цѣли, способы.

Gesa von Antal²⁵) предложилъ сѣззатъ косо края раны пузыря, въ формѣ воронки, чтобы увеличить поверхность соприкосновенія ранъ. Онъ два раза примѣнялъ этотъ способъ съ полнымъ успѣхомъ.

Маковѣевъ²⁶) и Мининъ²⁷) сообщили по одному удачному случаю шва пузыря.

Tuffier²⁸) собралъ 22 случая шва пузыря, и изъ нихъ лишь въ 2-хъ случаяхъ получилъ первое натяженіе. Онъ и профессоръ Guyon высказываются противъ полнаго закрытія пузыря.

Д-ръ Шмитцъ²⁹) собралъ въ литературѣ 57 случаевъ шва пузыря при высокомъ сѣченіи, изъ коихъ въ 17-ти раны зажили первымъ натяженіемъ. На основаніи разбираемыхъ случаевъ д-ръ Шмитцъ лучшимъ матеріаломъ для шва считаетъ шелкъ и полагаетъ, что зашивать пузырь слѣдуетъ не во всѣхъ случаяхъ, такъ при сильномъ катаррѣ пузыря и очень тонкихъ стѣнкахъ его большею частью шовъ не удаётся.

Профессоръ Тилингъ³⁰) предлагаетъ двухэтажный шовъ. Глубокій шовъ, не захватывающій слизистой оболочки, состоитъ изъ ряда узловыхъ швовъ, поверхностный рядъ накладывается скорняжнымъ швомъ и захватываетъ лишь часть мышечной стѣнки. Онъ заходитъ за края раны вверху и внизу.

Тилингъ находитъ, что скорняжный шовъ: 1) увеличиваетъ плоскость соприкосновенія раны и не допускаетъ растяженія раны по длинѣ ея и такимъ образомъ защищаетъ глубокий шовъ при наполненіи пузыря. Этотъ способъ, примѣненный самимъ авторомъ 2 раза съ полнымъ успѣхомъ, нашелъ подражателей, и въ диссертациі Александра³¹) приведены 16 случаевъ шва пузыря, оперированныхъ по Тилингу, причемъ въ 7 получилось первое натяженіе.

Подробно разбираетъ вопросъ о примѣненіи шва пузыря профессоръ Склифасовскій³²). Онъ прежде всего предлагаетъ не прокалывать пузырь сразу, а производить правильный послойный разрѣзъ, чтобы избѣжать отслаиванія слизистой оболочки и получить правильную чистую рану. Шовъ накладывается катгуттомъ, не прокалывая слизистой оболочки. Первый рядъ швовъ состоитъ изъ стежковъ вкалываемыхъ по ранной поверхности съ каждой стороны, второй изъ стежковъ накладываемыхъ такъ: слѣва вкалывается игла черезъ наружную поверхность стѣнки пузыря, выкалывается на ранной поверхности; справа выкалывается на ранной поверхности, выкалывается на наружной поверхности стѣнки пузыря. Накладывая такіе швы въ перемежку на разстояніи $\frac{1}{2}$ cm. одинъ отъ другого, мы можемъ получить герметическое закрытіе раны пузыря. Въ этомъ легко убѣдиться, если сдѣлать вслѣдъ затѣмъ впрыскиваніе воды въ пузырь. При такомъ способѣ шиванія можно рассчитывать на сращеніе раны per primam intentionem. На практикѣ однако этотъ способъ далеко не оправдывалъ возложенныхъ на него надеждъ, какъ у самаго автора³³), такъ и у д-ра Яковлева³⁴) въ Тамбовской больницѣ.

Д-ръ Введенскій³⁵), возражая противникамъ пузырянаго шва, приводитъ статистику въ 66 случаевъ, гдѣ въ 22 случаяхъ получилось первое натяженіе, а Березкинъ³⁶) на 2-мъ сѣздѣ русскихъ врачей сообщилъ о 59 случаяхъ высокаго сѣченія, произведенныхъ д-ромъ Иршикомъ въ дѣтской больницѣ Св. Владиміра въ Москвѣ. Въ 20 случаяхъ былъ примѣненъ полный катгуттовый шовъ пузыря, въ 7 случаяхъ получилась prima intentio, въ остальныхъ же, хотя моча и просачивалась, выздоровленіе наступало быстро, отъ 2—3 недѣль.

Марьяшесъ³⁷⁾ полагаетъ, что герметическій пузырьный шовъ есть единственно вѣрное средство отъ мочевого пропитыванія тканей при операциі въ области пузыря.

Профессоръ Согона Auguste³⁸⁾ на основаніи цѣлаго ряда опытовъ надъ животными пришелъ къ заключенію:

1) Узловатый шовъ пузыря легко выполнимъ и закрываетъ рану герметически.

2) Лучшій матеріалъ есть катгутъ.

3) Разстояніе между швами не должно превышать 3 мил.

Вреннер³⁹⁾, ассистентъ профессора Vilguth'a, предложилъ кистетный шовъ. Когда пузырь обнажается, дѣлаются послонные разрѣзы до слизистой оболочки, затѣмъ слизистая оболочка отдѣляется отъ мышечнаго слоя и накладывается шовъ на 2 мил. отъ краевъ и 4 мил. отъ угловъ раны черезъ подслизистую ткань, не захватывая слизистой оболочки. Такимъ же образомъ кладется 2-й шовъ на мышечный слой пузыря, затѣмъ обѣ нити затягиваются, и рана закрывается на подобіе кистета. Въ 7 случаяхъ получилось первое натяженіе.

Д-ръ Вдовиковскій⁴⁰⁾ и Küster⁴¹⁾, вполне признавая всѣ выгоды шва, вопросъ о наложеніи его считаютъ еще открытымъ.

На XV конгрессѣ⁴²⁾ нѣмецкихъ хирурговъ въ 1887 году были дебаты по вопросу о пузырьномъ швѣ, при чемъ König находилъ еще этотъ вопросъ недостаточно выясненнымъ, тогда какъ Bergmann, на основаніи 19-ти своихъ случаевъ, горячо совѣтывалъ накладывать шовъ, видя въ немъ единственное средство предотвратить тазовую флегмону. Въ 13 своихъ случаяхъ Bergmann получилъ первое натяженіе.

Д-ръ Грузенбергъ⁴³⁾, въ компилятивной статьѣ разбирая обсужденія по этому вопросу на 1-мъ и 2-мъ сѣздахъ русскихъ врачей, высказываетъ заключеніе, что пока пузырь-

ный шовъ даетъ хорошіе результаты лишь въ рукахъ очень опытныхъ хирурговъ.

Профессоръ Подрезъ⁴⁴⁾ предлагаетъ предварительный шовъ, который накладывается на мышечный слой до разсѣченія пузыря. По окончаніи манипуляціи въ пузырь, предварительные швы въ пузырь затягиваются, а между ними накладываются узловые швы. Профессоръ Подрезъ, примѣнивъ этотъ шовъ у 8 больныхъ, у 7 изъ нихъ получилъ первое натяженіе.

Д-ръ Недзведзкій⁴⁵⁾ и проф. Rudygier⁴⁶⁾ предложили каждый свой особый шовъ. Первый испытывалъ свой довольно сложный шовъ лишь на трупахъ, а второй разъ примѣнилъ свой шовъ съ успѣхомъ на 13-ти лѣтнемъ мальчикѣ. Онъ дѣлаетъ разрѣзъ пузыря на части его, покрытой брюшиной, а затѣмъ сшиваетъ пузырь двухэтажнымъ кишечнымъ швомъ по способу Czerny. Рискованная операциа эта не нашла подражателей.

Наконецъ, въ томъ же году появилась работа д-ра Яковлева⁴⁷⁾, гдѣ приведенъ весьма обширный матеріалъ объ операціяхъ каменной болѣзни. Въ особомъ отдѣлѣ подробно изложены историческій очеркъ вопроса о швѣ пузыря. Изъ приведенныхъ таблицъ видно, что до 1888 года на 347 высокихъ сѣченій пузыря, шовъ пузыря примѣнялся лишь у 87 больныхъ, а у 23 изъ нихъ раны зажили первымъ натяженіемъ, выздоровленіе наступило въ среднемъ на 17,5 день.

На основаніи обширнаго матеріала д-ръ Яковлевъ приходитъ между прочимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

Уже одинъ тотъ фактъ, что при наложеніи пузырьнаго шва у 23 оперированныхъ заживленіе раны послѣдовало *per primam intentionem*, — доказываетъ, что удачная идея шва вполне примѣнима на дѣлѣ, что полученъ идеальныи резуль-

тать операции, какого не может дать никакой другой способ послѣдовательнаго леченія. Нужно упростить и усовершенствовать технику его наложенія, а пока задача современнаго хирурга заключается въ установленіи показаній, при которыхъ можно и должно сшивать пузырьную рану.

Въ слѣдующемъ 1889 вышла работа д-ра Саломки⁴⁸⁾ „О высокомъ камне-сѣченіи въ Россіи“. Авторъ въ особомъ отдѣлѣ подробно разсматриваетъ вопросъ о пузырьномъ швѣ и приводитъ 69 случаевъ наложенія полнаго шва, при чемъ первое натяженіе получило въ 24 случаяхъ, т. е. 34,7%. Выздоровленіе наступало въ среднемъ на 18,7 день. На основаніи приведенныхъ случаевъ д-ръ Саломка приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

Наложеніе шва на рану пузыря при высокомъ камне-сѣченіи есть необходимая принадлежность операции; шовъ долженъ быть, гдѣ это технически выполнимо, накладываемъ при всякой мочѣ, такъ какъ болѣе чѣмъ въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ даетъ заживленіе первымъ натяженіемъ и значительно сокращаетъ послѣоперационный періодъ; въ другихъ же неудачныхъ случаяхъ онъ нѣсколько укорочиваетъ срокъ выздоровленія и вліяетъ весьма благопріятно на исходъ операции.

Александровъ⁴⁹⁾ произвелъ 26 высокыхъ камне-сѣченій, при чемъ пузырь зашивался шелковымъ швомъ; въ 7 случаяхъ получило первое натяженіе. По мнѣнію Александрова, неудача шва — отъ недостаточнаго обеззараживанія пузырьной раны.

Узловой шовъ удовлетворяетъ цѣли. Дренажъ пузыря излишенъ и вреденъ. Постоянный катетеръ должно держать не болѣе 3-хъ дней. Плохая моча, даже и щелочная, не служитъ противопоказаніемъ наложенію шва.

Thomas⁵⁰⁾ сообщаетъ случай повторнаго высокаго камне-сѣченія съ наложеніемъ шва, причемъ получило первое натяженіе.

Перовъ⁵¹⁾ въ девяти случаяхъ при большихъ камняхъ зашивалъ пузырьную рану до дренажа въ нижнемъ углу, и во всѣхъ случаяхъ раны зажили первымъ натяженіемъ.

Kehr⁵²⁾ и Soldani⁵³⁾ сообщили по одному удачному случаю пузырьнаго шва.

Dietz⁵⁴⁾ на основаніи экспериментальныхъ и клиническихъ наблюденій высказывается за пузырьный шовъ и приводитъ 47 случаевъ операций, причемъ въ 65,95% получило первое натяженіе; раны заживали въ теченіи 5—14 дней.

Въ 1892 г. Д-ръ Типяковъ⁵⁵⁾ произвелъ 15 высокыхъ камне-сѣченій; во всѣхъ случаяхъ былъ наложенъ полный двухэтажный узловой шовъ шелкомъ, въ нижній уголъ кожной раны вводился дренажъ. Постоянный катетеръ вводился на нѣкоторое время. Въ 13-ти случаяхъ раны зажили первымъ натяженіемъ.

Н. Thomson⁵⁶⁾ на основаніи опытовъ надъ трупами и собаками совѣтуетъ непрерывный шовъ.

Въ 1893 году вышла диссертация Л. П. Александрова³¹⁾, гдѣ собрано изъ литературы 212 случаевъ съ полнымъ швомъ пузырьной раны. Въ 96 случаяхъ, т. е. въ 45% раны зажили первымъ натяженіемъ.

Авторъ самъ произвелъ 85 высокыхъ сѣченій пузыря съ 4 летальными исходами.

Онъ раздѣлилъ свои случаи на группы, смотря по уходу за пузырьной раной. Въ первую группу отнесены 4 случая съ неполнымъ швомъ и дренажемъ пузыря. Всѣ больные поправились, но выздоровленіе затянулось на очень продолжительное время. Ко второй группѣ относятся 25 случаевъ

съ наложеніемъ полного шва на пузырь съ тампономъ въ нижнемъ углу кожной раны. Изъ этой группы умерло 2, у 8 получилось первое натяженіе, а въ 13 было небольшое просачиваніе мочи въ рану.

Въ третью группу вошли 56 случаевъ съ наложеніемъ полного шва на наружную пузырьную рану, по выраженію автора „cystotomia idealis“. Въ 40 случаяхъ раны зажили первымъ натяженіемъ, 2 случая кончились смертью, въ 8 случаяхъ получило первичное заживленіе лишь пузырьной раны, а въ 6 раны разошлись совершенно. По словамъ автора *prima intentio* получилась въ 83,3% всѣхъ оперированныхъ, умерло 4, что составляетъ 4,9%.

Разбирая свои случаи, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) для соединенія краевъ пузырьной раны достаточно простого узловатаго шва, число стежковъ котораго должно быть не болѣе того, сколько нужно для приведенія краевъ раны въ соприкосновеніе. Швы должны проникать лишь до слизистой оболочки.

2) Наболѣе удобнымъ матеріаломъ для шва представляется шелкъ.

3) Катартъ пузыря со щелочной мочей не противопоказуетъ наложеніе шва.

4) Послѣ тщательной дезинфекціи пузыря и раны возможно глухое зашиваніе пузырьной раны безъ дренажированія пузыря.

5) Мочѣ долженъ быть предоставленъ свободный стокъ чрезъ постоянный катетеръ, при чемъ истеченіе мочи должно быть исправное.

Въ томъ же году Albagan⁵⁸⁾ сообщилъ о 6 случаяхъ шва пузыря съ первымъ натяженіемъ.

Въ слѣдующемъ 1894 году появился отчетъ проф. Angerer'a⁵⁹⁾ объ 31 случаѣ каменной болѣзни, наблюдавшейся въ Мюнхенской клиникѣ. Профессоръ Angerer накладываетъ частый узловый шовъ и вставляетъ постоянный катетеръ. Въ 11 оперированныхъ случаяхъ получило первое натяженіе, что составляетъ 40%. Авторъ горячо рекомендуетъ пузырьный шовъ и въ заключеніи своей статьи выражается такъ: „ни въ одномъ случаѣ пузырьнаго шва я не видѣлъ дурныхъ послѣдствій и не могу признать тѣхъ неудобствъ, которые ему приписываются. Если шовъ продержится лишь первые дни, если произойдетъ лишь частичное сращеніе, я уже нахожу выгоду, ибо отъ этого уменьшается опасность мочевоы инфильтраціи.“

Въ томъ же году вышла диссертация д-ра Рубца⁶⁶⁾ о шорномъ швѣ пузыря. Авторъ описываетъ 19 собственныхъ случаевъ шва пузыря, изъ коихъ одинъ окончился летально, а въ 18 получило первое натяженіе, такъ что д-ръ Рубецъ получилъ лучшіе результаты, чѣмъ кто либо другой. Полное выздоровленіе наступило во всѣхъ случаяхъ на 15-й день. Шовъ на пузырь накладывается слѣдующимъ образомъ: „взявъ длинную нитку съ двумя хирургическими иглами на ея концахъ, мы вкалывали одну изъ нихъ на 1/2 сант. выше верхняго угла раны до слизистой оболочки, и выкалывали на разстояніи 1/2 сант. отъ вкола. Второй уколъ производился уже двумя иглами: взявъ въ правую руку иглу, находящуюся слѣва отъ больнаго, мы вкалываемъ ее на 1/2 сант. ниже перваго укола на такомъ же разстояніи или немного болѣе отъ лѣваго края раны и проводимъ оную до слизистой оболочки въ правый край раны и выкалываемъ на той же сторонѣ, отступя на 1/2 сант. отъ края раны. Коль скоро показался конецъ иглы, мы правою иглою идемъ

на встрѣчу ей, придерживаясь хода лѣвой иглы, вкола и выкола оной и выводя правую иглу на лѣвый край раны, когда же покажется конецъ и правой иглы на лѣвомъ краѣ раны, тогда мы выводимъ одновременно обѣ иглы и туго затягиваемъ нитку. Такимъ образомъ мы производили дальнѣйшее наложеніе шва на пузырь, окончаніе же шва дѣлается проведеніемъ только одной иглы, нить которой на противоположной сторонѣ завязывается съ другимъ концомъ нити хирургическимъ узломъ.“

На основаніи своихъ столь удачныхъ операцій д-ръ Рубецъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

- 1) Шовъ пузыря есть необходимая принадлежность при высокомъ сѣченіи.
- 2) Примѣненіе шва должно имѣть мѣсто при всякой мочѣ и при всякомъ возрастѣ.
- 3) Матеріаломъ для шва долженъ быть шелкъ.
- 4) При высокомъ камне-сѣченіи шорному шву слѣдуетъ отдать предпочтеніе предъ другими.
- 5) На прямыя мышцы съ фасціей и кожную рану должны быть наложены особо шелковые швы и безъ дренажа.
- 6) Введеніе въ первые дни постояннаго катетера считаетъ необходимымъ.

Въ концѣ того же года появилась работа проф. Разумовскаго о новомъ способѣ зашиванія пузыря; способъ этотъ авторъ назвалъ *Cystopexië*. Довольно частое расхождение пузырянаго шва, по словамъ проф. Разумовскаго, зависитъ отъ слѣдующихъ двухъ причинъ. Во 1-хъ трудно тщательно наложить шовъ, въ особенности въ нижнемъ углу раны, а во 2-хъ главною причиною расхожденія шва бываетъ подвижность пузыря, органа измѣнчиваго въ своемъ объемѣ въ зависимости отъ наполненія мочей, сокращенія мышцъ

и. т. д. Мѣсто пузыря, гдѣ наложенъ шовъ, можетъ быть до нѣкоторой степени сдѣлано неподвижнымъ. Зашивши наглухо пузырь, я укрѣпляю переднюю пузырьную стѣнку, соединяя ее швомъ съ задней поверхностью прямыхъ брюшныхъ мышцъ. Швы эти накладываются слѣдующимъ образомъ. Кривой иглой я провожу нить чрезъ пузырьную стѣнку верхняго угла сшитой пузырьной раны и сбоку отъ нея. Затѣмъ ту же нить провожу чрезъ прямую брюшную мышцу, завязывая концы нитки въ узелъ, я подтягиваю такимъ образомъ переднюю стѣнку ссавшагося пузыря къ задней поверхности брюшной стѣнки. Такой же шовъ накладывается и на другую сторону сшитой пузырьной раны. Слѣдовательно я не только шиваю пузырь, но и укрѣпляю его у передней брюшной стѣнки — словомъ произвожу *Cystopexiam*. Кожную рану зашиваю наглухо, кромѣ нижняго угла, куда вставляется тампонъ изъ іодоформенной марли. Катетеръ не вставлялъ ни разу, такъ какъ всѣ больные безъ него хорошо мочились.“ Авторъ приводитъ 10 исторій больныхъ, во всѣхъ случаяхъ получилась *prima intentio* и быстрое выздоровленіе.

Такимъ образомъ въ 1894 году появились 3 выдающіяся клиническія работы профес. Angerer'a, Разумовскаго и д-ра Рубца. Работы эти наглядно доказали возможность наложенія и громадную выгоду пузырянаго шва, хотя еще и послѣ этого явились авторитетные противники, которые называли достиженіе перваго натяженія при швѣ никогда не осуществимой утопией⁶¹⁾.

Въ слѣдующимъ 1895 году д-ръ Родзевичъ⁶²⁾ описалъ способъ зашиванія пузыря, практикующійся въ клиникѣ проф. Борнгаупта. Онъ напоминаетъ предварительный шовъ Подреза и производится такъ: берется длинная шелковая нитка съ двумя кривыми иглами на концахъ. Каждая

изъ иглъ въ симметрическихъ мѣстахъ на разстояніи 1 сант. другъ отъ друга проводится въ продольномъ направленіи пузыря чрезъ мышечную оболочку, нитки настолько протягиваются, чтобы осталась длинная петля. Чтобы не спутать швовъ, концы нитокъ и петля зажимаются въ торзіонный пинцетъ. Такихъ швовъ накладывается отъ 3 до 4, смотря по величинѣ предполагаемаго разрыва. Въ срединѣ между рядами пузырь сразу вскрывается продольнымъ разрывомъ. Для замыканія пузырьной раны предварительные швы затягиваются и завязываются. Части пузырьной стѣнки, находящіяся между швами, заворачиваются внутрь наружнымъ покровомъ и приводятся въ непосредственное соприкосновеніе. Накладываются еще отдѣльные швы въ промежуткахъ, а также вверху и внизу разрыва. Постоянный катетеръ не вводится. Изъ 7 случаевъ, оперированныхъ въ Кіевской клиникѣ, въ 5 получило первое натяженіе.

Д-ръ Burchardt⁶³⁾ сообщилъ о швѣ, который употребляетъ при операциіи на пузырь проф. Socin въ Цюрихѣ. Это 3-хъ этажный шовъ: 1-й этажъ-непрерывный шовъ на слизистую оболочку, 2-й этажъ-узловой на мышечную оболочку, а 3-й захватываетъ предпузырную ткань. Брюшная рана тампонируется марлей, а спустя нѣкоторое время зашивается.

Д-ръ Kukula⁶⁴⁾ сообщилъ о 6 случаяхъ шва, произведенныхъ въ Пражской клиникѣ. Въ 5 случаяхъ получило первое натяженіе, полное выздоровленіе наступало чрезъ 28 дней.

Д-ръ Sogel⁶⁵⁾ рекомендуетъ 2-хъ этажный шовъ съ постояннымъ катетеромъ, который промывается чрезъ 2 часа.

Д-ръ Дерюжинскій⁶⁶⁾ описалъ 2 удачныхъ случая пузырьнаго шва, гдѣ заживленіе наступило быстро и больные мочились безъ катетера.

Въ 1896 году Tailhefer⁶⁷⁾ описалъ 7 случаевъ не вполне удачнаго пузырьнаго шва, а de Vlossos⁶⁸⁾ горячо рекомендуетъ шовъ и приводитъ въ примѣръ оперированнаго имъ 75-ти лѣтнаго старика, у коего рана пузыря послѣ шва зажила первымъ натяженіемъ.

Въ слѣдующемъ 1897 году Роммъ⁶⁹⁾ описалъ 28 случаевъ, оперированныхъ въ Петрозаводской губернской больницѣ, и въ 8 изъ нихъ получило первое натяженіе. По его словамъ, этотъ идеальный способъ долженъ практиковаться при каждой ранѣ пузыря. Если шовъ удастся, больной получаетъ большую выгоду. Даже въ неудачныхъ случаяхъ шовъ держится нѣсколько дней, что особенно важно, чтобы моча не попала въ рану въ первые дни послѣ операциіи.

Stierlin⁷⁰⁾ сообщаетъ о 42 больныхъ, оперированныхъ въ Софійской больницѣ (Болгарія), но ему не удалось получить перваго натяженія.

Д-ръ Витте⁷¹⁾ сообщаетъ о 27 случаяхъ шва пузыря, давшихъ въ 85% первое натяженіе.

Въ 1898 году проф. Разумовскій⁷²⁾ описалъ свой новый способъ пузырьнаго шва, при которомъ одновременно пузырь сшивается и прикрѣпляется къ брюшной стѣнкѣ. Всѣ пити этого шва могутъ быть легко удалены, такъ что ни въ пузырьѣ, ни въ предпузырномъ пространствѣ шовъ не остается. Техника наложенія этого шва слѣдующая: берется металлическая серебряная проволока не очень тонкая на обоихъ концахъ съ иглами, проводится чрезъ пузырьную стѣнку (не захватывая слизистой оболочки), вколъ и выколъ дѣлаются сбоку, отступя отъ края раны на $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ сант. Точно такимъ же образомъ и на соотвѣтственномъ мѣстѣ противоположной стороны пузырьной раны проводится другой металлическій шовъ. Концы шва съ правой стороны перебрасы-

ваются через пузырьную рану на лѣвую сторону, а концы соответствующаго шва лѣвой стороны перебрасываются через пузырьную рану на правую сторону. При этомъ они перекрещиваются т. е. обѣ петли на пузырьѣ взаимно обхватываютъ одна другую. Смотря по величинѣ пузырьной раны, такихъ паръ металлическихъ нитей приходится проводить отъ одной до трехъ. Когда всѣ швы наложены на пузырь и перекрещены, они проводятся черезъ брюшинную стѣнку изнутри кнаружи на разстояніи 2—3 сант. отъ края разрѣза и закручиваются на валикахъ. При стягиваніи подобныхъ швовъ получается широкое и плотное соприкосновеніе поверхностей. Брюшная же рана, сближенная до нѣкоторой степени пузырьными швами, снимается еще нѣсколькими узловатыми швами, кромѣ нижняго угла ея, въ который выводится іодоформенный тампонъ, вставленный въ предпузырное пространство. Поверхностные швы, соединяющіе брюшную рану, снимаются иногда при первой перевязкѣ черезъ 6 дней, а иногда вмѣстѣ съ глубокими швами черезъ 8—10 дней.

Въ заключеніе профессоръ Разумовскій приводитъ 10 случаевъ оперированныхъ по этому способу. У всѣхъ рана зажила первымъ натяженіемъ.

Это даетъ право сдѣлать выводы, что шовъ съ цисто-пексіей:

- 1) Въ настоящее время есть лучший способъ леченія.
- 2) Въ большинствѣ случаевъ леченіе возможно безъ катетера.
- 3) Функція пузыря при этомъ не нарушается.

Д-ръ Milton⁷³⁾ сообщилъ о 30 случаяхъ шва пузыря съ хорошимъ исходомъ, а д-ръ Самохацкій⁷⁴⁾ собралъ изъ литературы 226 случаевъ пузырьнаго шва съ 64, 30%

первичнаго заживленія; на основаніи же собственныхъ наблюденій онъ высказывается за открытое леченіе.

Въ 1899 году профессоръ Jonesco⁷⁵⁾ сообщилъ о швѣ пузыря, изобрѣтенномъ въ его клиники ассистентами Juvaga и Balacescu. Шовъ этотъ накладывается слѣдующимъ образомъ: на одномъ изъ краевъ разрѣза слизистая оболочка отдѣляется отъ мышечнаго слоя на 2 сант., отслоенный край слизистой оболочки отрѣзывается, а оставшаяся слизистая оболочка сшивается со слизистой противоположной стороны катгутомъ. Мышечный слой пузырьной стѣнки натягивается на близъ лежащую поверхность пузыря и пришивается къ ней. Всего накладывается на пузырь 3 ряда швовъ, такъ что получается герметическое закрываніе пузырьной раны. Этотъ шовъ былъ примененъ съ успѣхомъ на 8 больныхъ.

Wichehäuser⁷⁶⁾ предлагаетъ 2-хъ этажный шовъ съ тампономъ въ нижній уголъ раны и постояннымъ катетеромъ.

Д-ръ Stapler⁷⁷⁾ предлагаетъ матрацный шовъ, похожій на шовъ Разумовскаго. Шовъ накладывается слѣдующимъ образомъ: проводятъ иглу съ нитью на разстояніи 1½ сант. отъ края кожной раны черезъ всю толщю брюшной стѣнки, затѣмъ захватываютъ оба края пузырьной раны и выкалываютъ иглу обратно изнутри кнаружи по тому же направленію. На поверхности кожи оба конца завязываются надъ валикомъ. Слѣдующій шовъ накладывается такимъ же образомъ съ другой стороны или ниже перваго. Такимъ образомъ швы постепенно закрываютъ пузырьную рану и сближаютъ кожу, на которую послѣ накладывается узловый шовъ. Способъ этотъ съ успѣхомъ былъ примененъ на одномъ больномъ.

Д-ръ Ивановъ⁷⁸⁾ сообщилъ о 13 случаяхъ операціи шва пузыря. Въ 6 изъ нихъ получилось первое натяженіе, у Покровскаго⁷⁹⁾ въ 7 случаяхъ шва пузыря раны заживали пер-

вымъ натяженіемъ, у Баратынскаго⁸⁰⁾ 10 случаевъ шва дали 70% первого натяженія.

Въ 1900 году вышла диссертация д-ра Голишевскаго⁸¹⁾, въ которой описаны 50 случаевъ, оперированныхъ проф. Разумовскимъ. Въ 8 случаяхъ былъ примененъ открытый способъ леченія, въ 17 случаяхъ применялся 2-хъ этажный шелковый шовъ съ послѣдующей цистопексіей, а остальные 26 случаевъ оперированы по новому способу Разумовскаго, предложенному или въ 1899 году, т. е. наложенъ металлическій шовъ безъ погружныхъ нитей. При леченіи по открытому способу заживленіе раны наступило въ среднемъ на 35 день, тогда какъ со швомъ пузыря больные выписывались изъ клиники въ среднемъ на 16 день, т. е. время леченія сокращалось почти вдвое.

Въ общемъ эта работа служитъ подтвержденіемъ тѣхъ заключеній, которыя высказалъ профессоръ Разумовскій въ 1898 году.

Поповъ⁸²⁾ описываетъ 24 случая высокаго сѣченія, при чемъ первое натяженіе получилось 20 разъ; Лисанскій⁸³⁾ сообщилъ 32 случая полнаго шва съ 88% первого натяженія, а у Березовскаго⁸⁴⁾ на 8 случаевъ наложенія шва пузыря въ 4 получилось первое натяженіе.

В. В. Лезинъ⁸⁵⁾ на первомъ съѣздѣ русскихъ хирурговъ сообщилъ о 72 случаяхъ, оперированныхъ въ Пензенской больницѣ, при чемъ первое натяженіе дало 70%.

Lotheissen⁸⁶⁾, сообщая объ операциіи каменной болѣзни изъ клиники въ Инсбрукѣ, совѣтуетъ применять трехэтажный шовъ, тампонъ и постоянный катетеръ.

Въ текущемъ году Kukula⁸⁷⁾ описалъ 55 случаевъ изъ клиники проф. Maudl'я въ Прагѣ. Онъ разсматриваетъ вопросъ о швѣ пузыря на основаніи бактериологическихъ

ислѣдованій мочи. Онъ находилъ въ ней *Staphylococcus pyog. aureus*, *strophococcus pyogenes*, *Bacillus pyocyaneus*, *Bacterium coli* и различные виды *Proteus*. Kukula дѣлитъ свои случаи на 3 группы: 1) въ 9 случаяхъ моча была совершенно стерильна, 2) въ 6 случаяхъ наблюдался 1 видъ микроорганизмовъ, и 3) у остальныхъ больныхъ циститъ обусловливался смѣшанной инфекціей нѣсколькихъ видовъ. Во всѣхъ случаяхъ 1-ой группы теченіе было безусловно и окончилось быстрымъ выздоровленіемъ. Въ случаяхъ 2-ой группы чаще наблюдалась незначительная инфекція на мѣстѣ швовъ, часто съ образованіемъ незначительныхъ свищей, въ 3-й — дѣло доходило до нагноенія и омертвѣнія клѣтчатки съ полнымъ расхожденіемъ шва. На основаніи своихъ наблюденій Kukula совѣтуетъ въ чистыхъ случаяхъ применять 2-хъ этажный шовъ безъ катетера, въ сомнительныхъ (моноинфекція) — цистопексію, а при смѣшанной инфекціи — операцию въ 2 приѣма по Vidal de Cassis.

Около 2-хъ столѣтій прошло со времени перваго примененія пузырянаго шва до тѣхъ поръ, пока онъ далъ наглядные блестящіе результаты въ рукахъ профессора Брунса, а затѣмъ прошло почти еще полстолѣтія, прежде чѣмъ онъ достигъ всеобщаго распространенія.

За послѣднее время для него предложена была масса новыхъ способовъ. Здѣсь, для наглядности ихъ можно раздѣлить на 4 группы:

- 1) Узловой шовъ — Brunс'a и Склифасовскаго.
- 2) Непрерывный — Brenner'a и Рубца.
- 3) Комбинированный — Socin'a и Тилинга.
- 4) Металлическій шовъ — Разумовскаго.

Каждая группа имѣетъ свои выгоды и неудобства, и мнѣ кажется, что мы не располагаемъ еще достаточнымъ матеріаломъ для выводовъ. Настоящая работа имѣетъ цѣлью дать здѣсь тотъ матеріалъ, которымъ я располагаю по этому вопросу.

Работая больше 10 лѣтъ въ больницѣ, гдѣ ежегодно бываетъ около 40 больныхъ каменною болѣзью, мы въ послѣдніе годы дѣлаемъ преимущественно высокое сѣченіе съ наложеніемъ пузыряго шва. Обзоръ этихъ ста случаевъ и составляетъ настоящую работу.

Большинство операций описаны мною въ отчетахъ Пензенской больницы за послѣдніе годы⁸⁸).

Хотя еще въ 1894 году, такой авторитетъ какъ проф. Albert писалъ, что „полученіе перваго натяженія при пузырьномъ швѣ есть утопія (Erreichung einer prima intentis durch Blasenahrt ist eine Utopie), однако работами Angerer'a, Рубца, Александрова и Разумовскаго, вполне доказано что утопія эта вполне осуществима. Намъ остается только разобраться въ способахъ наложенія шва и выработать показанія къ его употребленію.

Наши наблюденія надъ пузырьнымъ швомъ произведены въ Пензенской Губернской Земской Больницѣ въ промежутокъ времени между 1896 и 1901 годами.

Изъ приведенныхъ ниже 100 случаевъ высокаго сѣченія пузыря, больше 50 были произведены лично мною, а остальные д-ромъ В. В. Лезинымъ и другими врачами. Въ большинствѣ случаевъ я участвовалъ въ производствѣ операций и имѣлъ возможность наблюдать за дальнѣйшимъ теченіемъ послѣоперационнаго періода.

Контингентъ больныхъ состоялъ почти исключительно изъ крестьянъ Пензенской губерніи и по возрасту больные распредѣлялись такъ :

отъ	1—2	лѣтъ	2	отъ	11—12	лѣтъ	5
„	2—3	„	14	„	12—13	„	7
„	3—4	„	12	„	13—14	„	1
„	4—5	„	15	„	14—15	„	2
„	5—6	„	8	„	15—20	„	1
„	6—7	„	3	„	20—30	„	8
„	7—8	„	1	„	30—40	„	1
„	8—9	„	6	„	40—50	„	3
„	9—10	„	4	„	50—56	„	1
„	10—11	„	5				

Приготовление къ операци состояло въ ежедневной ваннѣ больного въ теченіи нѣсколькихъ дней, иногда въ промываніи пузыря растворомъ борной кислоты, назначеніи накануне операци слабительнаго. Предъ самой же операцией поле очищалось зеленымъ мыломъ, эфиромъ, а затѣмъ растворомъ сулемы. Окружность операци защищалась стерилизованными салфетками. Затѣмъ въ пузырь вводился катетеръ, чрезъ который вливался растворъ борной кислоты въ количествѣ 120—250 к. с.

Производство операци: послѣ достаточнаго наполненія пузыря проводится разрѣзъ отъ лобковой кости по средней линіи по направленію къ пупку длиною въ 4 и 5 сант. Обыкновенно у дѣтей *Linea alba* бываетъ ясно видна. По разрѣзѣ кожи, разрѣзается поверхностная фасція, и тогда уже легко раздѣлить мышцы желобоватымъ зондомъ, или пальцемъ, затѣмъ они растягиваются тупымъ крючкомъ.

Fascia transversa и слой рыхлой кѣтчатки въ предпузырномъ пространствѣ раздѣляются пинцетами. Такимъ образомъ обнажается на достаточномъ пространствѣ стѣнка пузыря и избѣгается возможность раненія брюшины. Если въ это время вслѣдствіе напряженія брюшнаго пресса замѣчается выпячиваніе брюшной складки, то она удерживается или пальцемъ помощника, или тупымъ крючкомъ. На обнаженной стѣнкѣ пузыря часто бываютъ замѣтны венозные сосуды, но при раненіи ихъ кровотеченіе обыкновенно не бываетъ обильнымъ, такъ что рѣдко приходится захватывать ихъ торсіонными пинцетами. Для фиксаціи стѣнокъ пузыря предъ разрѣзомъ его мы употребляемъ шелковыя нити, проведенныя по бокамъ выдающагося при надавливаніи на переднюю стѣнку клюва катетера, находящагося въ пузырьѣ. Удерживать пузырь петлями несравненно удобнѣе, чѣмъ острыми крючками

или торсіонными пинцетами, и удобство это имѣетъ особенное значеніе при наложеніи швовъ. По наложеніи петель онѣ растягиваются въ обѣ стороны и передаются помощнику. Пузырь вскрывается между ними вколѣмъ остроконечнаго скальпеля и рана дѣлается такой длины, чтобы въ пузырь можно было провести указательный палецъ, затѣмъ въ пузырь вводится палецъ и изслѣдуется величина, форма и положеніе камня. Изрѣдка бываетъ, что при вколѣ ножа слизистая оболочка не разрѣзается, а отслаивается внутрь пузыря; это непріятное осложненіе затягиваетъ операцию на нѣсколько минутъ, пока удастся разрѣзать слизистую оболочку и захватить края ея торсіонными пинцетами.

Послѣ изслѣдованія положенія камня по пальцу же вводятся въ пузырь пинцы, которыми извлекается камень. Я употребляю обыкновенный прямой корнцангъ, а специально назначенные для этой цѣли слегка искривленные пинцы употребляю лишь въ рѣдкихъ случаяхъ.

Смотря по величинѣ и формѣ камня, иногда извлеченіе его представляетъ нѣкоторыя трудности и продолжается нѣсколько минутъ. При большихъ камняхъ приходится растянуть и прижать края пузырьной раны, хотя въ большинствѣ случаевъ это не имѣетъ большого значенія и не мѣшаетъ правильному заживленію раны. Весьма важно удалить камень цѣликомъ, такъ какъ обыкновенно при распадѣніи камня получается множество мелкихъ осколковъ, которые попадаютъ въ предпузырную кѣтчатку. Очищеніе отъ нихъ представляется столь затруднительнымъ, что иногда вслѣдствіе этого приходится отказаться отъ наложенія пузырьнаго шва.

По удаленіи камня пузырь промывается чрезъ вставленный катетеръ большею частью растворомъ борной кислоты до тѣхъ поръ, пока вытекающая чрезъ рану жидкость не

будетъ совершенно прозрачной. Затѣмъ катетеръ удаляется, и приступаютъ къ наложенію шва, о чемъ подробно будетъ изложено въ слѣдующемъ отдѣлѣ.

При наложеніи шелковаго шва мы вводили въ пузырь постоянный катетеръ, который оставляли въ теченіи 2—3-хъ дней; съ тѣхъ же поръ, какъ мы перешли къ металлическому шву съ цистопексіей, катетеръ былъ совершенно оставленъ.

Большую частью больные мочатся очень хорошо сами и лишь у очень немногихъ приходится выводить мочу, вставляя мягкій катетеръ 3—4 раза въ теченіи первыхъ двухъ дней.

Повязка состоитъ изъ нѣсколькихъ слоевъ стерилизованной марли, поверхъ которой кладется тонкій пластъ гигроскопической или древесной ваты. Все это укрѣпляется мягкимъ бинтомъ. Затѣмъ больной переносится на кровать и держится по возможности въ первые дни въ спокойномъ состояніи на спинѣ. При правильномъ теченіи тампонъ кожной раны вынимается на 4 день. Швы снимаются на 10 день, и тогда больной можетъ считаться поправившимся.

Что касается наложенія шва, то въ этомъ отношеніи въ нашей больницѣ испробовано было нѣсколько способовъ. До 1898 года мы примѣняли шелковый двухэтажный шовъ узловой или непрерывный, съ 1898 года стали примѣнять металлическій шовъ по способу профессора Разумовскаго, съ 99 года я нѣсколько видоизмѣнилъ способъ наложенія этого шва и придерживаюсь этого видоизмѣненія, находя его болѣе простымъ и удобнымъ; наконецъ у цѣлой группы больныхъ шовъ по разнымъ причинамъ или не накладывался вовсе, или накладывался неполный шовъ, такъ что пузырь оставался открытымъ.

Такимъ образомъ всѣ наблюдавшіеся мною случаи я подраздѣляю на 4 группы:

1. Операціи высокаго камне-сѣченія съ шелковымъ швомъ.
2. Операціи со швомъ по способу Разумовскаго.
3. Операціи съ упрощеннымъ металлическимъ швомъ.
4. Операціи при коихъ больныя лечились по открытому способу.

Сдѣлавъ это подраздѣленіе, я перехожу къ описанію оперированныхъ мною случаевъ.

I. Операции съ наложеніемъ шелкового шва.

1896 г.

1. Захаръ А. кр. Саратов. губ. 75 л., боленъ больше 10 лѣтъ. 11/VI. Слабый старикъ жалуется на очень частое болѣзненное мочеиспусканіе, постоянно издавая стоны и держась за низъ живота. Моча вытекаетъ по каплямъ, щелочной реакціи, въ пузырьѣ большой камень. 1/VII. Общее состояніе лучше. 4/VII. Высокое сѣченіе. Извлечены 2 урата, одинъ въ лѣсное яблоко, другой меньше. Непрерывный шовъ на пузырь, узловый на кожу, въ нижній уголъ кожной раны вставленъ дренажъ. Постоянный катетеръ. 5. Моча идетъ каплями, общее состояніе удовлетворительно. 7. Сильный упадокъ силъ, больной отказывается отъ пищи, моча идетъ хорошо въ уретру. 8. Слабость усиливается. 9/VII. Скончался.

2. Алексѣй Д. крест. Пензенск. уѣз. 22 лѣтъ, боленъ около 10 лѣтъ. 7/VII. Пациентъ хорошаго тѣлосложенія и питанія. Жалуется на сильно затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ пузырьѣ большой камень. 28/VII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ лѣсное яблоко. Пузырь зашитъ непрерывнымъ швомъ. На кожу наложенъ узловый шовъ. Въ нижній уголъ кожной раны вставленъ тампонъ.

Постоянный катетеръ. 29. Небольшія боли въ животѣ, вся моча идетъ въ катетеръ. 31. Боли сильнѣе, т-ра поднялась до 39°, повязка суха, извлеченъ катетеръ. 2/VIII. Т-ра нормальна, общее состояніе нормально, мочится хорошо въ уретру. 9. Рана зажила первымъ натяженіемъ, швы сняты. 15. Вообще здоровъ.

1897 г.

3. Петръ К. кр. Мокшанс. уѣзда, 9 лѣтъ, боленъ около 5 лѣтъ. St. pr. Ребенокъ хорошаго сложения и питанія, жалуется на сильно-затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырьѣ большой камень. 1/X. Высокое сѣченіе. По вскрытіи пузыря слизистая оболочка слегка отслоилась, такъ что введеніе пальца была затруднено. Камень захваченъ и извлеченъ легко. Двухэтажный шовъ пузыря. Въ нижній уголъ наружной раны вставленъ тампонъ, постоянный катетеръ.

3. Теченіе безлихорадочное. Тампонъ и катетеръ вынуты.

10. Рана зажила первымъ натяженіемъ, наружный шовъ снятъ.

12. Выписался здоровымъ.

4. Иванъ А. кр. Пензенскаго уѣз., 11 лѣтъ, боленъ около 10 лѣтъ. Ребенокъ хорошаго сложения и удовлетворительнаго питанія, репіс гипертрофированъ. Ребенокъ жалуется на сильное затрудненіе и боль при мочеиспусканіи, въ пузырьѣ небольшой камень. 11/X. Высокое сѣченіе. Камень захваченъ и извлеченъ легко. Оксалатъ въ орѣхъ. Двухэтажный шовъ пузыря. Тампонъ въ нижній уголъ раны. Постоянный катетеръ.

15. Течение безлихорадочное. Катетеръ и тампонъ извлечены.

20. Рана зажила первымъ натяжениемъ. Швы сняты.

26/X Выписался здоровымъ.

5. Михаилъ М. кр. Пензен. у., 4 лѣтъ, боленъ около года. Ребенокъ хорошаго тѣлосложенія и питанія, жалуется на затрудненное и болезненное мочеиспускание. Въ пузырьѣ небольшой камень.

6/XI. Высокое сѣчение. Камень захваченъ и извлеченъ сразу. Двухэтажный шовъ пузыря, въ нижній край раны тампонъ, постоянный катетеръ.

7. Т-ра поднялась до 39°. Сначала была рвота, животъ вздутъ, въ катетеръ идетъ очень мало мочи. Сняты швы съ пузыря и вставленъ дренажъ.

9. Животъ опалъ, т-ра понизилась до нормы. Вся моча течетъ черезъ дренажъ.

15. Снова вставленъ постоянный катетеръ. Дренажъ вынуть. На рану положена повязка.

18. Вся моча течетъ черезъ катетеръ. Рана пузыря закрылась. Катетеръ вынуть.

25. Рана совершенно зажила, мочеиспускание свободно.

28. Выписался здоровымъ.

6. Иванъ М. кр. Пензенск. у., 3 лѣтъ, боленъ около года. St. pr. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія, жалуется на затрудненное мочеиспускание, въ пузырьѣ небольшой камень.

24/XI. Высокое сѣчение. Извлеченъ фосфатъ въ вишню. трехэтажный шовъ, постоянный катетеръ.

28. Катетеръ выпалъ и больше не вводился, т-ра нормальна.

29. Мочеиспускание совершается хорошо черезъ уретру.

3/XII. Рана зажила первымъ натяжениемъ. Швы сняты и рана совершенно зажила.

14/XII. Выбылъ здоровымъ.

7. Петръ Т., кр. Пензенскаго у., 3 лѣтъ, боленъ около 3 мѣсяцевъ. St. pr. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія съ слегка гипертрофированнымъ penis, жалуется на сильную боль и затрудненное мочеиспускание. Въ пузырьѣ камень.

27/XI. Высокое сѣчение. Двухэтажный шовъ пузыря. Въ нижій уголъ кожной раны вставленъ тампонъ.

28. Т-ра нормальна.

30. Общее состояніе удовлетворительно. Катетеръ и тампонъ вынуты.

7. Рана зажила первымъ натяжениемъ. Мочеиспускание свободно. Швы сняты.

10/XII. Выбылъ здоровымъ.

1898 г.

8. Николай Н., кр. Пенз. у., 4 лѣтъ, боленъ около года. St. pr. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія, жалуется на боли при мочеиспускании.

4/III. Высокое сѣчение. Извлеченъ фосфатъ въ большой орѣхъ. Двухэтажный шовъ безъ катетера.

6. Течение безлихорадочное. Моча идетъ свободно въ уретру.

10. Рана зажила первымъ натяжениемъ. Швы сняты.

15/III. Выбылъ здоровымъ.

9. Матвѣй К., кр. Саранск. у., 3 лѣтъ, боленъ около 2-хъ лѣтъ. St. pr. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и слабаго питанія, часто кричитъ, жалуется на боли, мочеиспусканіе сильно затруднено.

4/III. Высокое сѣченіе. Камень въ орѣхъ. Двухэтажный шовъ пузыря и катетеръ.

5. Боли живота. Рвота. Затекъ мочи въ подбрюшинную кѣтчатку. Швы пузыря разошлись.

6/III. Смерть отъ перитонита.

10. Василій К., кр. Пенз. у., 6 лѣтъ, боленъ около года. St. pr. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія, жалуется на боли въ области пузыря и затрудненное мочеиспусканіе. Въ пузырь камень.

4/III. Высокое сѣченіе. Камень больше орѣха. Двухэтажный шовъ безъ катетера.

6. Теченіе безлихорадочное. Моча идетъ свободно въ уретру.

14. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

15. Выбылъ здоровымъ.

11. Егоръ Д., кр. Город. у., 8 лѣтъ, боленъ 7 мѣсяцъ. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія жалуется на затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ пузырь большой камень.

21/III. Высокое сѣченіе. Камень извлеченъ легко. Фосфатъ. Двухэтажный шовъ. Постоянный катетеръ.

23. Т-ра нормальна. Общее состояніе удовлетворительно. Катетеръ вынуть.

30. Мочеиспусканіе свободно чрезъ уретру. Рана пузыря зажила. Въ наружной ранѣ легкое нагноеніе.

27. Рана совершенно зажила.

8/V. Выписанъ здоровымъ.

12. Николай Т., кр. Н. Ломов. у., 4 лѣтъ, боленъ около 3 лѣтъ. St. pr. Ребенокъ средняго тѣлосложенія, довольно истощенный, жалуется на сильную боль при мочеиспусканіи, въ пузырь — большой камень.

10/III. Высокое сѣченіе. Двухэтажный шовъ пузыря. Вечеромъ задержаніе мочи. Рвота.

12. Моча идетъ въ рану, но ея очень мало.

15. Истощеніе, рвота. Признаки пѣлита. Мочи очень мало.

23. Умеръ.

Вскрытіе подтвердило пѣлонефритъ въ сильной степени.

13. Григорій А., кр. Краснослоб. у., 5 лѣтъ, боленъ около 3-хъ лѣтъ. Ребенокъ слабаго тѣлосложенія, малокровенъ, жалуется на затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ пузырь большой камень.

27/III. Высокое сѣченіе. Камень, не смотря на его величину, извлеченъ легко. Уратъ вѣсомъ 26,5. Двухэтажный шовъ, постоянный катетеръ.

28. Теченіе безлихорадочное. Моча хорошо идетъ въ катетеръ.

30. Катетеръ извлеченъ. Рана чиста и суха.

7. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты. Ребенокъ хорошо поправляется.

24/IV. Выбылъ здоровымъ.

14. Павелъ Г., кр. Мокш. у., 11 лѣтъ, боленъ около 9 лѣтъ. Сложеніе и питаніе среднее. Жалуется на затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе; въ пузырь небольшой камень.

31/III. Высокое сѣченіе. Оказалось 3 камня. Всѣ захвачены и извлечены легко. Вѣсъ всѣхъ 59,0. Двухэтажный шовъ пузыря, въ нижній уголъ раны вставленъ тампонъ. Постоянный катетеръ.

1/IV. Т-ра нормальна. Моча хорошо идетъ въ катетеръ.

3. Катетеръ вынуть.

10. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

19/IV. Выбылъ здоровымъ.

15. Макарь Ч., кр. Краснослоб. у., 10 лѣтъ, боленъ 2 года. St. pr. Сложеніе и питаніе среднее. Penis гипертрофированъ. Сильныя боли въ области мочевого пузыря, сильно затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе; въ пузырь большой камень.

18/IV. Высокое сѣченіе. Вслѣдствіе большого объема камня пришлось два раза надрѣзать пузырь. Камень на поверхности покрытъ массой песку, поэтому пришлось долго промывать пузырь, пока выдѣлился весь песокъ. Двухэтажный шовъ, въ нижній уголъ раны вставленъ тампонъ. Постоянный катетеръ.

20. Моча течетъ въ катетеръ, самочувствіе хорошее.

25. Боль, лихорадить до 39,0 и худѣетъ, швы разошлись. Моча течетъ въ рану.

30. Лихорадка меньше, рана плохо заживаетъ.

10/V. Лихорадка прекратилась, больной начинаетъ поправляться, рана уменьшается.

25. Больной поправляется крайне медленно.

15/VI. Рана почти зажила.

20/VI. Выбылъ здоровымъ.

16. Борисъ Т., кр. Город. уѣзда 8 лѣтъ, боленъ около 5 лѣтъ. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія. Боль

въ области мочевого пузыря, затрудненное мочеиспусканіе. Въ пузырь — камень.

13/V. Высокое сѣченіе. Удаленъ камень фосфатъ въ грецкій орѣхъ. Трехэтажный шовъ пузыря безъ катетера.

19. Теченіе безлихорадочное, мочеиспусканіе свободно безболѣзненно.

27. Рана зажила первымъ натяженіемъ, швы сняты.

99/V. Выписался здоровымъ.

17. Сергѣй Л., кр. Пенз. у., 10 л., боленъ около 2-хъ мѣсяцевъ. Ребенокъ средняго тѣлосложенія, малокровенъ, довольно истощенный. Сильно затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырь камень.

3/VI. Высокое сѣченіе. Удаленіе камня овальной формы въ волошскій орѣхъ. Двухэтажный шовъ пузыря, безъ катетера.

4. Рвота и сильныя боли въ животѣ.

5. Коллапсъ, умеръ.

Вскрытіе обнаружило разлитой, серозногнойный перитонитъ.

18. Петръ У., кр. Пензенс. у., 1¹/₂ лѣтъ, боленъ около 6 мѣсяцевъ. Ребенокъ хорошаго тѣлосложенія и питанія. Мочеиспусканіе затруднено, въ пузырь — камень.

7/V. Высокое сѣченіе. Фосфатъ вѣсомъ 6,0, шовъ пузыря, въ нижній уголъ раны вставленъ тампонъ, постоянный катетеръ.

8. Катетеръ вынуть.

10. Теченіе безлихорадочное, мочеиспусканіе свободно.

16. Рана зажила первымъ натяженіемъ, швы сняты.

19/V. Выписался здоровымъ.

19. Алексѣй К., кр. Н. Ломовс. у., 2 лѣтъ, боленъ около года. Тѣлосложеніе хорошее, питаніе среднее. Сильныя боли въ области пузыря, затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ пузырь — камень.

3/VI. Высокое сѣченіе. Удалены 2 небольшихъ камня. Двухэтажный шовъ пузыря.

5. Т-ра поднялась до 38,0, чрезъ рану просачилась моча. Кожные швы сняты, рана затампонирована.

9. Образовался узкій свищъ, изъ коего выдѣляется моча, часть ея идетъ чрезъ рану.

18. Надлонный свищъ закрылся.

20. Моча течетъ чрезъ уретру.

21. Выбылъ съ заживающей раной.

20. Сергѣй М., кр. Саранс. у., 6 лѣтъ, боленъ около года. Ребенокъ хорошаго тѣлосложенія и питанія. Затрудненное и поврежденное болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырь камень.

17/VI. Высокое сѣченіе. Удаленъ фасфатъ въ лѣсной орѣхъ. Пузырь очень растянутъ и тонокъ. Двухэтажный шовъ. Послѣ операціи одинъ разъ моча выводилась чрезъ катетеръ.

19. Моча хорошо идетъ въ уретру.

26. Теченіе безлихорадочное. Рана зажила первымъ натяженіемъ, швы сняты.

27. Выбылъ здоровымъ.

21. Михаилъ К., кр. Пензен. у., 2 лѣтъ, боленъ около года. 6 мѣсяцевъ назадъ было произведено высокое сѣченіе и извлеченъ камень.

Тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительное, жалуется на крайне болѣзненное мочеиспусканіе.

Кричитъ послѣ испусканія мочи. При изслѣдованіи катетеромъ — небольшой камень.

21/VI. Высокое сѣченіе произведено по старому рубцу. Въ пузырь оказалась нитка отъ шва пузыря, покрытая солями. Двухэтажный шовъ пузыря, постоянный катетеръ.

22. По вечерамъ т-ра поднималась до 39,0. Моча идетъ хорошо въ катетеръ. Катетеръ вынутъ.

30. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

7/VII. Выбылъ здоровымъ.

22. Максимъ Е., кр. Пензенс. у., 5 лѣтъ, боленъ 3 мѣсяца. St. pr. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Боли въ области мочевого пузыря, болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе. Въ пузырь — небольшой камень.

14. Высокое сѣченіе. Фасфатъ въ большой орѣхъ. Двухэтажный шовъ пузыря безъ катетера.

16. Теченіе безлихорадочное, моча идетъ свободно чрезъ уретру.

24. Первое натяженіе. Швы сняты.

26/VI. Выбылъ здоровымъ.

23. Яковъ Л., кр. Мокшан. у., 7 лѣтъ, боленъ около 3-хъ лѣтъ. Питаніе и сложеніе хорошее, затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырь камень.

17/VI. Высокое сѣченіе. Фосфатъ въ 2 орѣха. Двухэтажный шовъ.

20. Теченіе безлихорадочное. Моча идетъ хорошо.

27. Швы сняты. Первое натяженіе.

28. Выбылъ здоровымъ.

24. Михаилъ С., кр. Саранс. у., 3-хъ лѣтъ, боленъ около 2-лѣтъ.

Питаніе и сложеніе среднее. Мочеиспусканіе затрудненное и болѣзненное. Въ пузырь камень.

20/VI. Высокое сѣченіе. Извлечены 2 овальныхъ камня въ вишню и въ горошину. Двухэтажный шовъ.

22. Теченіе безлихорадочное. Мочеиспусканіе свободно.

29. Первое натяженіе. Швы сняты.

29. Выбылъ здоровымъ.

25. Осипъ А., кр. Керенск. у., 5 лѣтъ, боленъ около 3-хъ мѣсяцевъ. Общее истощеніе и блѣдность покрововъ, pruritus гипертрофированъ. Сильно болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе. При изслѣдованіи катетеромъ, въ пузырь большой камень.

25/VI. Высокое сѣченіе. Фасфатъ въ голубиное яйцо. Непрерывный шовъ на пузырь въ 2 этажа. Постоянной катетеръ.

27. Вечеромъ т-ра поднялась до 38,0. Катетеръ вынуть.

29. Изъ раны вытекаетъ немного мочи.

5/VI. Большая часть мочи идетъ чрезъ рану. Швы кожные сняты.

15. Вся моча идетъ чрезъ уретру, рана пузыря закрылась. Рана кожи хорошо заживаетъ.

20/VI. Выбылъ здоровымъ.

26. Сергѣй П., кр. Пензен. у., 3-лѣтъ, боленъ около 2-хъ мѣсяцевъ. Сложеніе и питаніе хорошее. Мочеиспусканіе болѣзненно, въ пузырь небольшой камень.

11/VI. Высокое сѣченіе. Двухэтажный шовъ, безъ катетера.

13. Моча идетъ свободно въ уретру.

18. Теченіе безлихорадочное, на мѣстѣ раны небольшой свищъ, изъ коего сочится моча. Швы сняты.

22. Свищъ закрылся, рана зажила.

23. Выбылъ здоровымъ.

27. Иванъ Б., кр. Мокш. у., 4 лѣтъ, боленъ около года. St. pr. Сложеніе и питаніе среднее. Сильныя боли при мочеиспусканіи, вслѣдствіе чего ребенокъ кричитъ. Моча щелочная, въ пузырь камень.

26/IV. Высокое сѣченіе. Удаленъ фасфатъ въ лѣсной орѣхъ. Двухэтажный шовъ безъ катетера.

28. Теченіе безлихорадочное. Мочеиспусканіе свободно.

5. Рана зажила первымъ натяженіемъ, швы сняты.

6. Выбылъ здоровымъ.

28. Егоръ П., кр. Н. Ломовск. у., 3-хъ лѣтъ, боленъ 1 годъ. Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Penis гипертрофированъ. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. Въ пузырь камень.

28/X. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ орѣхъ. Двухэтажный пузырьный шовъ. Постоянный катетеръ.

30. Т-ра вечеромъ поднялась до 39,0. Общее состояніе удрученное.

2. Температура нормальна. Катетеръ извлеченъ.

7. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

11/XI, Выбылъ здоровымъ.

Всѣхъ больныхъ I-ой группы было 28. У всѣхъ былъ наложенъ шелковый шовъ, у 25 двухэтажный, а у 3 былъ прибавленъ еще 3 рядъ. Шовъ былъ или узловый по способу проф. Склифасовскаго или же нижній рядъ состоялъ изъ

узловыхъ швовъ, а верхній былъ непрерывный, какъ совѣтуетъ Тилингъ, въ 3-хъ случаяхъ были наложены кисетный шовъ по Бреннеру. Кожная рана обыкновенно зашивалась узловыми швами и въ нижній уголъ ея вставлялся тампонъ. Лишь у 5 больныхъ рана была зашита наглухо. У 18 больныхъ рана зажила первымъ натяженіемъ, что составляетъ 64% обыкновенно на 4—5 день извлекался катетеръ, на 9 поверхностные швы, а на 12—14 оперированные чувствовали себя настолько здоровыми, что могли выписаться изъ больницы. У 2-хъ больныхъ открылся надъ лобковымъ свищъ на 6 день и зажилъ: у одного больного на 11, а у другого на 15 день. Въ одномъ случаѣ (№ 5) вслѣдствіе застоя мочи и признаковъ перитонита швы были сняты и вставленъ дренажъ; заживленіе пузырьной раны наступило чрезъ 12 дней. У 2-хъ больныхъ швы разошлись совершенно, и у одного изъ этихъ больныхъ рана пузыря закрылась на 20, а у другого съ омертвѣніемъ клѣтчатки и затеками лишь на 60 день. Причину неудачи шва слѣдуетъ искать съ одной стороны въ недостаточной асептикѣ и техникѣ при его наложеніи, а съ другой въ свойствахъ пузыря и его содержимаго. Нашъ шелкъ едвали былъ всегда асептичнымъ и проколота до слизистой оболочки нить давала возможность распространяться вверхъ до кожи мочѣ и заключающимся въ ней микробамъ. Это и служило причиной расхожденія шва, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и развитія перитонита.

Кромѣ того 2-раза №№ 21 и 50 мнѣ удалось наблюдать какъ нити, которыми мы сшили пузырь, опустились въ полость его и дали поводъ къ образованію вокругъ нихъ конкрементовъ. Такое явленіе наблюдалось уже и раньше. Такъ Stierlin⁷⁰⁾ въ своей статьѣ насчиталъ 9 такихъ случаевъ, указывающихъ на нѣкоторое неудобство погружного шва.

Летальныхъ исходовъ было 4. Одинъ семидесяти-лѣтній старикъ погибъ при явленіяхъ старческой слабости и ребенокъ подъ № 12 при явленіяхъ гнойнаго піелита, развившагося задолго до операціи, что подтвердило вскрытіе. Затѣмъ больные подъ № 9 и 17 погибли отъ перитонита, который несомнѣнно слѣдуетъ поставить въ связь съ операціей, такимъ образомъ смертность отъ операціи съ наложеніемъ шелкового шва можно считать въ 7,1%.

II. Операци со швомъ Разумовскаго.

1898 г.

29. Семень Г., кр. Пензенск. у., 12 лѣтъ, боленъ около 10 лѣтъ. Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое. Репіс гипертрофированъ. Сильныя боли въ области мочевого пузыря, особенно при мочеиспусканіи, которое затруднено.

2/III. Высокое сѣченіе. Камень легко извлеченъ пальцемъ. Фасфатъ овальный, величиною въ фисташку.

Шовъ пузыря по Разумовскому 7 петель. Въ нижній уголъ кожной раны вставленъ тампонъ, безъ катетера.

4. Температура нормальна, мочеиспусканіе свободно. Тампонъ вынуть.

12. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

20. Выбылъ здоровымъ.

30. Николай Г., Пензенскій мѣщ., 3-хъ лѣтъ, боленъ 2 года. Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Сильно затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Боли въ области пузыря, при изслѣдованіи катетеромъ ощущается камень.

7/VIII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ оксалатъ въ видѣ тутовой ягоды, величиною въ вишню. Шовъ Разумовскаго, 3 пары. Въ нижній уголъ раны тампонъ, безъ катетера.

9. Температура нормальна, мочится свободно.

17. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты, кромѣ одного, который оборвался.

21. Выбылъ здоровымъ.

31. Василий А., кр. Пензенск. у., 5 лѣтъ, боленъ 1 годъ. Сложеніе и питаніе среднее. Боли въ области мочевого пузыря и члена, затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырь камень.

22/VIII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ большой орѣхъ. Шовъ Разумовскаго, 5 петель. Тампонъ въ нижній уголъ раны, безъ катетера.

24. Т-ра въ день операци 38,0. Мочится свободно въ уретру.

2. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

4/IX. Выбылъ здоровымъ.

32. Леонтій Б., кр. Пензенск. у., 10 лѣтъ, боленъ около 3-хъ лѣтъ. Сложеніе среднее, питаніе плохое. Сильныя боли въ области пузыря и репіс, который гипертрофированъ. Мочеиспусканіе сильно болѣзненно и затруднено. Моча щелочная, гнойная и кровянистая.

9/VIII. Высокое сѣченіе. Удалены 2 камня: одинъ въ грецкій орѣхъ раздробился при извлеченіи, вынуть кусками, второй въ лѣсной орѣхъ. Оба фосфаты. Одинъ изъ камней сидѣлъ въ сильно-растянутой шейкѣ пузыря. Стѣнки пузыря сильно гипертрофированы. Двѣ пары швовъ по Разумовскому. Въ нижній уголъ раны тампонъ, безъ катетера.

Вечеромъ моча остановилась, вставленъ катетеръ. Температура 39,2.

20. Моча течетъ хорошо, животъ вздутъ, 3 раза рвало, признаки перитонита.

21. Сильныя боли, вздутіе живота, едва ощутимый пульсъ.

22. Скончался.

Вскрытіе обнаружило разлитой перитонитъ.

33. Федоръ Б., кр. Саратов. губ., 2 лѣтъ, боленъ около года. Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Сильныя боли въ пузырьѣ и членѣ, большое затрудненіе при мочеиспусканіи, постоянно мокрый.

12/VIII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ въ голубиное яйцо. Шовъ пузыря по Разумовскому 2 пары петель, тампонъ безъ катетера.

14. Температура нормальна, мочится хорошо.

20. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

22. Выбылъ здоровымъ.

34. Михаилъ Г., кр. Пенз. уѣз., 4 лѣтъ, боленъ около 6 мѣсяцевъ. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ пузырьѣ небольшой камень. По временамъ больного лихорадитъ.

12/VIII. Высокое сѣченіе. Фосфатъ въ орѣхъ. Шовъ по Разумовскому. Катетеръ.

14. По вечерамъ т-ра поднималась до 39,0, моча идетъ хорошо въ катетеръ.

15. Катетеръ вынуть, мочится хорошо.

21. Рана зажила первымъ натяженіемъ.

25. Выбылъ здоровымъ.

35. Филиппъ Ш., кр. Н.-Ломовск. у., 4 лѣтъ, боленъ около года. Сложеніе и питаніе среднее. Затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ пузырьѣ небольшой камень.

22/IX. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ кедровый орѣхъ. Шовъ Разумовскаго, 2 петли слѣва и 3 справа. Въ нижній уголь каждой раны тампонъ, безъ катетера.

24. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

25. Моча понемногу стала пресачиваться чрезъ наружную рану, постоянный катетеръ.

1/X. Швы сняты, свищъ закрылся.

8/X. Выбылъ здоровымъ.

36. Максимъ С., кр. Пензен. у., 1 г. 2 м., боленъ 6 мѣс. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе, въ пузырьѣ большой камень.

14/X. Высокое сѣченіе. Удаленъ фосфатъ въ голубиное яйцо. Шовъ Разумовскаго изъ 3-хъ паръ петель. Тампонъ безъ катетера.

16. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

23. Первое натяженіе. Швы сняты.

27/X. Выбылъ здоровымъ.

37. Константинъ О., Пензенскій мѣщанинъ, 11 лѣтъ, боленъ 6 лѣтъ, особенно боли усилились въ послѣдніе 3 мѣсяца. Сложеніе и питаніе хорошее. Боль въ области мочевого пузыря, сильно болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе. При изслѣдованіи катетеромъ въ уретрѣ оказался камень, не позволяющій катетеру проходить дальше.

7/X. Наружная уретротомія у корня penis, извлеченъ уратъ въ бобину.

Высокое сѣченіе. При надрѣзѣ пузырь ушелъ внизъ, и лишь съ большимъ трудомъ удалось захватить его и удержать для расширенія надрѣза. Извлеченъ уратъ въ грецкій орѣхъ. Шовъ Разумовскаго, катетеръ.

8. Т-ра 39, 5. Моча очень мутна.
11. По извлеченіи катетера часть мочи пошла чрезъ рану.
13. Часть раны разошлась. Швы сняты, вся моча идетъ въ рану.
28. Изъ раны удалена часть омертвѣвшей клѣтчатки.
25. Рана очистилась и начинаетъ заживать. Большая часть мочи идетъ въ уретру.
- 5/XI. Рана закрылась.
- 7/XI. Выбылъ здоровымъ.

38. Степанъ В., кр. Пенз. у., 4 лѣтъ, боленъ нѣсколько мѣсяцевъ. Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Penis гипертрофированъ. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. При изслѣдованіи катетеромъ — неясно ощущаемый камень.

27/X. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ горошину. Шовъ Разумовскаго, тампонъ, безъ катетера.

28. Т-ра нормальна, мочится хорошо.
- 4/XI. Сняты швы. Рана зажила первымъ натяженіемъ.
- 6/XI. Выбылъ здоровымъ.

39. Андрей С., кр. Город. у., 2 л., боленъ около года. Ребенокъ хорошаго тѣлосложенія и очень хорошаго питанія, жалуется на сильную боль и затрудненное мочеиспусканіе. Постоянно повторяется большое выпаденіе прямой кишки. При изслѣдованіи катетеромъ въ пузырь большой камень.

2/XI. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ больше орѣха. Шовъ Разумовскаго, съ тампономъ въ нижнемъ углу раны, безъ катетера.

13. Мочеиспусканіе свободно, т-ра поднялась до 39,0.
15. Т-ра вечеромъ 38,0. Общее состояніе угнетенное, появилась эритематозная сыпь.

20. Сыпь прошла, т-ра нормальна. Общее самочувствіе хорошее.

25. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

26. Изъ нижняго угла раны показалась моча, вытекающая очень тонкой струйкой.

28. Рана совершенно закрылась.

3/XII. Выбылъ здоровымъ.

40. Яковъ Х., кр. Саратов. губ., 8 лѣтъ, боленъ около 5 лѣтъ. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Сильныя боли въ области пузыря и затрудненное мочеиспусканіе, въ пузырь камень, моча чиста.

15/XI. Высокое сѣченіе. Извлеченъ овальный оксалатъ въ голубиное яйцо. Шовъ Разумовскаго съ тампономъ, безъ катетера.

17. Т-ра нормальна, мочеиспусканіе свободно.

24. Одна петля изъ швовъ прорѣзалась и вышла, остальные сняты, подъ ними decubitus, рана зажила первымъ натяженіемъ.

27/XI. Выбылъ здоровымъ.

41. Василий К. Кузнецкій мѣщанинъ, 8 лѣтъ, боленъ около 6 лѣтъ.

Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Мочеиспусканіе сильно затруднено. При изслѣдованіи обнаруживается камень, неподвижно сидящій въ шейкѣ пузыря.

1/XI. Высокое сѣченіе. Камень оксалатъ овальной формы, сидѣвшій въ дивертикулѣ шейки пузыря былъ выведенъ въ пузырь лишь пальцемъ, введеннымъ въ rectum. Шовъ Разумовскаго изъ 2-хъ петель, безъ катетера.

3. Т-ра нормальна, мочится свободно.

11. Первое натяженіе. Швы сняты.

20/XII. Выбылъ здоровымъ.

1899 г.

42. Василий Л., кр. Пенз. у., 26 лѣтъ, боленъ много лѣтъ. Сложеніе и питаніе среднее. По временамъ боли въ области пузыря, мочеиспусканіе всегда совершается съ большимъ трудомъ. Моча щелочная съ примѣсью гноя. Въ пузырь камень.

16/I. Высокое сѣченіе. Удаленъ фосфатъ въ грецкій орѣхъ. Стѣнки пузыря очень толсты, слизистая дрябла и сильно кровоточитъ. Шовъ Разумовскаго, справа 2, и слѣва 3 петли. Тампонъ безъ катетера.

18. Т-ра нормальна, мочеиспусканіе свободно, тампонъ вынуть.

26. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

12/II. Выбылъ здоровымъ.

43. Андрей Л., кр. Город. у., 4 лѣтъ, боленъ полгода. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. Пузырь сильно растянутъ, при изслѣдованіи катетеромъ обнаруживается очень большой камень.

28/I. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ въ куриное яйцо. Шовъ Разумовскаго по 2 петли съ каждой стороны. Тампонъ безъ катетера.

30. Температура нормальна, мочится хорошо.

5/II. Рана зажила первымъ натяженіемъ, швы сняты.

12/II. Выбылъ здоровымъ.

44. Семенъ И., кр. Городищ. у., 4 л., боленъ около 2 лѣтъ. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Сильное затрудненіе

при мочеиспусканіи, моча сочится по каплямъ постоянно, въ пузырь камень.

6/III. Высокое сѣченіе, извлеченъ фосфатъ больше орѣха. Шовъ Разумовскаго, безъ тампона и катетера.

8. Т-ра нормальна, мочеиспусканіе свободно.

14. Разошлась часть кожныхъ швовъ, пузырь закрылся.

18. Кожная рана зажила.

21/III. Выбылъ здоровымъ.

45. Петръ А., Пензен. мѣш., 4 л., боленъ около года. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Боли въ области пузыря, мочеиспусканіе болѣзненно и сильно затруднено, въ пузырь камень.

12/IV. Высокое сѣченіе. Извлеченъ камень въ горошину, и нѣсколько мелкихъ осколковъ отъ другого распавшагося. Шовъ Разумовскаго изъ 3-хъ паръ петель съ тампономъ.

12. Температура нормальна, мочеиспусканіе свободно.

17. Часть мочи просачивается въ нижнюю часть раны.

22. Швы сняты, остался небольшой свищъ.

2/VI. Свищъ закрылся.

9/VI. Выбылъ здоровымъ.

46. Гаврилъ Ш., кр. Мокш. у., 2 лѣтъ, боленъ около 6 мѣсяцевъ.

Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое. Сильныя боли при мочеиспусканіи, которое затруднено, въ пузырь камень.

15/VI. Высокое сѣченіе. Въ правой сторонѣ пузыря оказался дивертикулъ, въ которомъ помѣнился камень, немного меньше голубиного яйца, такой же формы. Шовъ Разумовскаго, безъ катетера.

17. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

22. Въ нижнюю часть раны протекаетъ моча, остальная часть зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

31. Выбылъ съ небольшимъ свищемъ.

47. Егоръ С. кр. Мокшанс. у., 21 года, боленъ около 5 лѣтъ. Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Мочеиспусканіе затруднено, по временамъ болѣзненно, въ пузырь камень.

21/V. Высокое сѣченіе. Удаленъ фосфатъ въ лѣсной орѣхъ. Шовъ Разумовскаго изъ 3-хъ паръ петель. Тампонъ, безъ катетера.

23. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

30. Первое натяженіе. Швы сняты.

2. Выбылъ здоровымъ.

48. Тимофей Ф., кр. Мокш. у., 11 лѣтъ, боленъ около 2-хъ лѣтъ. Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое. Сильныя боли, частое и крайне болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе, въ пузырь, который сильно растянуть, камень.

23/V. Высокое сѣченіе. Удаленъ оксалатъ въ голубиное яйцо въ формѣ тутовой ягоды. Шовъ Разумовскаго изъ 2-хъ паръ петель. Тампонъ, безъ катетера.

25. Т-ра нормальна, мочится свободно.

31. Первое натяженіе. Швы сняты.

19/VI. Выбылъ здоровымъ.

49. Петръ А., Пензенскій мѣщ., 4 лѣтъ, боленъ около 2-хъ лѣтъ. 11/IV 99 г. Было произведено высокое сѣченіе, послѣ котораго онъ выбылъ 20/V съ незажившимъ свищемъ, который вскорѣ закрылся (№ 17).

7/VII. Явился снова съ жалобой на затрудненное мочеиспусканіе, и при изслѣдованіи въ пузырь обнаружился камень.

8/VII. Высокое сѣченіе по старому рубцу. Пузырь

опустился значительно внизъ. Извлечены два камня меньше орѣха. Шовъ по Разумовскому, безъ тампона.

15. Открылся свищъ, постоянный катетеръ.

18. Большая часть раны сраслась первымъ натяженіемъ.

Швы сняты.

25. Свищъ закрылся, мочеиспусканіе свободно.

29. Выбылъ здоровымъ.

50. Степанъ О., кр. Пенз. у., 4 лѣтъ, боленъ около 2-хъ лѣтъ. 11/XI 98 г. произведено было высокое сѣченіе, послѣ котораго выбылъ здоровымъ.

28/XI. Явился съ жалобой на затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. При изслѣдованіи въ шейкѣ пузыря оказался небольшой камень.

30/XI. Высокое сѣченіе по старому рубцу. Въ шейкѣ пузыря найдена лигатура въ 1½ сант. длины, инкрустированная солями. Шовъ Разумовскаго изъ 2-хъ петель. Тампонъ.

2/XII. Т-ра нормальна, мочится свободно.

7/XII. Первое натяженіе. Швы сняты.

Выбылъ здоровымъ.

1900 г.

51. Павелъ В., кр. Мокш. у., 3 лѣтъ, боленъ около года. Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. Пузырь сильно растянуть, въ немъ оказывается при изслѣдованіи камень.

20/V. Высокое сѣченіе. Извлечены 3 камня отъ горошины до небольшого орѣха. Пузырь сильно растянуть, стѣнки его гипертрофированы. Шовъ Разумовскаго изъ 2-хъ петель, тампонъ, безъ катетера.

22. Т-ра нормальна, мочеиспускание свободно.

29. Первое натяжение, швы сняты, мочеиспускание свободно.

31/V. Выбылъ здоровымъ.

52. Александръ А., кр. Городиц. у., 2 лѣтъ, боленъ около 1 года. Тѣлосложение и питание хорошее. Мочеиспускание затруднено и болѣзненно, въ пузырьѣ небольшой камень.

3/VI. Высокое сѣчение. Извлечены 2 камня въ горошину. Шовъ Разумовскаго изъ 2-хъ паръ петель. Тампонъ, безъ катетера.

5. Т-ра по вечерамъ доходить до 39,8. Мочеиспускание свободно.

7. Т-ра нормальна, самочувствіе хорошее.

11. Швы сняты, въ нижній уголъ раны просачивается моча.

13. Рана зажила.

13/VI. Выбылъ здоровымъ.

53. Федоръ Р., кр. Н.-Ломовск. у., 10 лѣтъ, боленъ около 2-хъ лѣтъ.

Тѣлосложение среднее, нѣсколько блѣденъ, малокровенъ. Сильныя боли и затрудненіе при мочеиспусканіи, въ пузырьѣ камень.

22/VIII. Высокое сѣчение. Извлеченъ длинный фосфатъ въ голубиное яйцо. Шовъ Разумовскаго изъ 3-хъ петель, безъ катетера.

24. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

31. Первое натяжение. Швы сняты.

4/IX. Выбылъ здоровымъ.

54. Алексѣй К., кр. Мокш. у., 8 л., боленъ около года, предъ поступленіемъ въ больницу нѣсколько дней лихорадиль.

Тѣлосложение и питание среднее. Мочеиспускание затруднено и болѣзненно, въ пузырьѣ камень.

9/X. Высокое сѣчение. Извлеченъ небольшой фосфатъ. Шовъ Разумовскаго изъ 2-хъ паръ петель. Тампонъ, безъ катетера.

11. Т-ра нормальна. Мочится свободно.

18. Первое натяжение. Швы сняты.

22. Выбылъ здоровымъ.

55. Афанасій Б., кр. Инсарскаго у., 5 лѣтъ, боленъ около полгода.

Тѣлосложение среднее, питание плохое, сильныя боли въ области пузыря, мочеиспускание затруднено и очень болѣзненно. Въ пузырьѣ камень.

11/X. Высокое сѣчение. Удаленъ фосфатъ въ грецкій орѣхъ. Шовъ Разумовскаго изъ 4-хъ петель. Тампонъ, безъ катетера.

13. Т-ра нормальна, мочеиспускание свободно.

19. Первое натяжение. Швы сняты.

23. Выбылъ здоровымъ.

56. Иванъ Г., кр. Керенскаго у., 20 лѣтъ, боленъ около 2-хъ л. Сложение и питание среднее. Боли въ области мочевого пузыря и репс.

Мочеиспускание учащено, затруднено и болѣзненно, въ мочѣ гной. При изслѣдованіи катетеромъ пузырь представляется крайне раздражительнымъ, въ немъ камень.

6/XII. Высокое сѣчение. Извлеченъ фосфатъ въ грецкій орѣхъ.

8. Т-ра нормальна, мочеиспускание свободно.

14. Первое натяжение. Швы сняты.

20. На лобкѣ открылся небольшой свищъ, изъ котораго протекаетъ моча.

25. Свищъ закрылся.

3/I 1901. Выбылъ здоровымъ.

57. Андрей Р., кр. Краснослобск. у., 12 лѣтъ, боленъ около года, 5 лѣтъ назадъ было произведено ему боковое сѣчение пузыря по поводу камня.

Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое. Сильныя боли въ области пузыря и penis, моча вытекаетъ по каплямъ, такъ что больной постоянно мокрый. Пузырь сильно растянутъ, моча мутна, съ гнойнымъ осадкомъ.

4/XI. Высокое сѣчение. Удаленъ фосфатъ въ грецкій орѣхъ, расколотившійся при извлеченіи. Стѣнки пузыря гипертрофированы, толсты, плотны. Шовъ Разумовскаго изъ 2-хъ паръ петель. Тампонъ безъ катетера.

6. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

10. Повязка промокла отъ просочившейся мочи.

15. Швы сняты, первое натяжение, кромѣ небольшого свища надъ лобкомъ.

20. Свищъ закрылся.

26/XI. Выбылъ здоровымъ.

Больныхъ 2-й группы было 29. У всѣхъ былъ наложенъ шовъ изъ серебряной проволоки по способу проф. Разумовскаго. Проволока обыкновенно употреблялась довольно толстая № 3, такъ какъ тонкая скорѣе давала узлы, которые затрудняли проведеніе швовъ, или ломалась при закручиваніи. Накладывалось обыкновенно по 2, рѣже по 3 петли съ каждой стороны, концы закручивались на марлевыхъ валикахъ, подъ которыми нерѣдко образовывался ограниченный

decubitus. Кожная рана зашивалась нѣсколькими узловыми швами, а въ нижній уголъ въ большинствѣ случаевъ вставлялся тампонъ, „предохранительный клапанъ“, какъ называетъ его авторъ шва.

Постоянный катетеръ совсѣмъ не вводился и больные легко мочились сами. Лишь у очень немногихъ, у 3 на 29, мочеиспусканіе не совершалось правильно, и этимъ больнымъ моча выпускалась мягкимъ катетеромъ, который вводился 3—4 раза въ первые два дня.

У 20 больныхъ рана зажила первымъ натяженіемъ, что составляетъ 68%. У этихъ больныхъ на 4—5 день извлекался тампонъ изъ нижняго угла раны, а на 9—10 снимались поверхностные и вытягивались металлическіе швы, такъ что часто все леченіе ограничивалось двумя перевязками.

У 8 больныхъ наблюдалось образованіе свища на мѣстѣ шва. Свищи открывались между 3 и 14 днями, чаще всего на 6—7 день, существовали въ среднемъ около 8 дней и закрывались между 11 и 20 днями. Леченіе такихъ больныхъ продолжалось не болѣе 3-хъ недѣль, лишь одинъ больной, по настоянію родителей, былъ выписанъ со свищемъ, отъ котораго впрочемъ излечился довольно скоро.

Причину лучшихъ исходовъ больныхъ этой группы, хотя между ними были и съ щелочной, гнойною мочою, слѣдуетъ приписать съ одной стороны болѣе асептическому матеріалу швовъ, а съ другой примѣненію цистонексіи, которая предохраняла пузырь отъ излишней подвижности, излишняго растяженія, способствуя болѣе правильному и быстрому заживленію пузырной раны.

Летальный исходъ наблюдался у одного больного № 32 и смерть его слѣдуетъ поставить въ непосредственную связь съ операцией, такъ что смертность этой группы больныхъ = 3,4%.

Шовъ проф. Разумовскаго имѣетъ лишь то неудобство, что онъ довольно сложный и требуетъ довольно много помощниковъ, какъ это призналъ и самъ авторъ на Казанскомъ съѣзда врачей; это-то обстоятельство и побудило меня попытать нѣсколько упрощенный способъ наложенія шва, сохранивъ главную основу его, и исторіи больныхъ, оперированныхъ по этому упрощенному способу, составляютъ слѣдующую группу.

III. Операциі съ упрощеннымъ металлическимъ швомъ.

1898 г.

58. Иванъ Н., кр. Пенз. уѣзда, 2-хъ лѣтъ, боленъ около 4 мѣсяцевъ. Сложеніе и питаніе среднее, затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырь камень.

8/XII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ больше орѣха. 3 упрощенныхъ металлическихъ шва, тампонъ, безъ катетера.

10. Т-ра нормальна, мочится свободно.

16. Первое натяженіе. Швы сняты.

18/XII. Выбылъ здоровымъ.

59. Ефимъ Ф., кр. Н.-Ломовск. у., 5 лѣтъ, боленъ около года.

Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Мочеиспусканіе затруднено и сопровождается сильными болями. Въ пузырь большой камень.

3/I. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ въ голубиное яйцо. 4 упрощенныхъ металлическихъ шва. Тампонъ безъ катетера.

5. Т-ра нормальна, мочеиспусканіе свободно.

13. Первое натяженіе. Швы сняты.

19/I. Выбылъ здоровымъ.

60. Павелъ Г., кр. Мокш. у., 12 лѣтъ, боленъ больше 3-хъ лѣтъ, годъ назадъ было произведено высокое сѣченіе.

Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Мочеиспусканіе сильно затруднено и болѣзненно, въ пузырь — большой камень.

8/II. Высокое сѣченіе по рубцу, пузырь оказался не исполнѣ приросшимъ. Большой камень (фосфатъ больше голубиного яйца) извлеченъ съ трудомъ послѣ многократныхъ попытокъ. 3 упрощенныхъ металлическихъ шва.

10. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

11. Часть мочи показалась въ рану, вставленъ катетеръ.

13. Рана исполнѣ зажила.

14. Выбылъ здоровымъ.

61. Алексѣй У., кр. Саратовск. губ., 10 лѣтъ, боленъ около 6 мѣсяцевъ.

Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія, жалуется на сильно затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Постоянно жилится и держится за головку репѣ, который гипертрофированъ. Моча съ примѣсью гноя и песка, при изслѣдованіи катетеромъ обнаруживается большой камень.

12/VIII. Высокое сѣченіе. Камень извлеченъ легко, такъ какъ захваченъ въ удобномъ направленіи. Продолговатый уратъ больше лѣсного яблока. 4 петли металлическихъ швовъ. Тампонъ безъ катетера.

14. Т-ра вечеромъ поднялась до 38° , вся моча идетъ въ катетеръ, катетеръ вынуть.

16. Мочится хорошо въ уретру. Самочувствіе хорошее.

19. Часть мочи идетъ черезъ рану

22. Швы сняты, остается небольшая свищъ.

11/IX. Свищъ совершенно закрылся.

13/IX. Выбылъ здоровымъ.

62. Степанъ К., кр. Мокш. у., 3-хъ лѣтъ, боленъ около 2-хъ лѣтъ.

Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. Въ пузырь небольшой камень.

24/VII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ меньше горошины. 3 петли металлическаго шва, безъ тампона и катетера.

26. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

28. Появилась эритематозная сыпь, и поднятіе температуры до 38° .

30. Часть мочи показалась въ рану.

7. Сыпь и лихорадка прошли.

8. Сняты швы, часть мочи идетъ черезъ свищъ.

15. Свищъ закрылся.

21/VIII. Выбылъ здоровымъ.

63. Максимъ Г., кр. Пензенскаго у., 2 лѣтъ, боленъ полгода. Ребенокъ слабого тѣлосложенія и питанія, блѣдный. Жалуется на боль въ области пузыря, особенно при мочеиспусканіи, которое затруднено.

23/XI. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ меньше орѣха. 2 петли упрощеннаго металлическаго шва.

25. Мочеиспусканіе свободно, т-ра нормальна.

2. Первое натяженіе. Швы сняты.

10/XII. Выбылъ здоровымъ.

64. Иванъ Т., кр. Город. у., 26 лѣтъ, 7 лѣтъ назадъ было произведено боковое сѣченіе, черезъ годъ послѣ операціи снова появились признаки болѣзни.

3/XII. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Сильныя боли въ области пузыря и члена, сильное затрудненіе при мочеиспусканіи, такъ что моча вытекаетъ по каплямъ. Въ пузырь камень.

8. Больного лихорадитъ, сильно мучается при мочеиспусканиі, у корня реніс ощущается камень, не позволяющій ввести катетеръ.

9. Наружная уретротомія. Извлеченъ уратъ въ большой орѣхъ. Въ пузырь ощущается другой камень.

12. Больного лихорадитъ. Вся моча идетъ въ отверстіе уретры.

20. Лихорадка прекратилась. Общее состояніе удовлетворительное.

21. Высокое сѣченіе. Камень при извлеченіи распался на 2 части, фосфатъ. 4 петли упрощеннаго шва. Тампонъ, безъ катетера.

22. Т-ра 39,5. Общее состояніе удрученное.

23. Общее состояніе крайне удрученное, блѣдность, рвота.

25. Тоже крайняя слабость.

26. Скончался.

Вскрытіе обнаружило піэлонефритъ обѣихъ почекъ и гидронефрозъ на правой.

Въ 1900 году.

65. Егоръ Б., кр. Пенз. уѣзда, 14 лѣтъ, боленъ около полгода. Сложеніе и питаніе среднее, реніс слегка гипертрофированъ. Затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырь небольшой камень.

21/I. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ въ орѣхъ. 3 упрощенныхъ металлическихъ шва, безъ тампона и катетера.

23. Теченіе безлихорадочное, мочится свободно.

30. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

10/II. Выбылъ здоровымъ.

66. Андрей Б., кр. Инсарскаго у., 3 лѣтъ, боленъ 6 мѣсяцевъ. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія, страдаетъ небольшимъ искривленіемъ позвоночника. Мочеиспусканіе болѣзненно и затруднено; въ пузырь большой камень.

14/III. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ больше голубинаго яйца. 3 упрощенныхъ металлическихъ шва безъ тампона и катетера.

16. Теченіе безлихорадочное, мочеиспусканіе свободно.

20. Первое натяженіе. Швы сняты.

24/III. Выбылъ здоровымъ.

67. Петръ Ф., кр. Инсарск. у., 2¹/₂ лѣтъ, боленъ около 3-хъ мѣсяцевъ.

Ребенокъ средняго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія, постоянно кричитъ и держится за нижнюю часть живота. Мочеиспусканіе болѣзненно и затруднено, такъ что моча вытекаетъ по каплямъ.

3/IV. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ очень тонкій и длинный (10 сант.). 3 петли упрощеннаго шва безъ тампона и катетера.

5. Т-ра нормальна, мочеиспусканіе свободно.

11. Первое натяженіе, швы сняты.

11. Выбылъ здоровымъ.

68. Григорій С., кр. Н.-Ломов. у., 3 лѣтъ, боленъ около 2-хъ лѣтъ.

Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. Въ пузырь камень.

15/V. Высокое сѣченіе. Пузырь плохо наполнялся. Предпузырная клѣтчатка развита сильно, часть ея пришлось удалить. Извлеченъ уратъ больше орѣха. 3 петли упро-

пеннаго шва, тампонъ, безъ катетера. Больной плохо перенесъ хлороформъ.

16. Т-ра въ день операціи поднялась до 39,9. Затѣмъ пала. Ребенокъ блѣденъ и слабъ, нѣсколько разъ рвало. Моча нѣсколько разъ выпущена катетеромъ.

17. Рвало нѣсколько разъ, животъ вздуть, мочится свободно.

18. Животъ вздуть, рвота, слабость.

19. Скончался.

69. Федоръ Ч., кр. Наровчатск. у., 12 лѣтъ, боленъ около 5 лѣтъ.

Довольно сильное истощеніе. Боли въ нижней части живота и репѣ, гдѣ постоянно держатся руки. Моча вытекаетъ каплями, попытки же мочиться сопровождаются сильными болями. Катетеръ вводится съ трудомъ и опущается камень.

21/VI. Высокое сѣченіе. Извлеченъ изъ пузыря уратъ больше орѣха. У входа въ пузырь оксалатъ въ голубиное яйцо, крѣпко ущемленный, его съ трудомъ удалось вывести при нажимѣ въ прямой кишкѣ. Пузырь отдѣленъ отъ окружающей клѣтчатки. 4 петли упрощеннаго металлическаго шва, тампонъ, безъ катетера.

23. Теченіе безлихорадочное, мочеиспусканіе свободно.

1/VI. Первое натяженіе. Швы сняты.

3/VI. Выбылъ здоровымъ.

70. Александръ В., кр. Мокшан. у., 2-хъ лѣтъ, боленъ около года.

Питаніе и сложеніе хорошее. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. Въ пузырьѣ камень.

30/V. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ 2 большихъ орѣха. 3 петли упрощеннаго шва, тампонъ, безъ катетера.

1/VI. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

8. Первое натяженіе. Швы сняты.

11/VI. Выбылъ здоровымъ.

71. Макарь Л., кр. Н. Ломовск. у., 2 лѣтъ, боленъ около года.

Питаніе и сложеніе хорошее. Боли въ области пузыря, мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. При изслѣдованіи катетеромъ обнаруживается большой камень.

30/VI. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ въ голубиное яйцо. 4 петли металлическаго шва, тампонъ, безъ катетера.

2. Т-ра нормальна, мочеиспусканіе свободно.

10. Первое натяженіе. Швы сняты.

17. Выбылъ здоровымъ.

72. Дмитрій З., кр. Н. Ломов. у., 12 лѣтъ, боленъ нѣсколько лѣтъ.

Довольно сильное истощеніе. Сильныя боли въ области пузыря. Затрудненное и крайне болѣзненное мочеиспусканіе, моча по временамъ съ примѣсью гноя. Въ пузырьѣ — большой камень.

9/VII. Высокое сѣченіе. Вслѣдствіе напряженія стѣнокъ пузыря камень извлеченъ съ большимъ усиліемъ. Оксалатъ въ видѣ туповой ягоды больше голубиного яйца. Стѣнки пузыря очень толсты, слизистая кровотолива. 3 пары металлическихъ швовъ безъ тампона и катетера.

11. Теченіе безлихорадочное, мочеиспусканіе свободно.

20. Первое натяженіе. Швы сняты.

7/VIII. Выбылъ здоровымъ.

73. Афанасій Р., кр. Город. уѣз., 14 лѣтъ, боленъ больше года.

Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое. Болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе, въ пузырьѣ большой камень.

10/VII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ въ голубиное яйцо. 3 пары металлическихъ швовъ, тампонъ, безъ катетера.

11. Теченіе безлихорадочное, мочеиспусканіе свободно.

17. Повязка промокла отъ просачившейся мочи.

20. Швы сняты, первое натяженіе, крайне небольшой свищъ надъ лобкомъ.

20. Свищъ закрылся.

30/VII. Выбылъ здоровымъ.

74. Махаиль III., кр. Пенз. уѣз., 2 лѣтъ, боленъ 6 мѣсяцевъ.

Сложеніе и питаніе хорошее. Мочеиспусканіе затрудненное и болѣзненное. Въ пузырьѣ небольшой камень.

3/VIII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ оксалатъ въ видѣ тутовой ягоды въ небольшой орѣхъ. 3 петли упрощеннаго металлическаго шва.

5. Теченіе безлихорадочное, мочеиспусканіе свободно.

10. Первое натяженіе. Швы сняты.

11/VIII. Выбылъ здоровымъ.

75. Федоръ Т., кр. Мокш. у., 4 лѣтъ, боленъ 2 года.

Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Сильныя боли въ области пузыря, затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Моча щелочная. Въ пузырьѣ большой камень.

29/VIII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ голубиное яйцо. 3 металлическихъ шва безъ дренажа и катетера.

1/IX. Теченіе безлихорадочное, мочится хорошо.

10. Первое натяженіе. Швы сняты.

12/IX. Выписывается здоровымъ.

76. Григорій П., кр. Н.-Ломовс. у., 12 лѣтъ, боленъ 3 года.

Довольно сильное исхуданіе. Сильныя боли въ области пузыря, отчего больной всегда держитъ тамъ руки, постоянно плачетъ, моча вытекаетъ по каплямъ. При изслѣдованіи катетеромъ большой камень, сидящій у входа.

7/IX. Высокое сѣченіе. Камень такъ плотно былъ ущемленъ, что его удалось лишь вытолкнуть въ пузырь пальцемъ, проведеннымъ въ гестумъ. Оказался мягкій фосфатъ въ лѣсное яблоко. 4 упрощенныхъ металлическихъ шва.

9. Т-ра въ первый день поднялась до 38,9 мочеиспусканіе свободно.

18. Первое натяженіе. Швы сняты.

19. Выбылъ здоровымъ.

77. Леонтій Ж., кр. Пенз. у., 2 лѣтъ, боленъ полгода. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Мочится съ затрудненіемъ и болью. Въ пузырьѣ камень.

16/IX. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ орѣхъ. 4 металлическихъ шва на пузырь.

18. Теченіе безлихорадочное, мочеиспусканіе свободно.

26. Первое натяженіе. Швы сняты.

30/XI. Выбылъ здоровымъ.

78. Андрей С., кр. Саратов. губ., 12 л., боленъ около 3-хъ лѣтъ. 26/I. Сложеніе и питаніе удовлетворительное, боли въ области мочевого пузыря. Сильныя боли при мочеиспусканіи, причѣмъ моча продолжительное время течетъ по каплямъ. Въ пузырьѣ большой камень.

30/I. Высокое сѣченіе, во время котораго былъ приступъ асфиксіи, такъ что операція остановлена на 1/2 часа. Камень извлеченъ легко. Онъ оказался оксалатомъ съ обо-

лочкой изъ фосфата, изъ котораго выступаютъ темные зубцы. Величина его въ волошскій орѣхъ, вѣсъ 15,0. Наложены 3 петли упрощеннаго металлическаго шва.

3/III. Заживленіе раны идетъ хорошо, при нормальной температурѣ, мочеиспусканіе совершенно свободно въ уретру.

10. Швы сняты, рана зажила, первымъ натяженіемъ.

15. Выбылъ здоровымъ.

79. Алексѣй К., кр. Пенз. у., 4 лѣтъ, боленъ около года.

8/III. Ребенокъ хорошаго тѣлосложенія и питанія, жалуется на боли въ области пузыря и членѣ, кричитъ вслѣдствіе боли при мочеиспусканіи, въ пузырь камень.

27/III. Высокое сѣченіе съ упрощеннымъ металлическимъ швомъ. Камень фосфатъ въ орѣхъ, вѣсъ 1,24.

26. Температура нормальна, мочеиспусканіе свободно.

4/IV. Первое натяженіе, швы сняты.

8. Рана совершенно зажила и больной выбылъ здоровымъ.

80. Андрей Т., кр. Мокш. у., 3 лѣтъ, боленъ около года.

20/II. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія, жалуется на затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырь камень.

25/II. Высокое сѣченіе съ упрощеннымъ металлическомъ швомъ. Камень-фосфатъ въ маленькій орѣхъ, вѣсомъ 0,9.

27. Температура нормальна, мочеиспусканіе свободно.

7. Первое натяженіе, швы сняты.

8. Выбылъ здоровымъ.

81. Василій Г., кр. Пензенскаго уѣзда, 4 лѣтъ, боленъ нѣсколько мѣсяцевъ.

8/III. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія, жа-

луется на затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырь небольшой камень.

16/III. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ меньше орѣха. 3 петли упрощеннаго металлическаго шва.

18. Теченіе безлихорадочное, мочеиспусканіе свободно.

24. Рана зажила первымъ натяженіемъ.

26/III. Выбылъ здоровымъ.

82. Петръ А., кр. Инсарскаго у., 40 лѣтъ, боленъ нѣсколько лѣтъ. 23/II. Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое.

У корня penis вялая язва и отъ нея идетъ свищевой ходъ къ уретрѣ. Мочеиспусканіе частое и болѣзненное. Пузырь сильно растянутъ и въ немъ оцупывается большой камень.

1/VI. Высокое сѣченіе. Очень большой камень извлеченъ съ трудомъ, 4 петли упрощеннаго металлическаго шва, тампонъ въ нижній уголъ кожной раны. Камень-уратъ больше лѣснаго яблока, вѣсомъ въ 20,0.

2. Самочувствіе удовлетворительное, мочеиспусканіе свободно.

3. Сильная слабость.

4. Слабость увеличивается, сердце работаетъ плохо.

5. Скончался при явленіяхъ быстрого упадка силъ.

Вскрытія по настоянію родныхъ произведено не было.

83. Андрей Р., кр. Красносл. у., 11 лѣтъ, 7 лѣтъ назадъ было произведено боковое сѣченіе, 2 года назадъ высокое, настоящее страданіе появилось 2 мѣсяца. 1/X. Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое. Сильныя боли въ области пузыря, болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе, въ пузырь камень.

3. Высокое сѣченіе по старому рубцу. Извлеченъ фосфатъ въ большой орѣхъ. Упрощенный металлическій шовъ.

5. Течение безлихорадочное, мочеиспускание свободно.

13. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты. Больной сильно поправился.

20/X. Выбыль здоровымъ.

Больнымъ 3-й группы шовъ накладывался серебряной проволокой съ двумя иглами на концахъ слѣдующимъ образомъ: начиная съ нижняго конца раны, отступя отъ раны въ сторону на 1 сант. дѣлался вколъ кривой иглой, такъ чтобы она захватила мышечную оболочку по направленію къ ранѣ на протяженіи приблизительно $\frac{1}{2}$ сант., затѣмъ игла выводилась, проводилась поверхъ пузырьной раны и вкалывалась на другой сторонѣ раны, отступя отъ края ея также на $\frac{1}{2}$ сант. Проведя ее $\frac{1}{2}$ сант. подъ мышечной оболочкой выводятъ наружу, а затѣмъ прокалываютъ ею мышцы и наружную кожу. Вторую иглу той же нити вкалываютъ выше первой на $\frac{1}{2}$ сант. въ томъ же направленіи и проводя поверхъ раны и сдѣлавъ вколъ на другой сторонѣ стѣнки пузыря, выводятъ также, какъ и первую чрезъ мышцы и кожу наружу, гдѣ и закручиваютъ вмѣстѣ съ первой нитью на марлевомъ валикѣ. Другую петлю начинаютъ вколomъ на другой сторонѣ пузырьной стѣнки и выводятъ нити для завязыванія на валикѣ на противоположной сторонѣ. Смотря по длинѣ пузырьной раны накладываетъ отъ 3 до 6 петель, начиная ихъ по очереди на одной и другой сторонѣ пузырьной раны. Сначала каждая двѣ нити одной петли зажимаются торсионными пинцетами, а когда наложены все петли, ихъ затягиваютъ и закручиваютъ на валикахъ, такъ что края пузырьной раны заворачиваются внутрь пузыря и наружная поверхность обѣихъ сторонъ приходитъ въ соприкосновеніе. Сверху кожу и клетчатку зашиваютъ узловыми швами наглухо, или въ нижній уголъ раны вставляется тампонъ (см. рисунокъ).

Катетера не вставляютъ и лечение ведется какъ у больныхъ 2-й группы.

Этотъ шовъ значительно проще шва Разумовскаго, но достигаетъ той-же цѣли и даетъ такіе же результаты.

Всѣхъ наблюденій было 26. Подборъ больныхъ нельзя назвать вполне удачнымъ. Между ними были больные лихорадящие, съ щелочной, гнойной мочою, несомнѣнными признаками піалита, тѣмъ не менѣе первое натяженіе получилось у 20 бол., что составляетъ 76 0/0.

У 4 больныхъ были свищи, которые открывались между 6 и 10 днями и закрылись около 20-го дня.

Такой результатъ можно назвать очень хорошимъ, такъ какъ въ эту группу попало очень много больныхъ съ очень большими камнями, старыми страданіями почекъ, щелочной и гнойной мочей.

Умерло 2 больныхъ; одинъ больной погибъ отъ перитонита, находящагося въ связи съ операцией, другой же отъ піалита и гидронефроза, страданія несомнѣнно давняго, такъ что смертность непосредственно отъ операциіи составляетъ 3,8.

Собственно приведенными тремя группами исчерпывается матеріалъ нашей больницы по положеніи полнаго шва на пузырьную рану при каменной болѣзни, я привожу слѣдующую группу больныхъ леченныхъ по открытому способу, чтобы съ одной стороны отгѣнить все выгоды наложенія полнаго шва на пузырь, а съ другой чтобы представить полную картину заживленія ранъ послѣ операциіи каменной болѣзни, описавъ тѣ случаи, гдѣ лечение шло не столь успѣшно.

IV. Операции, послѣ коихъ лечение велось по открытому способу.

84. Федоръ П., кр. Пенз. у., 11 лѣтъ, боленъ около 3 лѣтъ.

Тѣлосложеніе и питаніе хорошее, затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ пузырь камень.

13/VIII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ оксалатъ въ голубиное яйцо. Пузырь пришить къ кожной ранѣ и въ отверстіе введенъ короткій дренажъ.

15. Теченіе безлихорадочное, вся моча идетъ въ дренажъ.

17. Швы сняты, и удаленъ дренажъ.

28. Рана закрылась, мочится свободно.

2/IX. Выбылъ здоровымъ.

85. Севастьянъ К., кр. Н.-Ломовс. у., 2 лѣтъ, боленъ 3 мѣсяца.

Тѣлосложеніе и питаніе среднее, затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, въ пузырь камень.

10/VIII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ кедровый орѣхъ. Наложень свищъ пузыря и введенъ дренажъ.

14. Т-ра по вечерамъ поднималась до 39,0. Образование затека въ верхнемъ углу раны. При разрывѣ вышла моча и ложка гною.

19. Швы сняты, образовалась экзема вокругъ раны.

7/IX. Образовался свищъ пузыря, который не заживаетъ.

25. Края свища освѣжены и наложены 4 шва.

5/X. Швы разошлись, рана не заживаетъ.

10. Пузырь отсепарированъ и зашитъ двухэтажнымъ швомъ, кожа зашита отдѣльно.

18. Швы разошлись.

29/X. Выбылъ съ свищемъ изъ котораго выдѣляется много мочи.

86. Семень К., кр. Пенз. у., 6 лѣтъ, боленъ 2 года.

Сложеніе и питаніе среднее. Мочеиспусканіе сильно затруднено и болѣзненно. Выпаденіе прямой кишки. Въ пузырь камень.

21/VIII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ фосфатъ меньше голубиного яйца. Пузырь опущенъ внизъ безъ шва, и вставленъ дренажъ. Наружная рана уменьшена нѣсколькими швами.

23. Теченіе безлихорадочное. Вся моча идетъ въ дренажъ.

28. Дренажъ вынутъ, наружные швы сняты.

10/IX. Много мочи идетъ въ уретру.

21. Наружная рана зарубцевалась.

21/IX. Выбылъ здоровымъ.

87. Яковъ М., кр. Пенз. уѣз., 8 лѣтъ, боленъ около года.

Сложеніе и питаніе среднее. Сильныя боли при мочеиспусканіи, которое затруднено. Въ пузырь большой камень.

16/IX. Высокое сѣченіе. При операциі вскрыта складка брюшины, опускавшаяся почти до симфиза. Появилось довольно сильное кровотеченіе, остановленное наложеніемъ на рану брюшины нѣсколькихъ швовъ.

Извлеченъ уратъ въ голубиное яйцо. Наложень свищъ пузыря, дренажъ.

18. Течение безлихорадочное, вся моча идетъ въ дренажъ.

30. Много мочи идетъ въ уретру.

5/X. Вся моча идетъ въ уретру.

10. Рана зарубцевалась.

12/X. Выбыль здоровымъ.

88. Игнатій С., кр. Город. у., 41 года, боленъ около 2-хъ лѣтъ.

Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое. Затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, свищи, опухоль и краснота промежности. Съ трудомъ проведенный катетеръ обнаруживаетъ присутствіе въ пузырьѣ камня.

18/III. Высокое сѣченіе. Извлеченъ камень въ голубиное яйцо. Пузырь пришить къ кожѣ и проведенъ сквозной дренажъ.

21. Т-ра поднялась до 40,5. Общее состояніе крайне удрученное.

30. Т-ра нормальна, состояніе лучше.

10/IV. Появилась рожа промежности съ высокой температурой и продолжалась 10 дней.

28/IV. Сквозной дренажъ вынуть, свищъ промежности хорошо заживаетъ.

10/V. Мочится чрезъ уретру. Свищъ промежности зажилъ.

13. Свищъ надъ лобкомъ закрылся, мочеиспусканіе свободно.

14/V. Выбыль здоровымъ.

89. Дмитрій П., кр. Саранск. у., 25 лѣтъ, боленъ много лѣтъ.

Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое. Сильныя боли въ области пузыря, мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. Въ пузырьѣ камень. Моча съ примѣсью гноя.

8/V. Высокое камнесѣченіе. Удаленъ фосфатъ въ грецкій орѣхъ. Наложень свищъ пузыря и введенъ сквозной дренажъ.

11. Больной лихорадитъ и слабѣтъ, моча гнойная.

20. Состояніе ухудшается.

1/VI. Лихорадка продолжается, больной слабѣтъ.

20. Сильная слабость, боли въ области почекъ.

26/VI. Скончался.

Вскрытіе: піэлонефритъ.

90. Иванъ Б., кр. Мокшан у., 13 лѣтъ, боленъ около 5 лѣтъ.

Сложеніе среднее, питаніе плохое. Сильныя боли въ области пузыря. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно.

20/V. Высокое сѣченіе. Извлеченъ оксалатъ въ видѣ тутовой ягоды, величиною въ голубиное яйцо. Наложень свищъ пузыря и вставленъ дренажъ.

23. Т-ра въ первые два дня поднималась до 39,5. Моча идетъ въ дренажъ.

5/VI. Часть мочи идетъ въ уретру.

15. Рана пузыря закрылась, вся моча идетъ въ уретру.

20. Выбыль здоровымъ.

91. Яковъ О., мокшан. мѣщ., 9 лѣтъ, боленъ 5 лѣтъ. Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно. Въ пузырьѣ камень.

2/X. Высокое сѣченіе. Брюшина спускалась очень низко, была надрѣзана и зашита. Извлеченъ уратъ больше

орѣха. Пузырь довольно толстый и дряблый. Наложень свищъ и вставленъ дренажъ.

4. Течение т-ры нормально, моча идетъ хорошо въ катетеръ.

10. Сняты швы и удаленъ дренажъ.

15. Большая часть мочи идетъ въ уретру.

20. Рана пузыря зажила, мочится свободно.

22. Выбылъ здоровымъ.

Въ 1899 году.

92. Григоріи Л., кр. Красносл. у., 5 лѣтъ, боленъ около 4-хъ мѣсяцевъ, годъ назадъ было произведено высокое сѣченіе пузыря.

Тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительное, блѣдность и отечность лица. Сильно гипертрофированный репіс, надъ лобкомъ на мѣстѣ рубца свищевой ходъ, ведущій въ пузырь, изъ коего постоянно выдѣляется моча. Въ пузырьѣ большой камень.

18/I. Высокое сѣченіе. Распиреніе свищевой отверстія по зонду. Изъ пузыря съ большими усилиями извлечено 3 камня урата отъ горошины до лѣсного орѣха. Слизистая сшита съ кожей и пузырь оставленъ открытымъ.

20. Течение безлихорадочное.

25. Большая часть мочи идетъ въ уретру, рана пузыря быстро уменьшается.

3. Вся моча идетъ въ уретру.

4. Рана зажила.

5/II. Выбылъ здоровымъ.

93. Николѣй Б., кр. Мокш. у., 9 лѣтъ, боленъ около года,

Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое, постоянныя боли въ области пузыря и репіс, частое и затрудненное мочеиспусканіе. Моча щелочная, мутная, съ примѣскою гноя. Въ пузырьѣ камень.

10/III. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ больше голубиного яйца. Слизистая пузыря рыхла и кровоточива. Пузырь сшитъ съ кожей.

12. По вечерамъ т-ра поднимается до 38,5, моча мутна, часть ея идетъ въ уретру.

20. Края раны разошлись, много мочи идетъ въ рану.

50. Рана уменьшается, и почти вся моча идетъ въ уретру.

21/III. Выбылъ съ небольшимъ свищемъ.

94. Илья А., кр. Мокш. у., 21 года, боленъ нѣсколько лѣтъ.

Тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительное. Мочеиспусканіе сильно затруднено и болѣзненно. Въ шейкѣ пузыря обнаруживается камень, моча щелочная.

28/IV. Высокое сѣченіе. Удаленъ уратъ въ орѣхъ. Наложень свищъ пузыря.

30. Т-ра нормальна.

15/V. Моча идетъ въ уретру въ незначительномъ количествѣ, и свищъ плохо заживаетъ.

25/V. Выбылъ съ незакрывшимся свищемъ.

95. Маркелль К., кр. Город. у., 21 года, боленъ нѣсколько лѣтъ.

Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе, моча щелочная, гнойная, въ пузырьѣ обнаруживается камень.

7/V. Высокое сѣченіе. Извлеченъ оксалатъ больше орѣха.

9. Т-ра повысилась до 39,0. Рана гноится.
 10. Гнойный затекъ вокругъ пузыря. Явленіе перитонита, слабый пульсъ.
 14. Состояніе ухудшается, сильная слабость.
 15. Скончался.

96. Артемій Е. кр. Город. у., 19 лѣтъ, боленъ много лѣтъ. Тѣлосложеніе среднее, питаніе плохое, сильное исхуданіе и блѣдность. Мочеиспусканіе сильно затруднено и болѣзненно, моча вытекаетъ по каплямъ, мутная, гойная, щелочной реакціи. Въ пузырьѣ-камень.

22/VII. Высокое сѣченіе. Камень сидѣвшій въ дивертикулѣ, извлеченъ съ большимъ трудомъ. Уратъ въ грецкій орѣхъ съ мягкой капсулой. Стѣнки пузыря очень толсты, слизистая кровотолива. Наложень свищъ пузыря и сквозной дренажъ.

24. Т-ра по вечерамъ поднимается до 39,0. Моча гнойная. Признаки гнойнаго пѣлита.
 4/I. Лихорадка продолжается. Больной слабѣетъ.
 10. Истонченіе увеличилось.
 15/I. Скончался.

97. Андрей С., кр. Н.-Ломовск. у., 38 лѣтъ, боленъ болѣе 2 лѣтъ.

Тѣлосложеніе и питаніе среднее. Сильныя боли въ области мочевого пузыря и репѣс, сильно затрудненное мочеиспусканіе. Въ мочѣ появляется кровь. Въ пузырьѣ большой и плотный камень.

11/VI. Высокое сѣченіе. Пузырь лежитъ глубоко, такъ что передняя стѣнка съ трудомъ подвинута впередъ. Камень оксалатъ въ яйцо со множествомъ мелкихъ отростковъ, которые цѣплялись въ пузырьѣ и ранили его, извлеченъ послѣ

большихъ усилій. Слизистая сильно кровотолива. Слизистая пузыря сшита съ кожей и вставленъ дренажъ. Вечеромъ самочувствіе хорошее, т-ра нормальна.

12. Т-ра 39,0. Животъ слегка вздутъ, самочувствіе плохое.

13. Боли въ животѣ, рвота, слабость.

24. Тѣ же явленія усилились. Скончался. Вскрытіе обнаружило разлитой перитонитъ.

1900 г.

98. Игнатій Ф, кр. Мокш. у., 9 лѣтъ, боленъ около года.

Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія, репѣс слегка гипертрофированъ, боли въ области мочевого пузыря, мочеиспусканіе затруднено. Въ пузырьѣ — большой камень.

8/I. Высокое сѣченіе. Камень распался на мелкіе куски и извлеченъ послѣ многократныхъ попытокъ. Мелкіе осколки попали въ окружающую клетчатку. Слизистая пришита къ кожѣ и пузырь оставленъ открытымъ.

11. Самочувствіе хорошее. Часть мочи идетъ въ уретру.

12. Рана хорошо гранулируетъ, уменьшается, швы сняты.

20. Т-ра быстро поднялась до 40,0. сильная рвота, упадокъ силъ и потеря сознанія продолжались 3 часа (урэмія).

25. Т-ра постепенно падаетъ и больной медленно поправляется.

30. Самочувствіе удовлетворительное, часть мочи идетъ въ рану.

12/II. Рана закрылась.

18/II. Выбылъ здоровымъ.

99. Егоръ П., кр. Н. Ломов. у., 5 лѣтъ, боленъ около 3-хъ лѣтъ, въ концѣ 1897 г. было произведено высокое сѣченіе.

Питаніе плохое, блѣдность покрововъ. Моча задерживается, внизу живота сильныя боли, такъ что больной постоянно держится тамъ руками. Надъ лобкомъ звѣздчатый рубецъ, въ пузырь камень.

24/IV. Высокое сѣченіе. Разрѣвъ по старому рубцу. Камень захваченъ и извлеченъ съ большимъ трудомъ, такъ какъ по объему достигаетъ куриного яйца. Вслѣдствіе ушибовъ стѣнокъ живота, онъ оставленъ открытымъ и слизистая пришита къ кожѣ.

25. По вечерамъ т-ра 38,0, самочувствіе вполне удовлетворительное.

26. Утромъ состояніе хорошее.

Въ 2 часа дня сильный урэмическій припадокъ, съ потерей сознанія и судорогами, во время коихъ скончался.

Вскрытіе : въ лоханкѣ лѣвой почки оказался большой камень.

100. Егоръ К. кр. Саранскаго уѣзда, 43 лѣтъ, боленъ больше 3-хъ лѣтъ.

29/VII. Тяжелоосложненіе крѣпкое, питаніе хорошее. Мочеиспусканіе затруднено и болѣзненно, въ пузырь камень.

3/VIII. Высокое сѣченіе. Камень оказался очень длиннымъ и тонкимъ, раздробился въ щипцахъ на мелкіе куски. Фосфатъ въсомъ въ 15,0. Продолжительное промываніе пузыря. Часть пузырьной раны зашита, слизистая пришита къ кожѣ, пузырь оставленъ открытымъ, и вставленъ дренажъ.

5. Т-ра нормальна, самочувствіе хорошее, вся моча идетъ въ дренажъ.

8. Швы сняты, затековъ нѣтъ.

15. Рана заживаетъ очень медленно, часть клѣтчатки омертвѣла и отдѣлилась.

25. Рана хорошо заживаетъ, много мочи идетъ въ уретру.

10/IX. Рана совершенно зажила.

17/IX. Выбылъ здоровымъ.

Въ эту группу вошли 2 рода больныхъ. Одни были оперированы по открытому способу, когда не имѣя достаточной опытности въ наложеніи пузырьнаго шва, мы боялись вполне закрывать пузырь и предпочитали открытый способъ леченія, а другіе больные были такого рода, что мы не могли ожидать перваго натяженія и боялись разнаго рода осложнений, вслѣдствіе гнойной, разлагающейся мочи, глубокаго страданія пузырьной стѣнки и засоренія предпузырнаго пространства преимущественно мелкими осколками раздробившихся камней при ихъ извлеченіи.

Лишь у одного больного швы совершенно не накладывались и разрѣзанный пузырь со вставленнымъ дренажемъ былъ опущенъ въ брюшную полость, у всѣхъ же остальныхъ слизистая пришивалась къ наружной кожѣ и пузырь прикрѣплялся къ передней стѣнкѣ живота.

Теченіе послѣ операціоннаго періода у больныхъ этой группы шло далеко не такъ благоприятно. Большинство больныхъ лихорадило, у большей половины больныхъ образовались гнойные затеки въ предпузырную клѣтчатку, сопровождавшіеся крайне медленнымъ заживленіемъ раны.

Лишь у 3-хъ больныхъ теченіе было благоприятное и закрытіе пузырьной раны наступило между 14 и 18 днями.

У 7 больныхъ были болѣе или мѣнѣе обширные затеки въ клѣтчатку, отличавшіеся крайне медленнымъ теченіемъ,

такъ что закрытіе пузырьной раны произошло лишь между 25 и 55 днями, а 2 больныхъ выписались со свищами, пролежавши въ больницѣ одинъ 40, а другой 80 дней.

Летальный исходъ наблюдался у 5 больныхъ. Одинъ больной умеръ отъ истощенія при старомъ страданіи почекъ на 17 день послѣ операціи, 1 отъ гнойнаго плеврита на 42-й день, 1 отъ уремїи вследствие большого камня, занимавшаго всю почечную лоханку, наконецъ 2 больныхъ умерли отъ перитонита, развившагося непосредственно за операціей, такъ что смертность отъ операцій можно считать 11 %.

Это, сравнительно небольшое количество наблюденій не даетъ права высказываться за леченіе ранъ пузыря по открытому способу, такъ что мнѣ кажется страннымъ утвержденіе Дзирне⁹⁰), что раны при этомъ способѣ заживаютъ быстрее, чѣмъ при неволенѣ удавшемся швѣ, хотя нельзя упускать изъ виду, что Ассендельфтъ⁹¹) оперируя этимъ способомъ и сдѣлавъ 630 операцій высокаго свѣченія, получилъ наименьшую смертность (2%), которая когда либо наблюдалась.

Сравнивая статистическія данныя операціи паложенія пузырьнаго шва, мы видимъ постепенный прогрессъ въ заживленіи раны первымъ натяженіемъ.

1.	Стат. Яковлева	въ 1888—87 случ.	пер. нат.	26,4 %.
2.	„ Соломко	„ 1889—69	„ „	34,8.
3.	„ Александрова	„ 1894—212	„ „	45 %.
4.	„ Самохоцкаго	„ 1898—227	„ „	63,4 %.
5.	„ Разумовскаго	„ 1900--51	„ „	83 %.

Наши данныя 70% занимаютъ мѣсто между № 4 и 5, что и понятно, такъ какъ проф. Разумовскій, работая въ факультетской клиникѣ, имѣетъ право болѣе свободнаго выбора больныхъ, чего не могутъ дѣлать врачи въ больницахъ. Кромѣ того статистика Разумовскаго относится почти исключительно къ дѣтямъ, а у нихъ получаются несравненно лучшіе результаты, на что обратилъ вниманіе и Кукла. Что касается до теченія послѣ операціи, то разъ случилось первое натяженіе, заживленіе идетъ одинаково быстро у всѣхъ наблюдателей. Больные проф. Брунса выздоравливали въ теченіи 16 дней, у насъ выздоровленіе наступало на 12—15 день, тогда какъ безъ шва даже у такого опытнаго оператора, какъ Ассендельфтъ, теченіе затягивается до 30 дней.

Значительно лучшіе результаты послѣдняго времени слѣдуетъ приписать примѣненію цистопексіи и употребленію металлическаго шва. Первая удерживаетъ пузырь у брюшной стѣнкѣ и предохраняетъ его отъ излишней подвижности и растяженія, при наполненіи, препятствуетъ проникновенію мочи и развитію мочевыхъ затековъ; а металлическій шовъ обладаетъ большою асептичностью и не позволяетъ мочѣ просачиваться и зарастать каналы шва. Такъ что цистопексію съ металлическимъ

швомъ въ настоящее время слѣдуетъ признать лучшимъ способомъ для наложенія пузыряго шва.

Многіе считаютъ препятствіемъ къ наложенію шва его трудность, кропотливость, говорятъ, что онъ удается лишь въ рукахъ корифеевъ хирургіи и требуетъ нѣсколькихъ опытныхъ помощниковъ, что возможно лишь въ университетскихъ клиникахъ и большихъ больницахъ. Опытъ послѣднихъ лѣтъ указываетъ однако противное. Въ первомъ отдѣлѣ приведены сообщенія многихъ товарищей, работающих въ небольшихъ земскихъ больницахъ. У нихъ получались результаты отъ шва не хуже, чѣмъ у кирифеевъ хирургіи. Нѣтъ сомнѣнія, что съ распространеніемъ этой операціи будутъ выработаны и болѣе простые способъ наложенія шва. Я позволяю себѣ обратить вниманіе на способъ, которымъ оперировалъ я больныхъ, описанныхъ въ 3-й группѣ. Онъ далъ больше 70% перваго натяженія.

И такъ на основаніи приведенныхъ литературныхъ данныхъ и своихъ собственныхъ наблюденій мы приходимъ къ заключенію, что 1, лучший способъ высокаго сѣченія пузыря при каменной болѣзни есть способъ съ наложеніемъ пузыряго шва.

2. Лучшимъ способомъ наложенія шва слѣдуетъ признать въ настоящее время цистостексію съ употребленіемъ съемнаго металлическаго шва.

3. Постоянный катетеръ въ такихъ случаяхъ представляется совершенно излишнимъ.

4. Такой шовъ долженъ накладываться во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется возможность получить заживленіе раны первымъ натяженіемъ.

Сравнительно небольшое число подвергающихся операціи на основаніи болѣзненныхъ измѣненій пузыря, гнойной съ

вирулентными микробами мочи и засоренія раны, даютъ право заключить, что рана пузыря въ данномъ случаѣ не можетъ зажить первымъ натяженіемъ.

Такъ что наложеніе шва пузыря противопоказуется: 1, при глубокихъ болѣзненныхъ измѣненіяхъ стѣнокъ пузыря.

2. При сильно гнойной мочѣ, при смѣшанной инфекціи ея вирулентными микробами.

3. При засореніи раны пузыря и предузырной кляпчатки, что часто случается при распадѣ на очень мелкіе куски мягкихъ камней во время ихъ извлеченія.

Въ заключеніе считаю нужнымъ добавить, что по вопросу о пузырягомъ швѣ, какъ видно изъ приведенныхъ выше литературныхъ данныхъ, много было сдѣлано русскими врачами. Здѣсь, какъ и во многихъ другихъ отдѣлахъ, русскіе хирурги достигли такого развитія, что могутъ быть поставлены, какъ равноправные члены среди хирурговъ другихъ странъ западной Европы, много раньше насъ работающих на научномъ поприщѣ.

Считаю пріятнымъ для себя долгомъ выразить здѣсь мою благодарность глубокоуважаемому доктору Владиміру Дмитриевичу Владимірову, руководившему первыми шагами моей хирургической дѣятельности въ Пензѣ, товарищамъ-сослуживцамъ по Пензенской больницѣ, не отказывавшимъ мнѣ въ своей помощи при операціяхъ, а также глубокоуважаемымъ профессорамъ Юрьевского университета В. Г. Цеге-фонъ-Мантейфелю, А. С. Игнатовскому и В. В. Коху за ихъ благосклонное вниманіе и нѣкоторыя указанія при напечатаніи этой работы.

Литература.

1. Günther, Der hohe Steinschnitt, Leipzig 1851.
2. Corn. Solingen, Handgriffe der Wundarznei.
3. J. Voit, Unterricht von den tödlichen Wunden, Dresden 1717.
4. B. Bell, Lehrbegriff der Wundarzenkunst etc., Leipzig 1789.
5. Gehler, Apparatus alti in extrahendis calculis virorum Lipsiae 1807.
6. Pinel Grand-Champ, Archiv gener. de medicine, XI 1826, p. 144.
7. Lotzbeck, Deutsche Klinik 1858, № 15, стр. 145.
8. Барделебенъ, Руководство къ част. хирургіи 1874, в. III, стр. 481.
9. Дуброво, Протоколы Общества русск. врачей 1875, № 10.
10. Максимовъ, Опыты примѣненія струнныхъ нитей для пузырьнаго шва, Диссертация 1876 г.
11. Albert, Wiener medicin. Presse 1876, № 4—6.
12. Ultzmann, Wiener medicin. Presse 1879, № 1.
13. Giosue-Marcacci, La Sperimentale 1880, 350.
14. Swain, The Lancet 1880, 50.
15. Гепнеръ, Руковод. оперативной хирургіи 1876—80, 350.
16. Vincent, Revue de Chirurgie 1881, № 7, 358.
17. Julliard, Archiv für klinische Chirurgie 1882, т. 38, 456.
18. Duchostelet, Revue de Chirurgie 1883, № 3.
19. Pozzi, Centralblatt für Chirurgie 1883, 437.
20. Walter Atlee, Centralblatt für Chirurgie 1883, 433.
21. Bouley, Etude historique, experiment., et critique de la taille hypogastrique, Paris 1883.
22. Знаменскій, Медиц. Обзорѣніе 1884, 155.
23. Павловъ, Отчетъ хирург. дѣятельности Александровск. и Св. Троицкой Общины, Хирург. вѣстникъ 1885, Дек.
24. Кранцфельдъ, Врачъ 1885, № 25.
25. Geza von Antal, Archiv. für klin. Chirurgie т. 32, 2.
26. Маковѣевъ, Врачъ 1884, 223.
27. Мининъ, Хирургическій Вѣстникъ 1885, мартъ.
28. Tuffier, Annales de mal des org. gen. urin, 1885, 360.
29. Шмицъ, Хирургич. Вѣстникъ 1886, февраль.
30. Tiling, St. Petersb. medic. Wochenschrift 1885, № 4.
31. Александровъ, Высокое съченіе мочеваго пузыря. Москва, 1893, Диссертация.
32. Проф. Склифасовскій, Врачъ, 1887, № 16.
33. Отчетъ хирургической клиники проф. Склифасовскаго за 1884/5 г.
34. Яковлевъ, Больничная газета Боткина 1890 № 37.
35. Введенскій, Хирургическій Вѣстникъ 1886, 329.
36. Березкинъ, Труды 2 съѣзда русскаго врача, т. I.
37. Марьяшесъ, Хирургич. Вѣстникъ. 1886, 701.
38. Corona Auguste, Revue intenats de science mediales 1886, Sept.
39. Brenner, Archiv für klin. Chirurgie 1887, т. 35, тр. I.
40. Вдовиковскій, хирург. Вѣстникъ 1887, VII и VIII.
41. Кюстеръ, Опухоли мочеваго пузыря 1887, 54.
42. XV конгрессъ нѣмецкихъ хирурговъ 1887, 57.
43. Грузенбергъ, Практич. медицина 1887, февраль.
44. Подрезъ, дополненіе къ русскому переводу оперативной хирургіи Лебкера 1887, стр. 477.
45. Недзведскій, Хирург. Вѣстникъ 1888, 339.
46. Rudyger, Wiener, med. Wochenschrift 1888, № 15—17.
47. Яковлевъ, Историческій и критическій обзоръ способовъ камнесъченія у мужчины, Москва 1888, Дисс.
48. Соломко, Высокое камнесъченіе, Диссертация 1889.
49. Александровъ, Врачъ 1889, № 18.
50. Thomas, The Lancet 1891, февр.
51. Перовъ, Медиц. Обзорѣніе, 1891, 868.
52. Kehr, Berlin klin. Wochenschrift 1890, 9.
53. Soldoni, Riforma medica 1891, X.
54. E. Dietz, Etude clinique et experimentale sur la suture de la vessie, Paris 1890.
55. Типяковъ, Медиц. Обзорѣніе 1892, 339.
56. Albarran, Annales des mal. des org. gen.-urin, XI 2.
57. Habs, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1893, XXX, VII 1 и 2.
58. Zuckerkandl, Wiener medic. Wochenschrift 1893, № 6—8.

59. Angerer, Annale des städtl. allgem. Krankenhauses, München B. VI, 1894.
60. Рубецъ, къ вопросу о примѣненіи шорнаго шва на мочевой пузырь, С.-Петербургъ 1894 диссер.
61. Albert, Wiener medic. Presse 1895, № 1 и 2.
62. Родзевичъ, Русскій хирург. архивъ 1895, т. II.
63. Burekhardt, Centralblatt für die Krankheiten der Harn und Sexuolorgane 1895, т. VI, 337.
64. Kukula, Wiener medic. Presse 1895, №№ 26—30.
65. Sorel, Centralblatt für Chirurgie 1895, № 9.
66. Дерюжинскій, Больничная газета Боткина 1895, № 36.
67. Tailhefer, Archiv prov. de Chirurgie, т. V, 38.
68. De Vlasos, Revue de Chirurgie 1896, № 8.
69. Роммъ, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1897, 572.
70. Stierlin, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1897, 293.
71. Витте, Хирургія 1897, кн. V.
72. Разумовскій, Лѣтопись русск. хирург. 1897, т. V.
73. Milton, Centralblatt für Chirurgie, № 9,
74. Самохоцкій, Лѣтопись русск. хирургіи 1898, кн. IV.
75. Ionesco Gaz, des hopitaux. 1899, № 2.
76. Wicherhäuser, Centralblatt für Chirurgie 1899, № 34.
77. Stapler, Centralblatt für Chirurgie 1899, № 41.
78. Ивановъ, Врачъ 1899, № 29.
79. Покровскій, Лѣтопись русск. хирург. 1899, кн. 5.
80. Баратынскій, Лѣтопись русск. хирург. 1899, кн. 5.
81. Голишевскій, къ вопросу о шва пузыря при высококомъ свѣченіи Казань, 1900, диссер.
82. Поповъ, Хирургія 1900, т. V.
83. Лисянскій, Врачъ 1900, №№ 6 и 7.
84. Березовскій, Хирургія 1900, т. V.
85. Лезинъ, 1 съѣздъ російск. хирург., стр. 161.
86. Lotheissen, Wiener klin. Wochenschrift 1900, № 9.
87. Kukula, Archiv für klin. Chirurgie, т. LXIV, 18.
88. Albert, Wiener medic. Presse 1894, № 1—12.
89. Копыловъ, Хирургическое отдѣленіе Пензенской губ. зем. Больницы въ 1897, 8 и 9 гг.
90. Дзирне, Врачъ 1898, №№ 47 и 48.
91. Ассендельфтъ, Дневникъ VII съѣзда общества русскихъ врачей.

