

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ  
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ  
1911—1912 учебномъ году.

ПРОВЕРЕНО

1936

№ 65.



# Объ оперативномъ леченіи опухолей мочевого пузыря.

616-006: 616.6-089

5-95

РОВЕРЕН

3167.  
1911

Изъ госпитальной хирургической клиники проф. С. П. Федорова при  
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи.

ДИССЕРТАЦІЯ  
на степень доктора медицины  
Н. Н. Быстрова

Переучет  
1966 г.



Цензорами диссертации по поручению Конференции были: проф. Н. А.  
Вельяминовъ, проф. С. П. Федоровъ и приватъ-доцентъ В. Н. Деревенко.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія „Т-ва Художественной Печати“, Ивановская, 14.  
1912.



1950

Переучет-60

7 - ноя 2012

Докторскую диссертацию врача **Николая Николаевича Быстрова** под заглавием: „Об оперативном лечении опухолей мочевого пузыря“ печатать разрешается с тем, чтобы по отпечатанн было представлено в ИМПЕРАТОРСКУЮ военно-медицинскую академию 500 экземпляров самой диссертации и 300 экземпляров краткого резюме ее (выводов), при чем 150 экземпляров диссертации и выводы должны быть доставлены в канцелярию академии, а остальные 350 экземпляров диссертации — в библиотеку академии.

С.-Петербург, 1 мая 1912 года.

Ученый секретарь, профессор **М. Ильинъ**.



*Свѣтлой памяти своего перваго  
учителя покойнаго отца благого-  
вѣрно посвящаетъ этотъ трудъ*

*Авторъ.*



# Оглавление.

	Стр.
Предисловіе . . . . .	I
Этіологія пузырныхъ опухолей . . . . .	5
Патологическая анатомія:	
Классификація опухолей и краткая ихъ характеристика.	19
Метастазаіа опухолей . . . . .	35
Лимфатическіе сосуды мочевого пузыря . . . . .	45
Симптомы и теченіе . . . . .	49
Діагнозъ . . . . .	56
Леченіе:	
Доступъ къ пузырю . . . . .	62
Предварительныя операциі на тазѣ . . . . .	66
Cystotomia transperitonealis . . . . .	67
Sectio alta . . . . .	75
Экцизія опухоли . . . . .	79
Частичная резекція пузыря . . . . .	88
Послѣоперационный періодъ . . . . .	104
Эндовезикальное удаленіе опухолей мочевого пузыря . . . . .	106
Фульгурація . . . . .	128
Полная резекція (экстирпація) пузыря . . . . .	134
Методы отведенія мочи . . . . .	138
Случай проф. С. П. Федорова . . . . .	152
Палліативное леченіе . . . . .	156
Рентгенотерапія . . . . .	161
Леченіе радіємъ . . . . .	164
Самопроизвольное излеченіе . . . . .	169
Выводы . . . . .	174
Литературный указатель . . . . .	177
Схематизированныя исторіи болѣзней:	
Группа А.—Случаи, оперированные <i>pes sectionem altam</i> .	I
Группа В.—Случаи частичной резекціи . . . . .	XXXI
Группа С.—Случаи тотальной экстирпаціи . . . . .	XLI
Группа D.—Случаи съ удаленіемъ опухоли <i>pes urethram</i> . . . . .	LXXII
Группа E.—Случаи съ наложеніемъ свища . . . . .	LXXV
Группа F.—Неоперированные случаи . . . . .	LXXXIII
Группа G.—Случаи, оперированные эндовезикально . . . . .	CIV

64304



## Предисловіе.

Ученіе объ опухоляхъ мочевого пузыря за послѣднее время весьма широко разрабатывается какъ съ точки зрѣнія патолого-анатомической, такъ и въ особенности съ клинической, вѣрнѣе, терапевтической. Достаточно, напомнить, что за послѣдніе 7 лѣтъ этотъ вопросъ былъ программнымъ на трехъ сѣздахъ: въ 1905 г. на IX Session de l'Association française d'Urologie, въ 1909 году на II Kong. der deutschen Gesellschaft f. Urologie и, наконецъ, въ 1911 году на II Congr. de l'Association internationale d'Urologie. Такой интересъ къ данному заболѣванію несомнѣнно обязанъ введенію въ практику цистоскопическаго изслѣдованія, сразу поставившаго распознаваніе опухолей пузыря на твердую почву и доказавшаго, что онѣ являются не такимъ уже рѣдкимъ заболѣваніемъ, какимъ ихъ считали въ до-цистоскопическое время. Однако, несмотря на эту легкость и надежность діагноза опухолей мочевого пузыря, вопросъ о наиболѣе радикальномъ ихъ леченіи еще до сихъ поръ далекъ отъ своего разрѣшенія. Поэтому мы съ величайшей охотой приняли предложеніе глубокоуважаемаго профессора С. П. Оедорова поработать надъ этимъ вопросомъ, воспользовавшись для этого какъ большимъ, накопившимся за цѣлый рядъ лѣтъ матеріаломъ его клиники, обнимающимъ 122 случая, такъ и данными отечественной и иностранной литературы. Представляя настоящій трудъ, мы должны сознаться, что онъ является лишь слабой попыткой подойти ближе къ разрѣшенію этого важнаго вопроса, попыткой, которая, быть можетъ, будетъ въ состояніи облегчить дальнѣйшія изслѣдованія въ этой области.

С. Петербургъ  
1-го мая 1912 г.



## Этіологія пузырныхъ опухолей.

Das Gebiet der Blasengeschwülste enthält noch vielfach Unklares und es wird weiterer klinischer und anatomischer Arbeit bedürfen, ehe wir auf allen Punkten zu einem abschliessenden Urteil gelangt sein werden.

Zuckerkandl.

II Kongr. d. deutschen Gesell.  
f. Urologie 1909.

**Частота заболѣваній.** Опухоли мочевого пузыря не представляютъ въ настоящее время такого рѣдкаго заболѣванія, какимъ онѣ казались раньше. Такому обороту дѣла способствовало изобрѣтеніе Nitze (1887) цистоскопа и послѣдовавшее за этимъ широкое примѣненіе цистоскопическаго изслѣдованія при болѣзняхъ мочевыхъ путей. Вслѣдствіе этого прежнія статистики потеряли свое значеніе, потому что, какъ справедливо замѣчаетъ Clado въ своей монографіи, „старинныя наблюденія пузырныхъ новообразованій были почти всегда или дѣломъ случая или посмертными находками при вскрытіяхъ“. Guion въ своихъ лекціяхъ (1893) также говоритъ, что опухоли пузыря довольно часты, и ихъ могли считать рѣдкими только потому, что часто ихъ плохо распознавали. Albarran могъ собрать, начиная съ 1888 года по 1892 г. (годъ изданія его монографіи) 385 случаевъ, подтвержденныхъ операціей



или аутопсией, не считая того довольно большого числа случаев, где не могло быть применено гистологическое исследование потому-ли, что больной не был оперирован или потому, что не было произведено вскрытия. „Ces chiffres“, говорят онъ, „suffisent pour démontrer que les tumeurs de la vessie sont loins d'être une affection rare“. Casper въ своемъ руководствѣ урологин (изд. 1910), начиная главу объ опухоляхъ пузыря, говорить: „Новѣйшіе методы изслѣдованія, въ частности цистоскопія, научили насъ, что пузырьныя новообразованія встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ это принималось раньше“.

До какой степени въ до-цистоскопическое время опухоли пузыря считались исключительно рѣдкимъ заболѣваніемъ показывается тотъ фактъ, что Klebs вообще отрицать существованіе первичнаго рака пузыря, считая его всегда вторичнымъ, переходящимъ съ простаты. (Syring).

По отношенію къ общему числу опухолей организма, опухоли пузыря встрѣчаются въ 0,39 проц. по статистикѣ Gurlt'a, который въ 1880 г. представилъ статистику, основанную на 16627 протоколовъ вскрытій, произведенныхъ въ 3 большихъ вѣнскихъ больницахъ, по статистикѣ же (1886) Küster'a въ 0,76 проц. Свои заключенія онъ выводитъ на основаніи 1308 случаевъ новообразованій вообще, наблюдавшихся за извѣстное время въ Augusta Hospital въ Берлинѣ. Что касается отношенія опухолей пузыря къ общему числу болѣзней мочевыхъ путей, то по Ultzmann'y опухоли пузыря составляютъ 3,2 проц. всѣхъ прочихъ заболѣваній мочевыхъ путей. Casper также считаетъ, что на 100 заболѣваній мочевыхъ органовъ приходится 3 опухоли пузыря (3 проц.).

**Вліяніе пола.** Всѣ болѣе или менѣе обширныя статистики указываютъ, что мужской полъ значительно превосходитъ женскій по частотѣ заболѣванія. Въ общемъ, число больныхъ женщинъ не превышаетъ 33 проц. всего числа лицъ, пораженныхъ новообразованіемъ мочевого пузыря, какъ легко можно видѣть изъ приводимой таблицы:

	Число больныхъ женщинъ составляетъ:
По Albarran'y . . . . .	22,03% всѣхъ случаевъ.
„ Guyon'y . . . . .	17% „ „
„ Watson'y (1905) . . . . .	14%—20% „ „
„ Frisch'y . . . . .	15% „ „
„ Spooner'y . . . . .	28% „ „
„ Grebinski'om'y . . . . .	26,9% „ „
„ Casper'y . . . . .	25% „ „
„ Theodore'ov'y (1912) . . . . .	10% „ „
„ Tuffier . . . . .	20% „ „
„ Ultzmann'y . . . . .	33% „ „

Кромѣ того, наблюдается разница и въ частотѣ отдѣльных видовъ опухолей у мужчинъ и женщинъ.

Такъ по статистикѣ Albarran'a:

	На женщинъ приходится:
Изъ 310 эпителиальныхъ опухолей . . . . .	21, т. е. 6,7%
„ 50 соединительно-тканыхъ . . . . .	19, „ „ 38%
„ 21 мышечныхъ . . . . .	7, „ „ 33,03%

Такимъ образомъ женщины относительно чаще мужчинъ поражаются саркомами и миомами. Мужчины наоборотъ, чаще поражаются опухолями эпителиальнаго происхожденія, въ



частности эпителиомами. По статистикѣ Clado оказывается, что эпителиомы у женщинъ и мужчинъ встрѣчаются въ отношеніи частоты какъ 32:100.

По статистикѣ William'a на 1926 случаевъ первичнаго рака у мужчинъ, ракъ мочевого пузыря наблюдался 21 разъ (1,3 проц.), а на 3630 случаевъ первичнаго рака у женщинъ, ракъ мочевого пузыря отмѣченъ лишь 10 разъ (0,27 проц.) (С. Дерюжинскій). Эти цифры показываютъ, что ракъ мочевого пузыря у женщинъ наблюдается почти въ 5 разъ рѣже, нежели у мужчинъ. Такое же преобладаніе заболѣваемости мужского пола отмѣчается нѣкоторыми авторами и по отношенію къ вторичнымъ опухолямъ. Укажу, напр., на Casper'a который говоритъ: „вопреки наблюденіямъ Güterbock'a я нахожу, что вторичные раки пузыря у мужчины бываютъ чаще, чѣмъ у женщины“.

**Вліяніе возраста.** Опухоли мочевого пузыря наблюдаются во всѣхъ періодахъ жизни, чаще же всего въ возрастѣ за 30 лѣтъ, между 30 и 60 годами. До 30 лѣтъ Casper наблюдалъ лишь 5 случаевъ, между 30 и 40 годами 22 случая, за 50 лѣтъ—115 случаевъ. Самый ранній возрастъ, къ которому относилась опухоль пузыря, былъ въ случаѣ Martini, гдѣ дѣло шло о ребенкѣ, умершемъ 10 дней спустя послѣ рожденія, въ пузырь котораго post mortem была найдена дермоидная киста. Что въ дѣтскомъ возрастѣ бываютъ какъ доброкачественныя, такъ и злокачественныя опухоли пузыря (особенно саркомы) это доказано цѣлымъ рядомъ работъ Steinmetz'a, Klein'a, Jolly, Thompson'a, Bokai, Phocas, Power'a, Taggett'a, Buzan'a, Saint-Germain. (Колосовъ). Какъ и въ остальныхъ органахъ нашего тѣла, ракъ пузыря чаще встрѣчается во второй половинѣ жизни, саркома же и миксома гораздо чаще въ дѣтскомъ возрастѣ. Изъ 32 слу-

чаевъ пузырныхъ опухолей у дѣтей, собранныхъ Steinmetz'емъ, 13 разъ была миксома и 13—саркома.

### Этіологія.

Этіологія опухолей мочевого пузыря освѣщена не болѣе, чѣмъ этіологія всѣхъ другихъ новообразованій нашего организма. Guyon въ своихъ лекціяхъ, въ 1893 г. читанныхъ въ Hôpital Necker, касаясь этіологіи, говоритъ: „Истинныя причины возникновенія опухоли намъ еще неизвѣстны. Поэтому этіологія въ частности пузырныхъ опухолей, должна разсматривать лишь вопросъ о томъ, какова относительная частота появленія опухолей именно въ мочевомъ пузырь, какимъ представляется численное ихъ отношеніе у различныхъ половъ, и какъ появляются онѣ въ различныхъ возрастахъ. Разрѣшеніе этихъ вопросовъ помимо научнаго имѣетъ и практическое значеніе, т. к. и въ анатомическомъ и въ хирургическомъ отношеніяхъ взрослые мужчины и старики стоятъ, конечно, въ совершенно иныхъ условіяхъ, чѣмъ женщины и дѣти.“

Кромѣ указанныхъ двухъ отношеній, — къ полу и возрасту, — немного уже остается прибавить о пузырныхъ опухоляхъ въ этіологическомъ отношеніи. Единственно, что можно сказать, — это то, что безусловно никакое иное предшествовавшее заболѣваніе пузыря или мочеиспускательнаго канала: гоноррея, стриктуры, катарръ пузыря, камни, задержаніе мочи, гипертрофія простаты или какъ бы они тамъ ни назывались не оказываютъ предрасполагающаго вліянія на возникновеніе пузырныхъ опухолей. Такъ же мало и общіе діатезы, каковы: ревматизмъ, подагра, сифилисъ, туберкулезъ и т. д. какими-либо путемъ могутъ быть принимаемы за причинный моментъ; обстоятельство это заслуживаетъ особеннаго упоминанія на томъ основаніи, что относительно опухолей, возник-



кающихъ въ другихъ органахъ, мы очень часто бываемъ склонны констатировать подобную связь“. Другіе авторы менѣ категоричны въ своихъ выводахъ и стараются выдвинуть тотъ или иной моментъ, который по ихъ мнѣнію играетъ въ данномъ случаѣ роль момента, вызывающаго образование опухолей или момента предрасполагающаго, подкрѣпляя его своими наблюденіями.

**Наслѣд-  
ственность.** По вопросу о наслѣдственности Pousson гово-  
ритъ: „Наслѣдственность, вѣроятно, оказываетъ на  
развитіе злокачественныхъ новообразований въ мочевомъ пу-  
зырѣ свое обычное вліяніе, однако Ch. Féré нашелъ лишь  
очень малое число случаевъ, способныхъ оправдать эту гипо-  
тезу, и ни разу не встрѣтилъ мѣстной наслѣдственности“. Clado въ своемъ сочиненіи приводитъ всего три случая, гдѣ  
онъ могъ указать существованіе новообразованія въ предше-  
ствующихъ поколѣніяхъ. Въ одномъ случаѣ дѣло шло объ  
эпителиомѣ пузыря, отецъ больного умеръ отъ пузырнаго  
новообразованія. Во второмъ случаѣ имѣлся въ прошломъ  
cancer uteri и въ третьемъ—опухоль груди.

**Вліяніе раз-  
драженія.** Болѣе важную роль авторы приписываютъ  
мѣстнымъ измѣненіямъ въ пузырьѣ—измѣненіямъ  
воспалительнаго характера. Такъ Albarran, Pousson, Clado,  
Legueu и др., указываютъ на раздраженіе пузырнаго эпителия  
въ той или иной формѣ, какъ на главный этиологическій  
моментъ въ происхожденіи новообразований мочевого пузыря.  
Albarran, приведя напр., главные гипотезы о происхожденіи  
опухолей вообще (Conheim'a, Bard'a, теорію раздраженія)  
приходитъ къ выводу, что „точкой отправленія этихъ ново-  
образований слѣдуетъ признать спеціальное предрасположеніе  
клетокъ пролиферировать подъ вліяніемъ дѣйствія вѣншней  
раздражающей причины (cause irritative exterieure). При-

чиной, вызывающей это раздраженіе можетъ быть или измѣнен-  
ная моча, застаивающаяся въ пузырьѣ, или инородныя тѣла,  
или микроорганизмы, или какіе-либо агенты, вліяніе которыхъ  
ускользаетъ отъ насъ. Въ общемъ же, говоритъ онъ, патогене-  
незъ опухолей пузыря извѣстенъ не лучше, чѣмъ патогенезъ  
опухолей другихъ органовъ.

Pousson думаетъ, что вліяніе раздраженія на раз-  
витіе новообразований въ мочевомъ пузырьѣ несомнѣнно преуве-  
личено, но абсолютно отрицать его нельзя. Къ вѣншнимъ  
притативнымъ причинамъ въ смыслѣ Albarran'a онъ отно-  
ситъ хроническія воспаленія мочевого пузыря, задержаніе мочи  
съ измѣненіями ея, камни, травмы пузыря вслѣдствіе пов-  
торнаго зондированія и т. д., но вліянію этихъ моментовъ даетъ  
нѣсколько иное, чѣмъ другіе авторы, толкованіе.

„Если еще возможно“, говоритъ названный авторъ,  
„сомнѣваться въ патогенетическомъ дѣйствіи этихъ мѣстныхъ  
раздраженій, то послѣ диссертациі Ricard'a можно считать  
почти доказаннымъ, что они способны отклонить доброкаче-  
ственное новообразованіе отъ его правильнаго развитія и  
превратить его въ злокачественное“.

Forgue также высказывается за то, что „эти факторы  
вліяютъ только на теченіе новообразованія и благоприятствуютъ  
его изъязвленію или перерожденію въ ракъ“.

Ghedini, указывая на большую частоту первичныхъ  
новообразований пузыря у мужчинъ сравнительно съ женщинами,  
говоритъ, что ее „можно отчасти объяснить анатомическими усло-  
віями, дѣлающими у мужчинъ болѣе легкими разложеніе и бро-  
женіе мочи въ пузырьѣ и болѣе труднымъ выведеніе осадковъ, а  
разложеніе, броженіе и осадки мочи могутъ дѣйствовать въ каче-  
ствѣ раздражающей и вызывающей причины въ организмѣ, пред-  
расположенномъ къ опухолямъ или вслѣдствіе причинъ наслѣд-  
ственныхъ или приобрѣтенныхъ“.

Bosch указываетъ, что циститъ можетъ благоприят-



ствовать образованию и увеличению числа папилломъ. Legue и также высказывается, что въ этиологии пузырныхъ новообразований надо предполагать влияние всѣхъ раздраженій, каковы бы они ни были, на пузырьный эпителий. Въ частности, что касается влияния пузырныхъ камней, то имъ придавали большое значеніе для возникновенія пузырныхъ раковъ по аналогіи съ камнями желчнаго пузыря и почки. (Roesen, Graf, Birch-Hirschfeldt). Последній нашелъ камни въ 91, 7% случаевъ рака желчнаго пузыря. По Goebel'ю же образованіе камней не стоитъ ни въ какомъ отношеніи къ развитію рака; такъ, по отношенію къ часто встрѣчающемуся образованію камней въ пузырь, первичный ракъ пузыря представляетъ рѣдкое явленіе: Riedel на своемъ большомъ матеріалѣ могъ найти 30 заболѣваній пузырными камнями и только 2 первичнаго рака. (I. Wolff).

Вопросомъ объ отношеніи cystitis cystica къ образованію опухолей занимались Stoerk и Zuckerkandl.

Въ 1899 году Stoerk доказалъ возникновеніе первичнаго слизистаго рака trigoni изъ железистыхъ образований хроническаго cystitis cystica. Впоследствии они описали еще два аналогичныхъ случая. Въ большемъ или меньшемъ отдаленіи отъ карциноматозной опухоли находились на слизистой оболочкѣ пузыря измѣненія cystitis cystica и glandularis. Авторы не могутъ съ полной увѣренностью высказаться, представляютъ-ли cystitis cystica первичный этиологическій моментъ для возникновенія рака или же эти воспалительныя измѣненія можно свести только на реакцію пограничнаго съ карциномой эпителия слизистой оболочки. Но какъ Stoerk и Zuckerkandl, такъ и v. Frisch держатся того взгляда, что cystitis cystica и glandularis и наступающія при нихъ измѣненія въ эпителии слизистой пузыря играютъ въ патогенезѣ рака весьма важную роль.

Это одинъ источникъ развитія рака мочевого пузыря. Другимъ источникомъ, по мнѣнію Stoerk'a, могутъ явиться заложенные въ стѣнкѣ пузыря зачатки кишечной трубки, отщепившіеся въ раннемъ эмбриональномъ періодѣ. Онъ, слѣдовательно, даетъ возникновенію, по крайней мѣрѣ раковыхъ опухолей мочевого пузыря, объясненіе съ точки зрѣнія извѣстной теоріи Conheim'a. Къ этому взгляду Stoerk пришелъ на основаніи случая аденокарциномы экстрофированнаго пузыря, описаннаго v. Eiselsberg'омъ. Впоследствии Stoerk, изслѣдовавъ цѣлый рядъ случаевъ экстрофированныхъ пузырей, отказался отъ этого своего взгляда. Однако описанный выше взглядъ Stoerk'a нашелъ нѣкоторое фактическое обоснованіе въ изслѣдованіяхъ Ehrich'a, который могъ доказать присутствіе въ толщѣ слизистой мочевого пузыря остатковъ слизистой оболочки кишки (толстой).

Ehrich думаетъ, что вслѣдствіе порока развитія сообщеніе между экстрофированнымъ пузыремъ и кишкой въ раннемъ зародышевомъ періодѣ самопроизвольно облитерировалось, при чемъ въ стѣнкѣ пузыря остались малѣйшіе островки слизистой кишки. Другими возможностями объясненія были бы или принятіе отщипнувшихся зачатковъ (Keimversprengung) при процессѣ раздѣленія клоаки на переднюю и заднюю половины, или же можно было бы думать, что въ еще болѣе раннемъ зародышевомъ періодѣ часть клоаки, принадлежащая къ ея переднему отдѣлу, подверглась не обычному метаморфозу, но развилась и дальше по типу задняго отдѣла вслѣдствіе разращенія кишечныхъ железокъ и такимъ образомъ приобрѣла характеръ слизистой оболочки кишечника (Frisch).

Вліяніе болѣзни Bilharz'a.

Въ 1853 году Bilharz описалъ паразита изъ класса Trematodes, которому далъ названіе distomum haematobium. Въ 1876 году Lonsino сдѣлалъ наблюденіе, что этотъ паразитъ resp. его яйца



находимыя во многихъ органахъ, но особенно часто въ пузырь (Couénon, Lancarol, Domaschino, Kartulis, Belleli и др.) въ состояніи вызывать опухолообразныя разраженія. Е. Н. Fenwick былъ первымъ изслѣдователемъ, поставившимъ возникновеніе пузырнаго рака въ связь съ предшествовавшимъ заболѣваніемъ Bilharz'a.

За послѣднее время вопросомъ объ отношеніи болѣзни Bilharz'a къ пузырному раку занимался Carl Goebel, который прожилъ 5 лѣтъ въ Александріи. Среди 1684 случаевъ этой болѣзни онъ нашелъ 89 пузырныхъ опухолей (около 5,3 проц.) изъ которыхъ 48 почти 50 проц.) были злокачественной натуры (Wolff). Возникновеніе доброкачественныхъ опухолей пузыря, которыя Goebel считаетъ за грануляціонныя опухоли, можно свести къ непосредственному вліянію яицъ паразита. Иначе складываются отношенія при образованіи рака въ пузырь. Яйца паразита лежатъ, какъ наблюдалъ уже Fenwick, всегда въ периферическихъ частяхъ опухоли, какъ въ перенхимѣ, такъ и въ стромѣ. Не яйца являются причиной карциномы, но вызываемый ими циститъ. По Goebel'ю къ воспалительныхъ раздраженіяхъ отъ Bilharzia—cystitis, въ возможномъ вслѣдствіе этого смѣщеніи границъ эпителия и соединительной ткани. можно видѣть факторъ, который вызываетъ злокачественное разраженіе подобно механическому, химическому и другимъ раздраженіямъ.

Въ Bilharzia—carcinom'ахъ Goebel находитъ полную аналогію съ карциномами, происходящими вслѣдствіе рубцовъ, сажи, парафина, анилина, словомъ съ всевозможными карциномами отъ раздраженія (Reizkarcinomen) какъ напр., раки мошонки у трубочниковъ, раки нижней губы у привычныхъ курильщиковъ etc.).

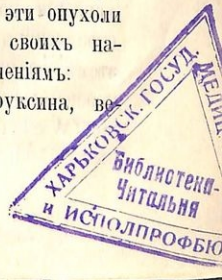
#### Вліяніе паразита Trichosoma.

Въ самое послѣднее время Löwenstein указалъ, что Trichosoma crassicauda можетъ вызывать въ пузырь образованіе опухоли. Въ противоположность болѣзни Bilharz'a при этомъ паразитѣ не наблюдается никогда острого или хроническаго цистита, мелкоклеточной лейкоцитарной инфильтраціи ткани, нагноенія или характерныхъ для хроническихъ процессовъ индуративныхъ измѣненій или новообразованія фибриллярной ткани. По Löwenstein'у при этомъ процессѣ дѣло идетъ лишь о раздраженіи, возбуждающемъ эпителий къ разраженію. Вотъ какимъ образомъ Löwenstein резюмируетъ свои выводы: „Я смотрю на разраженіе эпителия почечной лоханки, мочеточниковъ и слизистой пузыря, равно какъ на образованіе папилломъ въ пузырьъ крысъ какъ на обусловленное Trichosom'ой. При этомъ разраженіи эпителия дѣло идетъ объ элективномъ по отношенію только къ эпителиальнымъ клеткамъ раздраженіи токсической природы, вызванномъ паразитами, а также вѣроятно происшедшимъ отъ Trichosom'ы токсинами т. е. продуктами обмена веществъ“. Такимъ образомъ и здѣсь до извѣстной степени пролиферація эпителия и образованіе папилломъ обусловлены химическимъ раздраженіемъ, аналогично образованію опухолей пузыря у рабочихъ на анилиновыхъ фабрикахъ.

#### Химическое раз- драженіе.

На существованіе пузырныхъ опухолей у рабочихъ, имѣющихъ дѣло съ анилиномъ, впервые указалъ въ 1895 году Rehn. У 47 рабочихъ одной анилиновой фабрики онъ нашелъ 4 опухоли мочевого пузыря, два раза была папиллома, одинъ—саркома. Всѣ эти опухоли сидѣли у отверстій мочеточниковъ. На основаніи своихъ наблюденій Rehn пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Газы, развивающіеся при фабрикаціи фуксина, ведутъ къ разстройствамъ мочевого аппарата.





2) При долготѣмъ занятіи производствомъ фуксина вследствие дѣтельнаго раздраженія могутъ развиваться пузырныя опухоли.

3) Вредное дѣйствіе основывается главнымъ образомъ на вдыханіи анилиновыхъ паровъ.

За первыми сообщеніями Rehn'a вскорѣ послѣдовали аналогичныя наблюденія Huldchiner'a, Leichtenstern'a, Seyberth'a, Wendel'a, Schelder'a и др. На съѣздѣ нѣмецкаго хирургическаго общества въ 1904 г. Rehn привелъ 23 случая пузырныхъ опухолей у работавшихъ съ анилиномъ и съ родственными ему веществами, какъ напр. нафтилъ-аминомъ.

Весьма важно отмѣтить, что изъ этихъ 23 пузырныхъ опухолей 18 при гистологическомъ изслѣдованіи оказались карциномой. Posner наблюдалъ злокачественное новообразование пузыря у одного работавшаго съ нафтоломъ. Rollet у работавшихъ съ брикетомъ наблюдалъ бородавчатобразныя разраженія съ переходомъ въ канкрондъ. Кромѣ того, цѣлый рядъ веществъ, какъ напр. креозотъ, керосинъ, сажа, деготь и пр. могутъ вызывать подобныя явленія у рабочихъ. Англійскіе изслѣдователи, какъ напр. B. W. Stanwell приписываютъ подобное же дѣйствіе фосфору (Wolff).

Опыты на животныхъ были предприняты Schwegin'ымъ, но не привели ни къ какимъ результатамъ. По мнѣнію названнаго автора, для того чтобы у животныхъ получить положительный результатъ, они должны подвергаться очень долго вредному воздѣйствію. Къ несчастію, при усиленіи дозы для вдыханія они все гибнутъ отъ остраго отравленія (Frisch). Опыты Posner'a, предпринятыя въ этомъ же направленіи, также не внесли свѣта. У животныхъ можно было вызвать лишь оксалурію и почечное кровотеченіе (Wolff). Что касается частоты заболѣванія, по даннымъ Rehn'a (1906 г.), то она встрѣчается въ 0,2—0,4%

рабочихъ на анилиновыхъ фабрикахъ. Все заболѣвшіе занимались на фабрикахъ долгое время, 20 лѣтъ и больше, причемъ главнымъ образомъ заболѣванію подвергаются люди, имѣющіе дѣло съ фуксиномъ и нафтиламиномъ.

**Вліяніе травмы.** Wagner, разбирая свой случай рака экстропированнаго пузыря, ставитъ возникновеніе карциномы въ непосредственную связь съ травматическими раздраженіями, которымъ подвергается въ такихъ случаяхъ свободноележащая слизистая пузыря. Къ числу ихъ онъ относитъ: высунувашее дѣйствіе наружнаго воздуха, температурныя раздраженія, разложеніе мочи, механическіе инсульты платьемъ, мочепріемникомъ и т. п.

Van Nautum считаетъ цѣннымъ для теоріи раздраженія генеза рака слѣдующій случай пилпидомъ травматическаго происхожденія. У больной, подвергшейся ампутаціи большого пальца на ногѣ, произошла задержка мочи, которая въ теченіе продолжительнаго времени потребовала катеризаціи, а затѣмъ сильнаго расщипренія уретры и катетра à demeure. Послѣ устраненія задержки мочи оставалась всегда мутной, и спустя два года, наступила гематурія. Цистоскопическое изслѣдованіе обнаружило въ пузырь пилпидомъ, кромѣ того уретра была занята полипами; Van Nautum объясняетъ происхожденіе этихъ пилпидомъ разрывами, которыя были вызваны грубымъ растяженіемъ и образованіемъ грануляцій на пораженныхъ мѣстахъ съ васкуляризацией и образованіемъ эпителиальнаго покрова (Frisch).

Löwenthal въ своей сборной статистикѣ, обнимающей 800 случаевъ травматическаго происхожденія опухолей, приводитъ одинъ случай пузырной карциномы, развившейся послѣ того, какъ больная получила ударъ въ область пузыря (regio hypogastrica). Проф. С. П. Ѳедоровъ отрицаетъ за травмой этиологическое значеніе. „Травма“, говоритъ онъ, „въ этиологіи опухолей пузыря не играетъ роли, какъ бы охотно ни выставляли ее на первый планъ сами больные и даже ихъ врачи. Правда, во многихъ изъ моихъ случаевъ начало пузырныхъ кровотеченій совпадаетъ съ ушибами, паденіемъ или поднятіемъ тяжестей, но это не значитъ еще, что съ этого только момента начала развиваться опухоль.“





Гораздо вѣроятнѣе, что новообразование существовало уже многие мѣсяцы, и что, благодаря травмѣ, или оторвалась ворсинка опухоли, или въ ней лопнулъ сосудъ, въ результатъ чего и наступило кровотечение.“

**Индивидуальность.** Pousson говоритъ, что индивидуальность, повидимому, оказываетъ извѣстное влияние на развитіе доброкачественныхъ опухолей, напр., папилломъ, такъ какъ существуютъ мочевые пузыри, на внутренней поверхности которыхъ весьма упорно образуются и возобновляются многочисленныя разраженія различной формы и величины, что оправдываетъ названіе: ворсинчатая болѣзнь мочевого пузыря (Villous disease R. Hartson'a).

**Артритизмъ.** Среди общихъ причинъ возникновенія опухолей мочевого пузыря Verneuil указываетъ на артритизмъ, который по его изслѣдованіямъ представляетъ благопріятную почву для развитія новообразованій и очень часто встрѣчается у больныхъ, пораженныхъ опухолями мочевого пузыря.

**Опыты съ прививкой рака и папилломъ.** Экспериментальная сторона въ этиологіи пузырныхъ опухолей не выяснила вопроса и еще нуждается въ дальнѣйшей разработкѣ.

Опыты на животныхъ (бѣлыхъ мышахъ, морскихъ свинокъ, крысахъ и кроликахъ), поставленные Lichtenstern'омъ, остались безрезультатными. Никогда дѣло не доходило до образованія микроскопически видимыхъ опухолей — а гистологическое изслѣдованіе показало совершенное рассасываніе внесенныхъ тканевыхъ частицъ.

Къ такому же отрицательному результату пришелъ и д-ръ А. В. Смирновъ, который въ лабораторіи при кли-

никъ проф. С. П. Оедорова ставилъ на кроликахъ опыты съ прививками папилломъ мочевого пузыря.

Такимъ образомъ, надо признать, что этиологія опухолей мочевого пузыря въ настоящее время не лучше извѣстна, чѣмъ этиологія опухолей вообще.

## Патологическая анатомія.

**Классификація опухолей.** Опухоли пузыря развиваются въ немъ или первично или поражаютъ его вторично, переходя на него съ сосѣднихъ органовъ или per continuitatem или путемъ метастаза. Сообразно съ такимъ происхожденіемъ онѣ дѣлятся на первичныя и вторичныя. Главный интересъ для насъ представляютъ первыя, о вторыхъ же мы скажемъ нѣсколько словъ для большей полноты изложенія.

Среди опухолей сосѣднихъ органовъ, распространяющихся на пузырь, на первомъ мѣстѣ надо поставить ракъ матки, который очень часто переходитъ на bas-fond или въ видѣ изолированныхъ узловъ (nodosités isolées) или въ видѣ одиночной фунгозной массы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ опухоль, чаще эпителиома, рѣже саркома, переходитъ на пузырь съ сѣменныхъ пузырьковъ, простаты и железъ.

Рѣже наблюдается переходъ опухоли на мочевой пузырь со стороны кишекъ (Recti и S. Romani), далѣе vaginae, penis, rubis (сообщенъ 1 случай энхондромы), брюшной стѣнки (1 случай) и яичника. У Verhoogen'a на 9 случаевъ вторичныхъ опухолей пузыря было: 6 опухолей матки, 5 раковъ и 1 фиброма, 2 случая опухоли простаты — 1 ракъ и 1 рецидивъ саркомы — и въ 1 случаѣ былъ ракъ vaginae.

Прежде чѣмъ переходить къ разбору наблюдающихся въ пузырьѣ опухолей въ патолого-анатомическомъ отношеніи, необходимо указать на то, что большинство опухолей имѣетъ папиллярное или ворсинчатое строеніе.



Дѣйствительно, по Fenwick'у, имѣютъ ворсинчатую поверхность карциномы въ  $\frac{4}{10}$ , саркомы въ  $\frac{1}{6}$  и эпителиомы въ  $\frac{1}{4}$  всѣхъ случаевъ. (Ghedini).

**Классификація  
опухолей.**

Что касается первичныхъ опухолей, то въ мочевомъ пузырьѣ онѣ являются производными одной изъ трехъ главныхъ тканей, изъ которыхъ построенъ пузырь: эпителиальной, соединительной и мышечной. Соотвѣственно этому Watson даетъ слѣдующую структурную классификацію первичныхъ опухолей мочевого пузыря:

**Классификація  
опухолей.**

I. Опухоли, развивающіяся изъ эпителиальной ткани: — папиллома, аденома, карцинома, простые кисты.

II. Опухоли, развивающіяся изъ соединительной ткани — саркома, миксома, фиброма, ангиома.

III. Опухоли, развивающіяся изъ мышечной ткани — миома.

IV. Гетеротопическія опухоли. Эти опухоли представляютъ зародышевыя включенія и состоятъ изъ тканей, представляющихъ эмбриональные слои, анатомически нормально не принадлежащія частямъ организма, въ которыхъ опухоли имѣютъ свое мѣстонахожденіе. Въ пузырьѣ наблюдались слѣдующія опухоли.

1. Cholesteatoma — представляющая часть эктодермы.
2. Chondroma — „ хрящъ.
3. Rhabdomyoma — „ поперечно-полосатую мышечную тканьъ.
4. Дермоидная киста — представляющая много различныхъ тканей.
5. Паразитарныя опухоли.

Не входя въ подробную патолого-анатомическую характеристику всѣхъ опухолей мочевого пузыря, мы тѣмъ не менѣе можемъ не привести ради ясности послѣдующаго изложе-

нія хотя бы краткаго описанія каждой отдѣльной ихъ разновидности.

Подъ именемъ папилломы (zottenpolyp Küster'a, fibroma papillare Virchow'a, fimbriated papilloma Thompson'a) мы разумѣемъ ворсинчатую опухоль или широко сидящую на слизистой оболочкѣ пузыря или соединенную съ ней посредствомъ болѣе или менѣе длиннаго стебля (ножки). Эта опухоль несетъ на себѣ то мягкіе, какъ пухъ, въ высшей степени нѣжно устроенные длинныя, флоттирующие въ жидкости отростки, то представляють болѣе грубые, одѣтые на поверхности болѣе короткими отростками, узлы. Нитеноподобныя, тонкія образованія, на концѣ колбообразно утолщенныя (ворсинны), выходятъ изъ короткаго нѣжнаго стебля. Каждая изъ ворсинокъ имѣетъ тонкую соединительнотканную строму съ доходящей до ея вершины петель кровеноснаго сосуда. Эта строма покрыта многослойнымъ, радіально-расположеннымъ эпителиемъ, который не прорастаетъ подлежащей ткани. Въ другихъ случаяхъ папиллярная опухоль имѣетъ болѣе грубое строеніе, обладаетъ болѣе короткими ворсинками, въ результатъ чего она имѣетъ видъ цвѣтной капусты, сидящей на короткомъ стеблѣ или широкомъ основаніи.

Карциномы пузыря характеризуются тѣмъ, что въ нихъ эпителий, покрывающій ворсинки, обладаетъ наклонностью къ атипическому разрастанію и къ росту въ глубину подлежащей ткани.

Clado различаетъ двѣ главныя формы рака: эпителиому пузыря (синонимы: эпителиальный ракъ, ворсинчатый ракъ) и карциному или альвеолярную эпителиому (синонимы: Carcinosité, Squirrhosité. Encéphaloïde de la vessie. Epithélioma carcinoïde, Scirrhus. Fungus malignus vesicae. Carcinoma fibrosum. Krebs. Gallert Krebs).

Zuckerkandle и Frisch говорятъ, что ракъ мочевого пузыря можетъ развиваться:



- 1) въ видѣ ворсинчатой опухоли;
- 2) въ видѣ разращенія на подобіе цвѣтной капусты;
- 3) въ видѣ шарообразной выдающейся опухоли;
- 4) въ видѣ плотной бляшки, выдвинувшейся въ слизистую;
- 5) въ видѣ инфильтрирующей формы.

Изъ работъ русскихъ авторовъ по данному вопросу укажу на прекрасную работу д-ра Колосова: „Къ учению о новообразованіяхъ (преимущественно ракъ) мочевого пузыря“, въ которой онъ, изучивъ большое число раковъ пузыря въ патолого-анатомическомъ отношеніи, высказываетъ взгляды, представляющіе большой интересъ, почему мы и приведемъ это мѣсто его работы *in extenso*.

„Относительно сравнительной частоты отдѣльныхъ разновидностей рака, наиболѣе частой злокачественной опухоли пузыря“, пишетъ онъ, „данныя различныхъ авторовъ не сходятся. Надо замѣтить и классификація раковыхъ новообразованій у различныхъ авторовъ не одинаковая. Въ 40-хъ годахъ Rokitansky называлъ всякое новообразование, имѣющее ворсинчатую форму, ворсинчатымъ ракомъ. Впослѣдствіи была доказана неправильность этого взгляда.

И теперь никто не сомнѣвается, что подобную форму могутъ имѣть какъ злокачественныя опухоли, такъ и доброкачественныя. Но названіе это сохранилось по настоящее время, и, хотя съ нимъ соединяютъ понятіе только о ракъ, имѣющемъ ворсинчатую форму, а не о всякой опухоли, какъ прежде, тѣмъ не менѣе, оно, характеризую опухоль на основаніи формы, а не строенія, вноситъ путаницу. Нельзя не согласиться поэтому съ Küster'омъ, который въ своей монографіи говоритъ, что нужно настойчиво требовать, чтобы это названіе было совершенно оставлено. Это же выражали и другіе авторы. Jones, напр., приводя дѣленіе Stein'омъ опухолей пузыря на эпителиомы, энцефалоиды, скирры и ворсинчатые раки, указываетъ на то, что послѣдніе нельзя вы-

дѣлять въ особую форму. Въ настоящее же время это выраженіе мы встрѣчаемъ даже у такихъ авторовъ, какъ Ziegler, Orth и Kümmel. Подъ словомъ *carcinoma* одни авторы разумѣютъ всѣ раковыя новообразованія, другіе же только железистые раки, въ отличіе отъ которыхъ покровные называютъ эпителиомами. Такого дѣленія раковъ придерживается и Thompson. Guyon въ своихъ лекціяхъ (1888) также говоритъ, что несмотря на то, что доказано, что обѣ эти формы одинаковаго происхожденія, онъ ихъ отдѣляетъ одну отъ другой.

Clado подобно Guyon'у называетъ карциномой только тѣ формы рака, которыя у насъ относятся къ группѣ обыкновеннаго или железистаго рака, т. е. мозговикъ (*encephaloïde*), скирръ (*Squirre*) и коллоидный ракъ (*colloïde*).

Albarran же называетъ всѣ опухоли съ атипическимъ расположеніемъ эпителия—эпителиомами, раздѣляя ихъ на 1) дольчатую (*lobulé*) и трубчатую (*tubulé*), 2) цилиндрому, 3) канкроидъ (*carcinoïde*), 4) сѣтчатый ракъ (*reticulé*) и 5) мѣшчатому. Подъ 4-й разновидностью, впервые имъ описанной, Albarran разумѣетъ своеобразную форму, имѣющую сходство съ лимфоаденомой, состоящую изъ нѣжнаго *reticulum*, въ которомъ заложены эпителиальныя кѣтки. Для опухоли пузыря на: 1) эпителиальныя, 2) соединительнотканныя, 3) мышечныя, 4) гетеротипическія и 5) добавочную группу (*kystes hydatiques*), Albarran къ 4-й группѣ, въ которую входятъ дермоидныя кисты, хондромы и рабдомиомы относитъ также роговой ракъ (*épithélioma corné*). Подъ альвеолярнымъ ракомъ одни разумѣютъ всякій железистый ракъ, другіе, какъ это принято у насъ, только коллоидный. Въ виду этого нельзя вполне сопоставлять данныя различныхъ авторовъ, тѣмъ болѣе, что въ нѣкоторыхъ работахъ не оговорено, что нужно разумѣть подъ тѣмъ или другимъ названіемъ. Тѣмъ не менѣе приведемъ нѣкоторыя данныя. Küster



и 56 автором). При этомъ надо отмѣтить, что онѣ встрѣчаются даже въ дѣтскомъ возрастѣ, что доказали своими изысканіями Phocas и Steinmetz. Что касается мѣстоположенія саркомъ, то таковымъ предпочтительно является задняя стѣнка и нижній сегментъ пузыря. Большею частью онѣ сидятъ на широкомъ основаніи и имѣютъ гладкую или бугристую поверхность. Сравнительно рѣдко онѣ бываютъ множественными, иногда бываютъ стебельчатыми и, какъ исключеніе, ворсинчатыми. (v. Frisch). Dalla Vedova, имѣвшій 2 случая саркомы пузыря и собравшій въ литературѣ 105 случаевъ этого новообразованія, полагаетъ, что діагнозъ этого страданія можно поставить только при помощи гистобіопсіи. Единственнымъ рациональнымъ вмѣшательствомъ онъ считаетъ цистектомію частичную, если опухоль сидитъ въ верхушкѣ (vertex) пузыря, полную, если она находится въ его нижней части. Такой взглядъ на терапію этого новообразованія основывается на томъ обстоятельстве, что саркомы очень часто даютъ метастазы, главнымъ образомъ въ легкія и печень. Что касается гистологическаго строенія, то въ пузырь встрѣчаются всѣ формы саркомъ: кругло-и веретенообразноклѣтчатковыя, гигантоклѣтчатковыя и смѣшанныя—альвеолярныя саркомы, лимфосаркомы, миосаркомы, миксосаркомы, фибросаркомы, ангиосаркомы, хондросаркомы и хондроостеоидныя саркомы.

Миксомы пузыря наблюдаются преимущественно въ юношескомъ возрастѣ; онѣ большею частью представляютъ мягкія, стебельчатыя опухоли съ дольчатой поверхностью, ткань которыхъ въ свѣжѣмъ состояніи прозрачна, красновато-желтаго цвѣта, какъ бы отечна, похожа на ткань носового полипа.

Гистологически опухоли этого рода обнаруживаютъ строеніе слизистой ткани, состоящей изъ богатыхъ протоплазмой раздвоенныхъ клѣтокъ и слизистой межучного вещества. Клинически миксомы обнаруживаютъ быстрый ростъ и обыкно-

венно послѣ удаленія рецидивируютъ. (Frisch и Zuckerkandl).

Фибромы пузыря представляютъ плотныя, шарообразныя б. ч. стебельчатыя опухоли, покрытыя слизистой оболочкой; настоящія полипозныя фибромы въ противоположность фибрознымъ папилломамъ очень рѣдки. Слизистая оболочка бываетъ иногда надъ опухолью подвижной, такъ что узлы фибромы бываетъ возможнымъ вылучить изъ подслизистой. Такой случай описанъ у насъ въ группѣ Д (№ 1), гдѣ проф. Н. В. Склифосовскому удалось per urethramъ указательнымъ пальцемъ извлечь фиброму. Гистологически фибромы состоятъ изъ соединительной ткани и мышечныхъ волоконъ; онѣ очень скудно васкуляризованы. (Frisch и Zuckerkandl).

Еще рѣже встрѣчаются миомы и фибромиомы пузыря. По свидѣтельству v. Frisch'a въ литературѣ до сихъ поръ извѣстно лишь около 50 случаевъ чистой миомы пузыря (за исключеніемъ миосаркомъ и миокарциномъ). Случаи эти собраны за послѣднее время Paschkis'омъ, Blum'омъ, Heitz-Boyer и J. Doré. Къ числу рѣдчайшихъ формъ принадлежитъ рабдомиома пузыря: къ числу прежнихъ случаевъ Hüsler'a, Vincenti, Cattani и Pavone можно прибавить опубликованные за послѣднее время случаи Monkenberg'a и Shatoka (v. Frisch).

Миомы пузыря имѣютъ большое сходство съ миомами uteri, и ихъ можно такъ же, какъ и послѣднія раздѣлять на подсерозныя, внутривѣстничныя и подслизистыя. Нанчае, какъ показалъ Paschkis, встрѣчаются подслизистыя: среди 27 случаевъ миомы онъ въ 19 отмѣтилъ данную форму. Локалізація ихъ преимущественно дно пузыря и trigonum, большею частью онѣ сидятъ на широкомъ основаніи и имѣютъ гладкую или бугристую поверхность. Иногда эти опухоли достигаютъ очень большихъ размѣровъ, такъ Pallailon—Legendre описалъ миому въ 3,200 gr. вѣсомъ. Rothe вели-



чиной съ голову взрослого человека, случай же отца и сына Кузнецких, оперировавшихъ совместно міому пузыря въ Нижне-тагильской земской больницѣ Пермской губерніи въ 1899 г., является единственнымъ по своей величинѣ во всей литературѣ: въ ихъ случаѣ міома пузыря вѣсила 9,200 gr. (т. е. почти 22½ фунта русск. торгов. вѣса).

Кисты пузыря, по свидѣтельству v. Frisch'a, представляютъ рѣдкую находку, и за послѣднее время наблюдались Brosgersma, Motz'емъ и Canciani, Kümmel'емъ и Daspres. Послѣдній въ 1909 г. описалъ стелъчатую гидатидную кисту величиною съ голову плода, помѣщавшуюся въ нижней части задней стѣнки пузыря. Motz и Canciani могли собрать въ литературѣ всего 15 случаевъ:

И Albarran, и Clado въ своихъ монографіяхъ, при классификаціи опухолей, выдвигаютъ чисто генетическій принципъ. Мы не будемъ приводить классификаціи этихъ авторовъ, потому что въ основномъ онѣ нисколько не отличаются отъ вышеприведенной. Кромѣ того Clado дѣлитъ опухоли на доброкачественныя и злокачественныя.

Къ первымъ относятся:

- a) папиллома,
- b) аденома,
- c) фиброма,
- d) міома,
- e) кисты:

ко вторымъ:

- a) эпителиома,
- b) миксома;
- c) саркома,
- d) Всѣ смѣшанныя опухоли за исключеніемъ фиброміомы,
- e) всѣ дегенерировавшія опухоли.

Однако это простое патолого-анатомическое дѣленіе, при томъ вошедшее во всеобщее употребленіе, въ примѣненіи къ опухолямъ мочевого пузыря на практикѣ нѣрѣдко приводитъ къ немалымъ затрудненіямъ, т. к. опухоли, вполнѣ доброкачественныя по своему гистологическому строенію, клинически могутъ проявлять себя какъ опухоли злокачественныя. Такъ, напр., гистологически доброкачественная опухоль, располагаясь у отверстія мочеточника, можетъ закупорить просвѣтъ его, результатомъ чего явится задержка мочи въ лоханкахъ и разовьется гидронефрозъ; обильныя повторныя пузырныя кровотеченія ведутъ къ сильной анеміи; пузырная инфекция, сопровождающая почти всегда развитіе новообразованія въ пузырь, можетъ повести къ двухстороннему восходящему піело-нефриту. Затѣмъ склонность къ рецидивированію, причемъ рецидивировавшая опухоль является въ формѣ безусловно злокачественной, склонность эта, присущая папилломѣ, также измѣняетъ взглядъ на эту микроскопически доброкачественную опухоль. Словомъ, мы здѣсь имѣемъ несоотвѣстствіе терминологіи опухолей съ ихъ клиническимъ теченіемъ, примѣры котораго мы встрѣчаемъ при опухоляхъ, развивающихся въ другихъ частяхъ организма. Д-ръ Н. Н. Петровъ въ своей монографіи: „Общее ученіе объ опухоляхъ“ пишетъ: „Опухоли изъ зрѣлой неврогліи, развивающіяся въ центральной нервной системѣ и ведущія къ атрофіи обширныхъ участковъ мозга и органовъ чувствъ (въслѣдствіе повысившагося внутричерепнаго давленія), или къ невыносимымъ болямъ и параличамъ (при давленіи на спинно-мозговые корешки); большія сосудистыя опухоли, угрожающія изъязвленіемъ и смертельнымъ кровотеченіемъ; огромныя фиброміомы матки, истощающія больныхъ кровотеченіями, — всѣ эти и многія подобныя имъ опухоли заносятся въ рубрику доброкачественныхъ. Напротивъ, маленькая „ползучая язва“ на лицѣ, причиняющая подчасъ только косметическія неудобства своему



носителю, носить название, злокачественной опухоли". И далее, „фибромы основания черепа могут узурпировать хрящи, кости, эпителий, внедряться в глазницу, в гайморову полость, в полость черепа, оставаясь гистологически доброкачественными фибромами". В заключение д-р Н. Н. Петровъ говоритъ: „Такіе выдающиеся и въ то же время расходящиеся между собой въ опѣнкѣ многихъ основныхъ вопросовъ онкологін ученые, какъ Conheim, Lubarsch, Hansemann, Ribbert, сходятся въ отрицаніи рѣзкой грани между доброкачественными и злокачественными опухолями. Особенно категориченъ въ этомъ отношеніи Ribbert, онъ прямо утверждаетъ, что „злокачественныхъ кѣтокъ не существуетъ", и различный способъ роста опухолей опредѣляется въ послѣднемъ счетѣ вѣшними по отношенію къ самимъ этимъ кѣткамъ условіями".

Возвращаясь къ папилломѣ, мы должны сказать, что дѣйствительно, эта опухоль съ трудомъ можетъ быть отнесена къ доброкачественнымъ хотя и въ этомъ отношеніи авторы далеко не солидарны. Напр. Rosing говоритъ: „Мой опытъ окончательно убѣдилъ меня, что многія изъ ворсинчатыхъ опухолей дѣйствительно доброкачественны, но что совершенно невозможно рѣшить, представляется-ли въ отдѣльныхъ случаяхъ опухоль злокачественной или доброкачественной. Въ этомъ отношеніи ничто не можетъ быть болѣе убѣдительнаго, чѣмъ два случая общаго папилломатоза пузыря, которые мнѣ пришлось лечить одновременно въ теченіе послѣднихъ трехъ лѣтъ, и при томъ совершенно одинаковымъ способомъ, т. е. экстирпирова на сколько возможно покрытую ворсинками слизистую пузыря и снова борясь съ возникающими рецидивами однимъ и тѣмъ же способомъ чрезъ *sectio alta*.

Одинъ случай относится къ молодому человѣку 24-хъ лѣтъ отъ роду, который раньше былъ дважды оперированъ другимъ хирургомъ, первый разъ изъ-за одиночной опухоли, шесть мѣсяцевъ спустя изъ-за множественныхъ опухолей и, наконецъ,

былъ признанъ неизлечимымъ. Послѣ этой операціи онъ явился ко мнѣ съ общимъ папилломатозомъ. Однако, я сдѣлалъ попытку, и съ почти полнымъ удаленіемъ слизистой пузыря всѣ видимыя опухоли были тщательно удалены. При повторныхъ цистоскопіяхъ я обращалъ вниманіе на вновь появляющіяся опухоли и, удаляя ихъ постоянно, радикально, прежде чѣмъ онѣ успѣютъ размножиться, я послѣ пяти такихъ операцій достигъ совершенной чистоты пузыря. Ровная, отчетливо бѣловатая и тонкая слизистая оболочка возстановилась, и пузырь нормально функционировалъ. По моему мнѣнію, здѣсь не можетъ быть сомнѣнія, что, если бы была *carcinoma villosa*, то съ первыми же неполными экстирпаціями на экстензивныхъ раневыхъ поверхностяхъ развилась бы диффузная карцинома. Другой случай относится къ видимо совершенно здоровому человѣку 24-хъ лѣтъ, пузырь котораго представлялъ точно такой же видъ диффузнаго папилломатоза. Я началъ дѣйствовать совершенно тѣмъ же образомъ, но каждый разъ опухоли появлялись вновь болѣе быстро и энергично. Когда, наконецъ, изъ-за угрожающей анеміи, я былъ вынужденъ произвести тотальную экстирпацію пузыря, то оказалось, что здѣсь имѣлась диффузная карциноматозная инфильтрація пузырной стѣнки, что мочеточниковыя отверстія были скаты и имѣлось двухстороннее расширеніе мочеточниковъ и лоханокъ съ пионерофрозомъ".

Дѣйствительно, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ даже небольшой папилломы весьма трудно сказать, имѣемъ-ли мы дѣло съ опухолью злокачественной или доброкачественной. Изслѣдованіе кусочковъ опухоли, отошедшихъ самостоятельно или добытыхъ путемъ интравезикальнаго вѣшательства, не всегда ведетъ къ желаемой цѣли. Только положительное доказательство злокачественности рѣшающе, отрицательное же, состоящее въ томъ, что не открыто ничего злокачественнаго или что изслѣдуемый кусочекъ безусловно доброкачественный, ничего



не доказывает против возможности злокачественного характера, т. к. взятый для исследования кусочек опухоли может происходить из периферии, изменения же злокачественного характера могут локализоваться в ее основании (Zuckerkanal). Фактическое обоснование этого взгляда мы находим в исследованиях Lichtenstern'a, который доказал, что существует несколько разновидностей папиллом:

1) Папилломы с доброкачественными ворсинками и злокачественной дегенерацией в стебель или основание,

2) папилломы с дегенерацией эпителия и доброкачественным стеблем,

3) Сплошь доброкачественные папиллярные опухоли.

Geraghty (Baltimore) исследовал гистологически значительное число опухолей пузыря. Что его особенно поразило, это громадная пропорция папиллом, содержащих части несомненно злокачественной структуры. Не всегда легко их найти: быстрое исследование недостаточно и нужно исследовать много срезов, чтобы найти характерные места. Существование этих островков объясняет рецидивы папиллом в форме рака. Эти островки никогда не отсутствуют в опухолях субъектов, перешедших 50-летний возраст, что позволяет сказать, что у них всякая опухоль пузыря — рак, каково бы ни было ее клиническое течение.

Но помимо этой трудности в клиническом отношении провести точное деление опухолей мочевого пузыря, и в патолого-анатомическом отношении с развитием более детальных исследований опухолей является уже возможность отнести к злокачественным новообразованиям также, как раньше несомненно были бы отнесены к доброкачественным. На II съезде немецкого Урологического Общества в Берлине (апрель 1909) Zuckerkanal в своем докладе об опухолях пузыря весьма подробно разобрал этот вопрос. Он говорит: „Для суждения о доброкачественности ворсинчатого

полипа сохранившееся соотношение между эпителием и стромой не может быть рассматриваемо, как единственный критерий. Бывают экзквизитно-злокачественные опухоли, в которых строма и эпителий остались в типичном соотношении, только при дальнейшем изменении эпителия, равно как в далеко зашедших стадиях, он прорывает все границы. До известной степени скрытую карциноматозную природу в подобных случаях может обнаружить только изменение эпителия“.

Даже Zuckerkanal подробно развивает этот взгляд и показывает, в чем состоит это изменение. В виду высокого интереса, который представляет его взгляд, приведем его дословно. Вот что он говорит по этому поводу: „Прежде чем эпителий достигнет способности безгранично разрастаться, он необходимо должен претерпеть превращение своей натуры. Нормальный эпителий не обладает свойством выдвигаться за пограничные ткани. Со своими биологическими свойствами эпителий изменил также и свою форму — он потерял свое типичное строение, сдвинулся полиморфным, и в типичных случаях инфильтрированная эпителием основа опухоли походит на простую карциному. Простое рассуждение говорит нам, что у ворсинчатых полипов должны существовать стадии, в которые эпителий начинает изменяться, но в которые превращение зашло еще не так далеко, что мы можем найти эпителий вне его положения, выдвинувшимся в строму. — Типичный эпителий ворсинок (das typische Zottenepithel) очень похож на таковой же пузыря, только он обнаруживает большее число слоев. Самый глубокий слой образован цилиндрическими клетками, которые сидят, тесно прижавшись, на строго отграниченном соединительно-тканном стебле. В следующих слоях расположены клетки с равномерно овальными ядрами в длинные, направляющиеся приблизительно перпендикулярно к основанию, узкие ряды; к поверхности клетки



дѣлаются плоские; самый верхній слой состоитъ, какъ у эпителия пузыря, изъ многоядерныхъ полигональных формъ съ согнутою, обращенной внутрь пузыря, поверхностью.

Другую картину мы наблюдаемъ при ворсинчатыхъ ракахъ: то во всей области опухоли, то въ ограниченныхъ участкахъ замѣчается отсутствие правильного распредѣленія слоевъ; отсутствуетъ палисадообразное расположеніе базальныхъ цилиндрическихъ клѣтокъ и въ слѣдующихъ слояхъ замѣчается отсутствие параллелизма и однообразие ядеръ; имѣются различной величины и различной формы нагроможденные другъ на друга клѣтки; мѣняющееся содержаніе хроматина атипическихъ ядеръ, ихъ причудливая форма и распредѣленіе производятъ впечатлѣніе чего-то беспорядочнаго и пестраго. Многочисленные митозы, присутствіе многоядерныхъ гигантскихъ клѣтокъ дополняютъ пеструю картину и указываютъ на нарушенный ростъ клѣтокъ.

То, что мы видимъ въ такой выраженной формѣ при злокачественныхъ папилломахъ, гораздо менѣе выражено или только намѣчается въ ворсинчатыхъ полипахъ, которые по отношенію эпителия къ стромѣ сообразно нашимъ взглядамъ, рассматриваются какъ доброкачественныя. Измѣненіе начинается съ того, что въ правильно расположенномъ эпителии становятся замѣтны отдѣльныя клѣтки, ядра которыхъ особенно велики. Эти клѣтки не связываются въ ряды, онѣ бросаются въ глаза благодаря своимъ болѣе темнымъ ядрамъ. Тамъ, гдѣ онѣ собираются въ кучи, эпителий теряетъ свой правильный характеръ.

Въ наиболѣе выраженныхъ стадіяхъ измѣненія эпителия дѣло, наконецъ, доходитъ до тѣхъ совершенно уклоняющихся отъ нормы картинъ, которыя Hansemann описалъ, какъ анаплазію.

Такое ученіе находится въ соотвѣтствіи съ ученіемъ Marchand и Versé о рѣшающей роли первичнаго эпи-

телиального измѣненія при возникновеніи рака. Исслѣдованія Versé о раннихъ стадіяхъ карциномы желудочно-кишечнаго тракта позволяютъ распознать злокачественное перерожденіе эпителиальныхъ образований въ то время, когда еще граница эпителия и стромы не измѣнена.

Вопросъ же о томъ, происходитъ-ли это превращеніе въ первоначально совершенно типично построенныхъ ворсинчатыхъ опухоляхъ или же извѣстныя формы уже *a priori* заложены, какъ злокачественныя, нельзя рѣшить, но, во всякомъ случаѣ, упомянутую клѣточную атипичность можно доказать уже въ самыхъ раннихъ формахъ.

Измѣненія эпителия могутъ быть вызваны непрерывными травматическими воздѣйствіями<sup>4</sup>.

Такимъ образомъ, Zuckerkandl, не разрѣшая вопроса о возможности метастазиза ворсинчатой опухоли, указываетъ лишь на сомнительную природу ворсинчатыхъ полиповъ пузыря и обращаетъ вниманіе на то, что при тщательномъ гистологическомъ ихъ изслѣдованіи, въ особенности въ отношеніи измѣненій самого эпителия, большинство ихъ оказывается злокачественными.

Для клиники мы должны всегда имѣть въ виду, что различіе между доброкачественными и злокачественными ворсинчатыми полипами болѣею частью невозможно, а при окончательномъ сужденіи обращать вниманіе на чрезвычайно большое процентное отношеніе злокачественныхъ формъ. Существовать скрытые періоды, состоянія затиханія роста, которые могутъ продолжаться годы, даже десятки лѣтъ, безъ того, чтобъ у насъ было доказательство, что, наконецъ, не выяснится ихъ раковая природа.

Метастазиза  
опухолей.

Этой трудности раздѣленія опухолей на доброкачественныя и злокачественныя много способствуетъ также и возможность перехода доброкачественной



папилломы въ ракѣ. Уже выше въ докладѣ *Zuckerlandl*'я указывался этотъ переходъ опухолей и описывался ходъ измѣненій эпителия ворсинчатыхъ полиповъ, однако, этотъ вопросъ о превращеніи, трансформации или метаплазии ворсинчатыхъ опухолей останавливалъ на себѣ вниманіе многихъ клиницистовъ и патолого-анатомовъ, весьма часто высказывавшихъ совершенно противоположныя взгляды на возможность подобнаго перехода.

*R. Syring* резюмируетъ такимъ образомъ современное состояніе вопроса о взаимоотношеніи папилломы и карциномы пузыря. Существуетъ 3 различныхъ взгляда:

Одни авторы проводятъ рѣзкую границу между папилломами, т. е. доброкачественными, и карциномами, т. е. злокачественными папилломатозными опухолями мочевого пузыря, не ставя ихъ въ какое-либо взаимное соотношеніе, такимъ образомъ, придерживаясь первоначальнаго ученія *Virchow*'а.

Другіе авторы стоятъ на діаметрально противоположной точкѣ зрѣнія, считая всѣ опухоли (resp. папиллярныя) пузыря за болѣе или менѣе злокачественныя.

Наконецъ, третья группа авторовъ, проводя дѣленіе опухолей, на доброкачественныя (папилломы) и злокачественныя (карциномы), допускаетъ возможность превращенія (метаплазии, трансформации) первыхъ во вторыя.

Къ представителямъ 1-го взгляда принадлежатъ *Rautenbusch*, *Birch-Hirschfeld*, *Lubarsch*, *Lücke* и др., которые, опираясь, главнымъ образомъ, на авторитетъ *Virchow*'а, проводившаго строгое различіе между *fibroma papillare* и ракомъ, совершенно отвергаютъ возможность такой метаплазии. Такъ, напримѣръ, *Lubarsch* говоритъ: „Никто еще не представилъ неопровержимаго доказательства дѣйствительнаго перехода простой папилломы въ ракъ, это положеніе болѣею частью будетъ чисто субъективно, пока мы

такъ мало знаемъ объ истинномъ существѣ рака, что до сихъ поръ не можемъ поставить распознаванія начинающагося рака на основаніи чисто морфологическихъ критеріевъ“. И далѣе: „Если сталкиваются съ случаями, въ которыхъ экстирпированная опухоль обладала строеніемъ аденомы или папилломы, и спустя нѣкоторое время на этомъ же мѣстѣ возникаетъ карциноматозное новообразованіе, то будетъ справедливо дать объясненіе первой опухоли, какъ еще аденоматозному или папилломатозному стадію карциномы. Но даже если наблюдаютъ медленно растущую опухоль, которая обладаетъ всѣми клиническими и анатомическими свойствами аденомы, и такое новообразованіе, спустя нѣкоторое время, мѣняетъ свой анатомическій и клинический характеръ и становится карциноматознымъ, все же остается сомнѣніе, что не шло ли дѣло съ самаго начала о карциноматозномъ новообразованіи, у котораго только переходный стадіи (*Durchgangsstadium*) продолжался необычайно долго“. *Malherbe* на IX съѣздѣ *Association française d'Urologie* (1905) заявилъ, что считаетъ превращеніе папилломы въ эпителиому фактомъ рѣдкимъ, требующимъ новыхъ наблюденій. Среди болѣе чѣмъ 2000 опухолей, изученныхъ или провѣренныхъ имъ, онъ не можетъ припомнить случая такого перехода.

Проф. *Guyon* въ своихъ клиническихъ лекціяхъ объ опухоляхъ мочевого пузыря говоритъ, что вопросъ о переходѣ доброкачественныхъ опухолей въ злокачественныя, повидимому, долженъ быть отложенъ, а что касается частоты смѣшаннаго состоянія (*état mixte*) опухолей, то онъ замѣчаетъ, что она можетъ служить аргументомъ въ пользу перерожденія, но можетъ служить также и для опроверженія ея. Вотъ его подлинныя слова: „Причиной возникшаго мнѣнія, что если не всѣ, то большинство новообразованій мочевого пузыря вначалѣ являются доброкачественнаго характера и лишь въ дальнѣйшемъ своемъ теченіи превращаются въ злокачественныя—причиной



такого мнѣнія послужила своеобразная особенность клиническаго развитія этой опухоли. Подобное превращеніе, дѣйствительно, встрѣчается въ другихъ частяхъ тѣла; вполне естественно было бы поэтому предположить его также относительно пузыря у такихъ больныхъ, которые можетъ быть лѣтъ 15 назадъ имѣли первое кровотеченіе и затѣмъ, при посмертномъ вскрытіи, показываютъ ясно выраженный и несомнѣнный ракъ мочевого пузыря. Тѣмъ не менѣе цѣлый рядъ другихъ наблюденій заставляетъ насъ относиться съ большой осторожностью къ предполагаемому превращенію доброкачественныхъ опухолей мочевого пузыря въ злокачественныя. По этимъ наблюденіямъ оказывалось, что доброкачественныя опухоли фактически существовали въ продолженіе 25 и 27 лѣтъ, не подвергаясь въ теченіе такого долгаго времени какому-либо превращенію: равнымъ образомъ и злокачественныя новообразованія также послѣ весьма продолжительнаго наблюденія оказывались повсюду совершенно однороднаго, одинаковаго строенія, что безусловно можетъ служить доказательствомъ того, что они уже съ самаго начала обладали именно такими, а не иными свойствами“.

Представители второго взгляда не очень многочисленны и въ своихъ доказательствахъ весьма близки къ представителямъ перваго взгляда. По мнѣнію Borst'a въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ къ фибро-эпителиальнымъ разрастаніямъ на поверхности рано или поздно присоединяется разрастаніе эпителия въ глубь тканей, новообразованіе съ самаго начала являлось злокачественнымъ.

Большинство же авторовъ, особенно современныхъ, держится третьяго взгляда, т. е. допускаетъ возможность перехода доброкачественныхъ опухолей въ раковыя. Такъ, напр., Küster говоритъ, что доброкачественный ворсинчатый полипъ можетъ сдѣлаться раковымъ только послѣ долгаго

существованія и объясняетъ это тѣмъ раздраженіемъ, которое производить на стѣнку пузыря движенія опухоли при кажомъ мочеиспусканіи. За подобный переходъ высказываются: Schuchardt, Colley, Wendel, Keydel, Fengler, Suter, Blum, Lichtenstern, Weinrich, v. Frisch, Cabot, L'Hermier des Plantes, Albarran, Legueu и др. На основаніи хорошо прослѣженныхъ и приведенныхъ въ своихъ работахъ случаевъ Orth также высказывается за возможность такого превращенія, приводя въ примѣръ собственное наблюденіе, гдѣ рядомъ съ карциномой пузыря онъ видѣлъ папиллому. Ribbert высказывается такимъ образомъ: „Ворсинчатая опухоль сама по себѣ не раковая (Das Zottengeschwulst ist an sich nicht krebzig), однако, возможно, чтобы въ основаніи опухоли развилась настоящая карцинома“. Въ своемъ же ученіи объ опухоляхъ онъ говоритъ: „Фибро-эпителиальныя опухоли имѣютъ къ ракамъ то отношеніе, что къ нимъ иногда присоединяется развитіе рака“. Lexer въ своей общей хирургіи пишетъ: „Важно, что карцинома мочевыхъ путей можетъ произойти изъ фибро-эпителиальныхъ новообразованій“. Keydel говоритъ о папилломахъ, что при нихъ „существуетъ большая опасность злокачественнаго перерожденія“. Löwenhardt въ своемъ докладѣ на съѣздѣ нѣмецкаго хирургическаго общества въ 1901 г. высказался такъ: „Относительно метаплазій дѣло еще не рѣшено, хотя для этого уже a priori существуетъ большая вѣроятность“.

Въ послѣдней своей работѣ v. Frisch говоритъ: „Возможность перехода доброкачественныхъ опухолей въ карциному мнѣ кажется вѣтъ всякаго сомнѣнія. Она подтверждается цѣлымъ рядомъ хорошо наблюденныхъ и изслѣдованныхъ случаевъ (Thompson, Küster, Orth, Colley, Albarran, Clado, Pousson, Schuchardt, Wendel, Cahen и др.).



Но наибольше настаивает на возможности подобной метаплазии французская школа. Такъ Albarran, на основаніи богатаго опыта своего учителя Guyon'a и своего собственного высказывается въ своемъ классическомъ трудѣ „Les tumeurs de la vessie“ по вопросу, о метаплазии т. обр.: „Dans les tumeurs bénignes l'activité cellulaire est plus modéré et les cellules se différencient en formes typiques. Mais il peut se faire qu'à un moment donné sous l'influence d'une cause qui nous échappe, la tumeur bénigne se transforme en tumeur maligne“. И далѣе: en fait la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes est chose fréquente dans les néoplasmes vésicaux“. Для объясненія этого перехода онъ говоритъ, что по его мнѣнію уже одно существованіе папилломы показываетъ тенденцію кѣтокъ этого организма къ пролиферации и что между этимъ и атипическимъ разрастаніемъ кѣтокъ только количественная разница, т. е. въ этомъ организмѣ существуетъ diathèse néoplasique, терминъ введенный Verneuil'em.

R. Syring въ своей работѣ по поводу метаплазии папилломъ пузыря въ ракъ говоритъ: „О томъ, какъ понимать подобныя превращенія въ отдѣльности патолого-анатомически и биологически, объ этомъ въ настоящее время можно только создавать теоріи. Я бы, приближаясь къ воззрѣнію Borst'a, представилъ себѣ это явленіе такимъ образомъ, что подъ влияніемъ какихъ-либо случайныхъ моментовъ, какъ циститъ, операціи и др., соединительная соединительная ткань папилломъ приходитъ въ состояніе воспаленія (мелкокѣлочная инфильтрація) и раздраженія, вслѣдствіе чего эпителиальныя кѣтки папилломы отрываются изъ своей связи съ эпителиальнымъ покровомъ и ведутъ къ безграничному карциноматозному разрастанію, такъ какъ имъ, какъ уже кѣткамъ,

хотя бы и доброкачественной опухоли, должно прежде всего приписать особую тенденцію къ разрастанію“.

Legueu посвящаетъ этому вопросу слѣдующія строки:

„Les transformations des ces tumeurs sont toujours possibles; l'anatomie pathologique l'a établi, la clinique le confirme.“

Cette transformation d'une tumeur bénigne en une tumeur maligne dont la pathologie nous offre d'ailleurs d'autres exemples, au rein, au sein, à l'ovaire doit être toujours présenté à l'esprit de celui, qui a la responsabilité d'une papillome à soigner. Même s'il ne saigne pas il y a des inconvénients à garder ces tumeurs dans l'économie.

Une tumeur épithéliale est toujours un danger“.

L'Hermier des Plantes высказываетъ взглядъ, что болѣзнь часто протекаетъ въ два этапа: первый долгодлительный этапъ соответствуетъ теченію доброкачественной кровотокающей папилломы, второй соответствуетъ превращенію въ ракъ и протекаетъ быстро.

Косвеннымъ доказательствомъ подобнаго превращенія могутъ служить примѣры такового, наблюдаемые въ другихъ частяхъ тѣла. Извѣстно, напр., что на почвѣ обыкновенной бородавки (въ особенности на лицѣ) возникаютъ карциномы, изъ naevus pigmentosus—меланотическія саркомы и изъ папилломъ гортани—карциномы, хотя бы даже только въ рѣдкихъ случаяхъ (Semon привелъ изъ 10774 случаевъ опухолей гортани только 12 вѣрныхъ случаевъ метаплазии). Pels-Leusden доброкачественныя папиллярныя разрастанія желчныхъ путей привелъ въ связь съ карциномами и доказалъ, что онѣ часто являются предшественниками рака.

Д-ръ В. Н. Деревенко въ своей работѣ „Къ вопросу о папиллярныхъ (фибро-эпителиальныхъ) новообразованіяхъ лоханки и мочеточника“ также допускаетъ возможность пере-



рождения опухолей. Так он пишет: „Дело в том, что папилломы „доброкачественны“ анатомически в дальнейшей стадии своего развития и существования нередко обнаруживают склонность к злокачественному перерождению, и среди опубликованных в литературе случаев первичных папиллярных опухолей лоханки мы находим несколько наблюдений, которые убедительно доказывают возможность этого перехода одного новообразования в другое“.

И далее:

„Причины перехода новообразования доброкачественного в злокачественное и условия, благоприятствующие этому переходу, нам неизвестны. Если проводить аналогию между паразитирующим в лоханке новообразованием и внедряющимися в наш организм бактериями, то можно, мне думается, допустить, что переход одного новообразования в другое стоит в прямой зависимости от общих и местных условий питания, от жизнедеятельности и „вирулентности“ клеточных элементов данного новообразования, от той энергии, с которой организм борется с ними. Как известно, и в процессе развития метастазов из занесенных в отдаленные органы участков ткани первичной опухоли важную роль играют эти ближе и точнее нам неизвестные, общие и местные условия, в частности, пониженная жизнедеятельность тканей данного индивидуума (Ribbert)“.

Таким образом, можно всецело присоединиться к тому взгляду, что существуют и папилломы и карциномы, как два отдельных онкологических единицы, но что между ними существует то тесное соотношение, которое вполне допускает возможность метаморфоза доброкачественной опухоли в злокачественную.

На близкое отношение этих двух видов опухолей указывают рецидивы карциномы, возникающей нередко в пузырь после удаления папилломы.

Весьма интересным с этой точки зрения является и факт злокачественных рецидивов на брюшной стенке после удаления доброкачественных папиллом пузыря. Два таких случая наблюдались в отделении Zuckerkandl'a и опубликованы Lichtenstern'ом.

1. Мужчина, 42 лет, был оперирован в мае 1906 г. по поводу множественных папиллом пузыря (sectio alta). Исследование экстирпированных опухолей показало их вполне доброкачественную природу. В июле 1907 г. этот больной явился с рецидивом в пузырь и на рубце брюшной стенки величиной с волонский орех, твердой консистенции. Эта опухоль при гистологическом исследовании оказалась альвеолярным раком, рецидивирующая же опухоль пузыря обнаружилась частью злокачественный характер.

2. Мужчина, 61 года, был оперирован per sectionem altam в 1903 г. по поводу стебельчатой, величиной с волонский орех, папилломы. Через 4 года он явился со множественными карциноматозными опухолями в пузырь и инфильтратом в мышцах, который при гистологическом исследовании оказался альвеолярной карциномой с образованием настоящей костной ткани.

Еще более интересным является обратное отношение, когда после удаления злокачественной опухоли наступает рецидив в вид доброкачественной папилломы. В литературе имеются два таких случая, принадлежащих v. Frisch'у и Albarran'у.

Случай v. Frisch'a, опис. Zuckerkandl'ем

Пациент, 51/2 лет перед этим был оперирован prof. v. Frisch'ем по поводу опухоли пузыря. Исследование этой опухоли, удаленной путем sectio alta, показало папиллярную карциному. Уже спустя год после первого вмешательства у него снова наступили гематурии, и исследование показало, что он вызывается ворсинчатой опухолью, сидящей в другой (правой) половинке пузыря. Пациент не рѣшился на вторичную цистотомию и находится уже около 4 1/2 лет под правильным цистоскопическим контролем.

Временами наступают кровотечения, в остальном же больной чувствует себя совершенно хорошо. Гистологическое исследование отосланных частиц опухоли обнаружило папиллому.

Подобный случай, имеется и у Albarran'a. В июне 1894 года Albarran per sectionem altam произвел одному больному экстирпацию большой стебельчатой карциномы. Спустя короткое время по заживлении операционной раны вновь наступила гематурия, и вскрытие пузыря обнаружило па-



пиллому величиной съ орѣхъ, которая и была экстирпирована. Цистоскопическое изслѣдованіе, произведенное спустя два года послѣ операциі, обнаружило совершенно нормальными отношенія пузыря.

Эти близкія отношенія, существующія между папилломой и карциномой обязаны, по мнѣнію Syring'a, одной и той же или близкой ихъ этиологіи.

Въ пользу же взгляда на существованіе доброкачественныхъ папилломъ говорить то обстоятельство, что описаны случаи долголѣтняго существованія папилломъ. Такъ, наприм. Guyon сообщилъ случай, гдѣ папилома существовала 29 лѣтъ, и носитель ея чувствовалъ себя совершенно здоровымъ, Albarran привелъ случай папилломы 30-лѣтней продолжительности, Casper 26-лѣтней и Stein—42-лѣтней. Кромѣ того, безъ сомнѣнія, существуютъ случаи, гдѣ были оперированы стебельчатая папилломы, при чемъ не наступало рецидива даже, если онѣ были оперированы эндоевезикально при помощи операционнаго цистоскопа. Здѣсь же будетъ вполне умѣстнымъ подтвердить тотъ фактъ, что опухоли пузыря оказываются карциноматозными гораздо чаще, чѣмъ это принимали раньше, какъ видно изъ приводимой таблицы, показывающей число карциномъ и папилломъ въ случаяхъ, собранныхъ различными авторами.

#### Частота карциномъ и папилломъ.

А в т о р ь .	Число случаевъ.	Карцинома.	Папилломы.
Albarran (его собственные случаи).	88	68	—
Его-же сборная статистика . . . .	44	32	9
Guyon . . . .	22	19	—
Frisch . . . .	300	болѣе $\frac{2}{3}$	—
Watson . . . .	653	410	243

Нельзя, однако, не согласиться съ v. Frisch'емъ, заявляющимъ, что эти числовыя отношенія должны измѣниться значительно въ болѣе неблагоприятную сторону для доброкачественныхъ новообразованій, если будетъ обращено болѣе вниманія на данныя новѣйшихъ патолого-анатомическихкихъ изслѣдованій.

#### Хирургическая классификація опухолей.

Но каковы бы ни были предложенныя классификаціи опухолей пузыря, онѣ имѣютъ чисто теоретическій интересъ, цѣлью же практическимъ вполне удовлетворяетъ хирургическая классификація, предложенная Guyon'омъ, разсматривающая всѣ опухоли пузыря по отношенію ихъ къ пузырной стѣнкѣ. Guyon различаетъ:

1) опухоли имплантирующія, т. е. съ широкимъ основаніемъ (implantées).

2) опухоли на ножкѣ (tumeurs pédiculées).

3) опухоли, инфильтрирующія стѣнку (tumeurs infiltrées).

Clado по поводу этой классификаціи справедливо замѣчаетъ: „Son importance clinique est indiscutable. Elle doit être toujours présentée à l'esprit de l'opérateur“.

Albarran расширилъ эту классификацію, раздѣливъ опухоли на:

A. Опухоли съ основаніемъ (tumeurs implantées). { стебельчатая (pédiculées)  
сидящая на широкомъ основаніи (sessiles).

B. Опухоли инфильтрирующія (tumeurs infiltrées). { выдающіяся въ полость пузыря (encéphaloides). Не выдающіяся въ полость пузыря (cancroides).

#### Лимфатическіе сосуды мочевого пузыря.

Лимфатическая система пузыря еще мало изучена. Mayo говоритъ, что съ клинической точки зрѣнія обращаетъ на себя вниманіе тотъ



фактъ, что лимфатическіе сосуды пузыря немногочисленны и бездѣтельны (are few and inactive). Этотъ фактъ имѣетъ то практическое значеніе, что злокачественныя опухоли (въ частности ракъ) мочевого пузыря, сравнительно долго остаются заболѣвающимъ мѣстнымъ, а метастазы ихъ наступаютъ поздно.

И дѣйствительно, въ дѣлѣ оперативнаго леченія вопросомъ первостепенной важности является вопросъ, существуетъ-ли при опухоляхъ пузыря пораженіе отдаленныхъ лимфатическихъ железъ, подобно тому какъ, напр., при ракѣ грудной железы.

Въ теченіе долгаго времени думали, что пузырь лишентъ лимфатическихъ путей, и распространеніе опухоли происходитъ вслѣдствіе послѣдовательнаго постепеннаго прорастанія тканей. Считали, что пораженія железъ имѣетъ мѣсто лишь тогда, когда поражается подбрюшинная кѣтчатка. Albarran въ „Tumeurs de la vessie“ писалъ: „Les auteurs admettent que les néoplasmes de la vessie se propagent rarement aux organes voisins et que plus rarement encore ils donnent lieu à l'infection ganglionnaire ou à l'infection générale“.

Существованіе лимфатическихъ сосудовъ не является болѣе спорнымъ послѣ трудовъ Hoggan (1882) L'urhia, Albarran (1890) и Gérota (1896). Но эти авторы, по словамъ Grandjean'a, даютъ очень неясныя описанія расположенія и положенія лимфатическихъ пространствъ, въ которыя изливаются лимфатическіе сосуды пузыря.

Изъ всѣхъ этихъ изслѣдованій можно вывести, что лимфатическіе сосуды мышечной оболочки распадаются на 2 отдѣла: передніе и задніе. Начинаясь тонкими сѣтями, они сливаются въ стволы, которые всѣ идутъ, извинаясь, къ боковой стѣнкѣ мочевого пузыря, гдѣ встрѣчаются съ arteriae umbilicales. На пути своемъ они прерываются лимфатическими железами, расположенными вдоль пупочныхъ артерій

(lymphoglandulae vesicales laterales Gerota-Waldeyer). Другія лимфатическія железы лежатъ позади лобкового сочлененія въ предпузырной жировой ткани (lymphoglandulae vesicales anteriores). При этомъ надо обратить вниманіе, что по Gerota только мышечная оболочка мочевого пузыря человѣка и животныхъ имѣетъ собственные лимфатическіе сосуды, но не слизистая, которая совершенно лишена ихъ. Въ mucosa urethralis лимфатическіе сосуды имѣются въ изобиліи, но съ приближеніемъ къ пузырю они все больше и больше уменьшаются въ числѣ. (Raubert).

Наиболѣе полное и детальное описаніе лимфатическихъ путей пузыря, легко удерживаемое въ памяти, благодаря схематизации, приводятъ въ своей работѣ Cunéo и Marcille (1901). По ихъ изслѣдованіямъ, лимфатическіе сосуды и ихъ железы имѣютъ расположеніе въ высшей степени постоянное. Приведемъ описаніе лимфатическаго аппарата пузыря по этимъ авторамъ, какъ оно приведено въ работѣ Grandjean'a:

„Въ особенности изобилующіе въ области пузырянаго треугольника лимфатическіе сосуды берутъ свое начало въ мышечномъ слое. Отсюда они направляются на наружную поверхность органа, чтобы образовать подбрюшинное сплетеніе (plexus subperitonealis). Существованіе лимфатическихъ путей въ слизистой не могло быть пока обнаружено.

Это подбрюшинное сплетеніе, сливаясь, образуетъ стволы, (коллекторы), которые идутъ къ краямъ мочевого пузыря. Довольно часто встрѣчаются прибавленными къ этому сплетенію въ подбрюшинной кѣтчаткѣ маленькіе гангліозные узелки (interrupteurs). Послѣдніе чаще всего расположены на передней поверхности. Почти всегда подобныя узелки-прерыватели встрѣчаются вдоль art. umbilicalis и располагаются на всей части этого сосуда, которая соприкасается съ



пузыремъ. Они сидятъ обыкновенно въ клетчаткѣ, которая соединяетъ art umbilic со стѣнками пузыря.

Такихъ коллекторовъ лимфы эти авторы различаютъ четыре:

I. Поперечный, который перекидывается черезъ art umbil. и впадаетъ въ среднія и верхнія железы средней цѣпи наружной подвздошной группы. Онъ собираетъ лимфу изъ 2-хъ верхнихъ третей пузыря.

II. Передній, который впадаетъ въ наиболѣе переднюю часть внутренней части цѣпи наружныхъ подвздошныхъ железъ. Онъ собираетъ лимфу съ нижней  $\frac{1}{3}$  передней поверхности тѣла и почти со всей передней поверхности шейки пузыря.

III. Задній короткій впадаетъ въ группу внутреннихъ подвздошныхъ железъ. Онъ собираетъ лимфу съ нижней  $\frac{1}{3}$  задней стѣнки пузыря.

IV. Задній длинный, лежащій ниже предыдущаго, описывается болѣе длинную петлю и впадаетъ въ группу железъ, расположенныхъ у promontorium.

У Albarran'a въ его послѣднемъ трудѣ „Médecine opératoire des voies urinaires“ (1909) мы находимъ слѣдующее описаніе лимфатической системы пузыря:

„Исслѣдованія Hoggan, moi и Gerota показали, что, вопреки классическому мнѣнію, существуетъ богатая лимфатическая сѣтъ въ слизистой пузыря, въ особенности въ области trigoni. Пронизывая мышечную, лимфатическіе истоки этой сѣти принимаютъ вѣтви мышечной, сѣтъ которой безспорна. Достигнувъ поверхности пузыря лимфатическіе сосуды дѣлятся слѣдующимъ образомъ:

1. На передней поверхности, лимфатическіе сосуды (collecteurs) впадаютъ въ наружныя подвздошныя железы: нижніе идутъ къ железѣ, расположенной ниже всѣхъ въ цѣпи, которая идетъ вдоль внутренняго края сосудовъ, другіе къ

железамъ, расположеннымъ выше, передъ сосудами (средняя цѣпь). Иногда находятъ спереди пузыря небольшія железки — прерыватели.

2. На верхней поверхности можно различать нѣсколько группъ. Наиболѣе возвышенныя идутъ къ наружнымъ подвздошнымъ железамъ. Среднія идутъ къ внутреннимъ подвздошнымъ железамъ.

3. На задне-нижней поверхности лимфатическіе сосуды пузыря идутъ по сторонамъ recti къ сакральнымъ железамъ, расположеннымъ въ углу у раздѣленія aortae abdominalis“.

По Verhoogeny и de Graewe лимфатическіе сосуды, идущіе какъ со слизистой (!) пузыря и въ особенности съ треугольника, такъ и съ его мышечной, впадаютъ въ железы, окружающія vasa iliaca externa и vasa hypogastrica. Лимфатическіе сосуды, идущіе съ задней поверхности пузыря, по содѣйству съ шейкой, восходятъ вдоль rectum до сакральныхъ железъ.

## Симптомы и теченіе.

Симптомы, которыми проявляется новообразование мочевого пузыря, состоятъ въ гѣматуріи, расстройствахъ мочеиспусканія и боляхъ. Какъ исключеніе встрѣчаются рѣдкіе случаи опухолей пузыря, протекающіе безъ ясныхъ симптомовъ (fast symptomloses Verlauf des Tumors). По Durante это отсутствіе симптомовъ можетъ наблюдаться лишь въ томъ случаѣ, если опухоль доброкачественной природы, какъ фиброма или міома, остается небольшихъ размѣровъ и находится вдали отъ шейки пузыря и устьевъ мочеточниковъ. Наибольшая же часть опухолей пузыря выдаетъ себя вышеупомянутой триадой.

По Fenwick'у можно различать три періода въ развитіи субъективныхъ симптомовъ при опухоляхъ пузыря.



Въ первомъ періодѣ, латентномъ, пораженіе проходитъ незамѣтнымъ для больного, такъ какъ симптомы очень незначительны. Второй періодъ болѣзни характеризуется присутствіемъ въ мочѣ крови—это періодъ гематуріи. Наконецъ, за нимъ слѣдуетъ третій—т. наз. періодъ цистита, послѣ начала котораго быстро присоединяются осложненія со стороны почекъ. Къ явленіямъ цистита присоединяется боль, которая такъ часто наблюдается при опухоляхъ пузыря и можетъ заставить отъ присутствія въ пузырьѣ сгустковъ, отъ громаднаго объема, котораго они могутъ достигать, и отъ нахожденія ихъ вблизи шейки.

По Guyon'у кровотеченія представляютъ важнѣйшій изъ симптомовъ, которымъ новообразование проявляютъ свое присутствіе въ мочевыхъ путяхъ, но, кромѣ того, надо замѣтить, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ гематурія является и первымъ по времени симптомомъ даннаго страданія. Albarran установилъ это въ 148 случаяхъ изъ 200. Боль и расстройство мочеиспусканія въ качествѣ первыхъ симптомовъ были въ 52 случаяхъ. По отношенію къ отдѣльнымъ группамъ опухолей Albarran нашелъ, что изъ 62 случаевъ доброкачественной папилломы въ 57 дѣло началось съ гематуріи и въ 5 съ боли; изъ 100 случаевъ карциномы, гематурія отмѣчена какъ первичный симптомъ въ 70, болѣзненное мочеиспусканіе въ 30. Изъ 9 случаевъ миомы 3 начались гематуріей, 6 болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ; изъ 29 случаевъ саркомы 18 начались гематуріей, 11 расстройствами мочеиспусканія или болями.

Иногда количество крови весьма значительно съ самаго начала; но гораздо чаще вначалѣ оно невелико, и кровь показывается только въ концѣ совершенно нормальнаго акта мочеиспусканія, увеличиваясь постепенно вполнѣдствіи. Гематурія появляется произвольно, какъ среди полного покоя, такъ и во время мышечной работы. Она не причиняетъ больному

боли, если только кровь, свертываясь въ пузырьѣ, не мѣшаетъ выведенію мочи: въ послѣднемъ случаѣ сгустки одинъ за другимъ выходятъ изъ пузыря съ сильными спазмодическими болями; весьма рѣдко они образуютъ такіа объемистыя массы, которыя выполняютъ пузырь и не могутъ быть выведены. Гематурія въ общемъ можетъ продолжаться много дней, недѣль и даже мѣсяцевъ и вдругъ прекратиться такъ же внезапно, какъ и началась; прекращеніе ея можетъ быть на нѣсколько дней и даже мѣсяцевъ.

Промежутки между приступами гематуріи могутъ быть различной продолжительности, и иногда проходить года прежде чѣмъ наступитъ новая гематурія. Обычно эти интерваллы по мѣрѣ увеличенія роста опухоли становятся все короче, пока кровотеченіе, какъ это бываетъ при злокачественныхъ опухоляхъ, не станетъ постояннымъ.

Malherbe даетъ такое объясненіе механизму геморрагій, имѣющихъ мѣсто при папилломахъ: въ центральномъ капиллярномъ сосудѣ ворсинки недостаточъ мышечныхъ волоконъ, тонкость стѣнокъ, образованіе петли у верхушки каждой ворсинки, затрудняя кровообращеніе, ведутъ къ недостаточному питанію эпителия, покрывающаго ворсинку. Послѣдній дегенерируется, теряетъ свою связь съ соединительно-тканно-сосудистой осью и отторгается, въ результатѣ чего капиллярный сосудъ, лишенный своего эпителиальнаго покрова, служившаго ему какъ бы футляромъ, лопается съ величайшей легкостью при малѣйшемъ застоѣ. Въ началѣ болѣзни кровотеченія наступаютъ сравнительно рѣдко, съ большими интервалами. Опухоль въ это время растетъ, она небольшой величины, и питаніе ворсинъ не нарушено. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, по мѣрѣ того какъ опухоль увеличивается въ объемѣ, увеличивается и число ея ворсинокъ, изъ которыхъ питаніе каждой тѣмъ труднѣе, чѣмъ она длиннѣе, вслѣдствіе чего появленіе гематуріи дѣлается все болѣе и болѣе частымъ, и дѣло доходитъ до



почти ежедневных кровотечений из старых папиллом пузыря.

Весьма интересным является вопрос, представляют ли гематурии при доброкачественных и злокачественных опухолях пузыря какія-либо особенности, характерны для каждой из этих групп, т. е. возможно ли по характеру гематурии съ большей или меньшей вѣроятностью поставить распознавание природы имѣющейся опухоли пузыря.

На этотъ вопросъ Guyon даетъ отрицательный отвѣтъ, говоря: „Дѣлать, однако, на основаніи этихъ кровотечений выводы относительно рода самой опухоли, ея характера и т. д. невозможно. Полагали, что особенно частыя и крайне обильныя кровотечения служатъ указаніемъ на злокачественность новообразованій, но это отнюдь невѣрно. Выяснить характеръ новообразованія мочевого пузыря можетъ лишь теченіе бо-лѣзни или развѣ такая случайность, что вмѣстѣ съ мочей выдѣлится часть опухоли и такимъ образомъ окажется возможнымъ непосредственно изслѣдовать эту послѣднюю. Такъ же мало указаній могутъ дать намъ кровотечения и относительно величинны новообразованія: между интенсивностью кровотечений и величиною опухоли не существуетъ никакого соотношенія“.

Clado относится къ этому вопросу вполне отрицательно и говоритъ, что было бы большой ошибкой думать, что можно судить о степени злокачественности пузыряго новообразованія по частотѣ или интенсивности гематурій, которые ему сопутствуютъ.

Напротивъ, Legueu пытается разбѣсить этотъ вопросъ въ положительномъ смыслѣ, приводя слѣдующую характеристику гематурій при папилломахъ: „Celle-ci est spontanée, terminale, capricieuse et intermittente, enfin elle est abondante“. Начало гематурии при папилломахъ иногда бываетъ отмѣчено за 8, 10 и 15 лѣтъ до операціи, припадки

ея появляются чрезъ различные промежутки времени, часто очень большіе, отъ двухъ до трехъ лѣтъ.

При этомъ гематурія не находится ни въ какомъ соотношеніи съ объемомъ опухоли. Legueu видѣлъ одного больного, умершаго отъ геморрагіи, имѣвшаго совершенно маленькую опухоль по объему съ чечевицу. Гематурія не можетъ, даже когда она бываетъ съ перерывами, не вызвать состояніе глубокой анеміи, но при этомъ нѣтъ ничего, напоминающаго ракъ или кахексію.

При ракѣ пузыря по Legueu гематурія по своей значительности весьма отличается отъ гематурии обусловленной папилломою: сначала незначительная, легкая, она дѣлается позднѣе болѣе значительной, не бывая никогда очень обильной; изслѣдованіе пузыря вызываетъ ее, она является также препятствіемъ къ цистоскопіи (Guyon). Позднѣе, когда уже имѣются пузырные изъязвленія, она дѣлается болѣе продолжительной, обильной и занимаетъ тогда доминирующее положеніе среди другихъ симптомовъ.

Watson также говоритъ, что доброкачественныя папилломы, какъ правило, кровоточатъ обильнѣе чѣмъ злокачественныя новообразованія.

#### Затрудненія мочеиспусканія.

Затрудненія мочеиспусканія при опухоляхъ пузыря отсутствуютъ лишь тогда, когда папиллярная опухоль настолько мала или такъ расположена, что не можетъ препятствовать оттоку мочи. Точно также и злокачественныя опухоли небольшого распространенія обычно не вызываютъ затрудненій мочеиспусканія. Если же стебельчатая опухоль токомъ мочи закладываетъ отверстіе пузыря, то въ такомъ случаѣ, какъ правило, наблюдается внезапное прерываніе мочевои струи. Мягкая опухоль, расположенная у устья пузыря, представляетъ длительное препятствіе для мочеиспусканія и ведетъ къ дизуріи и даже полной задержкѣ съ



растяжением пузыря. Инфильтрирующие опухоли или твердые опухоли, выполняющие пузырь, препятствуют опорожнению мочи, так как эластическая стбика замщается плотной, неподатливой тканью, которая мщшает полному опорожнению пузыря.

Сильнее всего проявляются расстройства мочеиспускания, если инфильтрируется шейка пузыря.

Задержка мочи бывает скоропроходящей в том случае, если опухоль ущемляется в устье пузыря, при инфильтрирующих же опухолях шейки она часто бывает стойкой: ее долго может и не быть даже при обширных инфильтрациях, если только шейка остается свободной.

#### Боли.

Боли при папиллярных опухолях могут отсутствовать совершенно, равно как и при раках, до тех пор, пока пузырь асептичен. В инфицированных случаях или в далеко зашедших стадиях мочеиспускание всегда болезненно, а при широко-распространившейся инфильтрации и в промежутках между мочеиспусканиями могут быть болезненные тенезмы.

#### Циститы.

К этим симптомам присоединяются еще симптомы воспаления пузыря, которое является осложнением при всех опухолях, реже при папилломах, при раках же и изъязвляющихся опухолях в позднейших стадиях оно никогда не отсутствует. Эти циститы характеризуются своим самопроизвольным наступлением, интенсивностью симптомов, своим упорством, кровавой, гнойной, часто зловонной мочей и тем, что местное лечение на них не оказывает почти никакого влияния.

#### Осложнения.

В позднейших стадиях появляются почечные симптомы. Боль может локализоваться в почке, если злокачественная опухоль пузыря обрастает мочеточник (гидро-нефроз); воспаление слизистой пузыря

обычно переходит на верхние мочевые пути (пéло-нефрит), что выражается полиурией, увеличенным содержанием в моче гноя, лихорадочными колебаниями и расстройствами пищеварения, как выражением недостаточной функции почек.

Так же как по характеру гематурии, и по клиническому течению невозможно определить характер имеющейся в пузырь опухоли. Guyon по этому поводу говорит:

„Пузырные опухоли обыкновенно протекают совершенно независимо от их анатомического характера и могут проявляться самым различным образом. Злокачественные новообразования по своим клиническим явлениям долгое время могут протекать совершенно так же, как и доброкачественные, и ход болезни в диагностическом отношении никоим образом не может считаться характерным для качества данной опухоли“.

#### Инфильтрирующий рак.

Некоторые особенности представляет клиническое течение инфильтрирующей формы рака, особенности, которые позволяют поставить ее точное распознавание.

Prof Englisch описывает таким образом ее клинику. Инфильтрированный пузырь образует в regio hypogastrica твердую опухоль, напоминающую наполненный пузырь, несдвигаемую, исчезающую при сидении больного, с равномерной поверхностью, нечувствительную или только слегка болезненную. Давление на нее не вызывает позыва к мочеиспусканию. При бимануальном исследовании опухоли становится еще яснее.

После катетеризации, при которой опорожняется небольшое количество мочи, величина опухоли является очень мало. Полость пузыря уменьшена. Основание опухоли не выдается сзади. Если инфильтрация ограничена, то это место пузыря представляется на ощупь значительно твердым и становится до-



ступнымъ смотря по положенію или спереди или со стороны толстой кишки. Изслѣдованіе позволяетъ обнаружить равнымъ образомъ и на внутренней поверхности большую твердость, иногда хрящевую и движеніе клова инструмента въ этомъ направленіи бываетъ затруднено. Слѣдствіемъ недостаточной растяжимости пузырной стѣнки является болѣе частые позывы на мочеиспусканіе, которые все болѣе и болѣе учащаются. Позывы и опорожненія пузыря въ высшей степени болѣзненны. Этотъ признакъ особенно важенъ для діагноза.

## Діагнозъ.

Что касается распознаванія новообразованія мочевого пузыря, то весьма часто оно бываетъ ясно уже изъ оцѣнки имѣющихся симптомовъ; въ особенности гематурія, наступающая и исчезающая внезапно, должна всегда наводить на размышленіе и заставлять подозрѣвать опухоль. Однако, какъ справедливо говорить д-ръ Лежневъ, въ настоящее время при существованіи такого положительнаго способа изслѣдованія, какимъ является цистоскопія, уже непозволительно только умозрительное распознаваніе, поэтому при всякомъ кровотеченіи изъ мочевыхъ путей необходимо подвергать больного цистоскопическому изслѣдованію, которое одно только и даетъ вѣрные и надежные результаты. Посредствомъ цистоскопа мы получаемъ возможность судить о размѣрахъ опухоли, ея мѣсто-нахожденія, формѣ, о томъ, одиночна-ли она или множественна, въ какомъ состояніи находится прилегающая къ ней слизистая оболочка пузыря, и сдѣлать приблизительные выводы о природѣ опухоли и ея оперируемости. Prof Casper говоритъ, что опытному изслѣдователю безъ труда удастся промывать пузырь такъ, чтобы обозрѣть всю его полость и стѣнки. Это оказывается невозможнымъ только въ очень рѣдкихъ случаяхъ

крайне обильнаго кровотеченія. Последнее можетъ быть такъ сильно, что даже изслѣдованіе эвакуаціоннымъ цистоскопомъ не позволяетъ глазу ориентироваться. Въ такихъ случаяхъ ничего не остается другого, какъ выждать прекращенія или, по крайней мѣрѣ, ослабленія кровотеченія.

Въ этихъ случаяхъ prof. Durante для точности діагноза рекомендуетъ прибѣгать къ аспираціи пузырнаго содержимаго. Для этой цѣли въ пузырь вводится металлическій катетръ большого калибра съ отверстіемъ на днѣ, чтобы дать возможность прохода кусочкамъ тканей; посредствомъ шприца сначала инъецируется въ пузырь небольшое количество стерильной жидкости, и затѣмъ производятъ аспирацію. Если существуетъ папиллома, въ аспирированной жидкости видны взвѣшенные нѣжные кровянистые сгусточки маленькихъ, имѣющихъ круглую форму, тѣлецъ желтовато-бѣлаго цвѣта, которыя уже при разсматриваніи макроскопически обнаруживаютъ ворсинчатый видъ. Если же сдѣлать препаратъ, раздавивъ ихъ межъ стеклами, то получается прекрасное изображеніе ворсинокъ. При этомъ способѣ нельзя пользоваться эластическимъ катетромъ, т. к. при сильной аспираціи стѣнки его спадаются, и нельзя получить никакого результата.

Кромѣ цистоскопическаго изслѣдованія въ дѣлѣ распознаванія опухолей играютъ роль и другіе методы, но всѣ они въ быстротѣ и точности распознаванія уступаютъ цистоскопіи. Къ нимъ относятся: микроскопическое изслѣдованіе мочи, и въ особенности кусочковъ новообразованія, плавающихъ въ ней,—пальпация пузырной области или же бимануальное изслѣдованіе per rectum у мужчинъ и per vaginam у женщинъ, изслѣдованіе полости пузыря металлическимъ зондомъ и, въ крайнемъ случаѣ, эксplorаторный разрѣзъ пузыря верхнимъ стѣніемъ.

Когда присутствіе новообразованія въ пузырьѣ точно установлено, то слѣдующимъ вопросомъ діагностики является во-



важное значение для терапии. Dr. Bosch по этому поводу говорит: „Чтобы дать отвѣтъ на этотъ вопросъ, слѣдуетъ напередъ знать, что онъ можетъ быть только приближительный. Болѣе или менѣе легко рѣшить его, когда имѣютъ дѣло съ опухолями, сидящими на широкомъ основаніи или инфильтрированными (sessiles ou infiltrées), трудность же начинается съ момента встрѣчи съ опухолью, сидящей на ножкѣ (pediculée). Въ большинствѣ случаевъ не будутъ имѣть увѣренности въ качествѣ стебельчатой опухоли, но я держусь того мнѣнія, что слѣдуетъ поступать въ подобномъ случаѣ, какъ если бы дѣло шло объ опухоли доброкачественной и совѣтовать хирургическое вмѣшательство, такъ какъ во время самой операціи или при микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли мы можемъ вполне убѣдиться въ истинномъ характерѣ опухоли“. Legueu также держится того мнѣнія, что рѣшеніе этого вопроса всегда будетъ приближительнымъ, т. к. даже долгое развитіе опухоли не является характернымъ признакомъ доброкачественности: въ извѣстный моментъ эта опухоль можетъ трансформироваться, а это измѣненіе можетъ быть обнаружено только гистологическимъ изслѣдованіемъ. Относительно распознаванія другихъ опухолей можно сказать, что саркомы представляютъ ту особенность, что при нихъ на первое мѣсто выступаютъ явленія цистита, вначалѣ же онѣ проявляются расстройствами мочеиспусканія, дизуріей, недержаніемъ мочи и рѣдко гематуріями, въ то же время возрастъ больного также даетъ нѣкоторые указанія: этотъ видъ опухолей очень частъ у лицъ до 40 лѣтъ, главнымъ же образомъ саркомой поражается болѣе ранній возрастъ.

Распознаваніе міомъ представляетъ трудность въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль занимаетъ эксцентрическое положеніе: въ такихъ случаяхъ не бываетъ никакихъ пузырныхъ признаковъ, ни гематуріи, ни цистита. Въ такихъ случаяхъ развитіе опухоли разстраиваетъ функцію соедѣнныхъ органовъ,

вопросъ о природѣ опухоли—другими словами, важно знать, имѣемъ-ли мы дѣло съ доброкачественной или злокачественной опухолью, такъ какъ рѣшеніе этого вопроса имѣетъ и точная діагностика можетъ быть поставлена только по вскрытіи брюшной полости. Болѣе простымъ является распознаваніе міомъ, выдающихся въ полость пузыря. Здѣсь однимъ изъ наиболѣе частыхъ симптомовъ наблюдается гематурія, сопровождаемая учащенными, болѣзненными и затрудненными мочеиспусканіями. (Legueu).

## Леченіе.

Die rationelle Therapie der Blasen-  
geschwulste ist eine Errungenschaft der  
modernsten Chirurgie.

Nitze.

Новообразованія пузыря, какъ и вообще новообразованія всѣхъ другихъ органовъ по господствующему въ настоящее время взгляду требуютъ только одного леченія—хирургическаго, заключающагося въ полномъ ихъ удаленіи. Если же почему-либо такое полное удаленіе опухоли невозможно, то тогда мы имѣемъ въ распоряженіи цѣлую серію средствъ, предназначенныхъ для того, чтобы помѣшать росту опухоли или даже уменьшить ея объемъ, устранить тягостные функциональные симптомы и поставить больного въ лучшія условія существованія до неизбежнаго конца,—другими словами, леченіе можетъ быть или радикальнымъ или палліативнымъ.

Такимъ образомъ, въ нашемъ распоряженіи имѣется лишь одно могущее средство для избавленія больного отъ страданій, связанныхъ съ нахожденіемъ въ его организмѣ новообразованія—это возможно раннее и наиболѣе радикальное хирургическое вмѣшательство. Хотя еще Guyon выставилъ свое положеніе: «Rien ne justifie l'opération hâtive entreprise dans le but de devancer les progrès du néoplasme.



Lorsqu'il est bénin vous avez des délais en quelque sorte illimités, lorsqu'il est de nature maligne vous arriverez toujours trop tard», однако, Clado категорически высказывается за возможно раннее оперативное вмешательство. Он говорит: «Всегда следует торопиться оперировать опухоли пузыря, даже самые доброкачественные, дабы предупредить их возможное карциноматозное перерождение».

Но кь сожалѣнію, какъ мы увидимъ ниже, результаты оперативнаго леченія опухолей мочевого пузыря не могутъ быть названы блестящими: различный % смертности при различныхъ операціяхъ и сильная склонность пузырныхъ опухолей къ рецидивированію заставили хирурговъ болѣе внимательно разбраться въ этомъ вопросѣ и выработать болѣе точныя показанія кь оперативному вмешательству. Полученные до сихъ поръ результаты еще настолько разнорѣчивы, что вопросъ этотъ не можетъ считаться окончательно рѣшеннымъ. Въ одномъ только сходятся большинство авторовъ—это въ необходимости оперировать.

Правда, бывають самопроизвольныя излеченія опухолей, но они принадлежать кь величайшимъ рѣдкостямъ и ихъ нельзя принимать въ расчетъ. Болѣе подробно объ этомъ будетъ сказано въ специальной главѣ. Съ другой стороны, описаны случаи пузырныхъ папилломъ, гдѣ онѣ находились въ пузырьѣ десятки лѣтъ безъ всякаго вреда для ихъ носителя. Таковы случаи: Guyon'a—20-лѣтней продолжительности, Albarcan'a 12—14 и 30-лѣтней, Robert и Weir'a 37-лѣтней, Casper'a 20 и 28-лѣтней, проф. С. П. Оедорова—25 и Stein'a 42-лѣтней продолжительности. Но и эти случаи принадлежать кь исключеніямъ. Не входя сейчасъ въ разборъ показаній кь оперативному леченію раковыхъ новообразованій, относительно которыхъ большинство хирурговъ на IX конгрессѣ Association française d'Urologie (1905) какъ Rafin, Malherbe, Pousson, Loumeau, Car-

lier, Hamonic и др., и въ парижскомъ хирургическомъ обществѣ въ февралѣ 1909 (Cathelin, Naguès, Genouville, Baudouin, Arnauld) высказалось въ смыслѣ воздержанія отъ всякой операціи, относительно папилломъ, ни у кого нѣтъ сомнѣній въ необходимости оперативнаго вмешательства, и единственно можно спорить лишь о томъ, пользоваться-ли эндовезикальной операціей или дѣлать sectionem altam. Casper выставляетъ слѣдующія основанія, почему необходимо радикальное вмешательство при опухоляхъ пузыря: 1) часто повторяющіяся, порой весьма значительныя кровотеченія, ведутъ кь хронической анеміи съ опасными послѣдствіями; 2) рѣдко не присоединяющаяся кь новообразованіямъ инфекция мочевого пузыря съ ея неисчислимыми послѣдствіями; 3) уменьшеніе емкости пузыря, обуславливающее длительные, мучительные позывы на мочу; 4) наконецъ, всегда существующая вполне допустимая опасность метастазовъ опухоли въ злокачественное новообразование.

Мы не можемъ согласиться съ доводами противниковъ оперативнаго вмешательства, какъ при ракахъ мочевого пузыря, такъ въ особенности при папилломахъ, и считаемъ всякое новообразование пузыря подлежащимъ хирургическому леченію. Быть можетъ, будущія наблюденія, болѣе многочисленныя и болѣе продолжительныя, чѣмъ имѣющіяся до сихъ поръ въ литературѣ, и наши собственныя докажутъ обратное, но пока громадное большинство современныхъ хирурговъ дѣлаетъ операціи на мочевомъ пузырьѣ по поводу его новообразованій, усовершенствуя технику ихъ и получая все болѣе и болѣе утѣшительные результаты. Приводимое въ дальнѣйшемъ описаніе примѣняемыхъ методовъ хирургическаго леченія опухолей мочевого пузыря, надѣемся, послужитъ этому лучшимъ доказательствомъ.

Въ настоящее время съ цѣлью удаленія опухоли мочевого пузыря пользуются или эндовезикальнымъ способомъ,



при помощи операционного цистоскопа или же прибѣгаютъ къ *sectio alta* съ послѣдующимъ изсѣченіемъ или одной опухоли или опухоли вмѣстѣ со всей толщей пузырной стѣнки, на которой она сидитъ (частичной резекціи), или, наконецъ, къ удаленію всего органа, пораженного новообразованіемъ,—экстирпации мочевого пузыря.

Всѣ же остальные способы, бывшіе въ большомъ употребленіи въ прежнее время, стремившіеся къ уничтоженію опухоли при помощи острой ложечки (*curettage*), рѣзущаго пинцета (*pince coupante Guyon'a*), различныхъ пинцетовъ Thompson'a, выжиганія термокаутеромъ и др., въ настоящее время совершенно оставлены.

Прежде всего рассмотримъ тѣ пути, чрезъ которые мы можемъ достигнуть опухоли, сидящую внутри пузыря. Таковыхъ имѣется 5:

- I. Чрезъ расширенную уретру—(уретральный путь).
- II. Чрезъ *septum vesico-vaginale* (влагалищный путь *colpocystotomia*).
- III. Чрезъ промежность—(промежностный путь: *sectio mediana, lateralis*).
- IV. Чрезъ *hypogastrium* (надлобковый путь).
- V. Со стороны крестца (крестцовый путь по Kraske и др.).

Каждый изъ нихъ имѣетъ свои спеціальныя показанія для своего примѣненія, избраннымъ же безспорно слѣдуетъ признать надлобковый путь, который пригоденъ при всевозможныхъ опухоляхъ мочевого пузыря.

Операции чрезъ уретру принадлежатъ къ **Уретральный путь.** наиболѣе консервативнымъ способамъ, для своего выполненія онѣ требуютъ внутрипузырнаго освѣщенія и примѣнны, главнымъ образомъ, у женщинъ въ виду малыхъ размѣровъ и значительной растяжимости женской уретры. Сфера его примѣненія

ограничена доброкачественными опухолями небольшихъ размѣровъ. Здѣсь, само собой разумѣется, мы не имѣемъ въ виду операций при помощи операционныхъ цистоскоповъ и по Kelly, о чемъ рѣчь будетъ отдѣльно. Проф. С. П. Федоровъ говоритъ, что этотъ способъ удаленія опухолей у женщинъ чрезъ расширенную уретру заслуживаетъ, безъ сомнѣнія, большого вниманія и несомнѣнно легче, а главное радикальнѣе способовъ эндовезикальнаго и по Kelly. Однако, прежде, чѣмъ рѣшиться на него, надо цистоскопировать больную и составить себѣ ясное представленіе объ имѣющейся опухоли, такъ какъ для болѣе обширнаго и тщательнаго удаленія пораженной слизистой пузыря путь черезъ уретру представляетъ мало простора. Среди изученныхъ нами случаевъ въ 4-хъ былъ примѣненъ этотъ способъ.

#### Влагалищный путь.

Влагалищный путь простъ и легокъ для выполненія, (рис. 1.) но главное его неудобство состоитъ въ томъ, что при немъ получается слишкомъ тѣсное операционное поле, затрудняющее экстирпацию опухоли. Albarran говоритъ, что въ настоящее время имъ пользуются только для удаленія изъ пузыря камней или инородныхъ тѣлъ, но и то въ этихъ случаяхъ обыкновенно предпочитаютъ другія операции. Въ литературѣ мнѣ пришлось встрѣтиться только съ двумя случаями экстирпации пузырной опухоли чрезъ этотъ разрѣзъ. 1-й случай принадлежитъ Ghedini, изсѣкнутому эпителиому дна пузыря у женщины 52 лѣтъ при особенно благоприятныхъ для примѣненія этого способа условіяхъ, какъ: 1) одновременное существованіе объемистой *cystocele vaginalis* и необходимость изъ-за нея прибѣгнуть къ влагалищному пути, 2) точность объективныхъ данныхъ относительно мѣстонахожденія и распространенія пузырнаго новообразованія и 3) необычная величина и расслабленіе стѣнокъ влагалища. Операция увѣнчалась полнымъ успѣхомъ и черезъ 22 дня



больная могла покинуть госпиталь. 2-й случай принадлежит Модлинскому, удалившему этим путем опухоль величинной почти съ голову новорожденного. Sonnenburg по поводу этого разрьза говоритъ: „Разрьзъ пузыря со стороны влагалища требуетъ обыкновенно существованія широкаго влагалища, поэтому онъ охотно примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кромѣ широкаго влагалища существуетъ cystocele vaginalis, т. е. выпаденіе передней стѣнки влагалища вмѣстѣ съ пузыремъ. Вскрытіе пузыря отсюда не представляеть затрудненій, а кровотеченіе бываетъ незначительнымъ“.

**Промежностный путь.** Промежностный путь, особенно рекомендованный Thompson'омъ (boutonnière) какъ совершенно справедливо утверждаетъ Tuffier, съ каждымъ днемъ теряетъ подъ собою почву. Отрицательныя его стороны заключаются въ трудности достиженія глубоко расположеннаго пузыря, въ невозможности видѣть распространеніе пораженія и въ узости операціоннаго поля. Проф. С. П. Ѳедоровъ относится къ нему также отрицательно и ни разу не примѣнилъ его на своемъ большомъ матеріалѣ. „Что касается промежностнаго разрьза“, пишетъ онъ въ своей статьѣ, „то на мой взглядъ онъ мало пригоденъ для удаленія опухолей мочевого пузыря, даже сидящихъ на ножкѣ, такъ какъ, не представляя никакихъ преимуществъ въ скорости заживленія раны передъ разрьзомъ надлобковымъ, онъ даетъ слишкомъ мало пространства и не позволяетъ достаточно осмотрѣть пузырь“.

**Надлобковый путь.** Наиболее распространеннымъ способомъ является надлобковый путь, который по сравненію съ другими представляетъ много преимуществъ.

**Разрьзы брюшной стѣнки.** Для того, чтобы подойти къ пузырю, предложено много разрьзовъ брюшной стѣнки, какъ: 1) продольный разрьзъ Guyon'a, 2) поперечный надлобковый

разрьзъ Trendelenburg'a, 3) поперечный разрьзъ, идущій отъ одного пахового канала до другаго Bardenheuer'a, 4) попереч-

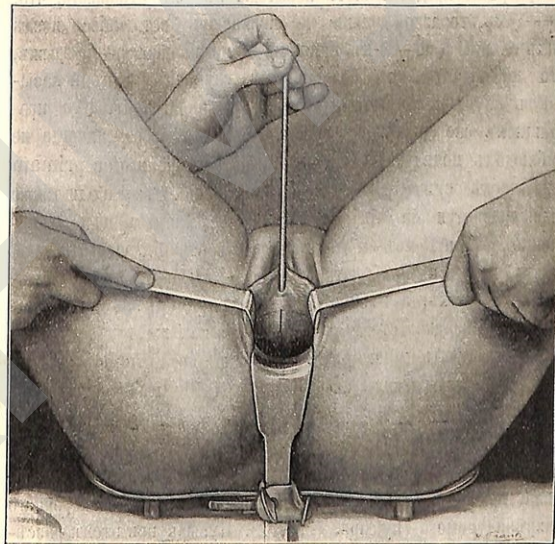


Рис. 1

ный надлобковый разрьзъ съ откалываніемъ костной пластинки верхняго края os. pubis съ прикрѣпленіями m. m. rectorum Lange, 5) разрьзъ Andry въ видѣ  $\perp$ , 6) разрьзъ Tuffier въ видѣ перевернутаго  $\perp$ . Однако, изъ всѣхъ этихъ разрьзовъ наибольшимъ примѣненіемъ пользуются первые два, при которыхъ получается вполне достаточное поле для операціонныхъ манипуляцій. Проф. С. П. Ѳедоровъ пользуется исключительно продольнымъ разрьзомъ, такъ какъ при немъ воз-



можно удалить всякую опухоль пузыря темъ болѣе, что въ случаѣ перехода опухоли на верхушку пузыря можно увеличить разръзъ брюшной стѣнки, хоть до пупка. Поперечные же разръзы представляютъ невыгоды въ томъ отношеніи, что, во—1-хъ, гораздо дольше не заживаютъ остающіеся послѣ нихъ свищи, а во—2-хъ, при немъ возможно образованіе грыжъ, что наблюдается въ большинствѣ случаевъ, какъ показываютъ опубликованныя въ литературѣ наблюденія. При продольныхъ же разръзахъ проф. С. П. Оедоровъ никогда не наблюдалъ появленія грыжъ, заживала ли рана per primam или послѣ существованія мочевого свища. Legueu также высказывается за то, что поперечный разръзъ надо совершенно оставить изъ-за постоянной эвентраціи, наступающей послѣ него, и прибѣгать къ нему только въ исключительныхъ случаяхъ, а именно, при повторномъ сѣченіи, гдѣ брюшинная складка стоитъ очень низко или же тамъ, гдѣ необходимо имѣть много простора. Для послѣднихъ случаевъ Legueu предложилъ свой разръзъ (*taille médio-transversale*), который даетъ такой же просторъ, какъ и оставленнымъ поперечный разръзъ, не имѣя невыгодъ послѣдняго. Этотъ разръзъ состоитъ изъ классическаго вертикальнаго разръза брюшной стѣнки при *sectio alta* и изъ поперечнаго разръза самого пузыря. (Рис. 2). Пузырь при этомъ разсѣкается слѣва направо по выпуклой къ пупку линіи, которая слѣдуетъ въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ брюшинной складки. Въ результатѣ этого разръза получаются двѣ слизисто-мышечныя губы, пупочная и лобковая. Прилагаемый рисунокъ, взятый изъ руководства Legueu, прекрасно иллюстрируетъ сказанное. Legueu говоритъ, что достигнутое при помощи этого разръза операционное поле крайне просторно и весьма пригодно для опухолей на *bas-fond* пузыря.

**Предварительныя** Для достиженія большаго простора были въ операци на тазѣ. свое время предложены различными авторами разръзы мягкихъ частей, соединенные съ временной или съ постоянной резекціей костей pubis или съ разсѣченіемъ симфиза. Въ настоящее время они совершенно не примѣняются и представляютъ только историческій интерес. Albarran такимъ обра-

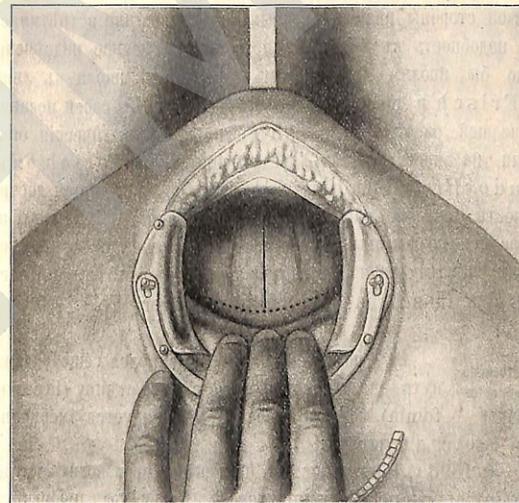


Рис. 2

зомъ высказываетъ свое отрицательное отношеніе къ этимъ предварительнымъ операціямъ на костяхъ таза въ своей „*Médecine opératoire des voies urinaires*“: „Я не примѣняю этихъ оперативныхъ способовъ: они съ выгодой замѣнены поперечнымъ разръзомъ, который даетъ столько же простора и къ тому же болѣе простъ“. Legueu въ „*Traité chirurgicale d'Urologie*“



пишет: „Предварительныя операци на тазѣ (symphyseotomia, временная резекція pubis по способу Braman, Nichans, Clado, окончательная резекція Helferich'a) совершенно оставлены, какъ слишкомъ калѣбная. Ни поперечный разрѣзъ, ни отсѣченіе прямыхъ мышц по Desnos не кажутся мнѣ необходимыми. При срединномъ разрѣзѣ и употребленіи экртера Legueu итъ необходимости подѣбывать съ каждой стороны прямые мышцы. Если же всетаки встрѣтилась бы надобность въ болѣе просторѣ, частичное подѣбченіе было бы вполне достаточным“. Нѣмецкая школа въ лицѣ v. Frisch'a также осудила эти операци. Въ своей недавно вышедшей работѣ v. Frisch говоритъ: „Пластическія операци на костяхъ таза, предложенныя Helferich'омъ, Clado, Bramann'омъ, Ollieri и др. для лучшей подвижности пузыря, равно какъ симфизотомія Albarran'a, оказались бесполезными и оставлены. Кромѣ того, онѣ несоизмѣрно затрудняютъ внимательство (Sie erschweren überdies den Eingriff in unverhältnismässiger Weise“).

Cystotomia  
transperito-  
nealis

За послѣдніе годы выдвинулся еще одинъ путь—черезъ переднюю брюшную стѣнку (laparotomia), который особенно рекомендуется американской школой хирурговъ.

Въ 1893 г. Harrington предложилъ производить sectio alta intraperitonealis при опухоляхъ пузыря, хотя приоритетъ безспорно принадлежитъ Rydygier'y, предложившему эту операцию въ 1888 г. подъ именемъ laparocystectomiaе, но тогда не встрѣтившему сочувствія среди хирурговъ. 10-го іюня 1893 г. въ засѣданіи Акушерскаго Общества въ Бостонѣ F. B. Harrington сдѣлалъ свой докладъ: „О выполнимости интраперитонеальной цистотоміи съ представлениемъ одного случая“. Въ основаніе его доклада вошли его опыты на трупахъ, показавшіе возможность зашиванія пу-

зыря интраперитонеально до такой степени прочности, что онъ сопротивляется растяженію водой и воздухомъ; затѣмъ соображенія о случайныхъ разрѣзахъ пузыря во время лапаротоміи съ послѣдующимъ швомъ, объ успѣшномъ леченіи швомъ проникающихъ ранъ пузыря; о швѣ желудка, желчнаго пузыря и кишекъ,—все это заставило его задать себѣ вопросъ, почему же не воспользоваться этимъ доступомъ къ пузырю, который представляетъ такую легкость. Моча, выдѣляющаяся каплями изъ мочеточниковъ, легко удаляется ассистентомъ посредствомъ губокъ. Этотъ разрѣзъ Harrington предлагаетъ не только при опухоляхъ пузыря, но и при гипертрофіи простаты, при заболѣваніяхъ мочеточниковъ, при слишкомъ большихъ пузырныхъ камняхъ. По мнѣнію приверженцевъ этого разрѣза, обыкновенный надлобковый разрѣзъ часто неудовлетворителенъ при достиженіи нижней части мочевого пузыря. Самое же главное достоинство операци Harrington'a и заключается въ замѣчательно легкомъ доступѣ къ нижней части пузыря, въ частности къ основанію и задней поверхности, а эти-то части наичаще подвергаются операци. При этомъ не только доступъ къ пузырю дѣлается болѣе легкимъ, но и манипуляціи инструментами въ пузырь дѣлаются гораздо болѣе свободными. Въ то же время, признавая опасность объемленія брюшины частицами опухоли, они не рекомендуютъ интраперитонеальной цистотоміи Harrington'a въ видѣ обыкновеннаго метода для удаленія всѣхъ опухолей мочевого пузыря, но только для тѣхъ, которыя недостижимы другими путями, и для тѣхъ, которыя требуютъ удаленія всей толщи пузырной стѣнки въ какой-либо части.

Большому придають Trendelenburg'овское положеніе и затѣмъ дѣлають срединный разрѣзъ брюшной стѣнки отъ симфиза на 6 дюймовъ и болѣе (14—15 сант.). Тазъ хорошо тампонируется марлевыми салфетками, которыми книжки



и салники оттянутся в верхнюю часть брюшной раны. Пузырь захватывается двумя линцетами, как это изображено на рис. 3, вытягивается в рану и вскрывается 2-х дюймовым (5 см.) срединным разрезом по его задней стенке. Количество мочи, собравшейся в пузырь, выбирается марлевыми компрессами, после чего разрез удлинняется вверх и вниз до желаемой величины, причем по задней стенке разрез доходит до основания пузыря.

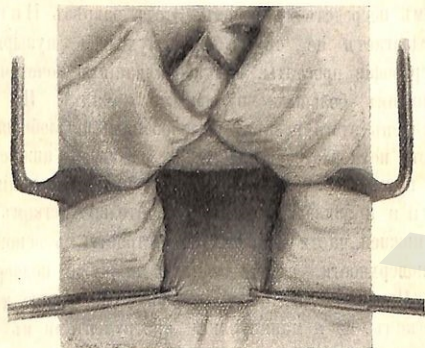


Рис. 3

Прилагаемые рисунки (3, 4 и 5) взятые нами из статьи Mayo, наглядно поясняют весь ход операции.

По этому способу Mayo (1908 г.) оперировал 5 случаев обширных папиллом пузыря, все с успехом: 3 случая оказались карциноматозными, 2 доброкачественными. В одном случае он произвел трансперитонеально резекцию более  $\frac{1}{2}$  пузыря с пересадкой левого мочеточника на правую сторону пузыря. О дальнейшей судьбе оперированных сведений не имеется. После него спустя несколько месяцев

Scudder и Davis сообщили о 4 случаях опухолей пузыря, удаленных через cystotomia transperitonealis. Все случаи окончились вполне благополучно (1 случ. папиллярной кистоаденомы простаты, 1 сл. простой папилломы на ножке и 2 случая злокачественной папилломы). Спустя 6 мѣ-

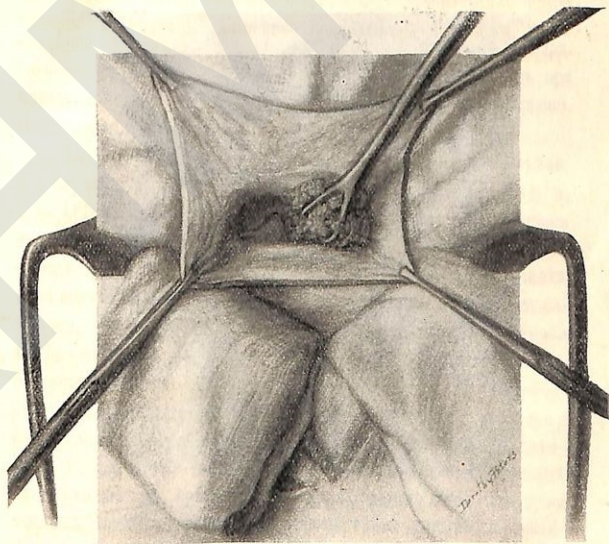


Рис. 4

сяцев, больные чувствовали себя хорошо. В июне 1909 г. E. S. Judd мог сообщить в Section on Surgery of the Amer. Med. Association уже о 15 случаях подобного рода удаления опухолей пузыря, из которых 1 окончился смертельно. Этот случай относился к старику 71-го года, у



котораго карцинома захватила почти половину пузыря вмѣстѣ съ отверстіемъ лѣваго мочеточника. Половина пузыря и нижній конецъ мочеточника, сильно расширенный, были удалены (*cystectomy partialis*). Конецъ мочеточника былъ вшитъ въ оставшуюся половину пузыря, пузырь зашитъ на-



Рис. 5

глухо. Первые дни больной опорожнялъ пузырь свободно и безъ помощи, затѣмъ количество мочи постепенно стало уменьшаться, наступила урѣмія, и больной погибъ къ концу первой недѣли. Просачиванія мочи чрезъ линію швовъ или изъ пересаженнаго мочеточника не было, и брюшина была чиста. Лѣвая почка представляла старый гидронефрозъ, съ разрушеніемъ почти всей паренхимы, правая же была увеличена и представляла явленія остраго нефрита. 1 больной,

у котораго во время операціи произошелъ легкій выворотъ тазовой брюшины, умеръ черезъ 3 мѣсяца отъ рецидива на брюшинѣ. 6 больныхъ спустя годъ послѣ операціи чувствовали себя хорошо и не обнаруживали никакихъ признаковъ рецидива. 1 больной чувствовалъ себя хорошо 10 мѣс., 1—9 мѣс., 1—5 мѣс.; 1—1 мѣс.; 1—больной съ злокачественной папилломой возвратился черезъ 18 мѣсяцевъ съ подобной же опухолью на противоположной половинѣ пузыря. Онъ подвергся вторичной операціи, и, спустя 6 мѣсяцевъ при цистоскопическомъ изслѣдованіи рецидива не обнаружено. Остальные 3 случая остались не прослѣженными.

Затѣмъ въ литературѣ встрѣчаются единичные случаи: 1 случай частичной резекціи пузыря Primrose'a, 1—O'Neil'a, 1—Duckemann'a—все окончившіеся выздоровленіемъ. Dr. Hagner (Washington) на съѣздѣ Amer. Urol. Assoc. сдѣлалъ сообщеніе о 4 случаяхъ рака верхушки пузыря. Эта локализція рака пузыря очень рѣдка. Однако, Hagner имѣлъ возможность наблюдать 4 случая менѣе чѣмъ въ годъ. Условія для операціи исключительно благоприятны, въ особенности, если пользоваться интраперитонеальнымъ путемъ по Harrington'у. Hagner воспользовался особенной техникой для оперированія своихъ 4 случаевъ, желая избѣжать прямыхъ манипуляцій съ опухолью во время ея удаленія, манипуляцій, которыя ломаютъ тонкіе отростки, заражаютъ снова пузырь и дѣлаются такимъ образомъ ядрами рецидивовъ. Послѣ полного приготавленія пузыря, онъ растягивается стерилизованнымъ воздухомъ, чрезъ уретру вводится цистоскопъ и оставляется тамъ. Когда пузырь обнаженъ, чрезъ перитонеальную полость проводятъ три нити въ вѣкоторомъ разстояніи отъ краевъ опухоли, не трогая ея, одну справа, другую слѣва и одну внизу опухоли. Цистоскопъ позволяетъ видѣть, гдѣ игла проходитъ чрезъ пузырную стѣнку. Когда эти три петли про-



ведены, становится очень легко подтянуть область пузыря, содержащую опухоль, изъять ее и шить, не трогая самого новообразования. Hagner не мог применить эту технику только в своем последнем случае, так как послѣ разрыва брюшной стѣнки онъ нашелъ, что опухоль инфильтрировала in toto все предпузырное пространство.

Подводя такимъ образомъ итогъ операциямъ, произведеннымъ трансперитонеально, различными авторами, мы составимъ слѣдующую таблицу.

1893 г.	Harrington . . . . .	1 сл.
1908 „	Ch. Mayo . . . . .	5 „
1908 „	Scudder и Davis . . . .	4 „
1909 „	Judd . . . . .	15 „
1909 „	Primrose . . . . .	1 „
1911 „	O'Neil . . . . .	1 „
1911 „	Duckemann . . . . .	1 „
1911 „	Hagner . . . . .	4 „

Итого 32 случая.

На 32 случ. приходится 1 летальный исходъ, слѣдовательно, около 3% смертности, Duckemann считаетъ смертность при этой операциі=10% (?).

Проф. С. П. Оедоровъ является приверженцемъ классической sectionis altae, которое онъ применялъ на всемъ своемъ большомъ клиническомъ матеріалѣ. Sectio alta даетъ, по его мнѣнію „достаточно простора для самыхъ сложныхъ (напр., вшиваніе мочеточника на днѣ пузыря) манипуляцій внутри пузыря, при чемъ всякій актъ операциі возможно контролировать глазомъ“. Въ тоже время sectio alta не представлялъ тѣхъ невыгодъ, какъ возможное объѣменение брюшины частицами опухоли, что возможно при трансперитонеальномъ

разрѣзѣ, какъ это и было въ случаѣ Judd'a—гдѣ больной погибъ черезъ три мѣсяца отъ рецидива на брюшинѣ. Кромѣ того, какъ указываетъ д-ръ Лежневъ, въ литературѣ имѣется уже достаточно случаевъ полного удаленія и частичнаго изъѣченія мочевого пузыря, гдѣ оперировавшимъ вполне удавалось отслоить пузырь отъ брюшины безъ нарушенія ея цѣлости. Это случаи Bardenheuer'a, Васильева, Tuffier, Pawlick'a, Creutz'a, Turetta, Woulsey и др. Во всякомъ случаѣ надо помнить, что вскрытіе брюшины и возможность послѣдующаго зараженія ея полости катарральной мочей и объѣменение ея частицами опухоли, составляютъ самую серьезную опасность, съ которой мы должны серьезно считаться при трансперитонеальномъ разрѣзѣ, въбрюшинный же методъ значительно упрощаетъ дѣло. Legueu также относится отрицательно къ внутрибрюшинному способу оперирования. Онъ соглашается съ тѣмъ, что доступъ къ пузырю при трансперитонеальномъ разрѣзѣ шире, но говоритъ, что нельзя ставить септический очагъ, какимъ является пузырь, въ соприкосновеніе съ брюшной полостью. И если при этомъ разрѣзѣ швы легче для накладки и болѣе непроницаемы для жидкости, то при несовершенномъ выполненіи ихъ наложенію всегда будетъ опасность перитонита. „Aussi bien“, заключаетъ онъ, „cette taille transpéritoneal ne me paraît pas encore de nature à détrôner la taille hypogastrique“.

**Секція alta.** Хотя техника производства высокаго съѣченія пузыря и общезвѣстна, мы все же вкратцѣ опишемъ ее, обративъ вниманіе на особенности ея производства въ клиникѣ проф. С. П. Оедорова.

Приготовленія больного къ операциі: больному опорожняютъ кишечникъ, дѣлаютъ предварительную ванну, поле операциі—лобокъ и нижнюю часть живота тщательно выбриваютъ, а полость пузыря промываютъ борнымъ раство-



ромъ. Послѣ этого уже на столѣ непосредственно передъ операцией кожу этой области дезинфицируютъ t-ra iodi.

Что касается наркоза, то *sectio alta* въ клиникѣ проф. С. П. Оедорова, какъ видно изъ прилагаемыхъ исторій болѣзни, была производима и подъ хлороформомъ, и подъ гадоналомъ, и при спинно-мозговомъ обезболиваніи тропококаиномъ.

Для избѣжанія возможности раненія брюшинной складки необходимо начинать операцию послѣ того, какъ пузырь будетъ предварительно растянута. Въ клиникѣ проф. С. П. Оедорова это обычно достигается наполненіемъ пузыря воздухомъ чрезъ введенный чрезъ уретру металлическій катетръ, такъ какъ жидкость при вскрываніи пузыря, стремясь изъ нея фонтаномъ, легко можетъ инфицировать предпузырное пространство.

Bourcarkard статистически доказалъ, что жидкость влияетъ много неблагоприятно на исходъ операции, чѣмъ воздухъ: при растяженіи пузыря жидкостью приходился 1 удачный случай на 3 неудачныхъ, а при растягиваніи воздухомъ результатъ былъ въ 2 раза лучше: на 6 удачныхъ было 6 же неудачныхъ случаевъ (Модлинскій). Колепайринтеръ въ клиникѣ проф. С. П. Оедорова не примѣняется, такъ какъ раздуванія пузыря и приданія больному Trendelenburg'овскаго положенія вполне достаточно для того, чтобы достичь необходимого отодвиганія складки брюшины.

Послѣ этого уже приступаютъ къ производству высокаго сѣченія: разрѣзъ проводится по средней линіи живота, длиною около 8 см. между пупкомъ и симфизомъ; разрѣзъ этотъ оканчивается у верхняго края симфиза или даже немного ниже его. Послѣдовательно разсѣкаются 1) кожа, 2) *fascia superficialis*, состоящая изъ двухъ листовъ, и болѣе или менѣе толстый слой жировой кѣтчатки, 3) *linea alba* т. е. перекрестъ апоневрозовъ наружной косой мышцы той или другой стороны, 4) *m. m. pyramidales*, 5) нижніе концы

*m. m. rectorum abdom.* 6) *fascia transversa*, которая захватывается ниже къ лобку пинцетомъ, приподымается, въ ней дѣлается окошко, затѣмъ она вскрывается по желобоватому зонду, на направленію къ симфизу. Такимъ образомъ попадаютъ въ предпузырное пространство (*cavum Retzii*), проникаютъ черезъ слой рыхлой кѣтчатки, выполняющей это пространство, и доходятъ до складки брюшины, которая представляется блестящей и натянута. Ниже нея будетъ передняя стѣнка пузыря, подлежащая вскрытію. Эту стѣнку берутъ на двѣ нити и вскрываютъ между ними пузырь. При этомъ проф. С. П. Оедоровъ обращаетъ осо-

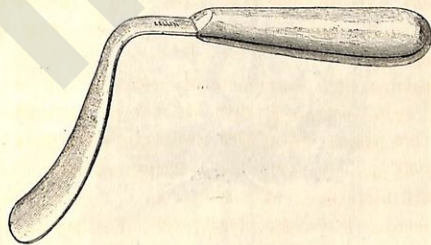


Рис. 6

бенное вниманіе на то, что необходимо по возможности какъ можно меньше отслаивать пузырную кѣтчатку: вполне достаточно отслоить ее на  $1\frac{1}{2}$ —2 см. ширины въ сторону отъ продольнаго разрѣза, а у лобка и вовсе не трогать. Благодаря этому пузырь не отваливается въ глубину, вслѣдствіе чего становится ненужной *cystopexia*, предложенная проф. Разумовскимъ, а также устраняется возможность мочевыхъ затековъ.

Вскрывши пузырь, удаляютъ накопившуюся въ немъ мочу, раздвигаютъ края пузырной раны экастерами или зеркалами Legueu (рис. 6) и тщательно осматриваютъ полость пузыря



съ цѣлью ориентировки относительно расположенія опухоли. При этомъ необходимо выяснитъ;

1) Одиночна-ли опухоль или въ пузырь находится ихъ нѣсколько.

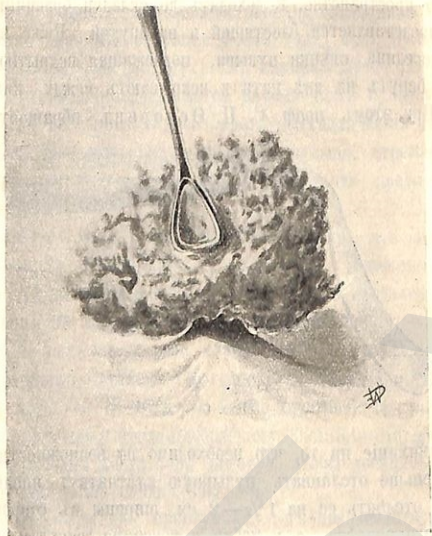


Рис. 7

2) Величина ея (ихъ) и форма.

3) Отношеніе ея къ стѣнкѣ пузыря, т. е. имѣется ли ножка, широкое основаніе или стѣнка вся инфильтрирована.

4) Отношеніе ея къ отверстиямъ мочеточниковъ.

**Экцизиальная опухоль.** Теперь перейдемъ къ описанію простого и съѣденія одной только опухоли съ ея основаніемъ въ предѣлахъ здоровой ткани, операциі типичнаго удаленія опухоли или „*eradication du néoplasme*“, какъ въ высшей степени удачно называетъ ее Clado. Здѣсь находитъ себѣ полное примѣненіе приведенная нами выше хирургическая классификація опухолей пузыря, предложенная Guyon'омъ.

Если опухоль сидитъ на длинной узкой ножкѣ, то ее захватываютъ окончатый зажимомъ Luer'a и безъ насилія вытягиваютъ изъ пузыря, причемъ ее очень часто удается

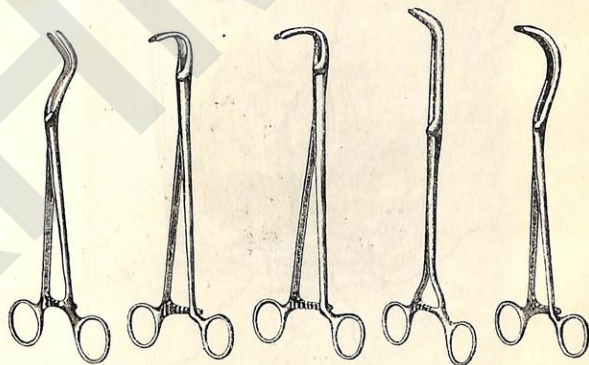


Рис. 8

вывести за разрѣзъ пузырной стѣнки. Послѣ этого на ножку накладываютъ лигатуру и отсѣкаютъ опухоль. Если ножка опухоли коротка и широка, то стараются, захвативши массу опухоли окончатый зажимомъ Luer'a, потягиваніемъ ее снаружы образовать изъ подлежащей слизистой пузыря болѣе длинную ножку, какъ это представлено на рис. 7. Затѣмъ на образованную такимъ образомъ искусственную ножку накладываютъ подходящий по формѣ и величинѣ изогнутый за-



жимъ проф. Оеdorfова, (рис. 8) ниже зажима проводятъ нити (рис. 9), а выше зажима опухоль отсѣкаютъ (рис. 10). Послѣ этого, снявъ зажимъ, затягиваютъ швы. Этимъ надежно останавливается кровотеченіе и соединяются края раны. Шовъ примѣняется непрерывный, такъ какъ онъ имѣетъ то преимущество

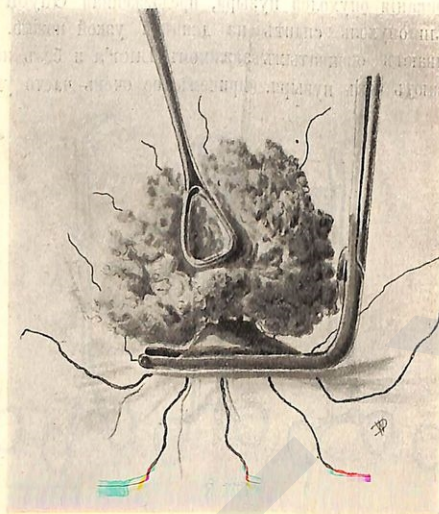


Рис. 9

передъ узловатымъ, что болѣе прочно соединяетъ края раны и болѣе надежно останавливаетъ кровотеченіе.

Если-же опухоль сидитъ на широкомъ основаніи, но не инфильтрируетъ стѣнку пузыря, въ чемъ необходимо убѣдиться, войдя пальцемъ въ пузырь и тщательно осяпавъ основаніе опухоли, то тогда поступаютъ слѣдующимъ обра-

зомъ: захвативъ опухоль зажимомъ Luer'a, ставятъ бранши ножницъ нѣсколько отступя отъ основанія опухоли и разсѣкаютъ въ этомъ мѣстѣ образовавшуюся отъ потягиванія опухоли складку слизистой пузыря вмѣстѣ съ подслизистой (рис. 11), затѣмъ, приподнимая опухоль, выстригаютъ, такимъ

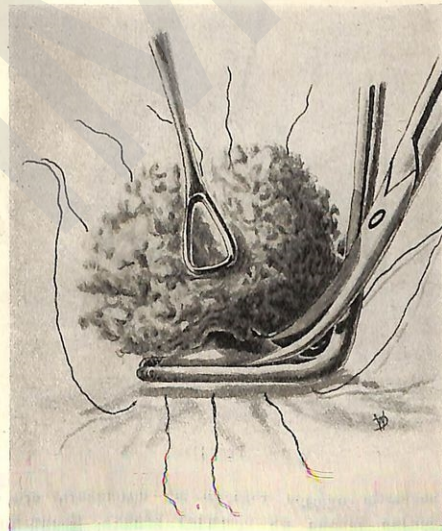


Рис. 10

образомъ, шагъ за шагомъ ея основаніе, въ то же время накладывая непрерывный шовъ и уничтожая этимъ дефектъ слизистой, образующійся на мѣстѣ выстригаемой опухоли (рис. 12 и 13). Избѣжны опухоли, завязываютъ шовъ.



При производствѣ этихъ операций необходимо принимать мѣры противъ возможности обсемененія частицами опухоли какъ слизистой пузыря, такъ и краевъ брюшной раны (Imprecidive), на что имѣются указанія въ литературѣ. Съ этой цѣлью Rovsing и Zuckerkandl рекомендуютъ

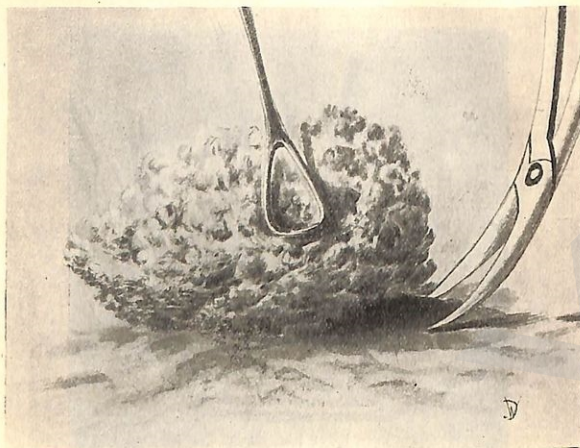


Рис. 11

послѣ вскрытія пузыря тотчасъ же подшивать его стѣнки провизорными швами къ брюшной стѣнкѣ. Кромѣ того, въ цѣляхъ предотвращенія диссеминаціи частицъ опухоли въ другія части пузыря рекомендуется какъ можно осторожнѣе обращаться съ опухолью во время операций, избѣгая раздавливанія и размноженія ея. Съ этою же цѣлью Th. Sohn совѣтуетъ производить экстирпацию опухоли при непрерывной ирригации пузыря 1% растворомъ perhydrol'a; Zuckerkandl рекомендуетъ послѣ удаленія опухоли протирать пузырь алко-

големъ или t-ra iodi, а проф. С. П. Ѳедоровъ—растворомъ резорцина. Американскій хирургъ Hagner во время операций совѣтуетъ обкладывать пузырь предохранительной тканью (protective tissue); v. Frich съ этою цѣлью считаетъ цѣлесообразнымъ передъ закрытіемъ пузыря раны обильно пригигривать полость пузыря горячимъ физиологи-



Рис. 12

ческимъ растворомъ поваренной соли. Janet, Frank, Casper и др. рекомендуютъ для избѣжанія рецидивовъ проводить послѣдующее леченіе, состоящее въ промываніяхъ пузыря растворами резорцина, Herring—растворами argenti nitrici. Въ клиникѣ проф. С. П. Ѳедорова съ этою цѣлью также примѣняется резорцинъ (отъ слабаго 1—2% до насыщеннаго).



Каковы-же результаты этой операции.

Въ клиникѣ проф. С. П. Ѳедорова этой операции подвергнуто было 47 больныхъ. Смертность отъ операции=0.

Изъ 47 случаевъ имѣются дальнѣйшія свѣдѣнія о 24

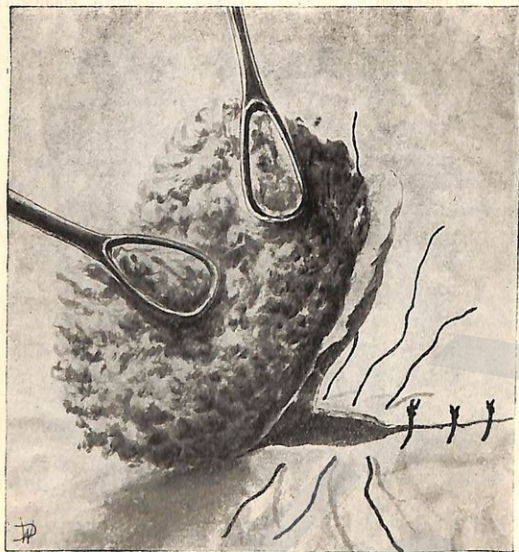


Рис. 13

больныхъ, изъ которыхъ у 12, т. е. въ 50% наступилъ рецидивъ (Сл. 2, 5, 9, 14, 20, 24, 25, 30, 31, 37, 44, 45). Рецидивъ наступилъ черезъ 1 г., 5 м., 6 м., 4 г., 6 м., 8 м., 2 г., 1 1/2 м., 2 г. 8 м., 1 1/2 г., 4 г., 4 м.

Изъ оперированныхъ, оставшихся безъ рецидива, цистоскопически рецидивъ не былъ обнаруженъ черезъ 2 г., 8 л., 10 л., 5 л., 3 г., 5 м., 1 г., 1 г., 1 г., 1 м., 5 мѣс.

Такимъ образомъ, рецидивъ наступалъ чрезъ различные промежутки времени отъ 1 1/2 мѣс. до 4 л. послѣ операции.

Изъ числа излеченныхъ безъ рецидива остаются въ теченіе 2 л., 3 л., 5 л., 8 л. и 10 лѣтъ.

Въ литературѣ мы находимъ слѣдующія статистики различныхъ авторовъ, получившихъ различный % смертности и рецидивовъ при этой операциі, предпринимавшейся и по поводу карциномы и по поводу папилломы.

### СМЕРТНОСТЬ:

при папилломахъ.

АВТОРЪ СТАТИСТИКИ.	Г о д ъ.	Число случаевъ.	% смертн.
Сб. ст. Albarran . . . . .	1892	48	6,2
Сб. ст. Clado . . . . .	1895	62	6,4
Сб. ст. Metz'a . . . . .	1899	17	23,5
Личн. ст. Albarran . . . . .	1905	19	0
Сб. ст. Rafin . . . . .	1905	109	13,7
Личн. ст. Rafin . . . . .	1905	156	3,8
Burkhardt'a . . . . .	1902	11	0
Lobstein'a . . . . .	1902	17	11,7
Сб. ст. Watson'a . . . . .	1909	287	10
Frisch . . . . .	1911	103	9
Rovsing . . . . .	1911	80	2,5



## При карциномахъ:

АВТОРЪ СТАТИСТИКИ.	Г о д ъ.	Число случаевъ.	% смертн.
Сб. ст. Albarran'a . . . . .	1892	97	44,3
Сб. ст. Clado . . . . .	1895	111	44,1
Сб. ст. Rafin . . . . .	1905	51	17,6
Личн. ст. Rafin . . . . .	1905	57	14
Watson . . . . .	1909	279	25
Frisch . . . . .	1911	95	25,3

## Рецидивы при эксцизии:

## а) П А П И Л Л О М Ъ:

Rafin . . . . .	1905	109	42,4
Albarran . . . . .	1892	48	18,7
Clado . . . . .	1895	62	14,4
Rafin (личн.) . . . . .	1905	156	26,4
Burkhardt . . . . .	1902	11	54,5
Watson . . . . .	1909	141	20,4
Frisch . . . . .	1911	103	са 40
Kummel . . . . .	1909	23	8,6
Проф. Федоровъ . . . . .	1912	47	50
Leguen . . . . .		115	23

АВТОРЪ СТАТИСТИКИ.	Г о д ъ.	Число случаевъ.	% смертн.
б) К А Р Ц И Н О М Ъ:			
Albarran . . . . .	1892	97	31,9
Clado . . . . .	1895	111	30,6
Watson . . . . .	1909	125	65
Nitze . . . . .	1911	41	78
Frisch . . . . .	1911	49	са 60

„Изъ этихъ немногихъ чиселъ“, справедливо говорить г. Frisch, „можно видѣть, что относительно процентнаго отношенія рецидивовъ у различныхъ авторовъ господствуетъ небольшое единодушіе, въ общемъ же возможно признать, что число рецидивовъ было-бы показано гораздо выше, если-бы мы были въ состояніи прослѣживать всѣхъ нашихъ оперированныхъ достаточно долгое время послѣ операций“.

Такимъ образомъ наша статистика, основанная на 47 случаяхъ, въ отношеніи смертности показываетъ лучшіе результаты, чѣмъ иностранная. Правда, 0% смертности показываетъ и статистика Albarran'a (1905) и Burkhardt'a (1902), но нельзя не обратить вниманія, что онѣ основаны на очень незначительномъ числѣ случаевъ (19 и 11). Въ остальныхъ-же % смертности колеблется отъ 2,5% (Rovsing) до 23,5% (Motz).

Само собой разумѣется, что мы беремъ здѣсь для сравненія числа случаевъ съ такъ называемой доброкачественной папилломой, т. к. при явно раковыхъ новообразованияхъ эта операція обречена на неуспѣхъ, какъ видно изъ иностранныхъ



статистикъ (0% смертности 44,3% у Albarran'a, 0% рецидивовъ 78 Nitzen 60% Frisch'a). Здѣсь является показаннымъ—изсѣченіе опухоли вмѣстѣ со стѣнкой пузыря—*cystectomy partialis*, или со всемъ пузыремъ *c. totalis*.

Въ пользу такого взгляда на необходимость къ подобнымъ случаямъ прибѣгать къ резекціи стѣнки пузыря краснорѣчиво говорятъ также и цифры, приведенныя въ сборной статистикѣ Watson'a.

При карциномѣ, изъ 125 сл., оперированныхъ *per sectionem altam* безъ резекціи стѣнки, рецидивъ въ теченіе первыхъ трехъ лѣтъ получился у 82 чел., что составитъ 65% у оперированныхъ-же съ резекціей стѣнки 50 чел., подобный рецидивъ наблюдался у 29 чел., что составитъ 58%. Изъ этого-же числа больныхъ по прошествіи 3-хъ лѣтъ не наступило рецидива въ первомъ случаѣ (безъ резекціи) у 6 чел. (4,8%), а во второмъ (съ резекціей) у 5 чел. (10%).

**Частичная ре-** Вопросъ объ изсѣченіи части пузырной стѣнки **зекціи пузыря.** и даже удаленіи всего пузыря началъ разрабатываться экспериментально въ 80-хъ годахъ прошлаго столѣтія. Vincent (1881), Glück и Zeller (1881), Fischer, Bardenheuer (1884), Novaro (1887), Tuffier (1881), Paolini Busachi (1888), Tizzoni и Poggi (1888), R. Schwarz и др. были первыми, доказавшими на почвѣ эксперимента возможность изсѣченія стѣнокъ пузыря. У насъ въ Россіи этотъ вопросъ обратилъ на себя вниманіе проф. Н. В. Склифосовскаго, ученикъ котораго д-ръ Знаменскій поставилъ рядъ очень интересныхъ опытовъ, давшихъ важные результаты.

Первымъ, произведшимъ эту операцію на людяхъ, былъ Norton (1879). Онъ оперировалъ *per vaginam* по поводу новообразования пузыря у двухъ женщинъ; одна его больная выздоровѣла, другая погибла черезъ 12 дней. Въ 1881 г. Son-

nenburg, производя чревосѣченіе былъ принужденъ удалить большую часть пузыря ишить остатокъ *vesicae* въ брюшную рану; впоследствии онъ закрылъ дефектъ кожными лоскутами и такимъ образомъ создалъ новую полость. Въ 1884 г. Sonnenburg же произвелъ первое изсѣченіе большей части пузыря *per sectionem altam* у женщины изъ-за *fibro-sarcoma vesicae* со вскрытіемъ брюшины и со шиваніемъ остатка пузыря въ рану-брюшныхъ стѣнокъ. Проф. Н. А. Вельяминовъ говоритъ, что этотъ случай слѣдуетъ считать первымъ въ группѣ частичныхъ изсѣченій стѣнки мочевого пузыря черезъ надлобковое сѣченіе, такъ какъ операція была произведена по строго обдуманному плану и при установленномъ показаніи. Въ Россіи первый произвелъ операцію *cystectomy partialis* съ хорошимъ исходомъ проф. Н. А. Вельяминовъ въ 1895 году, его случай по счету въ литературѣ является 28-мъ.

При обсужденіи операціи частичной резекціи пузыря практически важнымъ является вопросъ о величинѣ, какой могутъ достигать изсѣкаемыя части стѣнокъ пузыря безъ того, чтобы функція пузыря значительно и непоправимо пострадала. Этотъ вопросъ занималъ уже первыхъ экспериментаторовъ. Опыты упомянутого выше д-ра Знаменскаго (1884) показали, что при удаленіи  $\frac{1}{2}$  и даже  $\frac{2}{3}$  стѣнокъ мочевого пузыря оставшіяся *detrusor* еще настолько сильны, что моча не застаивается въ пузырь, мочеточникахъ и почечныхъ лоханкахъ; мочевого отравленія не происходитъ, и жизнь продолжается. Послѣдующій клиническій опытъ показалъ, что удаленіе обширныхъ участковъ мочевого пузыря не нарушаетъ его функціи. Въ случаяхъ Mikulicz'a, Zuckerkandl'a, Bardenheuer'a и Дерюжинскаго съ удаленіемъ  $\frac{1}{2}$  пузыря, Вельяминова —  $\frac{2}{3}$ , Федорова  $\frac{2}{5}$  —  $\frac{1}{2}$  и др. получилось полное восстановленіе функціи, причемъ полость, образованная изъ участковъ пузыря, оставшихся при



резекции, впоследствии значительно расширилась, представляя достаточную вместимость. Таким образом, в настоящее время можно не стесняться разбром удаляемых частей пузыря: резцируя  $\frac{1}{2}$  и даже  $\frac{2}{3}$ , мы можем надбаться на получение хорошо функционирующего мочевого резервуара.

Чтобы выяснить условия восстановления функциональной способности пузыря после удаления обширных участков его, ученик Tizzoni д-р R. Schwarz исследовал судьбу полога cerviko-везикального остатка, обращенного в полость, и утверждал, что если в течение первых дней удерживать катетр à demeure, чтобы предохранить шов, то „полная резекция пузыря, произведенная непосредственно выше входа мочеточников совершенно возможна и что из этого отрезка пузыря, шейки и быть может верхней части уретры через несколько времени восстанавливается вследствие растяжения и последовательной гиперплазии тканей новый полый орган, довольно вместительный и способный удерживать мочу совсем так же, как и нормальный пузырь“. Далее он пришел к заключению, что даже после перерезки пузыря впереди мочеточников, которые он пересаживал в верхнюю часть уретры, через некоторое время все же образовывался полый орган, который имел все характерные анатомические и физиологические особенности нормального пузыря, тогда как нижняя часть уретры сохраняла свои характерные свойства. Между этой остаточной уретрой и новым пузырем он наблюдал развитие гиперплазии поперечнополосатых мышечных волокон, имевших функцию сфинктера (Giordano).

„Эти опыты“, говорит Giordano в своем докладе на II съезде Assoc. internat. d'Urologie, „были интересны тем, что показали, я не думаю, возможность, как это допускал Schwarz, истинной регенерации мочевого пузыря или превращения части уретры в пузырь, но по мень-

шей мерой возможность растяжения и значительной гипертрофии очень незначительного остатка пузыря.

„Конечно“, не без юмора прибавляет Giordano, „в человеческой хирургии этой собачьей способности приспособления, кажется, не существует, и уретра не является такой принаравливающейся: если приходится пересаживать в нее мочеточники, то чем ждать развития в этом конце уретры постоянного пузыря, мы должны быть готовыми покорно приладить на другом ее конце мочеприемник“.

Техника резекции пузыря. Сделав эти необходимые краткие исторические справки, перейдем теперь к описанию производства самой операции, как она производится в настоящее время.

Избавь стьнку пузыря можно либо снаружи, высвободивши пузырь из окружающей клетчатки, либо внутри со стороны мочевого пузыря (по вскрытии передней его стьнки). Этот последний способ особенно пригоден в тех случаях, где опухоль помещается на задней стьнке или в области дна, ибо в таких случаях слишком затруднительно высвобождение пузыря из тазовой клетчатки.

Если же опухоль расположена на передней или боковой стьнке пузыря, то резекция представляется крайне легко выполнимой. По выделении этой части пузыря из клетчатки, окутывающей пузырь, она изсбьается несколькими ударами ножниц вмсть с опухолью в предьлах здоровых тканей, как это представлено на этих двух рисунках, взятых из руководства Albarran'a (рис. 14 и 15), но при этом надо имть в виду, чтобы разрьз пузыря были расположены таким образом, чтобы можно было потом достичь возможно лучшего соединения краев раны. Каких-либо определенных правил на этот счет дать нельзя, т. к. все зависит от месторасположения, объема и формы опухоли. Не-



обходимо только помнить, что разсѣченная пузырьная стѣнка сильно сокращается.

Если же опухоль, инфильтрирующая стѣнку, расположена на днѣ пузыря, то въ такихъ случаяхъ къ пузырю сна-

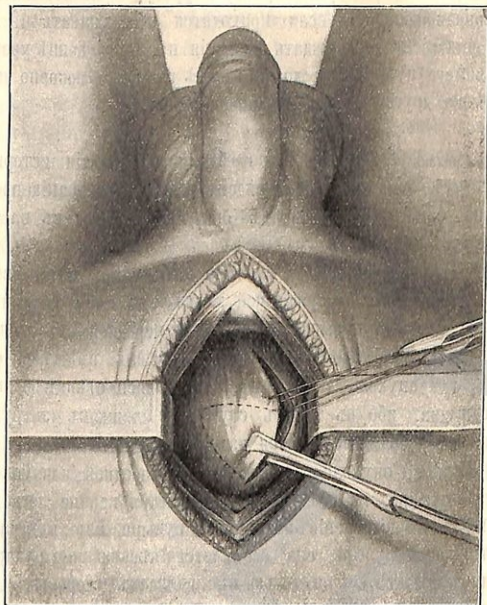


Рис. 14

ружи доступъ является невозможнымъ и приходится производить резекцію пузыря, идя снаружи кнаружи. Проф. С. П. Оедровъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ: опредѣливши оцупываніемъ границы уплотненія вокругъ опухоли, онъ захватываетъ

опухоль вмѣстѣ съ прилежащей слизистой зажимомъ Луег'а и, оттягивая ее то въ одну, то въ другую сторону, скалпелемъ

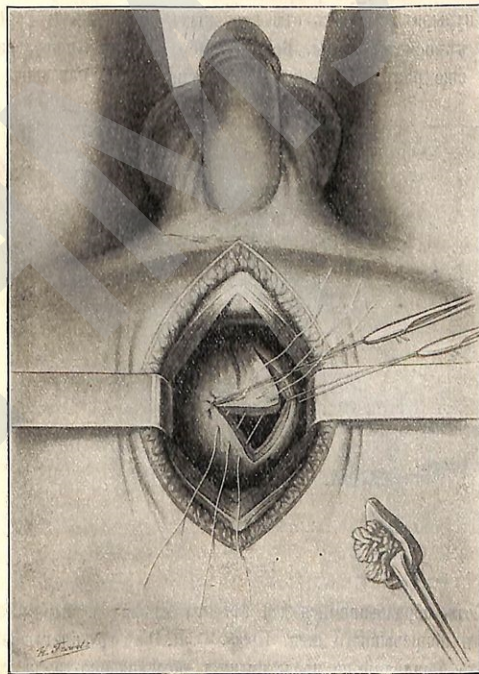


Рис. 15

очерчиваетъ основаніе ея разрѣзами за предѣлами инфильтраціи (рис. 16); края разрѣза онъ постепенно захватываетъ своими зубчатыми ріпсе'ами (рис. 17). Затѣмъ, все время потягивая опухоль кверху, изсѣкаетъ ее ножницами со стѣнкой пузыря (рис. 18).



Кровотечение, бывающее при этомъ довольно обильнымъ, почти останавливается отъ потягиванія кверху зубчатыхъ пинцетовъ, наложенныхъ на края разреза. Послѣ изсѣченія опухоли полость пузыря очищаютъ отъ кровяныхъ сгустковъ и приступаютъ къ осмотру раны. Все что-либо подозрительное изсѣкаютъ еще разъ ножницами или скальпелемъ и, наконецъ, за-

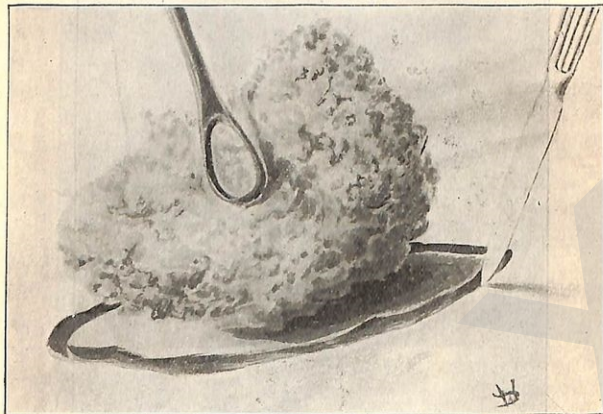


Рис. 16

крываютъ образовавшійся дефектъ въ стѣнкѣ пузыря наложеніемъ непрерывнаго шва. Проф. С. П. Ѳедоровъ говоритъ, что „это зашиваніе не представляетъ обыкновенно труда, т. к. даже у жирныхъ особъ (при большой толщинѣ брюшной стѣнки) удается рану на днѣ пузыря подтянуть почти до уровня раны брюшной стѣнки. Удается это удивительно легко, если операторъ или его помощникъ не очень сильно, но постоянно тянуть за рѣсцы, наложенныхъ на края раны на днѣ пузыря<sup>а</sup>. Въ виду этого проф. С. П. Ѳедоровъ не видитъ необхо-

димости въ употребленіи кольцециратора. Здѣсь надо замѣтить, что если опухоль занимаетъ область отверстія мочеточника или даже вростаетъ въ просвѣтъ его, то приходится производить изсѣченіе части мочеточника, проходящей въ стѣнкѣ мочевого пузыря. По изсѣченіи пузырнаго конца мочеточника

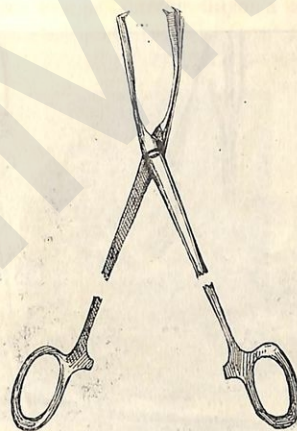


Рис. 17

проф. С. П. Ѳедоровъ вшиваетъ центральный конецъ его между лоскутами пузыря, не дѣлая новаго отверстія въ пузырной стѣнкѣ. Самый способъ вшиванія виденъ на прилагаемомъ рисункѣ (рис. 19).

Какъ легко понять предыдущіе два способа оперированія, относящіеся къ инфильтрирующимъ опухолямъ, расположеннымъ на передней и боковыхъ поверхностяхъ пузыря и въ области его дна, производится выѣбрюшинно. Если вспомнить отношеніе брюшины къ пузырю, то это будетъ понятно само собою по отношенію къ дну пузыря; передняя же и боковая его поверхности такъ рыхло соединены съ отдѣвающей ихъ



брюшиной, что легко могутъ быть обнажены отъ нея тупымъ путемъ, какъ это установилъ Clado своими изслѣдованіями на трупахъ и въ чемъ легко убѣдиться каждому хирургу при операциіи. Только задняя поверхность пузыря такъ сильно прикреплена къ брюшинѣ, что форсированная отслойка послѣдней

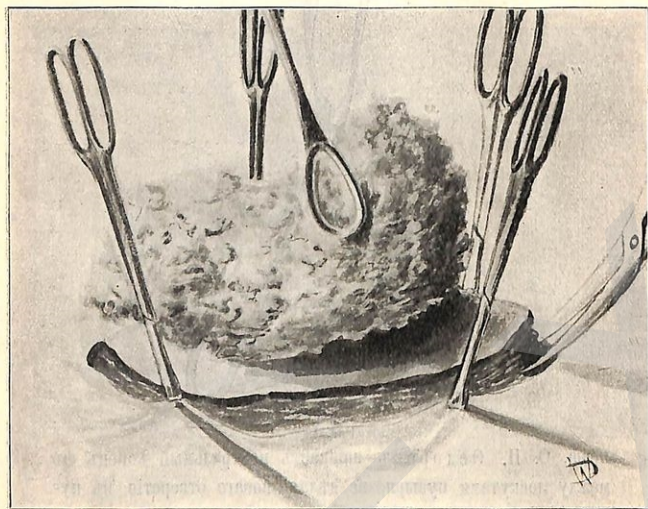


Рис. 18

легко ведетъ къ ея разрывамъ. Если же при этомъ вспомнить хорошо и давно извѣстный фактъ, что брюшина на мѣстѣ новообразованія всегда гораздо плотнѣе приростаетъ къ подлежащимъ частямъ, то отсюда станетъ яснымъ, что удалить опухоль, сидящую на задней стѣнкѣ пузыря можно не иначе, какъ только чрезъ вскрытіе брюшины, иначе говоря, въ этомъ

случаѣ хирургъ въ силу анатомическихъ условій данной области, вынужденъ оперировать внутрибрюшинно, per laparotomiam. Операцию эту можно производить: 1) чрезъ чревосѣченіе въ одинъ сеансъ такъ, какъ это дѣлаетъ американская школа или какъ предлагаетъ Модлинскій; 2) чрезъ разрьзъ со стороны пузыря, способъ Guyon'a изнутри наружу; 3) чрезъ чревосѣченіе въ два сеанса по Bardenheuer'y;

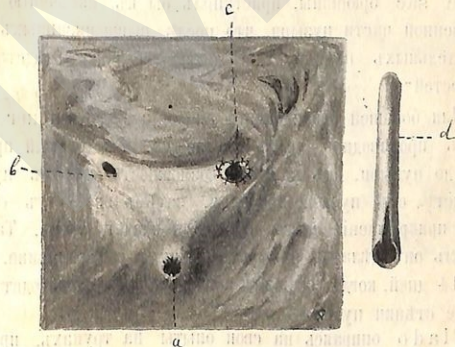


Рис. 19. a) orific. urethrae — intern. — b) orific. ureteris dextr. c) orif. ureteris sin. — d) центральный конецъ мочеточника съ разрьзомъ его стѣнки для вшиванія въ стѣнку пузыря.

4) чрезъ résection péritoneo-vésicale par manoeuvres combinées Clado.

Операция трансперитонеального удаленія опухоли пузыря была уже нами разобрана въ своемъ мѣстѣ, здѣсь же мы еще лишній разъ подчеркнемъ взглядъ проф. С. П. Федорова, что единственно только въ данномъ случаѣ, т. е. при резекціи задней, покрытой брюшиной стѣнки пузыря, она находитъ показаніе для своего прихѣненія. Модлинскій въ 1899 г. въ своей диссертациіи даетъ слѣдующій планъ производства этой операциіи: „Если бы еще до пробнаго разрьза пузыря



можно было предполагать, что придется изсѣкать покрытую брюшиной часть пузыря, я бы, не трогая пузыря, дополнилъ разръзъ по *lin. alba* вверхъ, вскрытъ бы брюшинную полость, обрѣзая бы брюшину вокругъ ея сращенія съ новообразованиемъ на мѣстѣ, не поддающемся отлученію при помощи ножницъ, закрытъ бы полость ея правильнымъ швомъ и, педантично отбѣливъ салфетками искусственно получаемый *cul de sac* брюшины, приступилъ бы къ изсѣченію соответственной части пузыря, что послѣ вышеописанныхъ подготовительныхъ приемовъ не должно больше представлять трудностей“.

Для большей безопасности операціи Bardenheuer предложилъ производить ее въ два приема. Въ первый приемъ, дойдя до пузыря, онъ по мѣрѣ возможности тупымъ путемъ отдѣляетъ отъ пузыря брюшину, затѣмъ изсѣкается ея на мѣстѣ прикрѣпленія ея къ пузырю и кладетъ шовъ. Такимъ образомъ онъ дѣлаетъ пузырь лежащимъ внѣбрюшинно. Черезъ 14 дней, когда брюшина заживетъ, онъ производитъ изсѣченіе стѣнки пузыря.

Clado опираясь на свои опыты на трупахъ, предложилъ способъ перитонеальнаго изсѣченія пузыря подъ названіемъ *réssection péritonéo-vésicale par manoeuvres combinées*; способъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ. Пузырь вскрывается, новообразование втягивается въ полость его настолько, чтобы изъ окружающихъ его здоровыхъ стѣнокъ образовалась ножка; на эту ножку накладывается пинцетъ съ полукруглыми длинными браншами (рис. 20); какъ только пинцетъ закрытъ, тампонируютъ полость пузыря и провизорно зашиваютъ рану его, оставляя только часть, занимаемую пинцетомъ. Когда все это сдѣлано, хирургъ и помощникъ тщательно очищаютъ себѣ руки, вскрываютъ брюшину и накладываютъ двухъ или трехъ этажный шовъ на образовавшуюся при втягиваніи новообра-

зованія въ пузырь складку брюшины, покрывающей здоровыя стѣнки пузыря (рис. 21).

Наложивъ шовъ на рану брюшины и мышцъ, переходятъ къ удаленію новообразования, которое просто отрѣзы-

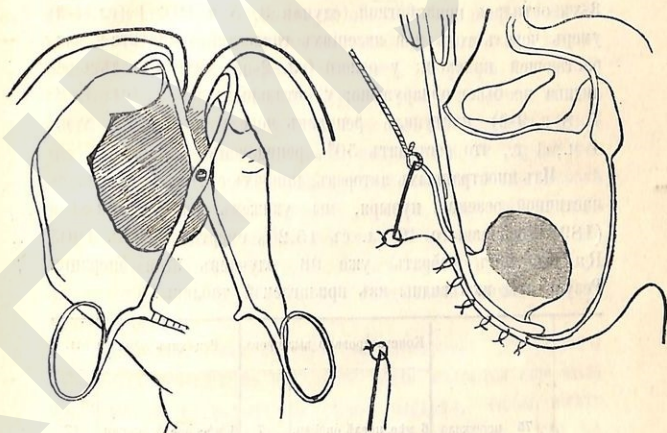


Рис. 20.

Рис. 21.

вается позади пинцета. Получающаяся культя состоитъ изъ двухъ листовъ брюшины, сшитыхъ уже 2-хъ или 3-хъ этажнымъ швомъ и аккуратно, поэтому, прилегающихъ другъ къ другу, и стѣнокъ пузыря, которыя сшиваются струнной нитью. Шовъ этотъ одновременно служить и средствомъ для остановки кровотеченія.

Представляя болѣе серьезное внимательство, операція частичной резекціи даетъ болѣе 90% смертности, чѣмъ предыдущая. Въ клиникѣ проф. С. П. Федорова она была произведена 11 разъ, при чемъ въ одномъ случаѣ (№ 11) наступила смерть спустя 2 часа послѣ операціи. Случай этотъ собст-



венно не подлежал операциі, которая была сдѣлана въ слѣдствіе настойчивой просьбы больного. Такимъ образомъ, если откинуть этотъ случай, мы получимъ  $\% \text{ смертности} = 0$ .

Что касается до 10 перенесшихъ операцию, то судьба 3-хъ осталась неизвѣстной (случаи 3, 5 и 10); 1 (сл. 1-й) умеръ черезъ годъ при явленіяхъ гнилостнаго цистита и возрастающей кахексін; у одного (сл. 2-ой) спустя 6 лѣтъ рецидива не было обнаружено; у остальныхъ же 5 (сл. 4, 6, 7, 8 и 9-й) наступилъ рецидивъ черезъ 1 г., 9 м., 8 м., 4 м., 1 г., что составитъ 50% рецидивовъ.

Изъ иностранныхъ авторовъ, давшихъ статистику случаевъ частичной резекціи пузыря, мы укажемъ на Wendel'я (1898), собравшаго 46 сл. съ 15,2% смертности. Въ 1905 Rafin могъ собрать уже 96 случаевъ этой операциі. Результаты ихъ видны изъ прилагаемой таблицы:

		Констатировано выздоровл.		Рецидивъ или смерть.	
оопера- цій.	75 пережило операциі.	6 мѣс. послѣ операц.	7	6 мѣс. послѣ операц.	13
		1 годъ.	2	1 годъ.	11
		1—2 л.	3	1—2 лѣтъ.	1
	23 случая находились подъ наблюдениемъ недостаточно долго.	Послѣ 2 лѣтъ.	4	2—3 "	2
		" 3 "	1	Послѣ 4 лѣтъ.	2
		3 года 4 мѣсяца.	1	Безъ датъ.	2
	Остальные 52 даютъ слѣдующія отношенія:	Послѣ 4 лѣтъ.	1		
		" 5 "	1	Изъ 31 случая, въ которыхъ послѣдовалъ рецидивъ или смерть въ 24 случ., это послѣдовало уже къ концу =срваго года.	
	21 смертный случай=21,8%	" 6 "	1		
		Изъ 21 случая въ 5 результатъ продолжался болѣе 3 л.			

Zuckerkancl на II съѣздѣ нѣмецкаго Урологическаго Общества (1909) доложилъ о своихъ 8 случаяхъ обширной резекціи пузыря съ однимъ смертнымъ случаемъ, который нельзя ставить въ прямую связь съ операцией: въ этомъ случаѣ была смерть послѣ операциі отъ непроходимости кишечника. Въ 3 случаяхъ наступилъ рецидивъ въ теченіе ближайшихъ послѣ операциі мѣсяцевъ, 1 умеръ спустя 2 года отъ метастазовъ въ тазу. Пузырь при повторномъ цистоскопическомъ изслѣдованіи былъ находимъ нормальнымъ, функція его до конца оставалась не нарушенной. 3 случая остались свободными отъ рецидива, одинъ спустя 6 лѣтъ послѣ резекціи всей верхней половины пузыря, двое остальныхъ почти 1 годъ послѣ обширныхъ резекцій на основаніи пузыря и пересадки мочеточниковъ; въ обоихъ случаяхъ функція пузыря совершенно нормальна, при цистоскопіи виденъ растянутый рубецъ.

Заканчивая свой докладъ, онъ говоритъ: „Результаты пузырныхъ резекцій въ настоящее время являются еще мало ободряющими, но все же не такими плохими, чтобы имѣть основаніе бросить эту операцию. Я не сомнѣвался, что на проложенномъ пути благодаря усовершенствованію техники результаты частичной резекціи пузыря существенно улучшатся“.

Kümmel на томъ же съѣздѣ представилъ статистику съ болѣе утѣшительными результатами.

Всего было оперировано 58 случ. пузырныхъ опухолей. Изъ 23 оперированныхъ съ доброкачественными опухолями былъ 1 смертный случай—старикъ, ослабленный потерей крови, погибъ, въ слѣдствіе сердечной слабости (4,3 процента смертн.). остальные всѣ выздоровѣли. Въ 2-хъ случаяхъ наступилъ рецидивъ (8,6%), остальные живутъ безъ рецидива 19, 18, 15, 9 и 5 и меньшее число лѣтъ.

У больныхъ съ злокачественными опухолями, (2 тотальныхъ экстирпациі съ летальнымъ исходомъ и нѣсколько обшир-



ных резекцій съ удаленіемъ до  $\frac{1}{2}$  всего пузыря), результаты естественно гораздо хуже.

Изъ перенесшихъ обширныя резекціи живы 3, одинъ спустя 8 лѣтъ, двое спустя 1 годъ послѣ операціи.

Изъ 10 больныхъ, оперированныхъ по поводу карциномы пузыря, послѣ операціи живутъ двое—16 лѣтъ, 1—15 лѣтъ, затѣмъ 8,  $6\frac{1}{2}$ , 5, 4, 3 и 2 и двое 1 годъ.

Отдаленный результатъ не хуже, чѣмъ при карциномѣ другихъ органовъ, напр., грудной железы.

Самой послѣдней статистикой обширныхъ резекцій пузыря является статистика Rovsing'a, приведенная имъ въ его докладъ Псѣзду Международнаго Урологическаго Общества (Лондонъ июль 1911), въ которой онъ приводитъ 16 случаевъ, до этого времени неопубликованныхъ, принадлежащихъ Rafin'y, Quervain'y, Emil Müller'y, Fengler'y, Fenwick'y, Nordentaft'y, J. Bérg'y и ему самому.

Оперативная смертность 18,7% (3 смертныхъ случая изъ 16).

Изъ оставшихся въ живыхъ 13:

3 умерли отъ рецидива спустя 10—19 мѣс.

1 " " гемиплегія " . 6— мѣс.

1 " " рецидива " . 4— мѣс.

2 живы до сихъ поръ, т. е. спустя . 3 года.

2 " " " " . 1 годъ.

1 " " " " . 17 мѣс.

1 " " " " . 6 мѣс. (случ. fibro-sarcom'y пузыря).

11 случ.

Сравнительно съ прежними статистиками здѣсь отмѣчается нѣкоторое уменьшеніе смертности отъ операціи (вм. 21,8 Rafin'a—18,7). Операционная смертность при частичныхъ резекціяхъ главнымъ образомъ, обязана перитониту.

На томъ же съѣздѣ д-ръ Héresco (Bucarest) сообщалъ о своихъ 4 случаяхъ обширной резекціи пузыря.

Всѣ четверо, подвергшихся операціи, выздоровѣли и написались здоровыми. Объ одномъ дальнѣйшихъ свѣдѣній онъ не имѣетъ.

1 умеръ спустя  $3\frac{1}{2}$  мѣс. послѣ операціи при явленіяхъ гангрены рукъ и ногъ (при аутопсіи мѣстный рецидивъ).

1 жив. спустя 2 года 9 мѣсяцевъ.

1 жив. спустя 1 годъ 2 мѣсяца.

Такимъ образомъ мы имѣемъ свѣд. статистики частичныхъ резекцій пузыря.

АВТОРЪ СТАТИСТИКИ.	Г о д ъ .	Число случаевъ.	% смертн.
Wendel . . . . .	1898	46	15,2
Rafin . . . . .	1905	96	21,8
Zuckerkaudl . . . . .	1909	8	0
Проф. С. П. Оедоровъ . . . . .	1912	10	0
Сборн. русск. авт. *) . . . . .	1912	10	40
Rovsing . . . . .	1911	16	18,7

#### Что касается рецидивовъ.

Albarran . . . . .	1892	15	66,6
Rafin . . . . .	1905	96	32,2
Wendel . . . . .	1898	57	35
Watson'a . . . . .	1909	50	58
Проф. С. П. Оедоровъ . . . . .	1912	10	50

\*) Сюда вошли случаи обширныхъ резекцій пузыря, принадлежащихъ русскимъ авторамъ: проф. Вельяминову—1, Моданскому—4, Дерюжнскому—1, Зефинову—2, проф. Оппель—1, Добротворскому—1.



**Шовъ раны пузыря.** Пузырь послѣ операциі на немъ обычно зашивается наглухо, если только нѣтъ противопоказаній къ этому въ видѣ рѣзко выраженного цистита, возможности вторичнаго кровотеченія или какого-либо осложненія со стороны мочеточниковъ.

Проф. С. П. Оедоровъ для зашиванія пузыря накладываетъ двухъэтажный непрерывный катгутовый шовъ: первый, сближающій края раны пузыря захватываетъ всю толщѣ мочевого пузыря, не исключая и слизистой оболочки; второй, поверхностный, также непрерывный, захватываетъ, кромѣ мышечнаго слоя, и покровный соединительнотканый слой съ предпузырной клетчаткой. Непрерывный шовъ имѣетъ то преимущество, что онъ удерживаетъ ткани въ соприкосновеніи гораздо крѣпче, благодаря чему и гемостазъ является болѣе надежнымъ.

Здѣсь же надо упомянуть еще разъ, что и для перевязокъ внутри пузыря проф. С. П. Оедоровъ пользуется всегда катгутомъ, рекомендуя при этомъ оставлять концы у узловъ подлиннѣе, такъ какъ catgut очень скоро размокаетъ и развязывается, въ результатъ чего можетъ наступить вторичное кровотеченіе.

**Послеоперационный періодъ.** Описавъ технику излѣченія опухолей и резекціи пузыря по поводу новообразованій, мы перейдемъ теперь къ указаніямъ на особенности веденія послеоперационнаго періода sectionis altae въ клиникѣ проф. С. П. Оедорова.

Для того, чтобы дать покой мочевому пузырю, какъ извѣстно, прибѣгаютъ или къ постоянной (sonde à demeure) или къ временной, по мѣрѣ надобности, катетеризаціи, или, наконецъ, къ дренажу пузыря посредствомъ сифона.

Надо отмѣтить, что въ настоящее время уже не боятся заставлять больныхъ съ зашитымъ наглухо пузыремъ произвольно

опорожнять свой пузырь per vias naturales какъ только у нихъ появится позывъ на мочеиспусканіе. Такого же взгляда держится и проф. С. П. Оедоровъ, примѣняющій катетръ à demeure у больныхъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда можно ожидать сильныхъ и болѣзненныхъ спазмовъ пузыря, наступающихъ послѣ смазыванія крѣпкими растворами резорцина шейки и сфинктера.

Что касается промываній пузыря, то, какъ правило, они въ клиникѣ проф. С. П. Оедорова не примѣняются. Только въ случаяхъ судорожныхъ сокращеній, тенезмовъ пузыря, послѣ смазыванія слизистой оболочки, дѣлаются промыванія теплымъ слабымъ растворомъ борной кислоты, вливая заразъ не болѣе 30—40 к. стм. жидкости. Въ дальнѣйшемъ же— все зависитъ отъ состоянія слизистой пузыря.

Если же вслѣдствіе рѣзко выраженного цистита или по какимъ-либо инымъ причинамъ пузырь оставляется открытымъ, то въ такомъ случаѣ примѣняютъ сифонный дренажъ пузыря.

Для этой цѣли можно пользоваться или двойной трубкой, какъ это предлагают Perrier-Guyon, или же одиночной, какъ это примѣняется въ клиникѣ проф. С. П. Оедорова.

Техника устройства дренажа-сифона крайне проста: по наложеніи частичнаго шва съ цѣлью уменьшить рану пузыря въ пузырь вводится резиновая трубка, которая должна доходить до bas-fond; послѣ этого трубка во избѣжаніе перемѣщенія прикрѣпляется посредствомъ полосокъ липкаго пластыря къ брюшной стѣнкѣ, и накладывается повязка. По наложеніи повязки чрезъ наружный конецъ трубки пузырь наполняется слабымъ борнымъ растворомъ, который наполняетъ трубку до ея наружнаго конца, послѣ чего трубка опускается въ сосудъ, стоящій на полу рядомъ съ кроватью больного и наполненный наполовину тѣмъ же растворомъ. Для удобства контроля рекомендуется на протяженіи резиновой трубки вставлять еще стекляную.



Если имеется основаніе опасаться наступленія кровото- ченія, то въ такомъ случаѣ проф. С. П. Ѳедоровъ рекомен- дуетъ чрезъ надлобковый свищъ вводить трубку Freyera, чрезъ которую легко дренировать пузырь и въ случаѣ на- добности тампонировать.

## Эндовезикальный способъ удаленія опухолей.

Внутрипузырный методъ удаленія опухолей моче вого пузыря ведетъ свое начало отъ творца цистоскопіи Nitze, который такъ объясняетъ зарождеііе идеи интравезикальных операций: „Sieht man eine kleine Geschwulst so zierlich und deutlich vor sich, so liegt der Gedanke nahe, dieselbe durch geeignete per urethram eingeführte Instrumente zu vernichten“. Въ 1891 году онъ описалъ свой пер- вый операціонный цистоскопъ, который подвергся съ теченіемъ времени значительнымъ улучшеніямъ, т. ч. въ настоя- щее время мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи различнаго рода операціонные цистоскопы, предложенные авторами, опери- ровавшими ими своихъ больныхъ. Довольно полный разборъ ихъ мы нашли въ статьѣ J. Doré и J. Mock'a, куда и отсылаемъ интересующихся деталями этого дѣла. Сущность этого метода заключается въ накладываніи на новообразованіе петли (холодной или горячей), которая затѣмъ, уменьшаясь, срѣзаетъ основаніе опухоли или захваченнаго ею участка опухоли. Кромѣ того, можно опухоль тѣмъ же путемъ скусить при помощи особаго приспособленія въ видѣ откусывающихъ щипцовъ (Schlagintweit) или pince-cautère Marion'a.

Эндовезикальная операція можетъ производиться амбула- торно подъ мѣстной анестезіей. Больной укладывается на столъ, какъ для цистоскопіи. Затѣмъ пузырь тщательно про-

мывается борнымъ растворомъ и наполняется 150 кб. см. этого же раствора. Анестезія производится только одной уре- тры растворомъ кокаина или лучше алипина.

Само удаленіе опухоли въ опытныхъ рукахъ не пред- ставляетъ трудности, техника же его весьма различна при употребленіи цистоскопа той или иной системы.

Введеніе въ практику операціоннаго цистоскопа поло- жило основаніе для раздѣленія хирурговъ-урологовъ на двѣ школы. Одни съ Nitze и Casper'омъ во главѣ являются приверженцами эндовезикальнаго метода оперированія опухолей мочевого пузыря, главнымъ образомъ, папилломъ, другіе же и большинство предпочитаютъ дѣлать въ этихъ случаяхъ классическое *sectio alta*. При этомъ приверженцы эндовези- кальнаго способа въ конкуренціи этихъ двухъ методовъ ви- дятъ такое же соперничество, какое нѣкогда было и между литотрипсіей и *sectio alta* при каменной болѣзни, и говорятъ, что и эндовезикальный методъ въ концѣ концовъ займетъ то же положеніе, которое теперь занимаетъ нѣкогда принятая съ недоумѣніемъ литотрипсія, вспоминая слова Leroy d'Étiol- les: „Le temps est déjà loin où nous luttions pour prou- ver la possibilité de la lithotritie. Cette méthode existe aujourd'hui, elle marche et le scepticisme ne saurait la mettre en doute“. Однако, въ настоящее время накопи- лось уже достаточно наблюденій, которыя позволяютъ срав- нить эти два конкурирующіе между собою способа удаленія пузырныхъ опухолей, вывести изъ этого заключеніе о пре- имуществѣхъ каждаго изъ нихъ, разобраться въ полученныхъ результатахъ и установить точныя показанія для примѣне- нія того и другого.

Не имѣя личнаго опыта въ этомъ методѣ, т. к. онъ въ клиникѣ проф. С. П. Ѳедорова не примѣняется, мы должны обратиться къ иностраннымъ авторамъ. Въ концѣ книги мы привели 5 случаевъ, оперированныхъ русскими авторами эндо-



везикально; 2 принадлежат проф. С. П. Оедорову из его практики в Москвѣ и относятся къ 1902 году, изъ 3 же остальныхъ позднѣйшихъ 1—д-ру Н. Ф. Лежневу и 2 д-ру В. А. Горашу \*). Другихъ случаевъ русскихъ хирурговъ, оперировавшихъ эндовезикально, въ литературѣ мы не встрѣтили, отмѣчу только, что на засѣданіи Россійскаго Урологическаго Общества 18 янв. 1912 г. д-ръ Дамскій доложилъ объ одномъ своемъ случаѣ большой папилломы пузыря, которую ему удалось удалить своимъ цистоскопомъ въ 6 сеансовъ, а изъ послѣдующихъ преній выяснилось, что нѣкоторые изъ присутствовавшихъ оперировали по этому методу (Крепсъ), но случаи ихъ остались не опубликованными. Такимъ образомъ, наши сужденія объ этомъ методѣ могутъ базироваться лишь на данныхъ иностранной литературы.

Несмотря на то, что эндовезикальная операція ведетъ свое начало съ 1891 г., т. е. насчитываетъ 21 годъ своего существованія, число опубликованныхъ случаевъ едва превышаетъ 400. Наибольшее число случаевъ, оперированныхъ по этому способу, прилежитъ Nitze и Casper'у, остальные же единичные случаи, разбѣянные въ литературѣ, принадлежатъ отдѣльнымъ авторамъ.

1. Первая статистика Nitze, обнимающая 31 случай, относится къ 1896 году. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ. Числа рецидивовъ не указано.

2. Затѣмъ въ диссертациі Polak'a (1901 г.) мы находимъ слѣдующую статистику Nitze: приведены 84 операціи, изъ которыхъ 4 относятся къ карциномамъ; леченіе

\*) Пользуясь здѣсь еще разъ случаемъ выразить обоимъ многоуважаемымъ товарищамъ свою признательность за любезное сообщеніе ими этихъ случаевъ.

при нихъ не продолжалось, хотя попытка его и не имѣла дурныхъ послѣдствій. На 80 остальныхъ приходится 7 рецидивовъ, изъ которыхъ 4 находились на весьма большомъ разстояніи отъ мѣста первичной опухоли. Это составитъ 8,7% рецидивовъ. Всѣ другіе больные могутъ быть разсматриваемы, какъ излеченные.

3. Статистика случаевъ Nitze до конца іюня 1902, приведенная Weinrich'омъ въ его докладѣ на IX Session de l'Association franç. d'Urologie въ 1905 г. и въ его статьѣ „Zur Pathologie und Therapie der gutartigen Harnblasengeschwülste“, помѣщенной въ Arch. f. klin. Chir. 1906. Bd. 80 стр. 887. Она обнимаетъ 101 сл. папилломъ. При этомъ отмѣчается: рецидивъ наступилъ въ 18 сл., безъ рецидива 71 сл., остались не прослѣженными 12.

4. Статистика Nitze, приведенная имъ въ его докладѣ на 34 съѣздѣ Нѣмецкаго Хирургическаго Общества (Verhandl. d. Deutsch. Gesell. f. Chir. 1905, стр. 223). Докладъ былъ прочитанъ Weinrich'омъ. 150 оперированныхъ, 1 случай смерти, 20 рецидивовъ, половина всѣхъ случаевъ спустя 3 года оставалась свободной отъ рецидивовъ.

5. Личная статистика Strauss'a (Verhandl. d. Deutsch. Gesell. f. Urologie. II Kongr. in Berlin 1909 стр. 433). Всего онъ оперировалъ эндовезикально 22 случая, которые онъ описываетъ такъ: 4 полипа слиз. оболочки (Schleimhautpolypen), 3 папиллярныхъ или кондиломоподобныхъ фибромы; 2 узловатыхъ фибромы и 13 папилломъ. Изъ общаго числа въ 22 случая рецидивовало 4, что составитъ 18,1%. Изъ числа же 13 чистыхъ папилломъ рецидивовало 2, что составитъ 15,4%.

6. Личная статистика Marion'a, 12 случаевъ, изъ которыхъ прослѣжено 8. Изъ нихъ выздоровѣло 6, т. е. 75%,



одина рецидивъ съ инфильтраціею спустя 2 года, что составить 16,6% и 1 смерть отъ инфекціи, спустя 6 мѣсяцевъ. Эти 12 случаевъ заключаютъ 5 папилломъ, 2 эпителиомы, 1 инфильтрованную опухоль, 3 опухоли на ножкѣ неопредѣленной природы.

7. статистика J. Doré и Jack Mock'a. На основаніи опубликованныхъ или неизданныхъ отдѣльныхъ наблюдений названные авторы въ своей статьѣ, помѣщенной въ *Annal des malad. des organes gén-urin.* Vol. II n. 14 1911 года составили слѣдующую статистику. Оперированныхъ 76. Оперативный успѣхъ во всѣхъ случаяхъ. Прослѣженныхъ больныхъ 40, безъ рецидивовъ 30, т. е. 75% числа прослѣженныхъ случаевъ. Среди больныхъ, не имѣвшихъ рецидивовъ спустя 10 мѣсяцевъ послѣ операціи, они насчитываютъ 16. Трое остались излеченными къ концу 2-хъ лѣтъ. Ни одинъ больной не былъ прослѣженъ болѣе двухъ лѣтъ. Рецидивы: 3 быстро наступившихъ рецидива, 1 смерть отъ рецидива спустя 2 года, 4 болѣе или менѣе отдаленныхъ рецидива. Итого 8 рецидивовъ на 40 прослѣженныхъ случаевъ (20%). Изъ 76 случаевъ въ 48 были доброкачественныя папилломы; изъ этого числа 25 были прослѣжены, 20 остались излеченными (80%), 1 смерть отъ инфекціи, 4 рецидива, которые не уступили леченію (16%); въ 7 случаяхъ оказался ракъ, 1 излеченіе.

22 опухоли недостаточно выясненной природы; 10 были прослѣжены, изъ нихъ 8 излечилось, т. е. 80%, 2 рецидива, т. е. 20%.

8. Личная статистика Casper'a *Verhandl. d. deutsch Gesell. f. Urologie* II Kongr. Berlin 1909 стр. 411) 76 случаевъ доброкачественныхъ ворсинчатыхъ опухолей, леченныхъ эндovesикально. % смертности—0. 4 тяжелыхъ кровотеченія: 2 непосредственно послѣ удаленія части опухоли и 2 въ теченіе дня послѣ сеанса вслѣдствіе самопроизвольнаго

отхожденія струны (infolge des sichloslösens des Brand-schorfes); во всѣхъ случаяхъ для остановки кровотеченія пришлось прибѣгнуть къ *sectio alta*. Относительно числа рецидивовъ ничего не упомянуто.

9. Статистика американскаго хирурга Binney (Boston Med and surg. Journ. 1911 XIV 226—228 Present status of intravesical operations for tumors of the bladder) основана на извѣстныхъ уже статистикахъ Nitze и Casper'a, къ которымъ приданы отдѣльные случаи различныхъ европейскихъ авторовъ. Послѣдніе будутъ упомянуты нами отдѣльно въ таблицѣ, часть же изъ нихъ приведена въ статистикѣ J. Doré и Jack Mock'a.

Отдѣльные случаи, встрѣченные нами въ литературѣ и не вошедшіе въ вышеприведенныя статистики, принадлежатъ Cathelin'y, Ferria, Hocky, Lewiny, Kolischery. Мы не будемъ приводить описанія ихъ полностью, ограничившись лишь приведеніемъ ихъ въ схемѣ. Подробное же ихъ описаніе можно безъ труда найти по литературному указателю. (См. стр. 112).

При обсужденіи вопроса, какимъ изъ этихъ двухъ методовъ лучше пользоваться, прежде всего не надо забывать того, что самъ основатель эндovesикальнаго метода ставить точныя показанія для его примѣненія.

Въ своей работѣ: „Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste (1896 r.) Nitze весьма обстоятельно излагаетъ преимущества и недостатки обѣихъ операцій и устанавливаетъ показанія къ каждой изъ нихъ. „Es ist Zeit“ говоритъ онъ, „in Objectiver Weise die Chancen der beiden heute wohl ausschliesslich in Betracht kommenden Methoden der *sectio alta* und unserer intravesicalen Operation gegen einander abzuwägen“.

Прежде всего онъ останавливается на вопросѣ, какаѣ изъ этихъ двухъ операцій представляетъ наименьшую опас-



Авторъ стати- стики.	Число опе- раций.	% реци- дивовъ.	% безъ ре- цидивовъ.	Смертные случаи.	Число случаевъ безъ рецидива и времени контроля.	Число случаевъ съ рецидивомъ и вре- мя его наступленія.
Nitze (1896) . . .	31	—	—	—	—	—
Nitze (1901) . . .	80	8,7	—	—	—	—
Nitze (1902) . . .	101	18	71	1	—	—
Nitze (1905) . . .	150	13,3	50	—	—	—
Strauss (1909) . .	22	18,1	—	—	—	—
Marion (1910) . .	12	16,6	75	—	—	—
J. Doré и J. Mock (1911) . . . . .	76	20	75	—	—	—
Casper (1909) . .	76	?	—	—	—	—
Asch . . . . .	2	—	—	—	1 безъ рецидива.	1 сл. съ повторными рецидивами.
Boehme . . . . .	5	—	—	—	4	1 сл. — папиллома- товое перерождение стѣнки пузыря.
Kneise . . . . .	25	—	—	—	—	—
Blum . . . . .	44	—	—	—	—	—
Bosch . . . . .	3	—	—	—	—	3 рецидива (1 че- резъ 14 лѣтъ). 2 рецидива.
Brongersma . . .	2	—	—	—	—	1 рецидивъ.
Проф. Федоровъ .	2	—	—	—	—	—
Лекневъ . . . . .	1	—	—	—	Безъ рецидива черезъ 2 г. 9 мѣс.	—
Горашъ . . . . .	2	—	—	—	—	—
Cathelin . . . . .	1	—	—	—	—	—
Ferris . . . . .	1	—	—	—	Безъ рецидива.	—
Hock . . . . .	2	—	—	—	2 безъ рецидива.	—
Lewin . . . . .	1	—	—	—	Безъ рецидива черезъ 6 лѣтъ.	—
Kolischer . . . . .	1	—	—	—	—	—
Итого . . . . .	428	—	—	—	—	—

ность для жизни больного. По его мнѣнію, эта опасность го-  
раздо больше при *sectio alta*, сопряженной съ долго для-  
щимся хлороформнымъ наркозомъ и послѣдующимъ продолжи-  
тельнымъ пребываніемъ оперированнаго въ постели. Послѣд-  
нее же часто бываетъ для него роковымъ: всякому хирургу извѣстно, какъ часто, несмотря на удавшуюся операцію, боль-  
ной гибнетъ отъ развившейся пневмоніи. Интравезикальный  
методъ представляетъ лишь опасность въ отношеніи крово-  
течения, которое въ исключительныхъ случаяхъ можетъ по-  
требовать высокаго сѣченія пузыря съ послѣдующей тампо-  
надой. Но и при *sectio alta* такое кровотечение, требующее  
тампонады пузыря, представляетъ далеко перѣдкое явленіе.

Затѣмъ Nitze рассматриваетъ эти операціи въ отно-  
шеніи основательности (удаленія опухоли, причемъ доказы-  
ваетъ неосновательность утвержденія, что *sectio alta* въ  
этомъ отношеніи превосходитъ новый методъ. Въ то время,  
какъ при *sectio alta* даже въ случаяхъ доброкачественныхъ  
опухолей и тщательнаго выполненія операціи рецидивы при-  
надлежатъ къ очень частымъ явленіямъ, при его методѣ  
ему удалось достигъ самыхъ благоприятныхъ результатовъ  
(13,3%). Кромѣ того, при производствѣ *sectionis altae*  
легко пропустить прямая имплантациа зародышей опухоли  
на пораненную стѣнку пузыря или въ края разрѣза. За это  
говорятъ случаи рецидивовъ опухоли на совершенно другихъ  
мѣстахъ, чѣмъ первоначальная опухоль, и на мѣстѣ опера-  
ціоннаго рубца. Кромѣ того, и осмотрѣть внутренность пу-  
зыря и замѣтить мельчайшія опухоли гораздо легче при по-  
мощи цистоскопа, т. к. въ этомъ случаѣ онѣ флоттируютъ  
въ водѣ, а на воздухѣ онѣ спадаются и представляютъ едва  
видимыя частички, легко просматриваемыя.

Затѣмъ, что касается времени, необходимаго для изле-  
ченія, то и въ этомъ отношеніи, по мнѣнію Nitze, интра-  
везикальный методъ имѣетъ преимущество. Въ то время какъ



sectio alta требует при благоприятных условиях и нормальном течении ряда недѣль, при его методѣ лечение заканчивается въ нѣсколько дней. Только въ тяжелыхъ случаяхъ оно продолжается такъ же долго, какъ и послѣ sectio alta, но все же оно никогда не достигаетъ такой продолжительности, какой требуютъ рѣдкіе случаи, въ которыхъ послѣ произведеннаго высокаго сѣченія не наступаетъ удовлетворительнаго заживленія раны, гдѣ дѣло доходитъ до образованія фистулы, лечение которыхъ часто продолжается мѣсяцами и все же въ рѣдкихъ случаяхъ не ведетъ къ цѣли.

Кромѣ того, не лишено значенія и то обстоятельство, что при примѣненіи эндovesикальнаго метода, больной во все время лечения пользуется свободой и не отстѣпаетъ отъ своего обычнаго образа жизни. Последнее обстоятельство, конечно, весьма привлекательно для больныхъ. Большинство больныхъ, по словамъ Nitze, непосредственно послѣ сеанса возвращаются къ своимъ занятіямъ или удовольствіямъ. Пациенты, оперированные въ полдень, посѣщали вечеромъ театры, балы и т. д. Словомъ, интравезикальный методъ вполне отвѣчаетъ древнему постулату, чтобы операція была произведена *tuto, cito et jucunde*. Однако, восхваляя эндovesикальный методъ, Nitze отдаетъ должное высокому сѣченію.

„Что же касается примѣнимости операціи“, говоритъ онъ „то здѣсь первенство остается за *sectio alta*, которая можетъ быть произведена во всѣхъ случаяхъ: ни злокачественность опухоли, ни наклонность къ кровотеченію, ни тяжелый катарръ пузыря, ни малая его емкость не служатъ противопоказаніемъ къ ней. Напротивъ того, примѣненіе интравезикальнаго метода ограничено доброкачественными опухолями, злокачественными инфильтрирующими новообразованиями, даже находящимися въ ранней стадіи, всегда должны быть оперируемы посредствомъ *sectio alta*. Это обстоятельство Nitze особенно подчеркиваетъ. Кромѣ того, тяжелый катарръ пузыря, его не-

большіе размѣры, наклонность опухоли давать кровотечения могутъ сдѣлать производство эндovesикальнаго метода невыполнимымъ; чрезмѣрная же величина опухоли и существованіе нѣсколькихъ опухолей весьма затрудняютъ его“.

Prof. Casper въ своемъ докладѣ на II сѣздѣ нѣмецкаго Урологическаго Общества разбираетъ послѣдовательно тѣ отрицательныя стороны эндovesикальнаго метода, которыя выставляются сторонниками *Sectionis altae* и заключаются въ 1) возможности тяжелыхъ, угрожающихъ жизни кровотеченій, 2) технической трудности выполненія операцій, 3) большимъ числомъ сеансовъ, необходимыхъ для удаленія опухоли, 4) возможности просмотра злокачественной опухоли и упущенія времени для производства радикальной операціи, и опровергаетъ, такимъ образомъ, сторонниковъ *Sectionis altae*. Обильныя кровотечения при эндovesикальныхъ операціяхъ принадлежатъ къ исключеніямъ. Изъ многихъ сотенъ операціонно-цистоскопическихъ сеансовъ, онъ самъ только 4 раза встрѣтился съ тяжелымъ кровотеченіемъ, когда ему пришлось для остановки его прибѣгнуть къ эпицистотоміи. Что касается техническихъ трудностей, то онѣ уменьшаются по мѣрѣ усовершенствованія инструментарія и причиняютъ больному не больше непріятностей, чѣмъ введеніе обыкновеннаго металлическаго катетра. Кромѣ того, здѣсь не надо забывать того, что обыкновенно тотъ инструментъ наибольшее достигаетъ цѣли, съ которымъ больше всего практиковались. Но, конечно, бываютъ случаи, въ которыхъ техническія трудности неодолимы. На нижней и задней стѣнкахъ пузыря опухоль захватить легко; труднѣе уже это сдѣлать на верхней и передней стѣнкѣ, гораздо труднѣе достигъ этого, если опухоль расположена вблизи сфинктера. Очень большія и сидяція на широкомъ основаніи опухоли могутъ оказаться невозможнымъ удалить интравезикальнымъ путемъ. Въ такихъ случаяхъ остается вполнѣ подходящимъ способомъ *Sectionis alta*. Относительно же послѣдняго



пункта Casper говорить (и это наиболее слабое его возращение, так как не соответствует позднейшим взглядам на ворсинчатые опухоли пузыря): „Наиболее тяжелым кажется третий упрек, что ворсинчатые опухоли являются только видимо доброкачественными, на самом же деле они или имеют злокачественное ядро или же первоначально доброкачественная папиллома может вследствие метастазов сделаться злокачественной. В этом уже больше нельзя сомневаться, это доказали Colley, Milner, Küster, Albarhan, Clado, Wendel, Rosen, Zuckerkandl. Таким образом, может случиться, и мы также случалось, что действительно злокачественное разрастание принималось за доброкачественное и начиналось лечиться интравезикально. Кроме скоропреходящих раздражений это никогда не обуславливало стойкого вреда, так как сведущий человек очень скоро распознает границы достижимого интравезикальным методом. Злокачественные опухоли являются инфильтрирующими, они проникают стѣнку и не допускают интравезикального удаления. Кто предварительно не поставил этого распознавания, очень скоро будет обучен этому во время своих манипуляций“. Кроме того, Casper в защиту этого метода приводит тот довод, что послѣ эндовезикальной операции рецидивы не имеют генерализирующего характера и легче удалимы.

Если просмотрѣть литературу об эндовезикальных операциях, то приходится сознаться, что Nitze и Casper являются наиболее убѣжденными апологетами этого метода, наиболее полно и детально разработавшими этот вопрос. Отдѣльные же авторы, как видно изъ приводимых ниже выписокъ, часто не приводят въ подтвержденіе своихъ положеній ни большихъ чиселъ произведенныхъ операций, ни особенно вѣскихъ и новыхъ доказательствъ. Такъ напр., Pielicke на II конгрессѣ Нѣмец. Ур. Об.—ва высказался за предпочтеніе

эндовезикальной операции предъ Sectio alta при всѣхъ пузырьныхъ опухоляхъ, которыя при цистоскопіи съ извѣстной вѣроятностью считаются доброкачественными. Статистики не приводитъ. Между прочимъ, онъ говоритъ, что ему до сихъ поръ не случалось, чтобы пациентъ, котораго онъ оперировалъ эндовезикально по поводу доброкачественной папилломы, погибъ впослѣдствіи отъ саркомы или карциномы.

Fr. Boehme на томъ же конгрессѣ высказался такимъ образомъ: „Я вижу—по крайней мѣрѣ, на практикѣ—въ папилломѣ пузыря не хирургическое инородное тѣло, которое, будучи однажды удалено, освобождаетъ больного окончательно, но тенденцію слизистой оболочки пузыря къ папилломатозному разрастанію, которое въ благоприятномъ случаѣ съ удаленіемъ опухоли прекращается, но въ такой же мѣрѣ легко склонно къ рецидивамъ на томъ же или на другомъ мѣстѣ пузыря. При такомъ положеніи, которое въ терапевтическомъ отношеніи центръ тяжести полагаетъ, какъ въ радикальномъ удаленіи опухоли, такъ и въ длительномъ контролѣ и уничтоженіи малѣйшихъ появленій рецидивовъ, идеальнымъ методомъ является интравезикальная операция. Она по нашему мнѣнію показана только при доброкачественныхъ опухоляхъ и тогда, когда опухоль можетъ быть радикально удалена и существуетъ возможность послѣдующаго продолжительнаго цистоскопическаго наблюденія. Радикальное же удаленіе есть дѣло техники“.

Blum противъ метода экстирпаціи опухоли per sectionem altam приводитъ слѣдующія соображенія:

- 1) Въ случаяхъ небольшихъ, доброкачественныхъ опухолей, пузырьный разрѣзъ по отношенію къ ничтожности симптомовъ является слишкомъ тяжелымъ вмѣшательствомъ.
- 2) Даже наидоброкачественнѣйшія опухоли пузыря по-казываютъ склонность къ рецидивамъ.



3) Рецидивы послѣ удаленія единичной опухоли часто наступаютъ въ видѣ множественныхъ опухолей.

4) При этомъ они даже послѣ экстирпации видимо доброкачественной опухоли обнаруживаютъ злокачественный характеръ.

5) Необходимо считаться и съ той опасностью, что послѣ экстирпации доброкачественныхъ опухолей наступаетъ карциноматозная инфильтрація рубца брюшной стѣнки.

Posner высказываетъ мнѣніе, что на кровавую операцию (*sectio alta*) должно рѣшаться только тогда, когда чрезвычайно сильныя кровотечения, инфекция, быстрый ростъ опухоли или, наконецъ, осложненіе пузырьными камнями оправдываютъ операцию или, лучше сказать, дѣлаютъ ее неизбежной.

Наиболѣе яркимъ противникомъ эндовезикальных операций явился Clado, который въ 1895 г. писалъ въ своемъ трактатѣ: „On peut tenir pour certain que chercher à extirper des tumeurs vésicales par ces procédés ce n'est pas faire véritablement oeuvre chirurgicale, mais se livrer à ce pu'on pourrait appeler de l'érgotage opératoire“. И дальше: „En résumé les opérations endoscopiques me paraissent devoir être condamnées comme exposant à l'infection, à l'hémorragie, à l'extirpation incomplète, à la repullulation des tumeurs malignes et même de celles qui paraissent les plus bénignes. У recourir c'est revenir aux opérations aveugles et surannées de Lacuna, de Chopart, de Civiale etc“.

Правда нельзя забывать, что это было сказано въ началѣ примѣненія метода, въ періодъ его разработки, съ тѣхъ поръ и техника и инструментарій ушли далеко впередъ.

Всѣ симпатіи Clado на сторонѣ классическаго *sectio-nis altae*:

Операция легка для выполненія, если базироваться единственно на точныхъ знаніяхъ топографической анатоміи.

Нѣтъ никакой нужды въ специальныхъ инструментахъ, проводникахъ или другихъ, для направленія разрѣза мягкихъ частей. Пузырь захватывается и вскрывается чрезъ свою менѣе опасную стѣнку, тамъ, гдѣ мало сосудовъ; если же отверстіе окажется недостаточнымъ, хирургъ можетъ достичь большого простора, или продолживъ свой продольный разрѣзъ въ брюшной и пузырьной стѣнкахъ или же разсѣвъ поперечно прямые мышцы по способу Guyon'a, Bruns'a или же прибѣгнуть къ поперечному сѣченію или даже къ резекціи *pubis*.

Показаніе къ примѣненію эндовезикальнаго метода D-r Hugh Cabot видитъ лишь при рецидивахъ папилломъ. Онъ пишетъ:

„Хотя въ настоящее время надлобковый путь является избраннымъ методомъ для большинства случаевъ, для меня представляется несомнѣннымъ, что эндовезикальные операции имѣютъ будущее. Если новообразованія на первый взглядъ окажутся значительной величины, тогда открытый разрѣзъ является лучшимъ методомъ. Эндовезикальный методъ мнѣ кажется болѣе подходящимъ для случаевъ множественныхъ рецидивовъ и случаевъ простого небольшого рецидива, для которыхъ повторныя надлобковыя операции нежелательны. Нѣкоторые рецидивы часто просматриваются. Вотъ для такихъ-то случаевъ достиженіе черезъ пузырь кажется мнѣ въ высшей степени желательнымъ. Въ настоящее время мы располагаемъ двумя видами процедуръ: 1) такъ называемый операционный цистоскопъ, образецъ котораго имѣется нѣсколько, и 2) употребленіе тока высокой частоты, предложенное Keyesомъ. Если послѣдній методъ выполнить свои обѣщанія, то онъ будетъ имѣть огромное значеніе“.

Изъ позднѣйшихъ авторовъ, относящихся довольно сдержанно къ эндовезикальному методу, мы назовемъ Leguen, Roysing'a, Gardini, Kummel'a.



Эндовезикальному методу по мнѣнію Legueu „можно поставить въ упрекъ то, что онъ долгот, труденъ, причиняетъ кровотеченія и допускаетъ сдѣлать неполную операцію при опухоляхъ, у которыхъ нельзя напередъ знать, доброкачественны-ли онѣ. Единственно, когда этотъ методъ имѣетъ громадное преимущество, это въ случаѣ, когда послѣ удаленія опухоли *per sectionem altam* наступаетъ рецидивъ. Тогда можно наблюдать больного, видѣть рецидивъ съ самаго начала, разрушить его и избѣгнуть повторной операціи, на которую всегда трудно уговорить больного“.

Rovsing въ Лондонѣ 1911 высказался такимъ образомъ: „эндовезикальное отрываніе или каутеризація опухолей при помощи операціоннаго цистоскопа является методомъ непригоднымъ, такъ какъ никогда нельзя быть увѣреннымъ, доброкачественна-ли опухоль или злокачественна. Gardini полагаетъ, что „удаленіе опухоли эндовезикальнымъ путемъ при помощи операціоннаго цистоскопа Nitze или цистоскопа à vision directe Luys'a можно сохранить лишь для тѣхъ случаевъ, гдѣ нельзя подвергнуть больного общему наркозу или нежелательно больного класть въ постель“.

Kümmel держится того мнѣнія, что „оперативное лечение опухолей должно состоять въ *sectio alta* и широкой эксцизии. Интравезикальное лечение можно примѣнять только при небольшихъ полипозныхъ опухоляхъ“.

Однако, сколько-бы мы ни приводили мнѣній отдѣльных авторовъ за или противъ эндовезикальнаго метода, мы должны сознаться, что при современномъ состояніи нашихъ знаній вопросъ, при какомъ методѣ получаютъ лучшіе результаты, еще далекъ отъ своего разрѣшенія. Въ этомъ признаются многіе авторы и наиболѣе полно высказываются Kneise и Frisch.

Kneise такимъ образомъ, высказываетъ свое *credo*:

„Конечно, я не слѣпой борецъ. Я сознаю, что этотъ методъ, какъ и всякій другой медико-терапевтическій методъ,

имѣетъ свои границы. Я понимаю также положеніе, которое защищаютъ, напр., Zuckerkandl, Kümmel, Rovsing, которые вслѣдствіе трудности діагноза, доброкачественна или злокачественна опухоль, предпочитаютъ *sectio alta*, я признаю громадное значеніе прекрасныхъ изслѣдованій Zuckerkandl'a и Lichtenstern'a и вѣрю, что мы съ годами, если съ разныхъ сторонъ будутъ производиться изслѣдованія по указанному Zuckerkandl'емъ способу, будемъ въ состояніи ясно видѣть и проводить точное отграниченіе области показаній для обоихъ конкурирующихъ методовъ — *sectionis altae* и эндовезикальнаго. До тѣхъ-же поръ я вѣрю, только изъ-за многихъ неясностей относительно опредѣленія напизломъ, что мы должны видѣть единственный путь къ успѣху въ пользованіи обоими методами, въ сравнительной оцѣнкѣ и противопоставленіи отдаленныхъ результатовъ обоихъ методовъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ также и въ болѣе широкомъ примѣненіи эндовезикальнаго метода.

Къ окончательному рѣшенію о достоинствѣ эндовезикальнаго метода мы можемъ, естественно, прийти въ томъ случаѣ, если мы будемъ располагать большими числами выполненныхъ операцій и длиннымъ рядомъ годовъ наблюденія. При этомъ мы можемъ судить также и о достоинствѣ различныхъ методовъ самого эндовезикальнаго оперирования: о примѣненіи холодной или накаливающейся петли, эластической (*permanente*) остающейся лигатуры стебля опухоли, сморщиванія, объ инъекціи резорцина въ опухоль или промываніи резорциномъ полости пузыря, если мы всѣ эти методы будемъ систематически выполнять и подвергать сравнительной критической оцѣнкѣ.

Конечно, для этого необходимо далѣе, чтобы всѣ оперирующіе эндовезикально однажды предприняли подробное опубликованіе методовъ, которыми они пользовались, числа своихъ операцій, непосредственныхъ и отдаленныхъ результа-



товъ, гистологическихъ изслѣдованій и т. д., чтобы этимъ облегчить отдѣльнымъ лицамъ составить себѣ вѣрное сужденіе. Къ сожалѣнію, это до сихъ поръ невозможно, т. к. имѣются достаточные отчеты только очень немногихъ операторовъ“.

Въ этомъ же смыслѣ, настаивая на болѣе тщательномъ изученіи эндовезикально оперированныхъ опухолей, высказывается въ своей послѣдней работѣ и Frisch.

„Желательно“, говоритъ онъ, „эндовезикальные операціи подвергнуть дальнѣйшему испытанію, но въ особенности необходимо подвергать эндовезикально экстирпированныя опухоли точному гистологическому изслѣдованію и въ случаяхъ рецидива опухолей тщательно сравнивать съ первичными въ отношеніи ихъ анатомическаго строенія. Того обстоятельства, что эндовезикальные операціи гораздо менѣе опасны, нежели „кровавые“ методы, еще недостаточно, чтобы безусловно рекомендовать ихъ. Чтобы судить о нихъ, должно прибавить также еще моментъ—продолжительность излеченія. Но и отъ Sectio alta при пузырьныхъ опухоляхъ отречься мы не можемъ. Насколько мало въ настоящее время, не смотря на всякія непріятныя стороны при Sectio alta мы имѣемъ основаніе окончательно бросить этотъ методъ, настолько же мало мы вправе объявлять методъ леченія опухолей пузыря при помощи операціоннаго цистоскопа исключительно избраннымъ методомъ.“

Какъ видно изъ предыдущаго, авторы далеко не согласны въ оцѣнкѣ моментовъ для примѣненія эндовезикальнаго метода. Одни считаютъ эндовезикальную операцію радикальной и обуславливающей прочное и продолжительное излеченіе, другіе же признаютъ за ней только палліативное значеніе, рекомендуя примѣнять ее въ случаяхъ рецидивовъ, когда почему-либо нежелательно подвергать больного повторной, а иногда и цѣлому ряду повторныхъ вскрытій пузыря.

Единственнымъ, казалось бы, безспорнымъ показаніемъ къ примѣненію эндовезикальнаго метода является присутствіе въ пузырьѣ небольшой стебельчатой, несомнѣнно доброкачественной папилломы. Въ этомъ согласны почти всѣ авторы, даже принципиальные противники этого метода. Въ этомъ смыслѣ высказываются Spooner, Федоровъ, Zuckerkandl, Albarran, Watson, Suarez и пр. *Il est évident toutefois que cette extirpation par les voies naturelles n'est possible que pour les tumeurs nettement pédiculées dans lesquelles le processus morbide ne s'est nullement infiltré dans la paroi vésicale et n'a même pas envahi le pédicule (Saurez).*

Watson на сѣздѣ American Urological Association 29 Nov. 1910 въ Boston'ѣ „(B. Med. Journ. 1911 235) высказался такимъ образомъ“: Для доброкачественныхъ опухолей въ первомъ періодѣ эндовезикальный методъ можетъ быть примѣненъ, но я не могу уяснить себѣ, почему онъ даетъ возможность достигъ болѣе продолжительныхъ результатовъ, чѣмъ операція, которая удаляетъ опухоль болѣе полно, чѣмъ въ силу природы вещей это можетъ быть сдѣлано имъ. Поэтому, я оставилъ бы эндовезикальный методъ для небольшихъ простыхъ доброкачественныхъ новообразованій, имѣющихъ хорошо выраженную ножку, для всѣхъ же другихъ доброкачественныхъ опухолей я примѣнилъ бы интраперитонеальный методъ экзцизии, предложенный и выполненный Harrington'омъ и Rydygier'омъ и недавно вновь введенный въ практику братьями Mayo“.

Діаметрально противоположнаго взгляда держится Desnos. Онъ является противникомъ примѣненія эндовезикальнаго способа при маленькихъ стебельчатыхъ папилломахъ, гдѣ, по его мнѣнію, въ цѣляхъ достиженія наилучшихъ результатовъ надо примѣнять обширное излѣченіе не только ножки, но и цѣлага сегмента окружающей слизистой оболочки; онъ вы-



ставляет положение, что чем моложе и меньше опухоль, тем внимательство должно быть наиболее радикально. На XIII съезде Associat. Franç. d'Urologie (1910 г.) Desnos в своем докладе: „Traitement endovésicale des tumeurs de la vessie“, высказался в том смысле, что необходимо устанавливать показания к хирургическому вмешательству при опухоли пузыря сообразно с периодом развития новообразования (périodes de début, d'état et terminale).

В начале развития опухоли абсолютно показано радикальное хирургическое лечение, состоящее в изъятии у основания этой опухоли широкой зоны слизистой и даже всех тканей пузыря. В период наивысшего развития (d'état) т. е. тогда, когда опухоль, уже объемистая, сидит в пузырь без ножки или на широкой ножке, на радикальный результат можно надеяться только, в случае производства тотальной экстирпации или очень обширной резекции пузыря. Менее серьезные вмешательства, изъятия на малом протяжении, не избавляют от рецидивов и даже в редких, но несомненных случаях, predisполагают к дальнейшему развитию опухоли. Поэтому Desnos держится того взгляда, что, если опухоль не вызывает тяжелых симптомов, как гематурия или цистит, то лучше воздержаться от операции и быть готовым к ее производству при малейшей тревоге. Во втором периоде применением эндовезикального метода можно достичь недурного терапевтического результата в смысле прекращения гематурии и пузырной инфекции. В терминальном периоде вмешательство должно быть чисто паллиативным и состоять в цистостомии и иногда в легком удалении разражений новообразования, эндовезикальный же метод здесь применим только в тех случаях, пока чувствительность пузыря позволяет это, так как в высшей степени сильная чувствительность и контрактура стенок пузыря, редко уступающая анестезии, чаще всего дѣлают

интравезикальные манипуляции в этом периоде неисполнимыми.

Разсмотрѣвъ результаты, достигнутые оперированием опухолей мочевого пузыря *per sectionem altam et per vias naturales* (эндовезикально), вполне естественно задать себе вопрос, какой же из этих двух методов дает наилучшие результаты и вследствие этого является наиболее показанным.

В общем доводы сторонников эндовезикального метода сводятся к тому, что 1) этот метод дает наименьший % смертности, 2) дает громадный (до 80) % выздоровлений, 3) менее predisполагает к рецидивам, причем последний никогда не наступает в форме общего папилломатоза пузыря, 4) менее обременителен для больного, т. е. может производиться амбулаторно.

Таким образом, можно было бы думать, что эндовезикальный метод является избранным методом и должен совершенно вытеснить из практики *sectio alta*.

Однако факты говорят против, и этому методу приходится отвести то скромное место в терапии опухолей мочевого пузыря, которого он заслуживает.

Прежде всего надо обратить внимание, что область применения эндовезикального метода ограничивается доброкачественными папилломами, сидящими на ножке, при чем и величина опухолей здесь играет роль: большинство авторов рекомендуют его только при опухолях небольшого размера. Таким образом, чтобы признать право гражданства за этим методом, необходимо допустить существование доброкачественных папиллом.

В общей главѣ мы указывали, как трудно в отдельном случае решить вопрос об истинной природе данной опухоли, особенно, если иметь в виду возможность ее метастазизации. Опирируя эндовезикально, мы теряем время для радикальной



операции, состоящей в удалении новообразования в пределах здоровой ткани. Что касается безопасности эндовезикального метода, то приверженцы его указывают на почти равный 0% смертности. Однако и *sectio alta* как показывают статистики Albaran'a, Burkhardt'a, проф. С. П. Федорова дает % смертности совершенно равный 0. Кроме того, при эндовезикальном удалении опухолей иногда получаются грозные кровотечения, требующие высокого сбывания пузыря, как это имело место даже в руках такого мастера этого дела, каким является проф. Casper.

Относительно рецидивов можно сказать только, что они наступают и после эндовезикальной операции и после *sectio alta*, при чем и после эндовезикальной операции отмечены рецидивы в виде общего папилломатоза (случай Boehme и Frank'a).

Очень трудно составить точную статистику рецидивов т. к. многие больные после производства той или иной операции ускользают из-под наблюдения хирурга, и можно сказать, что цифры, приводимые различными авторами только приблизительно рисуют общее положение дела. Основываясь на этом Casper в своем докладе на II съезде Нѣм. Ур. Об-ва говорить: „Хирурги, оперировавшие *per sectionem altam*, совершенно не знают, сколько опухолей рецидивируют; они часто не видят вновь больных с рецидивами, т. к. они по большей части ищут другой помощи. Я один имѣю 17 случаев с рецидивом папилломы, оперированных другими хирургами, которые о них не имѣют никаких сведений“. Однако тот же упрек можно сдѣлать и сторонникам эндовезикального метода. Среди наших случаев можно указать такие, которые также, отчаявшись в эндовезикальном лечении, искали другой помощи, при чем были обнаружены прямо поразительные результаты эндовезикального лечения. Мы можем указать на сл. 4 гр. Е, в котором Casper

въ маѣ 1897 года удалить эндовезикальнымъ путемъ папиллому, черезъ мѣсяцъ послѣ этого симптомы начали возобновляться, и къ октябрю 1897 г., т. е. черезъ 4 м. при *sectio alta* обнаружено новообразование, инфильтрировавшее стѣнки пузыря, былъ наложенъ свищъ, и черезъ 3 м. больной погибъ. Другой сл. (20 гр. А) относится къ больному, который лечился у Casper'a въ теченіе 4-хъ лѣтъ. Лечение состояло въ удаленіи петлей рецидивировавшихъ послѣ *sectio alta* папилломъ. Однако, несмотря на продолжительное лечение и многократное (100 разъ) введеніе инструмента, результатъ оказался не блестящій: при *sectio alta* удалены 3 опухоли—2 небольшой величины и 1 большая, величиной съ мандаринъ.

Проф. С. П. Федоровъ держится того взгляда, что эндовезикальный методъ является методомъ вспомогательнымъ, неспособнымъ вытѣснить *sectionem altam*, которому онъ далеко уступаетъ въ радикальности. Эндовезикальный методъ можетъ найти и находить свое примѣненіе въ тѣхъ случаяхъ, когда *sectio alta* является противопоказаннымъ (болѣзни сердца, пораженія легкихъ, повторныя операции); онъ примѣнимъ далѣе только при одиночныхъ или множественныхъ мелкихъ папилломахъ, а также въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ изсѣченія крупныхъ опухолей *per sectionem altam* при контрольномъ цистоскопическомъ изслѣдованіи обнаруживаются мелкія папилломы, или рецидивирующія, или оставшіяся незамѣченными при операциі.

Въ общемъ же нельзя не согласиться съ Leguen, который въ своей послѣдней работѣ: „*Maladies de la vessie*,“ по вопросу о леченіи опухолей пузыря высказывается такимъ образомъ:

Mais la conclusion principale qui se dégage de l'analyse des observations, c'est la superiorité des lar-



ges exérèses, même pour les tumeurs pédiculées: la récurrence est d'autant moins fréquente que la tumeur a été opérée plus tôt et l'ablation plus largement effectuée“.

## Фульгурация.

Совершенно недавно интравезикальное лечение было дополнено Веером и Кеуесом из New-York'a, применившими в нескольких случаях опухолей мочевого пузыря фульгурацию или токи большой частоты (Hochfrequenzströmen).

Edwin Beer, первым применивший фульгурацию при пузырных опухолях, пользуется катетеризационным цистоскопом, через который в качестве электрода проводится изолированная медная проволока, состоящая из 6 более тонких. Электрод под контролем зрения вдвигается между ворсинками опухоли. Затем в течение 15—30 секунд в различных местах опухоли пускают ток. (115 V. 75 до 125 M. A.). Пузырь при этом наполняется дистиллированной водой. При обильном образовании газа Веер наблюдал прижигание и, наконец, совершенное обугливание опухоли, некротизировавшиеся частицы которой постепенно затем выходили с мочей. При небольших опухолях достаточно однократного применения этого метода, для полного же удаления большого размера опухолей требуются повторные сеансы.

У него имеются 2 случая, где он применял с этой целью фульгурацию.

Две женщины, 81 и 66 лет от роду, долгое время страдали гематурией, которая во втором случае была особенно сильна. Это сильное кровотечение тотчас остановилось после первого применения тока, так что бывший до этого времени невозможным осмотр пузыря, теперь легко мог быть произведен. После того как за один сеанс, в общем продолжавшийся 4 минуты, подверглись воздействию тока 8 различных мест опухоли, кровотечение прекратилось совершенно. Также и в первом случае после применения тока гематурия остановилась, но, как было уже сказано, кровотечение было не так сильно, как во втором случае, то и результат получился менее поразительный чем во втором случае, где моча до лечения была густого темно-красного цвета, а тотчас же после лечения сделалась нормальной желтоватой окраски.

Через 15—30 секунд применения тока образуется весьма ясный некроз. Он обуславливается частью развивающейся теплотой, но при этом, вероятно, имеют значение и еще другие факторы (ионизация, электролиз и т. д.). После того как ток был применен в 8—12 различных пунктах, в обоих случаях наступил тотальный некроз больших опухолей, как уже сказано при абсолютной остановке кровотечения.

Некротические части были извергнуты небольшими порциями в течение 3—5 недель при одновременном заростании их основания нормальной слизистой оболочкой с окружающей. В случае, если после этого метода лечения останется небольшая часть опухоли, то для достижения продолжительного результата должно предпринять еще раз местное лечение. В подобном случае советуют, чтобы с уверенностью избежать перфорации пузыря, ток пускать в действие не дольше, как на 15 секунд, как это и было сделано в 1-ом случае.



Для больного этот метод лечения ни в коем случае не неприятнее простой цистоскопии.

Keyes употребляет такой же аппарат, как и Beer, состоящий из изолированной проволоки, величиной не превосходящей № 6 мочеточникового катетра: она легко может быть введена в катетеризационный цистоскоп. Эта проволока соединяется с аппаратом высокой частоты и так же точно управляется как и мочеточниковый катетр. Автор пользовался сначала биполярным аппаратом Арснова, при чем один только полюс помещался в пузырь, другой же оставался в руке больного, впоследствии этот метод был видоизменен и оба полюса вводились вместе в пузырь через цистоскоп. Кроме того, автор с успехом пользуется и аппаратом Oudin'a, униполярным.

Полюсы должны находиться в совершенном соприкосновении с опухолью, возможно ближе к ножке, и только по достижении этого соприкосновения должно пускать ток. Продолжительность каутеризации варьирует в каждом случае. К концу 10—20 сеансов моча дѣлается мутной и применение метода болѣзненным. Продолжительность каутеризации около 5—10 секунд.

В настоящее время Keyes имѣет 11 случаев, леченных им таким образом, самый старый не превосходить 2-х лѣтъ. На практикѣ Keyes признает только опухоль на ножке, т. е. папиллому, и опухоль с широким основанием, инфильтрированную, т. е. рак.

С точки зрения результатов, при папилломах они удовлетворительны. Они излечиваются в 5—6 сеансов каутеризации, иногда немного больше. В некоторых случаях нѣтъ даже рубца. Keyes наблюдает все свои случаи цистоскопически послѣ излечения в течение нѣскольких мѣсяцев. Всегда в случае папилломы излечение было стойким. Его наиболѣе давний случай остается излечен-

ным болѣе года. При карциномах окончательный результат, естественно, нехорош. При них этот метод имѣет только паллиативное значеніе. В одномъ случаѣ Keyes видѣлъ значительную гематурию послѣ прижиганія с отхожденіем кусочковъ струпа, затѣмъ онъ не имѣлъ больше кровотеченій. Keyes никогда не отказывался примѣнять этотъ методъ ни при одной папилломѣ и считаетъ, что съ этимъ эндоскопическимъ методомъ онъ работаетъ такъ же хорошо, какъ и съ кровавой операцией.

Затѣмъ имѣются указанія о случаяхъ Buerger'a, который сообщаетъ о трехъ случаяхъ папилломъ пузыря, леченныхъ имъ по способу Keating-Hart'a, видоизмененному Beer'омъ. Все 3 случая окончились выздоровленіемъ. Этотъ методъ кажется ему легко примѣнимымъ, такъ какъ достаточно мѣстной анестезіи, чтобы устранить всякія боли.

Хотя истинное дѣйствіе, производимое токами большой частоты, не вполне выяснено, авторъ полагаетъ, что этотъ методъ все же лучше простой каутеризации и что рецидивы не болѣе часты в одномъ случаѣ, чѣмъ в другомъ. Простота примѣненія заставляетъ предпочитать этотъ послѣдній.

Dr Mc. Carthy примѣнилъ фульгурацію въ 2-хъ случаяхъ.

1-й случай: рецидивъ спустя около 5 лѣтъ. Обширная ворсинчатая опухоль расположена сразу позади лѣваго мочеточниковаго отверстия. Три сеанса леченія фульгураціей съ замѣтнымъ уменьшеніемъ объема.

Примѣчаніе: рецидивъ помѣщался на мѣстѣ удаленномъ отъ мѣста первоначальнаго новообразованія.

2-й случай: рецидивъ папилломы спустя около 3-хъ лѣтъ. Четыре небольшихъ папилломатозныхъ разраженія на мѣстѣ вѣроятнаго разрѣза въ верхушкѣ пузыря и одна болѣе объемистая, подобная же масса на лѣвой латеральной стѣнкѣ.



Три сеанса фульгурации Оudin'овским токомъ, сопровождавшиеся абсолютнымъ прекращеніемъ гематурии и значительнымъ уменьшеніемъ объема разраженій.

Примѣчаніе: замѣтный эффектъ по отношенію къ гематурии, который не можетъ быть приписанъ ни одному извѣстному агенту.

Въ этимъ случаямъ надо прибавить еще 1 случай напильмы пузыря, леченный фульгураціей съ хорошимъ результатомъ, описанный Charles Harpster'омъ въ январѣ текущаго года.

Такимъ образомъ въ настоящее время мы имѣемъ слѣдующіе случаи леченія токами большой частоты:

Фамилія автора.	Число случаевъ.
Beer . . . . .	2
Keyes . . . . .	11
Buerger . . . . .	3
Mc-Carthy . . . . .	2
Ch. Harpster . . . . .	1
Итого . . . . .	19

% смертности=0, рецидивы не отмѣчены. Наиболѣе давній случай прослѣженъ только немного болѣе года.

Относительно этого метода Erdmann высказывается такъ: „Я нахожу, что его техника болѣе трудна, чѣмъ катеризація мочеточниковъ и думаю, что онъ можетъ примѣняться только тѣми, кто приобрѣлъ опытъ въ цистоскопическихъ операціяхъ. Дѣйствительно, работа въ этомъ направленіи въ настоящее время еще настолько незрѣла и неполна, что должно быть въ высшей степени осторожнымъ въ заключеніяхъ о результатахъ. То обстоятельство, что онъ вызы-

ваетъ прекращеніе гематурии въ громадномъ большинствѣ случаевъ, въ этомъ не можетъ быть большого сомнѣнія и это одно уже представляетъ громадную выгоду. Хорошо также извѣстенъ фактъ, что этотъ агентъ разрушаетъ подобныя новообразованія на кожѣ тѣла и кажется, что обычно употребляемая водяная среда должна быть замѣнена въ пользу растяженія пузыря воздухомъ, что, по моему мнѣнію, будетъ способствовать гораздо болѣе быстрому и болѣе глубокому дѣйствию. При моей работѣ съ интравезикальной фульгураціей я нашелъ существеннымъ имѣть абсолютный контроль надъ замыканіемъ и прерываніемъ тока, и потому M. R. Wappler сконструировалъ для меня стрѣлку, которая работаетъ весьма успѣшно“.

Grandjean весьма рекомендуетъ фульгурацію по способу Keyes'a и Beer'a, указывая на то, что токи высокого напряженія обладаютъ выдающимся гемостатическимъ дѣйствиемъ. Кромѣ того этотъ способъ не требуетъ ни специальныхъ тонкихъ аппаратовъ: достаточно мочеточниковаго цистоскопа и изолированной проволоки, ни обладаютъ технической трудностью: достаточно умѣть катетеризировать мочеточникъ.

По его мнѣнію: „Le procédé américain de Beer, qui paraît donner d'excellents résultats à la fois pour assurer l'hémostase et pour amener la disparition des tumeurs, fait entrer la cystoscopie opératoire dans le domaine pratique“.

Однако, Turniss, Keyes и Carthy упоминаютъ о случаяхъ тяжелыхъ геморрагій, явившихся послѣдствіемъ примѣненія фульгураціи и потребовавшихъ вскрытія пузыря. Въ этихъ случаяхъ кротеченіе зависѣло отъ глубины катеризаціи.

Такимъ образомъ дѣлать какіе-либо выводы относительно этого метода преждевременно, т. к. онъ еще находится въ стадіи эксперимента.



## Полная резекція (экстирпація) пузыря.

Въ виду сравнительно большой частоты рецидивовъ послѣ частичной цистектоміи, за последнее время у хирурговъ явилось стремленіе къ наиболѣе радикальному способу леченія опухолей мочевого пузыря, т. е. къ производству *cystectomy totalis*, которая, по выраженію д-ра Héresco „*représente le dernier terme de la plus large résection de la vessie*“.

Наиболѣе горячимъ приверженцемъ ея является Watson, который по поводу нея высказывается слѣдующимъ образомъ:

„Громадный процентъ рецидивовъ, мнѣ кажется, логически указываетъ на необходимость болѣе радикальныхъ мѣръ, какъ для доброкачественныхъ опухолей, такъ и для злокачественныхъ, если мы дѣйствительно желаемъ имѣть лучшіе результаты. Я держусь того мнѣнія, что слѣдуетъ дѣлать тотальную экстирпацію пузыря и простаты, если она также поражена, въ самомъ началѣ всѣхъ раковъ, которые не перешли границъ этихъ органовъ, и которые еще не вызываютъ подозрѣнія въ томъ, что уже имѣются метастазы; эта же мѣра должна быть примѣняема и во всѣхъ случаяхъ доброкачественныхъ опухолей, гдѣ послѣ первичной операціи, предпринятой для ихъ удаленія, наступаетъ рецидивъ“.

Тотальная экстирпація была произведена въ первый разъ кельнскимъ профессоромъ Bardenheuer'омъ въ 1887 г. съ неудачнымъ исходомъ и съ тѣхъ поръ, т. е. въ теченіе 25 лѣтъ она произведена, судя по опубликованнымъ случаямъ, которые намъ удалось собрать въ литературѣ 84 раза съ 47,6% смертности. За истекшее 25-лѣтіе въ литературѣ имѣются слѣдующія сборныя статистики случаевъ этой операціи.

АВТОРЪ СТАТИСТИКИ.	Годъ.	Число случаевъ.	Число летальн. исходовъ и % смертн.
Модлинскій . . . . .	1899	13	6=ca 46
Goldenberg . . . . .	1904	26	15=61,5
Watson . . . . .	1905	24	14=ca 58
Jäger . . . . .	1906	31	=64,7
Leguen . . . . .	1908	31	17=55
Verhoogen et de Graewe .	1909	56	30=54
v. Rihmer . . . . .	1909	59	52,5
Н. Н. Петровъ . . . . .	1910	64	32=50
Rovsing . . . . .	1911	58	29=50
Авторъ . . . . .	1912	84	40=47,6

Показанія къ операціи. Verhoogen и de Graewe устанавливаютъ слѣдующія показанія къ производству этой операціи:

1) Злокачественныя опухоли шейки мочевого пузыря или области отверстій мочеточниковъ.

2) Злокачественныя опухоли свода пузыря или боковыхъ частей его, если послѣдніе для частичной цистектоміи слишкомъ растянуты.

3) Возвратъ злокачественныхъ опухолей.

4) Доброкачественныя множественныя папилломы, если число ихъ слишкомъ велико для того, чтобы ихъ удалить иначе, или же если онѣ быстро и въ большомъ количествѣ рецидивируютъ.



5) Опухоли соседних органов, если онѣ захватили пузырь и разрушили его на большомъ протяженіи.

Д-ръ Модлинскій по поводу показаній къ этой операциі говорить: „Состояніе больныхъ послѣ экстирпациі пузыря настолько отличается отъ нормального, что показанія къ этой операциі должны ставиться особенно строго и примѣняться она должна исключительно въ тѣхъ случаяхъ когда иначе помочь больному нельзя. Ни подъ какимъ видомъ не слѣдуетъ предлагать больному такой серьезной операциі, если есть какія нибудь основанія предполагать, что скорѣ послѣ операциі можетъ послѣдовать возвратъ болѣзни т. е., если опухоль уже перешла за стѣнку пузыря“. Въ показаніяхъ же, устанавливаемыхъ имъ, онъ ничѣмъ не отличается отъ Verhoogen'a и de Graewe, однако сравнивая техническую трудность частичной и тотальной резекціи Модлинскій говоритъ: „Излишніе требованія, предъявляемые многими хирургами къ общему состоянію силъ больного до операциі, мнѣ кажутся послѣдствіемъ переоцѣнки тяжести самой операциі. Не отрицая, что полная экстирпациа пузыря представляетъ очень серьезную операциа, я все таки считаю ее менѣ тяжелой, чѣмъ трудное излеченіе основанія пузыря или задней, покрытой брюшиной поверхности его; поэтому я полагаю, что не слѣдуетъ считать противопоказаніемъ для производства полной экстирпациі пузыря такое состояніе силъ больного, при которомъ мы рѣшились бы сдѣлать одно изъ вышепоименованныхъ изсѣченій“. Prof. v. Frisch также указываетъ на легкую выполнимость этой операциі. Въ своей послѣдней работѣ онъ говоритъ: „Трудности этой операциі, которая до настоящаго времени даетъ очень неблагоприятные результаты, лежатъ не столько въ экстирпациі пузыря, которая является технически относительно легко выполнимой операцией, сколько въ гораздо большей степени въ обезпеченіи

безирепятственнаго оттока мочи и въ предотвращеніи восходящей инфекціи почечныхъ лоханокъ и почек“.

**Техника операциі.** Что касается техники этой операциі, то ее мы коснемся лишь въ общихъ чертахъ, такъ какъ детальное описаніе ея исполненія можно найти въ прекрасныхъ руководствахъ Albarran'a, Legueu и Watson'a.

Тотальную экстирпациа мочевого пузыря можно произвести или черезъ разрѣзъ передней брюшной стѣнки, или же по комбинированному способу, прибавляя, какъ это дѣлаетъ Albarran, къ первому разрѣзу еще разрѣзъ со стороны промежности. Albarran говоритъ, что этотъ послѣдній разрѣзъ облегчаетъ экстирпациа пузыря и даетъ широкое наклонное отверстіе, очень удобное для дренированія. Проф. С. П. Оедоровъ держится того мнѣнія, что къ промежностному разрѣзу надо прибѣгать лишь въ томъ случаѣ, если имѣется одновременно пораженіе простаты, удаленіе которой вслѣдствіе инфильтраціи окружающей ее клетчатки представляется очень труднымъ, въ прочихъ же случаяхъ вполне можно обойтись разрѣзомъ брюшной стѣнки, который можно всегда увеличить въ разныхъ направленіяхъ до желаемой степени.

Дойдя до пузыря, начинаютъ отслаивать брюшинный его покровъ тупымъ путемъ. Какъ уже раньше было отмѣчено, иногда удается отслоить брюшину отъ пузыря на всемъ протяженіи, чаще же брюшина разрывается, въ такомъ случаѣ надо тотчасъ же наложить швы прежде чѣмъ продолжать операциа. Въ случаѣ же плотнаго спаянія брюшины съ пузыремъ, что напаче имѣетъ мѣсто при новообразованіяхъ, должно вскрыть брюшину, выдѣлить пузырь и наложить швы, т. е. произвести экстаперитонизациа пузыря. Послѣдующіе акты операциі будутъ состоять въ разсѣченіи ligam. rubovesical., мочеточниковъ, боковыхъ сосудистыхъ ножекъ пузыря,



послѣ чего разсѣкаютъ шейку, предпочтительнѣе, термокаутеромъ, останавливаютъ кровотечение, вставляютъ дренажъ и зашиваютъ рану (сначала мышцы, затѣмъ кожу). Необходимо замѣтить, что по мѣрѣ возможности слѣдуетъ удалять пузыри, не вскрывая его, т. к. полость его всегда инфицирована; во время же перерѣзки шейки надо принимать всѣ мѣры предосторожности и разрушать термокаутеромъ слизистую культи уретры.

Производство тотальной экстирпации мочевого пузыря у женщинъ гораздо легче, нежели у мужчинъ, при чемъ у нихъ можно выполнить эту операцію чрезъ разрѣзъ влагалища и брюшной стѣнки (комбинированный способъ), или только чрезъ разрѣзъ брюшной стѣнки (поперечный по Albarran'y).

Судьба мочеточниковъ. При разсмотрѣніи опубликованныхъ случаевъ тотальной экстирпации пузыря мы видимъ, что различные авторы пользовались различными способами для обезпеченія оттока мочи, причемъ мочеточники:

I) Оставлялись въ раневой полости.

II) Пересаживались въ кишечникъ въ томъ или другомъ мѣстѣ на всемъ его протяженіи.

III) Пересаживались in vaginam.

IV) Вшивались въ кожу или на мѣстѣ брюшной раны или же на ихъ протяженіи въ поясничной области (ureterostomia lumbalis).

V) Кромѣ того, производилась двухсторонняя нефростомія.

Какъ будетъ видно изъ разсмотрѣнія таблицы случаевъ экстирпации пузыря, способъ пересадки мочеточниковъ играетъ большую роль въ послѣдующей судьбѣ больныхъ. На сравнительно небольшомъ числѣ случаевъ уже можно подмѣтить благоприятный оборотъ дѣла при томъ или иномъ способѣ и вывести отсюда нѣкоторыя заключенія.

I) Оставленіе мочеточниковъ въ ранѣ.

1) Оставленіе мочеточниковъ въ ранѣ, въ раневой полости, хотя и является методомъ наиболѣе легкимъ изъ всѣхъ, слѣдуетъ считать весьма опаснымъ. Судя по нашей статистикѣ онъ былъ примененъ въ 14 случаяхъ, изъ которыхъ 8 больныхъ умерли непосредственно послѣ операціи, что составляетъ слѣдовательно 61,5% смертности. Въ число этихъ 14 случаевъ вошли и 4 случая вшиванія мочеточниковъ въ уретру, но такъ какъ швы вскорѣ не выдержали и разошлись, то въ концѣ концовъ мочеточники оказались оканчивающимися въ раневую полость. Изъ остальныхъ 6 чел., у которыхъ получился оперативный успѣхъ 1 умеръ чрезъ 1 мѣс. послѣ операціи отъ піо-нефроза, 1 — чрезъ 2½ м. отъ восходящей инфекціи, 2 — чрезъ 3½ мѣс. отъ піело-нефрита, 1 — чрезъ 5 мѣс. отъ мѣстнаго рецидива; 2 были живы чрезъ 13 и 15 мѣсяцевъ.

Эти случаи выживанія, какъ справедливо говоритъ Albarran показываютъ намъ, что при оставленіи мочеточниковъ въ ранѣ, быстрая смерть не является фатальнымъ послѣдствіемъ, но поступать такимъ образомъ допустимо только въ безнадежныхъ случаяхъ. Если больной выжилъ, слѣдуетъ ему сдѣлать другую операцію, нефростомію или поясничную уретростомію.

Этотъ методъ долженъ быть оставленъ совершенно еще и потому, что онъ причиняетъ массу неудобствъ вслѣдствіе постоянного затеканія мочи въ глубину извилистой раны, которую становится невозможнымъ какъ слѣдуетъ лечить изъ-за образующихся известковыхъ инкрустаций и изъ-за трудности собиранія мочи въ подходящій мочеприемникъ.

II) Пересадка мочеточниковъ въ кишечникъ. Наиболѣе частымъ методомъ является методъ пересадки мочеточниковъ въ кишечникъ, такъ какъ онъ, устраняя недержание мочи и избавляя больного отъ необходимости носить мочепри-



емникъ, даетъ возможность удерживать мочу въ теченіе 3—4 часовъ и выпускать ее самопроизвольно. Д-ръ Миротворцевъ въ своей обстоятельной работѣ: „Методы отведенія мочи въ кишечникъ и ихъ отдаленные результаты“ (1910) даетъ прекрасную группировку всѣхъ способовъ, предложенныхъ различными авторами. Онъ раздѣляетъ прежде всего двѣ основныхъ группы, изъ которыхъ въ первую относитъ методы пересадки мочеточниковъ на протяженіи, а во вторую—тѣ методы, гдѣ пересадка мочеточниковъ производится по принципу Maydl'a съ *trigonum vesicae s. Lieutaudii*. Каждая изъ этихъ большихъ группъ, въ свою очередь, дѣлится на массу мелкихъ подгруппъ, въ которыхъ операція, не теряя характера основной группы, приравнивается къ тѣмъ или другимъ случайнымъ или мѣстнымъ условиямъ.

Изъ всѣхъ этихъ методовъ для нашей цѣли пригодна, лишь первая группа; вторая примѣняется лишь при экстремнѣйшій пузъры. При экстирпаціи пузъры мочеточники перерѣзаются на наружной сторонѣ пузъры и затѣмъ пересаживаются въ тотъ или другой отдѣлъ кишечника. Д-ръ Миротворцевъ дѣлитъ всѣ эти способы на 5 группъ.

1) Мочеточники вставляются въ разрѣзъ кишки и кишечная рана зашивается Lembert'овскими швами. Мочеточникъ не фиксируется къ стѣнкѣ кишки и къ ея слизистой оболочкѣ.

2) При пересадкѣ мочеточниковъ авторы стремятся искусственно возсоздать *pars intramuralis* мочеточника, существующую нормально въ мочевомъ пузърѣ. Съ этою цѣлью стремились подшивать мочеточники косо къ слизистой оболочкѣ кишки или, образуя надъ мочеточникомъ каналъ, путемъ сшиванія серознаго покрова кишки по типу Witzel'евской гастростоміи.

3) Въ эту группу должны быть отнесены способы, въ которыхъ авторы ихъ стремятся создать родъ клапана у устья

пересаженныхъ мочеточниковъ, на подобіе защитно-клапаннаго образованія существующаго у *orificium ureteris* въ мочевомъ пузърѣ и представляющаго изъ себя складку слизистой оболочки пузъры.

4) Въ четвертую группу должны быть отнесены способы образованія новаго мочевого резервуара изъ кишки, что достигается, или простымъ выключеніемъ кишки или образованіемъ отдѣльной камеры изъ кишки, односторонне или двусторонне выключенной.

5) группу составляютъ способы, въ которыхъ для пересадки мочеточниковъ пользуются искусственными приборами и приспособленіями, построенными по типу пуговки Murphy. Способы эти предложены Boari, Chalot, Maucclairе. Ими же и выработаны особыя пуговки. Пуговки эти соединяя мочеточникъ съ кишкою безъ швовъ, прорѣзаются черезъ 5—6 дней и уходятъ съ кишечнымъ содержимымъ.

Не вдаваясь въ критическую оцѣнку каждаго изъ этихъ способовъ, что сдѣлано въ диссертациі д-ра Миротворцева, посмотримъ, какой процентъ смертности дала пересадка мочеточниковъ въ кишечникъ при экстирпаціи пузъры по поводу новообразованій его на основаніи собранной нами статистики. Изъ 30 случаевъ такой пересадки въ 21 наступила смерть къ концу операціи или въ теченіе ближайшихъ за операціей дней, что составляетъ 70% смертности. Изъ перенесшихъ операцію жили

2	1 г.
2	1 г. 6 м.
1	10 мѣс.
1	5½ лѣтъ.
1	7 м.
1	1 г. 7 м.



Такимъ образомъ пересадка мочеточниковъ въ кишечникъ является методомъ весьма опаснымъ, что признаетъ и Rovsing, такъ какъ при немъ опасность восходящей инфекции очень велика.

Поэтому вполне понятно стремление хирурговъ образовать новый резервуаръ для мочи, исключивъ для этой цѣли какой-либо отдѣлъ кишечника, дабы, сдѣлавъ эту полость асептической, избѣжать восходящей инфекции почек.

Разсмотримъ вкратцѣ существующія въ литературѣ предположенія. (Болѣе детальный разборъ ихъ приведенъ въ дисс. д-ра Миротворцева и д-ра Березнеговскаго.

Въ 1888 г. Roggi и Tizzoni продѣлали слѣдующую операцію на собакъ: экстирпировать пузырь, они выключили петлю тонкой кишки, длиной до 7 см. и вшили ее однимъ концомъ въ шейку пузыря; въ другой ее конецъ были вшиты мочеточники. Такимъ образомъ они получили изъ кишки новый мочевой пузырь, снабженный сфинктеромъ. Собака выжила и чувствовала себя хорошо спустя два мѣсяца.

Въ 1895 г. Maucclairе предложилъ такой способъ: прямая кишка на уровнѣ flex. sigmoid. перерѣзывается и зашивается наглухо; flex. sigmoid. низводится въ малый тазъ, и въ области промежности накладывается anus praeternaturalis. Въ прямую кишку вшиваются мочеточники. Всѣ собаки, оперированныя по этому способу погибли или отъ перитонита или отъ гидронефроза.

Способъ Gersuny (1899) мало отличается отъ предыдущаго. Здѣсь также послѣ перерѣзки S. Romani онъ притягиваетъ верхній конецъ къ промежности, разсѣкая gastro-vaginal'ную перегородку, зашиваетъ нижній конецъ и пересаживаетъ въ него мочеточники.

Модлинскій (1893) предлагаетъ поступать такимъ образомъ: стягиваютъ flexuram sigmoideam елико возможно внизъ и поперечно перерѣзаютъ прямую кишку на разстоя-

нii приблизительно 12—15 см. выше задняго прохода. Верхнее отверстіе сегмента, предназначеннаго для роли пузыря, наглухо зашивается при помощи серо-серозной инвагинации, а flex. sigmoidea скручивается вокругъ продольной оси, выводится изъ-подъ культи крестца наружу и пришивается къ покровамъ. По окончаніи этого акта вшиваются мочеточники во вновь образованный пузырь. Опыты на собакахъ не дали положительныхъ результатовъ.

Boari (1895) предложилъ создать мочевой пузырь изъ кишки съ клапаномъ и воспользоваться тонкою кишкою въ мѣстѣ перехода ея въ слѣпую (valv. Bauhini). Для этой цѣли онъ перерѣзаетъ ileum на разстояніи 10—15 см. отъ coecum и зашиваетъ оба конца. Затѣмъ накладываетъ анастомозъ между приводящимъ концомъ ilei и flex. sigmoid., а въ отводящій пересаживаетъ оба мочеточника.

Enderlen и Walbaum (1903) предложили способъ сильно напоминающій способъ Maucclairе—Модлинскаго: они перерѣзаютъ flex. sigmoideam, приводящій конецъ вшиваютъ въ брюшную стѣнку (anus praeternaturalis), а въ отводящій пересаживаютъ мочеточники.

Berglund-Borelius (1903 г.) предложили слѣдующую операцію: у основанія flex. sigmoid. между приводящимъ и отводящимъ колѣномъ накладывается анастомозъ и въ выключенную такимъ образомъ петлю flex. sigmoid. пересаживаются мочеточники.

Мышь (1907) предложилъ видоизмѣненіе операціи Berglund-Borelius, состоящее въ томъ, что на приводящемъ колѣнѣ flex. sigmoid. сейчасъ-же послѣ соустья накладывается перетяжка по способу Mosetig-Moorhoffa т. е. кишка перетягивается лигатурою и по окружности получившагося вдавленія накладываются Lembert'овскіе швы. Благодаря этому кишечное содержимое по ходу перистальтики не можетъ попадать въ выключенную flex. sigmoidea.







мочевому пузырю, не дали прочных результатов, и вопрос этот еще далек от своего разрешения.

Самым последним способом образования пузыря из толстой кишки является способ, предложенный Heitz-Boyer и A. Novelaque и описанный ими в статье, помещенной в № 2 Journal d'Urologie текущего 1912 года. Больная была оперирована по этому способу проф. Marionом 20 апр. 1910 г. и была продемонстрирована в парижском хирургическом

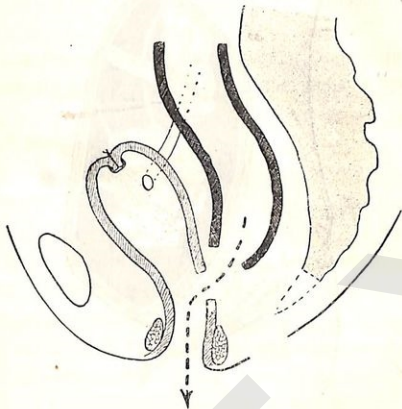


Рис. 24.

обществе 20 ноября 1911 г., т. е. спустя 1 г. 7 м. после операции в полном здравьи.

Сущность предложенного способа состоит в том, что из прямой кишки создается новый пузырь с уретрой (le réservoir vésico-urethral), совершенно отделенный от кишки, назначенной для функции recti. Этот способ является развитием способа, предложенного впервые Gersuny. При этом

colon pelvinum пересекается, и нижний отрезок зашивается наглухо, (рис. 24) после чего в него пересаживаются мочеточники (последнее можно производить и впоследствии, разбив таким образом производство операции на 2 этапа). Верхний отрезок пересеченного coli pelvini инвагинируется в canalis ano-rectalis, образованный отслаиванием слизистой на задней стенке recti (рис. 25), после чего передняя стенка втянутой S. Romani сшивается в глубине с задней поверхностью recti, а внизу с отслоенной апо-гестальной слизистой, тем самым создается новая перегородка между пузырем и anus, втретью между anus и urethra. (рис. 26).

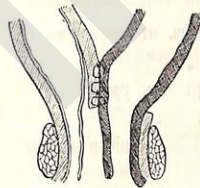


Рис. 25.



Рис. 26 + пузырь # кишка.

Схематически ход операции изображен на прилагаемых рисунках.

### III. Пересадка во влагалище.

В 1889 г. Pawlick в своем, сдвлевшем его имя столь известным, случае для образования мочевого пузыря воспользовался влагалищем. Больная перенесла операцию и прожила 16 лет. Всего была сделана такая пересадка в 9 случ., из которых в 4 наступила смерть, что составляет 44,4% смертности. Albarran объясняет такое более благоприятное течение при пересадке мочеточников во влагалище не столько тем, что влагалище менее септично, чем кишка, но в большей степени тем обстоятельством, что мочеточники пе-



ресаживаемый вблизи своего естественного устья, не дает перигибов, которые могли бы обусловить уретроренальную задержку и благоприятствовать инфекции.

#### IV. Пересадка мочеточников в мочевой пузырь.

Пересадка мочеточников в рану брюшных покровов применяется редко, так как при этом способе больные обречены на ношение постоянного мочеиспускателя. Из числа собранных нами случаев этот способ был применен 8 раз: в трех случаях наступила смерть, в 5 больные поправились и прожили:

- |           |             |                         |
|-----------|-------------|-------------------------|
| 1) (№ 1)  | через 10 м. | был в хорошем состоянии |
| 2) (№ 6)  | " 7 "       | " " "                   |
| 3) (№ 34) | " 13 "      | умер от уремии          |
| 4) (№ 35) | " 5 "       | " " "                   |
| 5) (№ 58) | " 2 1/2 "   | " " " пио-нефроза.      |

Несмотря на относительно ободряющие результаты применения этого способа (37,5% смертности), Albarran не советует прибегать к нему, так как, по его мнению, при вшивании мочеточников в кожу надлобковой раны они должны пройти ненормально длинный путь, и на этом пути они легко могут подвергнуться изгибам, могущим повести к задержке мочи в почке и смерти от уремии, как это и было в случае Garré (№ 34). Albarran допускает применение этого способа только в тех случаях, когда при операции по поводу опухоли пузыря требуется сделать тотальную цистэктомию, предварительной же пересадки мочеточников не было сделано—только в этих случаях в качестве временной меры в ожидании вторичной операции, он считает позволительным применение этого способа.

#### Ureterostomia lumbalis.

Вшивание мочеточников в кожу поясничной области (ureterostomia lumbalis) было произведено всего 9 раз, при чем получилось 7 выздоровлений и 2 случая смерти. Эти два случая (№ 52 и 59) принадлежали: один Rovsing'у — ureterostomia была сделана в один сеанс с экстирпацией пузыря, при аутопсии была обнаружена атрофия почек, другой случай—Straussa также одновременного производства ureterostomiae и экстирпации, при аутопсии было обнаружено жировое перерождение сердца печени и почек. Из 7 давних операций выздоровление произошло:

- |           |              |                                              |
|-----------|--------------|----------------------------------------------|
| 1) (№ 51) | 11 м.        | умер от метастазов.                          |
| 2) (№ 53) | 2 1/2 "      | " " " перфорации recti и метастазов          |
| 3) (№ 55) | 2 года "     | " " уремией                                  |
| 4) (№ 60) | 9 м.         | " " раковой кахексией и метастазами в печени |
| 5) (№ 61) | 2 года "     | " " пиело нефрита                            |
| 6) (№ 62) | спустя 1 год | был жив                                      |
| 7) (№ 69) | " 9 м.       | " " "                                        |

„Клинические результаты“, говорит Albarran, „показывают, что при вшивании мочеточников в кожу поясничной области можно меньше бояться пиело-нефрита, чем при пересадке их в кишку; кроме того эта операция имеет то преимущество, что сама по себе она менее тяжела и допускает собирание мочи в чистый и удобный мочеиспускатель“. Rovsing рекомендует производить ее во всех случаях тотальной цистэктомии.

#### V. Nephrostomia.

Watson горячо рекомендует нефростомию и на 679 случаев этой операции (включая сюда 626 случаев статистики Schmieden'a) он вы-



числяется только 15% смертности, но указывает, что для получения хорошего результата нефростомію не слѣдуетъ дѣлать одновременно на обѣихъ сторонахъ: между обѣими операціями должно пройти немного времени.

Albarran упоминаетъ объ одномъ своемъ случаѣ, гдѣ онъ произвелъ двойную поясничную нефростомію у женщины, имѣвшей распространенный уже неоперируемый ракъ пузыря. Эта женщина прожила 9 мѣсяцевъ съ такой двойной фистулой, неся хорошій мочепріемникъ: функциональное изслѣдованіе обѣихъ почекъ, произведенное спустя три мѣсяца послѣ операціи, показало, что эти органы нисколько не пострадали и вырабатывали такую же мочу, что и до операціи.

Вообще по поводу этой операціи Albarran говорить: „теоретически можно думать, что предварительная двухсторонняя нефростомія даетъ большія гарантіи въ случаѣ тотальной цистэктоміи. Сама операція не тяжела и легко выполняема, допускаетъ примѣненіе удобнаго мочепріемника, и мы вправѣ считать ее защитой противъ сомнительнаго осложненія піелонефритомъ, такъ какъ она обезпечиваетъ хорошее функционированіе почекъ. Примѣръ моей больной, кажется, подтверждаетъ это, а многочисленные случаи больныхъ съ почечными фистулами изъ-за почечной задержки, живущихъ благодаря имъ въ хорошихъ условіяхъ, еще болѣе поддерживаютъ эту точку зрѣнія. Среди прочихъ, которыхъ мнѣ пришлось наблюдать, приведу случай одной больной, подвергшейся уже нефрэктоміи, которой Chevalier примѣнилъ нефростомію на оставшейся почкѣ изъ-за припадковъ ануріи, вслѣдствіе почечной задержки: эта больная сохранила свою поясничную фистулу, чрезъ которую выходила вся моча и чувствовала себя такъ хорошо, что спустя два года имѣла нормальные роды... Нельзя точно рѣшить, какой методъ отведенія мочи наилучшій, но, дѣйстви-тельно, мы думаемъ, что наибольшія гарантіи намъ даетъ методъ кожного отведенія. Нашъ выборъ еще колеблется, между

поясничной нефростоміей и вшиваніемъ мочеточниковъ въ кожу поясничной области“.

На основаніи разсмотрѣнія приведенныхъ случаевъ экстирпаціи пузыря мы видимъ, что различные методы пересадки мочеточниковъ даютъ далеко не одинаковый % смертности:

	% смер- тности.
Пересадка мочеточника въ кишечникъ даетъ . .	70
Оставленіе мочеточниковъ въ ранѣ (ран. пол.)	
дастъ . . . . .	61,5
Пересадка мочеточниковъ во влагалище даетъ . .	44,4
Вшиваніе мочеточниковъ въ рану брюшин. покр.	
дастъ . . . . .	37,5
Ureterostomia lumbalis . . . . .	22,2
Nephrostomia duplex (no Watson'y) . . . .	15

Такой высокій процентъ смертности при тотальной экстирпаціи пузыря объясняется какъ тѣмъ, что уже сама по себѣ эта операція является одной изъ наиболѣе тяжелыхъ съ точки зрѣнія травматизма, такъ и тѣмъ, что верхніе мочевые пути обычно подвергаются восходящей инфекціи. Кромѣ того, не надо упускать изъ виду того обстоятельства, что этой операціи подвергаются обыкновенно запущенные случаи, гдѣ имѣется уже пораженіе железъ.

За послѣднее время стали рекомендовать производство этой операціи въ два сеанса: 1-й сеансъ состоитъ въ томъ или другомъ методѣ отведенія мочи, послѣ чего спустя 3—4 недѣли приступаютъ ко 2-му—самой экстирпаціи выключеннаго пузыря.

Изъ собранныхъ нами 84 случаевъ тотальной экстирпаціи пузыря, давшихъ 47,6% смертности, въ 11 случаяхъ



была произведена эта операция въ два приема, при чемъ не отмѣчено ни одного случая оперативнаго неуспѣха или смертельнаго исхода: всѣ 10 перенесли операцию и прожили:

Мочеточники пересажены:

№ 2—16 л.	in vaginam
№ 80— 1 г. 6 м. (умеръ отъ метастазовъ)	„ colon palvin.
№ 79— 1 г. (живъ)	„ rectum
№ 64— 3 м.	„ ureterostomia lumb.
№ 69— 9 м.	„
№ 59— 1 г.	„
№ 58— 2 г. (умеръ отъ піело-нефрита)	„
№ 52— 2 г. (умеръ отъ уремїи)	„
№ 82— 1 м. (живъ)	in flexur sigmoid.
№ 83— 1½ м.	„ Nephrostomia dupl
№ 70— 9 м. (ум. отъ мѣстн. рецид.)	in rectum и S. Rom

Какъ видно изъ этой таблицы способы отведенія мочи были различны и тѣмъ не менѣе % смертности получился равнымъ 0. Этотъ фактъ заслуживаетъ большого вниманія хирурговъ.

Проф. С. П. Оедорову принадлежитъ 1 случай тотальной экстирпации пузыря, произведенной въ два приема и давшей прекрасный результатъ. Привожу исторію этого больного.

Больной 39 л. отъ роду, врачъ, поступилъ въ клинику 26 февраля 1911 года съ жалобами на кровь въ мочѣ и мучительные, частые позывы къ мочеиспусканію.

На 18-мъ году жизни впервые появилась кровь въ мочѣ, затѣмъ гѣматурія безъ видимой причины появлялась каждый мѣсяцъ и держалась 1 сутки. Моча была окрашена кровью равномерно. Въ промежутки между гѣматуріями моча была чистая. Гѣматурія не сопровождалась ни болями, ни позывами на мочеиспусканіе. Такъ продолжалось до 23-хъ лѣтняго возраста (до 1895 г.), когда гѣматурія приняла другой характеръ: этапа появляться чаще и продолжалась дольше (2—3 сутокъ),

причемъ сопровождалась и позывами на мочу и болями. Боли въ концѣ мочеиспусканія преимущественно. Въ мочѣ кровяные сгустки (въ видѣ червяковъ). Въ 1896 г. больной обратился къ Guyon'у, который произвелъ sectionem altam и нашелъ папиллярную опухоль, приблизительно въ орѣхъ величины, сидѣвшую у устья мочеточника (какого не помнитъ). До 1900 года никакихъ патологическихъ явленій. Въ концѣ 1900 г. (на 28 году жизни) вновь появилась гѣматурія такого же характера. Гѣматурія стала учащаться и сопровождалась явленіями цистита (болями и тенезмами). Въ 1904 году вторая sectio alta (Nitze въ Берлинѣ).

Найдено много папилломатозныхъ опухолей въ пузырь. Онѣ были удалены. Свищъ держался 8 мѣсяцевъ; по заключеніи его—циститъ, который былъ излеченъ въ 1905 году. Въ 1907 году вновь появилась мутная моча. Обратился къ Casper'у, который продѣлалъ ему 14 внутрипузырныхъ операций операционнымъ впрыскивателемъ резорцина, 2 раза въ недѣлю. Во второй половинѣ 1907 г. и въ 1908 г. здоровъ. Въ концѣ 1908 года затрудненіе при мочеиспусканіи (задержка мочи). Для того, чтобы мочиться, долженъ былъ присѣдать на корточки. Моча мутная. Вновь поѣхалъ въ Берлинъ. Casper нашелъ 3 папиллярныхъ опухоли. Одна возлѣ шейки величиною съ мандаринъ (!), двѣ другія на боковыхъ стѣнкахъ (величиною съ каштанъ). 2 попытки интравезикальных операций съ послѣдующимъ впрыскивателемъ резорцина, но безъ успѣха. Больной отправился въ Парижъ, гдѣ произведено третья sectio alta у Vazu, который удалил папилломы. Последнее леченіе радіемъ 3 сеанса, промежутковъ между сеансами 1 мѣсяцъ. Радій вводили въ пузырь на 1 сутки, на 12 и 48 часовъ. Боли не очень сильныя. По требованію больного свищъ закрыли (радіи вводились черезъ свищъ), и больной уѣхалъ на родину въ г. Керчь.



При поступлении в клинику у больного наблюдались след. явления: сильные боли в мочевом пузыре, ясно выраженный цистит, учащение мочеиспускания: больной мочится 25—30 мин. *per vias naturales*. После одного особенно сильного натуживания и тенезмов рана разошлась, и моча стала идти и через свищ. Был прилажен мочепрямник. Свищ то суживался, то расширялся, в зависимости от чего явления цистита и боли то усиливались, то стихали. Постепенно боли усилились, т. ч. пришлось широко вскрыть пузырь (22/1 1911 г.). Мочеиспускание *per vias naturales* невозможно. Больной очень бледен и истощен, кроме того, он сдвинулся морфинистом, употребляющим 0,3—0,4 и больше *pro die* морфия. *Per rectum* прощупывается величиной с апельсин пузырь, набитый, мягкий, болезненный. Со стороны легких сердца и органов брюшной полости отклонений нет.

7/III под гадоналовым наркозом произведена проф. С. П. Федоровым операция пересадки мочеточников в *rectum*. Правый мочеточник был перевязан возможно ближе к пузырю, периферический конец перевязан, центральный подшить к *serosa recti* несколькими узловатыми швами. Затем *rectum* вскрыть и мочеточник вшить (4 швами) в просвет его. Швы наложены через слизистую и через толщу мочеточника, затем наложить ряд серо-серозных швов, закрывших мочеточник и соустье. То же сделано и слева. Глухой двухэтажный шов брюшной стенки.

18/III отмечено: Мочу задерживает на 2½—3 часа. Ночью не мочится.

Послеоперационное течение гладкое.

30/III. Ректоскопирован. На высоте 19 см. видны на слизистой *recti* 2 возвышения, окруженные покрасневшей слегка эрозивной слизистой, из центра их видно отделение светлой мочи. Правое возвышение на 1—1½ см. выше левого. Слизистая остального *recti* отклонений не представляет,

блѣдна, не эрозирована, но покрыта слизью. Введение ректоскопа переносится свободно. Выписывается для амбулаторного лечения.

29/IV под гадоналовым внутривенным наркозом проф. С. П. Федоровым произведена экстирпация пузыря. Пузырь удален двумя кусками с частью *prostatae* и *vesic. seminal.* *Urethra* зашита. Брюшина, вскрытая случайно на небольшом протяжении, шита. Тампонада. Послеоперационное течение гладкое. Больной поправился, в середине июня выписался и уехал к себе в Керчь, откуда сообщает, что чувствует себя прекрасно.

Приведенные мною выше результаты дают некоторую надежду на улучшение результатов от тотальной экстирпации пузыря, но для окончательных выводов подходящего момента еще не настало, так как мы располагаем еще весьма небольшим числом случаев. Один только вывод напрашивается сам собой—это тот, что экстирпацию пузыря надо делать в два приема: в один обезпечить свободный отток мочи, т. е. выключить пузырь, в другой производить уже самое экстирпацию. Такой образ действия дает хороший результат, и с этой точки зрения можно присоединиться к мнению Legueu, который в своем последнем руководстве «*Maladies de la vessie* (1912) заканчивая главу об экстирпации пузыря, говорит: „Il est possible que ce soit du côté de la résection totale de la vessie qu'il faille chercher pour améliorer les résultats du traitement chirurgical du cancer de la vessie; mais il faut avouer qu'actuellement la technique employée n'en atténue pas suffisamment la gravité“.



## Палліативное леченіе.

Палліативное леченіе остается только для случаевъ без-надежныхъ или вслѣдствіе природы опухоли, ея мѣстоположенія и распространенія или генерализаціи ея и другихъ осложненій. Цѣлю его будетъ лишь облегченіе тягостныхъ симптомовъ, зависящихъ отъ задержки мочи, кровотеченія и боли.

Изъ внутреннихъ средствъ мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи цѣлый рядъ кровоостанавливающихъ, какъ *extr. fluid. Hydrast canad.*, *ergotin*, *stypticin*, введеніе подъ кожу желатины, (*Merck's*) или нормальной лошадиной сыворотки (10—20 куб. см.). Проф. С. П. Ѳедоровъ въ случаяхъ упорныхъ кровотеченій назначаетъ *extr. fluid. Hydrast. Canad.*, *Vinimalacens* по 30,0 *Sirupi Cinnamomi* 15,0 M. D. по чайной ложкѣ каждыя два часа. *Alessandri* очень рекомендуетъ въ такихъ случаяхъ давать *extr. fluid. Hamamelis Virginicae* P. D. & C.

Въ случаяхъ обильныхъ и упорныхъ гематурій иногда удается достигнуть остановки кровотеченія введя катетеръ à demeure, который устраняетъ конгестивное состояніе пузыря. Съ этою цѣлю прибѣгаютъ и къ аспираціи сгустковъ, которая нами была описана въ главѣ, посвященной діагностикѣ. Кромѣ того, Janet примѣнялъ вливаніе концентрированныхъ растворовъ резорцина (*metadioxybenzol*  $C_6H_4(OH)_2$ ). *Forgue*—*balsam Peruvian.*, *Desnos*—метиленовую синьку.

Боли лучше всего уступаютъ подкожнымъ впрыскиваніямъ морфія и суппозиторіямъ изъ него.

Что касается примѣненія лучей *Roentgen's* и радія, то объ этомъ болѣе полно сказано въ соответствующей главѣ.

По поводу резорцина *v. Frisch* говорить: „Это средство первоначально примѣнялось для палліативнаго леченія

напилломъ пузыря, который благодаря ему должны были сморщиваться и отторгаться, но, кажется это не оправдалось“. Однако, среди нашего матеріала имѣются два случая поразительнаго дѣйствія резорцина на напилломы пузыря.

Первый случай—(сл. 33 гр. F) въ виду его интереса мы приведемъ здѣсь болѣе подробно.

Больная *Наталія Куз*—она 55 лѣтъ отъ роду поступила въ клинику проф. С. П. Ѳедорова 4 февраля 1909 года, съ жалобами на боль и рѣзъ при мочеиспусканіи, которое учащено, и на кровянистую мочу. Болѣзнь началась годъ тому назадъ, когда она замѣтила нѣкоторое расстройство при мочеиспусканіи (перерывъ минуты на 1—2), болей не было. Такъ продолжалось около 11 мѣсяцевъ. Иногда бывало, что подолгу (1—2 недѣли) расстройство не было. Мѣсяцъ тому назадъ появилась рѣзъ и боль при мочеиспусканіи, чаще въ концѣ его, чѣмъ въ началѣ. 23 января замѣтила въ первый разъ появленіе крови: въ концѣ мочеиспусканія выдѣлилось немного чистой крови. Такъ продолжалось нѣсколько дней въ концѣ каждого мочеиспусканія. Въ послѣднее время выдѣляется окрашенная кровью моча и отдѣльные кровяные сгустки, величиной съ подсолнечное сѣмя, не характерной формы. 11/II при цистоскопіи на днѣ пузыря найдена опухоль папилломатознаго характера, величиной съ крупную сливу. Оба отверстія мочеточника закрыты. Мѣстами выступаютъ рѣзко анэмичные участки. Отдѣльные отростки опухоли кровоточатъ. Слизистая гиперемирована. Больная отъ предложенной операціи отказалась, въ виду чего съ 9/II ей начали вводить въ пузырь 1% растворъ резорцина въ количествѣ 75 куб. см. Послѣ 5 вливаній открылось сильное кровотеченіе, продолжавшееся 6 дней. Примѣнялся *stypticin*, *secale cornutum*. Кровотеченіе постепенно ослабло. При слѣдующей цистоскопіи 4 III опредѣлено, что опухоль рѣзко уменьшилась. Вливаніе продолжалось все время до выписки больной, т. е. до 21 III,



при чемъ концентрація раствора постепенно была доведена до 5%. Растворъ въ 5% вызывалъ боль и жжение, поэтому остановились на 3%. 21/III установлено, что опухоль закрывавшая просвѣтъ обоихъ мочеточниковъ исчезла. На мѣстѣ ея основанія осталась небольшая грануляціонная поверхность, определяемая на 1 см. кнаружи отъ праваго мочеточника. Больная выписалась съ совѣтомъ производить вырскивания 3% раствора резорцина два раза въ недѣлю.

Черезъ 2¼ года, въ іюнѣ 1911 года пришла въ клинику съ жалобами на частыя мочеиспусканія, кровотеченія, боли при нихъ. Кровотеченія появились мѣсяца за 3 до этого времени, т. е. въ теченіе 2-хъ лѣтъ чувствовала себя хорошо и никакихъ явленій со стороны пузыря не было.

При цистоскопіи оказалась въ области отверстія праваго мочеточника, на прежнемъ мѣстѣ, папилломатозная опухоль, величиной раза въ 3 больше бывшей.

Больная вновь отказалась отъ операціи, и поэтому ей было начато вливаніе 5% резорцина по 50 куб. см. черезъ день. Послѣ 2-хъ-мѣсячнаго леченія опухоль замѣтно, раза въ 3, уменьшилась, кровотеченія и боли прекратились, самочувствіе улучшилось, появилась окраска кожныхъ покрововъ, и больная исчезла изъ-подъ наблюденія.

Другой случай относится къ офицеру І. С.—чу (сл. 25 гр. А), у котораго черезъ 2 года послѣ операціи изсѣченія папилломы *per sectionem altam* былъ обнаруженъ рецидивъ въ видѣ двухъ небольшихъ папилломъ на границѣ лѣвой боковой и задней стѣнки. Съ мая 1907 по май 1908 г. съ большими промежутками лечился вливаніями 4% резорцина въ пузырь, при чемъ папилломы совершенно исчезли, и въ настоящее время онъ совершенно здоровъ.

Послѣднимъ средствомъ палліативнаго леченія является наложеніе пузырнаго свища, который, ставя пузырь въ по-

ложеніе покоя, устраняетъ тягостные симптомы и улучшаетъ общее состояніе больныхъ.

Однако, *cystostomia* не всегда сопровождается желаемымъ результатомъ, и для производства ея требуются опредѣленные показанія.

Проф. С. П. Оедоровъ говоритъ:

„Боли не должны служить единственнымъ показаніемъ къ наложенію свища, такъ какъ могутъ зависѣть отъ разныхъ причинъ и тѣмъ болѣе, что иногда по вскрытіи пузыря опухоль начинаетъ быстро распадаться, и больной вскорѣ погибаетъ то отъ сепсиса, то отъ быстро прогрессирующей кахексіи. Если боли зависятъ отъ цистита или затрудненія въ выдѣленіи мочи, то понятно, что цистостомія можетъ принести съ собою облегченіе; если же боли вызываются присутствіемъ самой опухоли, то эта операція пользы собой не принесетъ. Очень поучительнымъ примѣромъ служатъ случаи 5 гр. Е гдѣ облегченія болѣе послѣ наложенія свища не наступило. Поэтому я не могу считать раціональнымъ наложеніе въ такихъ случаяхъ мочевого свища. И видѣлъ несравненно лучший успѣхъ отъ промываній пузыря борной водой, вливаній въ него 4% раствора антипирина (50—100 куб. сант.) и приѣмовъ наркотикъ, на первомъ планѣ морфія“.

Что касается техники наложенія свища, то оно ничѣмъ не отличается отъ производства *sectionis alta longitudinalis*, кромѣ величины разрѣза: обычно достаточно кожного разрѣза въ 5 сант.

По вскрытіи пузыря онъ прикрѣпляется къ кожѣ въ 4 пунктахъ посредствомъ шелка: 2 боковыхъ, 1 верхн. 1 нижн. въ случаѣ надобности прибавляютъ еще два боковыхъ.

Каждый боковой шовъ проникаетъ кожу, соответствующую прямую мышцу и всю толщу пузырной стѣнки. Два



шва (верхний и нижний) проходить съ одной стороны брюшной раны на другую, при чемъ нить пронизываетъ последовательно кожу, прямую мышцу, пузырную стѣнку у конца пузырной раны и съ другой стороны тѣ же слои въ обратномъ порядкѣ. Поверхъ этихъ пузырныхъ швовъ закрываютъ рану брюшной стѣнки серебряной проволокой, проходящей черезъ всю толщю стѣнки.

По наложеніи швовъ вводятъ въ пузырь резиновый дренажъ. (Albarran.)

Способъ Васильева. Чтобы получить настоящій каналъ, идущій отъ кожи къ пузырю, и достигъ держанія мочи двойнымъ мышечнымъ слоемъ, Васильевъ предложилъ отслаивать слизистую пузыря отъ мышечной, которая, соскользывая, уходитъ назадъ; тотчасъ слизистую фиксируютъ къ кожѣ. Такимъ образомъ слизистый каналъ оказывается окруженнымъ въ глубинѣ мышечной пузыря и болѣе поверхностно прямыми мышцами.

Способъ Jabulay. Чтобы получить отверстие, держащее мочу, Jabulay дѣлаетъ операцію, идя сквозь прямую мышцу. Пузырное отверстие оказывается, такимъ образомъ, окруженнымъ мышечнымъ слоемъ.

Что касается до наложенія свища со стороны промежности или vaginae, то къ этимъ путямъ прибѣгаютъ развѣ только въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ почему либо нельзя наложить надлобкового свища.

Въ заключение надо прибавить, что проф. С. П. Федоровъ предостерегаетъ при операціи cystostomia отъ вырываній и выскабливаній не только злокачественныхъ опухолей, но и доброкачественныхъ папилломъ, т. к. въ первомъ случаѣ это только ускоряетъ ростъ опухоли и смерть больныхъ, а во второмъ можетъ или тоже повести къ быстрой смерти (случ. проф. Склифасовскаго 1) или же къ скорому рецидиву (случ. проф. Боброва).

## Рентгенотерапія.

Въ дѣлѣ леченія опухолей пузыря примѣняли также и лучи Roentgen'a, въ большинствѣ случаевъ, по словамъ v. Frisch'a, дѣло шло о далеко зашедшихъ злокачественныхъ формахъ опухолей. Грау послѣ неполной экстирпаціи пузырной опухоли повидимому удалось съ помощью освѣщенія лучами Roentgen'a чрезъ надлобковую рану въ 21 сеансъ уничтожить остатокъ опухоли и достигъ гладкаго рубцеванія раны (v. Frisch). Крайне интересный по неожиданному результату леченія X—лучами случай приводитъ д-ръ Bosch (набл. 24). Въ октябрѣ 1904 г. къ нему обратился химикъ М. 54 л. отъ роду, съ жалобой на появившуюся у него за послѣдніе 15 дней гѣматурію. При цистоскопіи—сзади праваго мочеточника двѣ группы папилломъ на ножкахъ на bas—fond, величиной съ орѣхъ. Оба отверстия мочеточниковъ видимы, нормальны. 18/X 1904 г. sectio alta. Опухоль оказалась злокачественной. Въ 1906 г. вновь появилась примѣсь крови къ мочѣ, а въ 1908 къ этому присоединились спазмы пузыря послѣ мочеиспусканія. Эти спазмы были настолько сильны, что невозможно было дѣлать промываній пузыря. Въ апрѣлѣ 1908 г. при помощи различныхъ анестезирующихъ средствъ (veronal, morphium, cocainum) удалось произвести цистоскопію, при чемъ было обнаружено у отверстия мочеточника, въ верхней части, присутствіе опухоли, сидѣвшей на широкомъ основаніи величиной съ орѣхъ и папилломатозныя разрашенія вокругъ отверстия. Д-ръ Bosch предложилъ вскрыть пузырь и начать радиграфическое леченіе. 5/V 1908 г. была произведена операція. Привожу дословно описаніе ея д-ромъ Bosch'емъ „Операція представляла громадныя трудности: 1) я наметъ пузырную шейку чрезмѣрной длины и крѣпости, имѣвшей



форму очень узкой воронки; 2) эта крѣпость послѣ разрѣза до уретрального отверстия сопротивлялась всѣмъ моимъ успѣшнымъ открыть операционное поле; съ большимъ трудомъ мнѣ удалось просунуть мой указательный палецъ до задней уретры, гдѣ я ощущалъ такую же ворсинчатость, какъ и въ пузырь; 3) толщина пузырной стѣнки на уровнѣ шейки была довольно значительная. Все же мнѣ было невозможно открыть опухоли. Я воспользовался тогда ножницами Guyon'a, чтобы удалить столько опухоли, сколько было возможно, но даже прижиганіе термокаутеромъ было невозможно по причинѣ чрезмѣрной узости шейки. Сдѣлавъ это, я окончилъ операцию, оставивъ пузырь открытымъ для радиографическаго леченія, которое было произведено отъ 26 до 30 мая д-ромъ van-der-Goot въ 5 сеансовъ. Освѣщеніе взяло всего 38 минутъ. Расстояние отъ антикатада до слизистой было 25 сант. Трубки Müller'a (охлажденіе водой) 65 вольтъ, 3 ампера первичный токъ, 1 миллиамперъ вторичный токъ. Окружность была защищена свинцомъ. Пузырная область была покрыта стanniодемъ.

Сначала все шло довольно хорошо, хотя больной жаловался на боли и на спазмы пузыря; температура была немного повышена. Съ 23 іюня, почти черезъ 4 недѣли послѣ радиографическаго леченія, вдругъ наступила перемѣна. У больного началась рвота, появились разсѣянные по всему тѣлу петехіи, я замѣтилъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ даже пузырьки; моча содержитъ кровь, видъ пузыря постепенно мѣняется и, наконецъ, я увидѣлъ, что имѣю дѣло съ гангреной всего пузыря, съ зловонной мочей, сухимъ языкомъ, очень частымъ и малымъ пульсомъ. Спустя немного времени больной погибъ. Опухоль, изслѣдованная д-ромъ van Houtum оказалась злокачественной; въ большей части истинныя папилломы, въ различныхъ мѣстахъ характеръ эпитеція измѣнился по виду, сдѣлався полиморфнымъ; была найдена центральная ось, окруженная соединительной тканью, лишенная

центральныхъ сосудовъ. Среди карциноматозной ткани плоскія мышечныя волокна“.

Болѣе счастливъ при примѣненіи этого леченія былъ prof. Koch изъ Gronningen'a, сообщившій Bosch'y о своихъ трехъ случаяхъ. Въ одномъ изъ нихъ онъ получилъ хорошій результатъ. У Bosch'a мы находимъ описаніе этого случая.

„Больной былъ съ рецидивомъ папилломъ и находился въ плачевномъ состояніи. Въ рубцѣ надъ лобкомъ образовалась фистула, изъ которой торчали рецидивирующія папилломы. Слизистая пузыря также повсюду была покрыта новообразованиями. Koch вспомнилъ тогда о живительномъ дѣйствіи радиографіи въ дѣлѣ леченія бородавокъ и, руководясь своими изслѣдованіями, предположилъ, что радиографія можетъ быть полезна и при папилломахъ пузыря. Почти ежедневно онъ примѣнялъ это леченіе въ данномъ случаѣ, въ общемъ 11 разъ, каждый разъ въ теченіе  $\frac{1}{4}$  часа. Рентгеновская трубка вводилась въ пузырь, при чемъ сила тока не превышала 6 амперъ. Онъ пользовался охлаждающей трубкой Müller'a, насколько возможно мягкой. Во время леченія моча отводилась посредствомъ сифонной трубки.

Съ послѣдняго сеанса онъ увидѣлъ, что папилломы уменьшаются и затѣмъ некротизируются. Спустя около двухъ мѣсяцевъ онъ удалилъ еще 3 небольшія группы, наибольшая была величиной съ вишню. Спустя два года больной, казалось, пользовался полнымъ здоровьемъ.

Въ двухъ другихъ случаяхъ карциномы пузыря Koch отъ примѣненія этого метода леченія не получилъ никакого результата.

Другихъ указаній на примѣненія лучей Roentgen'a въ дѣлѣ леченія опухолей пузыря намъ встрѣтить въ литературѣ не удалось. Такимъ образомъ резюмируя, мы имѣемъ



- 1 сл. Gra y—излечение  
 1 сл. Bosch'a—смерть  
 3 сл. Kosc'h'a—1 излечение, 2 безъ результата

## Лечение радіемъ.

Относительно примѣненія радія имѣется въ литературѣ указаніе Paschkis'a и Tittinger'a и Minet. Въ случаѣ первыхъ двухъ авторовъ дѣло шло о саркомѣ простаты, которая не подходила для полнаго удаленія, поэтому былъ наложенъ надлобковый свищъ. Въ пузырьѣ были обнаружены многочисленные изъязвившіеся и инкрустировавшіеся узлы, изъ которыхъ одинъ величиною съ орѣхъ былъ экстирпированъ для микроскопическаго изслѣдованія. Онъ оказался веретенообразно-кѣлочковой саркомой. Посредствомъ введенія инструмента капсуля съ радіемъ была приложена прямо къ опухоли. 21 сеансъ 20 минутной продолжительности съ двухнедельными перерывами имѣли своимъ послѣдствіемъ значительное уменьшеніе опухолевыхъ массъ. На мѣстѣ первоначальной опухоли простаты, бывшей величиной больше мужского кулака, обнаруживался лишь плоскій инфильтратъ. Цистоскопическое изслѣдованіе показало, что „выступающія на пузырьной шейкѣ опухоли такого же рода, что и при циститѣ (Prostatocystitis)“. Моча не содержала крови, слегка мутна, промежутки между мочеиспусканіями 3—4 часа.

На 3 съѣздѣ нѣмецкаго Урологическаго Общества въ сентябрѣ 1911 д-ръ Paschkis сообщилъ о дальнѣйшей судьбѣ этого интереснаго случая. Въ юніѣ 1910 г. свищъ былъ закрытъ, больной чувствовалъ себя хорошо. Весной 1911 г. появились дизурическія явленія, не оказывавшія никакого вліянія на общее состояніе. Промежутки между моче-

испусканіями сдѣлались короче, появились снова колющія боли при ходбѣ, при мочеиспусканіи, дефекаціи, локализовавшіяся въ glans penis, rectum и промежности. Наступившія кровотеченія еще болѣе укрѣпили возникшее подозрѣніе рецидива. 17 мая 1911 г. было начато леченіе радіемъ. Инструментъ вводился per urethram. Въ виду сильной болезненности, которую причиняло это введеніе больному, была сдѣлана cystostomia 17 іюля 1911 г. При операціи къ большому изумленію хирурговъ на днѣ пузыря нашли большой твердый камень (фосфатъ), весь пузырь былъ сильно воспаленъ, orificium internum было на видъ совершенно нормально и конфигурировано какъ у молодыхъ субъектовъ. Изъ окружности его была сдѣлана возможно глубокая пробная эксцизія для цѣлей гистологическаго изслѣдованія. Рана была закрыта, но оставленъ свищъ. Больной получилъ послѣ этого сеансы леченія радіемъ, всего общей продолжительностью 25 часовъ. Въ концѣ іюля, послѣ примѣненія sonde à demeure на нѣсколько дней, свищъ закрылся. Съ тѣхъ поръ состояніе больного прекрасное, къ сентябрю онъ прибавился въ вѣсѣ на 6 kgr., никакихъ затрудненій мочеиспусканія, которое наступаетъ черезъ 4—5 часовъ днемъ и 1—2 раза ночью, моча мутновата, но крови не содержитъ. Значительный перипростатическій (воспалительный?) инфильтратъ, который имѣлся послѣ первой операціи и былъ прощупываемъ передъ второй, въ настоящее время совершенно исчезъ. Гистологическое изслѣдованіе изсѣченнаго кусочка дало слѣдующее: нигдѣ не видно ни слѣда ткани предстательной железы. Слизистая оболочка вездѣ представляетъ сильное воспаленіе, эпителий мѣстами эпидермизированъ, на нѣкоторыхъ срубѣяхъ виденъ выраженный cystitis glandularis. Строма имѣетъ характеръ грануляціонной ткани, нѣкоторыя части являются рубцовыми, соединительнотканными съ кругло-кѣлочковой инфильтраціей. Нигдѣ не замѣтно ни слѣда опухоли. Такимъ



образомъ, спустя болѣе  $2\frac{1}{2}$  лѣтъ послѣ первой операціи можно было констатировать полное излеченіе.

Кромѣ этого случая д-ръ Paschkis сообщилъ еще о 5 случаяхъ, гдѣ имъ было примѣнено леченіе радіемъ, но всѣ они имѣли не заслуживающій упоминанія результатъ или же остались вовсе безъ результата (Alle Fälle keinen oder keinen nennenswerten Erfolg der Radiumbehandlung erkennen lassen). Несмотря на это Paschkis совѣтуетъ примѣнять это леченіе въ слѣдующихъ случаяхъ: при неоперабельныхъ злокачественныхъ опухоляхъ пузыря и простаты; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при операціи будетъ доказана злокачественность опухоли или гдѣ операція была предпринята или въ видѣ паллиативной мѣры или жизненнаго показанія—въ этихъ случаяхъ вполне подходитъ слѣдующее леченіе (Nachbehandlung) радіемъ; въ случаяхъ рецидивирующихъ папилломъ или папилломатоза пузыря. Это леченіе можно проводить или чрезъ существующій свищъ или же подъ контролемъ зрѣнія при помощи особаго цистоскопа, къ концу котораго привинчивается капсула съ радіемъ. D-r Minet на XIII съѣздѣ Association Française d'Urologie (1910 г.) сообщилъ свои 4 случая, достаточно долго прослѣженные для того, чтобы быть опубликованными. Одинъ случай сопровождался значительнымъ успѣхомъ.

Больная С. страдала нѣсколько мѣсяцевъ болями въ пузырь; цистоскопическое изслѣдованіе обнаружило кампаноподобныя разраженія въ области trigoni. Въ виду ухудшающагося положенія 12 февраля 1908 года была произведена cystostomia. На плотномъ основаніи непосредственно зади отъ пузырной шейки сидѣло нѣсколько сосочковыхъ разраженій, пикрустированныхъ, безъ слѣда образованія ножки. Д-ръ Minet ограничился выскабливаніемъ ихъ и въ виду тяжести общаго состоянія (піэло-нефритъ, значительная слабость) пошелъ пузырь къ кожѣ. Изслѣдованіе опухолей въ некро-

тизированной части показало, что здѣсь дѣло шло о злокачественныхъ эпителиальныхъ продуктахъ, безъ всякаго возможнаго смѣшенія ни съ папилломами, ни съ воспалительными разраженіями. Послѣдствія этой операціи оказались блестящими: боли и кровотеченія исчезли, моча просвѣтлѣла или, по крайней мѣрѣ, гной показывался въ ней съ перерывами, общее состояніе улучшилось: больная могла свободно ходить въ теченіе лѣта 1908 года, нося катетръ Pezzer'a. Въ январѣ 1909 г. общее состояніе было довольно хорошее, но емкость пузыря весьма уменьшилась, пузырные боли наступали тотчасъ же, какъ только катетръ засорялся, промыванія могли быть совершаемы только вливаніемъ 15 gram, боли были особенно сильны, когда нѣсколько капель мочи проходили чрезъ уретру, которая была абсолютно непроходима по содѣйствію съ пузырной шейкой. Леченіе радіемъ продолжалось два мѣсяца (съ января по мартъ 1909 г.) и было производимо чрезъ надлобковый свищъ. Пузырь, сначала весьма чувствительный, переносилъ это инородное тѣло только въ теченіе 10 минутъ, затѣмъ 20, 30, несмотря на то, что небольшой катетръ дренировалъ пузырь во время сеанса также чрезъ этотъ же свищъ. Позднѣе, продолжительность сеансовъ могла быть увеличена и къ концу леченія достигла 2-хъ часовъ, при чемъ казалось, что это весьма мало влияетъ на чувствительность пузыря. По причинѣ болей при введеніи инструмента чрезъ надлобковый свищъ больная подвергалась леченію только каждыя два дня. Мало-по-малу стали обнаруживаться другіе симптомы: емкость пузыря значительно увеличилась, съ теченіемъ времени боли при прохожденіи мочи чрезъ уретру прогрессивно уменьшались. Леченіе было прекращено 11 марта, послѣ 25 часовъ воздѣйствія радія, послѣ чего катетръ былъ вынутъ и вскорѣ свищъ совершенно закрылся.



На слѣдующій мѣсяцъ было констатировано увеличеніе полости пузыря, полная безболѣзненность мочеиспусканія, возможность катетеризаціи безъ острыхъ болей. Последнее обстоятельство было весьма важнымъ, такъ какъ прохожденію зонда противодѣйствовало ни рефлекторное сокращеніе сфинктера, ни слишкомъ острая боль, но механическое препятствіе, которое окружало зондъ и, въ концѣ концовъ, совершенно его останавливало: здѣсь, слѣдовательно, имѣлась модификація анатомическаго строенія тканей вблизи пузырярной стѣнки. Въ настоящее время больная мочится только каждыя 3—4 часа, безъ боли и вернулась къ своимъ занятіямъ, оставленнымъ ею болѣе 12 лѣтъ.

Въ трехъ другихъ случаяхъ Minet получилъ весьма слабый эффектъ или никакого.

Такимъ образомъ, мы въ настоящее время располагаемъ крайне незначительнымъ числомъ случаевъ подобнаго рода, опубликованныхъ въ литературѣ:

Paschkis и Tittinger	1 сл. съ блестящимъ успѣхомъ.
Paschkis . . . . .	5 сл. безъ результата.
Minet . . . . .	4 сл. 1 съ блестящимъ успѣхомъ, 3 съ нѣкоторымъ улучшеніемъ.

Итого 10 сл.

Поэтому нельзя вполнѣ не согласиться съ Minet, который говоритъ, что радіумъ-терапия пузырныхъ опухолей находится въ періодѣ изученія, что существующія наблюденія, несмотря на привлекательность новизны, имѣютъ значеніе только изолированныхъ фактовъ, и что необходимо установить принципы техники и показанія къ этому методу. „Будущее“, заключаетъ онъ, „освѣтитъ намъ его значеніе, пока еще темное, несмотря на нѣкоторые счастливые случаи“.

## Самопроизвольное излеченіе.

Наше изложеніе было бы не полнымъ, если бы обошли молчаніемъ встрѣчающіеся въ литературѣ, правда весьма немногочисленные, казуистическіе случаи такъ называемаго самопроизвольнаго излеченія опухолей мочевого пузыря. Въ 1879 г. Brennecke сообщилъ очень интересный случай такого самоизлеченія опухоли у беременной:

„Больная 34 л. беременная на 6 мѣс. До настоящаго заболѣванія всегда была здорова. 3 недѣли назадъ появился катарръ мочевого пузыря, при чемъ временами внезапно наступали остановки въ мочеиспусканіи. Авторъ былъ позванъ къ больной, когда она уже въ теченіе 20 часовъ страдала жестокими, напоминавшими родовыя, болями. Въ первый моментъ Brennecke заподозрѣлъ наступленіе преждевременныхъ родовъ, но изслѣдованіе половыхъ органовъ дало отрицательный результатъ. Рѣшивъ, что боли вызваны катарромъ мочевого пузыря, онъ больную не катетеризировалъ. Опіи внутрь въ большихъ дозахъ и тепло снаружи не принесли облегченія. Черезъ 15 часовъ, при продолжавшихся сильныхъ боляхъ черезъ мочеиспускательный каналъ изъ мочевого пузыря была вытолкнута опухоль, величиною съ почку поворожденнаго. Съ этого момента боли сразу прекратились. Беременность не нарушилась, и больная въ срокъ родила живого ребенка. Черезъ 3 года авторъ видѣлъ эту больную здоровой. Опухоль оказалась fibromухом'ой. Brennecke высказываетъ предположеніе, что опухоль оторвалась вслѣдствіе перекручиванія ножки; къ этому послѣдовательно присоединился катарръ мочевого пузыря и, наконецъ, опухоль подъ вліяніемъ сокращеній мочевого пузыря была вытолкнута чрезъ мочеиспускательный каналъ, совершенно аналогично тому, какъ матка освобождается отъ плода“.



Д-ръ Зыковъ приводитъ такой случай: Больной 50 л. Поступилъ въ клинику 3/у 1888 г. Изъ здоровой семьи; раньше ничѣмъ не хворалъ, но ужъ нѣсколько лѣтъ замѣчалъ расстройство при мочеиспусканіи. 2 года назадъ моча имѣла кровавую окраску; въ продолженіе послѣднихъ 3-хъ недѣль часто мочится чистою кровью. Раньше мочеиспусканіе было рѣдко и болѣзненно, теперь сильные позывы. Болей при ходѣбѣ и вѣдѣ нѣтъ. Стулъ правильный. Небольшого роста, малокровный. Во внутреннихъ органахъ ничего необычнаго. Моча свѣтлая, кислой реакціи, содержитъ много фосфатовъ, бѣлка нѣтъ, подъ микроскопомъ въ ней красныя кровяныя тѣльца.—Послѣ промыванія пузыря и изслѣдованія его щупомъ и катетромъ съ широкимъ окномъ ничего необычнаго не найдено. Спусти 1 день при больномъ кровотеченіи вышла papilloma съ горошиною. По собственному желанію 6/у отпущенъ домой съ порученіемъ показаться черезъ 3 мѣсяца.

Чрезвычайно интересный случай массивной опухоли пузыря, повидимому, саркомы, съ сильной инфильтраціей окружающихъ частей, спайками съ кишками и многочисленными метастазами въ брюшную стѣнку, сообщилъ въ 1896 г. Schuchard. Онъ предпринялъ лапаротомію, но по вскрытіи брюшной полости прекратилъ операцію въ виду безнадежности случая. Въ дальѣйшемъ теченіи изъ брюшной раны развилось обширное нагноеніе съ септической лихорадкой, которое держалось 3 недѣли и требовало ежедневной смѣны повязки. Нагноеніе прекратилось вдругъ, и тогда больной сталъ поразительнымъ образомъ поправляться, быстро прибывать въ вѣсѣ, бывшая до того почти сплошь гнойная моча стала прозрачною и свободной отъ бѣлка и, наконецъ, послѣ 6 мѣсячнаго пребыванія въ больницѣ больной могъ быть выписанъ совершенно здоровымъ. До сего дня больной здоровъ и работоспособенъ. Выдѣланный изъ брюшной раны гной къ несчастью, не былъ подвергнутъ бактериологическому изслѣдованію, но розистаго

воспаленія, послѣ котораго описано большинство излеченій саркомъ, у больного не было. Авторъ указываетъ, что больные, продѣлавшіе счастливо тяжелую хирургическую инфекцію, въ стадіи выздоровленія очень быстро прибываютъ въ вѣсѣ и, какъ въ данномъ случаѣ, приобретаютъ своеобразную, въ высшей степени характерную розоватую окраску лица.

Albarran также говоритъ, что бываютъ рѣдкіе припѣры полиповъ пузыря, самопроизвольно выдѣлывшихся во время мочеиспусканія, слѣдствіемъ чего является прекращеніе симптомовъ.

Такъ онъ приводитъ случай проф. Reverdin'a, не опубликованный послѣднимъ, гдѣ дѣло шло объ одномъ больномъ, который 9 лѣтъ тому назадъ въ теченіе одного мѣсяца имѣлъ 3 небольшихъ гѣматурій. Послѣ послѣдней гѣматуріи у больного вышла небольшая ворсинчатая масса 2 см. длины, которая представляла при разсматриваніи какъ невооруженнымъ глазомъ, такъ и подъ микроскопомъ, всѣ характерныя качества простой папилломы. Послѣ этого въ теченіе 9 послѣднихъ лѣтъ, больной всегда пользовался совершеннымъ здоровьемъ, и гѣматуріи больше не возобновлялись. Ultzmann приводитъ также 3 случая, гдѣ у больныхъ выдѣленіе кусковъ пузырянаго полипа совпало съ исчезновеніемъ всѣхъ пузырныхъ явленій. Эти больные пользовались хорошимъ здоровьемъ спустя 1 годъ, 2 и 7 лѣтъ послѣ самопроизвольнаго выдѣленія ихъ новообразованія.

V. Blum сообщаетъ такой случай, относящійся къ 1906 г.: „Больной Pospischil, 50 лѣтъ, обратился въ нашу амбулаторію съ жалобой на періодически наступающія кровотечения изъ мочевыхъ путей, которыми онъ страдаетъ уже много лѣтъ. Во время послѣднихъ двухъ кровотеченій, за три мѣсяца и за нѣсколько недѣль передъ тѣмъ, у него вмѣстѣ съ мочей отошелъ кусокъ ткани, величиной съ вишню, который онъ положилъ въ баночку съ концентрированнымъ алко-



големъ и принесть съ собой. Съ тѣхъ поръ кровотеченій больше не наступало. Гистологическое изслѣдованіе ткани обнаружило типичную папиллому. Цистоскопія обнаружила въ пузырь овалный, большой, плоскій, желтый, бородавчатый камень и намъ показалось, что подъ камнемъ на днѣ пузыря еще находятся остатки папилломъ.

Послѣ надлобкового сѣченія пузыря камень былъ извлеченъ и подъ нимъ обнаружилась величиной съ heller, едва выдающаяся на уровнѣ остальной слизистой оболочки гладкая поверхность, которая была очерчена и экстирпирована.

Микроскопическое изслѣдованіе этого куска ткани показало, что оно должно съ увѣренностью быть разсматриваемо какъ широкая ножна отторгнувшейся папилломы. Внутри камня, которой былъ распиленъ по его длинной оси, не обнаружилось никакихъ составныхъ частей опухоли.

Ясно, что здѣсь камень механически оторвалъ стебель папилломы, вслѣдствіе чего и наступило самопроизвольное излеченіе“.

Mankiewicz сообщаетъ также одинъ своеобразный случай самопроизвольнаго отторженія двухъ (!) пузырьныхъ опухолей. У одного больного, страдавшаго гематуріей онъ констатировалъ одну большую и одну меньшую папиллому слѣва у мочеоточника. Спустя два года больной вновь обратился къ нему по поводу другого страданія, и при цистоскопическомъ изслѣдованіи опухоли не были найдены.

Такимъ образомъ, случаи самопроизвольнаго излеченія опухолей мочевого пузыря, встрѣченные нами въ литературѣ, немногочисленны:

Brenneske . . .	1 сл.	Ultzmann . . .	3 сл.
Зыковъ . . . .	1 сл.	Blum . . . . .	1 сл.
Schuchardt . .	1 сл.	Mankiewicz . .	1 сл.
Reverdin . . .	1 сл.	Итого . . . .	9 сл.

Кромѣ того, Nitze упоминаетъ о своемъ единственно вѣрно наблюденномъ случаѣ (der einzig sicher beobachtete Fall von relativer Natur Heilung) сообщенномъ имъ въ его Kystophotographischer Atlas.

Нельзя поэтому не согласиться съ Nitze и Blum'омъ, утверждающими, что случаи самопроизвольнаго излеченія представляютъ величайшую рѣдкость. Albaran же относительно возможности подобныхъ случаевъ высказывается болѣе, чѣмъ скептически. „Всѣ эти наблюденія“, говоритъ онъ, „прекрасно показываютъ, что выдѣленіе куска новообразованія можетъ совпасть съ прекращеніемъ симптомовъ, но все же можетъ остаться нѣкоторое сомнѣніе въ окончательномъ излеченіи; дѣйствительно, извѣстно, что промежутки, разделяющіе днѣ гематуріи, могутъ доходить до нѣсколькихъ лѣтъ, и я самъ наблюдалъ случаи, гдѣ такой промежутокъ (intervalle inter-hématurique) былъ въ 11 и въ 28 лѣтъ. Мы не можемъ, т. обр. утверждать самопроизвольнаго излеченія (guérison spontanée) вслѣдствіе отхожденія извѣстныхъ полиповъ изъ пузыря. Я смѣю добавить, что это излеченіе, хотя еще и не доказанное, легко можно понять только тогда, когда дѣло идетъ о небольшихъ полипахъ, сидящихъ на прямой ножкѣ“.

## ВЫВОДЫ.

На основаніи изученія литературы даннаго вопроса и анализа случаевъ, опубликованныхъ отечественными и иностранными авторами, а также матеріала клиники проф. С. П. Оедорова я считаю возможнымъ придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Наибольшее число опухолей мочевого пузыря представляютъ опухоли эпителиальнаго происхожденія, папиллома



и ракъ, при чемъ возможность перехода одной формы въ другую въ настоящее время можетъ считаться вполне доказанной, особенно благодаря изслѣдованіямъ Zuckerkandl'a и Lichtenstern'a.

2) Папиллома, являющаяся по своему гистологическому строенію опухолью доброкачественной, по клиническому теченію должна быть отнесена къ опухолямъ злокачественнымъ въ виду обуславливаемыхъ ею кровотеченій, частоты рецидивовъ, наступающихъ послѣ ея удаленія, наклонности къ диссеминаціи и имплантаци и возможности перехода въ ракъ.

3) Лечение опухолей мочевого пузыря должно состоять въ ихъ удаленіи посредствомъ операціи, которая, смотря по отношенію опухоли къ пузырной стѣнкѣ, можетъ заключаться или въ исцѣпленіи опухоли съ ея основаніемъ изъ слизистой и подслизистой пузыря, или въ частичной резекціи стѣнки пузыря, иногда весьма обширнаго (до  $\frac{2}{3}$ ) ея участка, или, наконецъ, въ удаленіи всего мочевого пузыря, пораженнаго новообразованіемъ.

4) Наилучшимъ способомъ достиженія опухоли, расположенной внутри пузыря, притомъ способомъ дающимъ достаточно простора для самыхъ сложныхъ манипуляцій въ немъ, слѣдуетъ признать *sectio alta* съ продольнымъ разрывомъ брюшной стѣнки, какъ не ведущимъ въслѣдствіи къ образованію грыжи и не дающимъ свищей.

5) Трансперитонеальная цистотомія, особенно рекомендуемая американскими хирургами для удаленія опухолей, не представляя преимуществъ передъ вышеописаннымъ способомъ, является гораздо болѣе опасной операціей и показана лишь при резекціи задней, покрытой брюшиной, стѣнки пузыря.

6) Для предотвращенія рецидивовъ папилломъ послѣ исцѣпленія опухоли рекомендуется протирать слизистую пузыря растворомъ резорцина.

7) Вопросъ о наиболѣе достигающемъ цѣли способѣ уда-

ленія опухолей мочевого пузыря еще далеко не рѣшенъ, такъ какъ при всѣхъ способахъ оперативнаго вмѣшательства наступаютъ рецидивы: при простой эксцизиіи опухолей на точно простѣженномъ матеріалѣ и при частичной резекціи пузыря % рецидивовъ доходить до 50.

8) Тотальная экстирпація мочевого пузыря, представляя сама по себѣ технически не трудную операцію, безъ сомнѣнія получить широкое примѣненіе лишь тогда, когда удастся разрѣшить трудный вопросъ объ отведеніи мочи и созданіи для нея новаго резервуара, безопаснаго въ смыслѣ восходящей инфекціи почекъ.

9) Тотальная экстирпація пузыря должна производиться въ два этапа.

10) Эндоведикальные операціи по статистикѣ Nitze, даютъ меньшій по сравненію съ *sectio alta* % рецидивовъ (13,3%). Однако, этотъ фактъ требуетъ дальнѣйшей проверки, такъ какъ кромѣ этой статистики, другихъ, основанныхъ на большемъ числѣ случаевъ, достаточно долго и точно проверенныхъ, въ литературѣ не имѣется.

11) За эндоведикальнымъ методомъ должно признать значеніе вспомогательнаго метода лечения.

12) Методы лечения опухолей мочевого пузыря фульгураціей, лучами Roentgen'a и радіемъ находятся еще въ стадіи изученія. На основаніи немногочисленныхъ случаевъ, гдѣ были примѣнены эти методы, пока невозможно дѣлать какихъ-либо выводовъ.

Заканчивая настоящую работу считаю своей нравственной обязанностью выразить свою горячую благодарность глубокоуважаемому профессору Сергію Петровичу Федорову какъ за предоставленіе мнѣ въ высшей степени интересной темы и всѣ цѣнные указанія при выполненіи настоящей работы, такъ и за первоначальное клиническое образованіе, полученное мною въ его клиникѣ.

Сердечно благодарю глубокоуважаемаго профессора Нико-



лая Александровича Вельяминова за любезное согласие быть цензором настоящей работы.

Многоуважаемого Владимира Николаевича Деревенко прошу принять мою благодарность за все его советы и помощь при выполнении данной работы, равно как и за согласие быть ее цензором.

Многоуважаемых товарищей Николая Федоровича Лехнева, Владимира Антоновича Гораша и Дмитрия Петровича Кузнецкого, сердечно благодарю как за предоставление мне их клинического и литературного материала, так и за их чисто товарищеское ко мне отношение и всегдашнюю готовность помочь мне своим авторитетным советом.

Ассистента клиники многоуважаемого Василия Ивановича Добротворского сердечно благодарю за предоставление мне возможности воспользоваться для работы архивным материалом клиники.

Большое спасибо приват-доцентам Академии Виктору Николаевичу Шевкуненко, Александру Александровичу Опокину, Павлу Софроновичу Иконникову и всем товарищам по клинике, как бывшим, так и настоящим, проявившим интерес к моей работе и не отказывавшим мне в своей помощи и ценных советах.

Не могу не высказать также своей глубокой благодарности библиотечарю Академии многоуважаемому Алексею Раимондовичу Войнич-Сяноженскому, и его помощникам облегчившим мне своим предупредительным и любезным отношением тяжелый труд собирания литературы.

#### ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ.

1. Adenot, Pneumatose vésicale dans un cas de tumeur de la vessie. Arch. provinc. de chir. 1905.
2. Albarran. Les tumeurs de la vessie. Paris. 1892 r.
3. Albarran. IX-e Sess. de l'assoc. fr. d'Urologie p. 178. 197. 204. 221. Indications opérat. dans les tumeurs de la vessie ibidem p. 182.
4. Alessandri, R. Contributo all' istologia, diagnosi e cura dei tumori della vescica urinaria. Il Policlinico 1905. Vol. XIII.
5. Casistica di tumori vescicali. Il Policlinico 1906. Bollettino della R. Accademia Medica di Roma. Anno XXXII.
6. Bachrach, Ueber Teleangiectasien der Harnblase. Fol. urol. 4. 1909.
7. Bayer, R. Ein schleimbildendes Zystadenom der Harnblase. Virch. Arch. 196. 1909.
8. Bazy, Tumeur de la vessie chez une femme de 79 ans; hématuries abondantes et menaçantes. Extirpation; guérison opératoire. Indications opératoires dans les tumeurs de la vessie. Rév. intern. de méd. et de chir. 1907. (Ref. Ann. de méd. des org. gén.-urin. 2. 1907).
9. Beer, E. Die Behandlung der gutartigen Geschwülste der Harnblase mittelst Röntgenstrahlen. Zentrabl. f. Chir. 1910. XXXVII 1116—1117.
10. Bensa. Tumeur de la vessie à symptomatologie rénale. Rév. prat. des mal. d. org. gén. urin. 5. 1908.
11. Berge, A. A. Radical treatment of Carcinoma of the bladder. Ann. of Surgery. 1908.
12. Berg, G., Blasentumoren. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Urol. Kongr. Berlin 1909 s. 502.
13. Binney, H., Diagnosis of tumor of the bladder. Yale Med. Journ. 1908.
14. Binney, H. Present status of intravesical operations for tumors of the bladder Boston Med. a Surg. Journ. 1911 CLXIV 226—228 (Discussion 233—236).
15. Blanc, Myxosarcome de la vessie. Guérison après opération. Soc. de méd. de Bordeaux. 1904.
16. Block, J. und F. Hael, A case of dermoid of the female urinary bladder. Amer. Journ. M. Sc. Philadelphia u New-York. 1905.
17. Blum, V., Ein neues einfaches Instrumentarium für endovesikale operationen. Wien, klin. Wochenschr. 1908 Nr. 28.



18. Blum, V. Zur Pathologie und Therapie der Blasen-tumoren. Ein neues intravesikales Operations-Verfahren. Zeitschr. f. Urol. 1909. Bd. III. Heft. 2.
19. Blum, V. Das Myofibrom der Harnblase. Fol. urol. 5. 1910.
20. Boddaert, E. Un cas de cancer de la vessie. Bull. Soc. de méd. de Gand. 1904.
21. Böhme, F. Zur Technik der intravesikalen Operation von Blasen-tumoren. Zeitschr. f. Urol. 1909.
22. Бородюбовъ. Частичное и полное изъятие пузыря. Мед. Обзор. 1906. LXV. 514—524.
23. Borelius, Eine neue Modifikation der Maydschen Operations-methode bei Blasenektomie. Zentrabl. f. Chir. 1901.
24. Borst. Die Lehre von den Geschwülsten.
25. Bosch, C. P. C. Sur le traitement des tumeurs vésicales. (Expériences personnelles). Ann. de la Soc. belge d'Urol. 1901.
26. Buerger. Traitement des papillomes de la vessie par la fulguration. N. York. medic. Journal. Vol. XCII p. 854.
27. Bransford Lewis. Die Bransford-Lewis'schen Kystoskopie. Zeitschr. f. Urol. 1910.
28. Brennecke. Centralblatt f. Gynaecologie 1879 стр. 177.
29. Brongersma, H. Ueber zwei Fälle von Zysten der Harnblase. Zeitschr. f. Urol. 1908.
30. Bridaux Contribution à l'étude de l'adenome de la vessie. Thèse de Lyon 1898.
31. Brown, B. H. Primary carcinoma of urinary bladder. Amer. Journ. of Med. Sciences. 1907.
32. Brown, B. H. A study of the cases of primare carcinoma of the urinary bladder. The Chicago Path. Soc. 1907—1908.
33. Bruni. Carcinoma diffuso della vescica con aderenza all'intestino resectione intestinale, cistectomia. Congr. internat. de med. 1909. Budapest 1910 Sect. XIV 289—291.
34. Буйко. Опухоли мочевого пузыря. Врачъ 1891 стр. 551.
35. Cabot, H. Value of palliative operations for cancer of the bladder. Amer. Journ. of Urol. 1907.
36. „ Diagnosis of tumours of the bladder. New York Med. Journ. 1907.
37. „ A. F. Surgical treatment of cancer of the bladder. Boston Med. and Surg. Journ. 1909.
38. Casper, L. Zur Therapie der Blasengeschwülste Med. klin. 1905.
39. „ Die Recidive der Harnblasenpapillome Berl. klin. Wochenschr. 1908. n° 6. s. 303.
40. „ Blasen-tumoren. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Urol. 2. 1909 s. 411. Zur Therapie Harnblasengeschwülste. Med. klin. 1911 s. 178.
41. Casanelli, R. Sopra un caso di voluminoso linfangioma cistico congenito della vescica urinaria e considerazioni sull'istogenesi del linfangioma in generale. Clin. Chir. Milano 1909.
42. „ Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'adénome vésical. Ann. des mal. des org. gen. urin. 1. 1908.
43. „ Contributo allo studio dell'epithelioma epidermoidale della vescica con speciale riguardo alla questione dell'chorion-epithelioma vesicale. Fol. urol. 3. 1909.

44. Cathelin, F. Nouveau cystoscopie à vision directe avec Lampe renversée, verticale. IX Cong. del'Ass. fr. d'Urol. Paris. 1905.
45. „ Doit-on opérer toutes les tumeurs de la vessie? Med. prat. Paris 1907.
46. „ Extraction d'un polype géant de la vessie, considérations sur le traitement des polypes en particulier. Ann. des mal. des org. gen.-urin. 1908. Vol. II n° 22. Peq. Zeitschr. f. urologie Bd. VII H. III. 1909. s. 290.
47. „ Les conditions d'interventions dans les tumeurs de la vessie. Paris chir. 1909 (Ref. Ann. des mal. des org. gen. urin. 1909).
48. „ Les conditions d'interventions dans les tumeurs de la vessie. Soc. de chir. de Paris 1909. 19. Fevr. Mit Diskussion. Pasteau, Nogues, Genouille, Baudouin, Arnould.
49. „ Réflexion cliniques et opératoires sur 37 cas de cancérose de l'appareil urinaire. Fol. urol. 1910.
50. Chassia Munwes. Zur Statistik u. Kasuistik der Blasensarcome. Zeitschr. f. Urol. 1910 p. 887.
51. Cholmeley, W. F. Partial resection of the bladder for epithelioma. Brit. Med. Journ. 1909.
52. Chworostanski, Neubildungen der Harnblase. Monatsber. f. Urol. 1905.
53. Clado. Traité des tumeurs de la vessie. Paris. 1895.
54. Colley. Ueber breitbasige Zottenpolypen in der menschlichen Harnblase und deren Uebergang in maligne Neubildung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1894 Bd. XXXIX s. 525.
55. Cumston, C. G. The diagnosis of papilloma of the bladder. New-York Med. Journ. 1905.
56. Cunnig, J. Case of villous papilloma of the bladder with symptoms referred to the hip-joint. Med. Press and Circ. London. 1906.
57. Cwybel, B. Das Sarkom der Blase. Inaug.—Diss. Breslau 1908.
58. Dalla Vedova, Sarkome der Blase. II Policlinico. 1909.
59. Daspres, J. E. Kyste hydatide pédiculé de la vessie. Revue de chir. 1909.
60. Davis, L. Primary tumors of the urinary bladder. Ann. of Surg. 1906. apr. 556.
61. „ Die Kystoskopie bei Tumoren des Harnapparates. Boston Med. Journ. 1909.
62. Dolore, Cancer de la vessie développé autour de l'orifice urétero-vésical droit; cystectomie partielle. Lyon chir. 1. 1909.
63. Delbet. Suture de la vessie par décollement et rébrusement de la muqueuse Gazette des hôpitaux 1908 n. 20.
64. Depage. Urétero-colostomie bilatérale pour cancer inopérable de la vessie, guérison. Ann. de la Soc. belge de Chir. 1904.
65. „ und Mayer, Ueber Ureteren und Blasenresektionen bei ausgedehnten Uterus karzinom. Arch. f. klin. Chir. 74. 1904.
66. Дерюжинский, С. Ф. Хирургия 1903 августъ, стр. 152. Хирургия 1904 июль, стр. 43. Хирургия 1905 май, стр. 358.
67. Деревенко, В. Н. Къ вопросу о папилярныхъ (фибро-эпителиальныхъ) новообразованияхъ лоханки и мочеточника. Русск. Хир. Архивъ 1908 стр. 641.
68. Desnos, Traitement endovésical des tumeurs de la vessie. XIII Sess. de l'assoc. franc. d'Urol. Paris. 1909.
69. „ et Minet. Traité des maladies des voies urinaires. Paris. 1909.



70. Desnos, Fragmentation et expulsion spontanées des tumeurs de la vessie. Assoc. fr. d'Urologie 1897 Octobre.
71. J. Doré et Jack Mock. Contribution à l'étude des opérations endovésicales dans les tumeurs de la vessie. Annales des mal. des org. gén.-urin. 1911 №№ 12, 13 et 14.
72. Diskussion Zum Thema Blasen Tumoren auf dem 2 Kongr. der deutsch. Gesellsch. f. Urologie. Berlin 1909 (Th Cohn, Asch. Kapsammer, Verhoogen, Brongersma, Fedoroff, Bockenheimer, Frank, F. Shau B, Lohnstein, Born. Luys, Ringlet, Bosenstein, Blum. Lichtenstern. Berg, Baer, A. Lewin, Roving, Böhme, A. Hock. Pielicke, Bachrach, Casper, Zuckerkandl.).
73. Discussion XIII-e Congr. de l'assoc. franc. d'urolog. Paris 1909. (Le Fur, Minet, Hogge).
74. Djewitzki. Chorionepitheliom der Harnblase. Virchows Arch. 1905. 178.
75. Dufour. Papillome de la vessie. Journ. méd. de Bruxelles 1897 n° 4.
76. Duhot. Tumeurs de la vessie à implantation urétrale. Ann. de mal. de org. gén. urin. 1. 1907.
77. " Cancer de la vessie; cystectomie partielle. Soc. belge d'urolog. (Ref. Ann. des mal. des org. gén. urin. 1910).
78. Dominici Leonardo. Rassegna critica dei lavori sulla chirurgia delle vie urinarie pubblicati in Italia nel 1908. Pol. urol. 1909 Bd. IV n° 2.
79. Ebersberger. Blasenkarzinom mit Metastasenbildung bei einer achtjährigen Stute. Wochenschr. f. Tierheilk. 1905.
80. Edwards, F. S. Case of papilloma of the bladder removed by suprapubic cystotomy. Med. Press and Circ. London. 1905.
81. Eiselsberg. Fall von Karzinom der Schleimhaut einer Blasenektomie. Wien. klin. Wochenschr. 1906.
82. Erdmann and J. Mc. Carthy. Americ. Journ. of Obstetr. and diseases of Women and Children. Vol. LXII n° 5 november 1910.
83. Проф. С. П. Федоровъ. Ueber einen Fall von Cystenartiger Erweiterung eines kزازorischen Ureters. Zeitsch. f. Urol. 1910, s. 561.
84. Проф. С. П. Федоровъ. Объ оперативныхъ вмешательствахъ при опухоляхъ въ мочевомъ пузырь. Русск. Хир. Архивъ 1903 т. 5.
85. Fenwick. The value of bilateral ureterostomy. Brit. Med. Journ. 1908.
86. " Large resections of the bladder II Cong. de l'ass. inter. d'urolog. 1911.
87. Ferri. Papilloma della vescica operata col cistoscopia di Nitze. Società italiana d'urologia. Roma. Peff. Jahresber. f. Chir. 1910. 1116.
88. Ferron, J. und P. Nadal. Neoplasme de la vessie, généralisation hépatique presque exclusive. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1910.
89. Fengler Hugo. Die Tumoren der Harnblase. Breslau. 1903. Inaug.—Diss.
90. Finckh. Zur nachbehandlung der suprapubischen Cystotomie Beiträge z. klin. Chir. Bd. 59. H. I.
91. Fischer. M. Die Geschwülste der Harnblase. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1906.
92. " W. Über ein Osteoidchondrosarkom der Harnblase mit Metastasen. Arb. a. d. Geb. d. path.-anatom. Inst. zu Tübingen. Leipzig. 1908.

93. Foges. A. Ein Fall von Blasenektomie und Spaltbecken. Vierteljahrsh. f. prakt. Heilk. 20. 1899. (Verfahren der Bildung eines Harnreservoirs nach Gersuny).
94. Fortin. In der Vagina perforiertes Blasenkarzinom. Blasensteine. Rev. prat. des mal. d. org. gén.-urin. 1909.
95. Fowler, A. L. Tumors of the bladder. South M. J. Nashville. 1909.
96. Fränkel. Harnblasen mit sog. Papillomen. Deutsche med. Wochenschr. 1906. XXXII. 817.
97. Frank. E. R. W. Ueber die Beziehungen der papillomatösen Wucherungen des Blasenhalsses und der hinteren Harnröhre zum Mechanismus der Harnentleerung und zur sexuellen Neurasthenie. Zeitschr. f. Urol. 2. 1908.
98. Freeman. E. C. A case of Bilharzia Haematobium contracted in England. Journ. of the Royal Army Med. Corps 1905 (Ref. f. B. 1905. 143).
99. Freund. H. Blasenpapillome als Geburtshindernis. Deutsche med. Wochenschr. 1909.
100. Frisch. A. v. Bericht über 300 Blasen Tumoren. Wien. klin. Wochenschr. 1907 № 40.
101. " Die operative Behandlung der Blasen geschwülste und ihre Erfolge. Ergebnisse f. Chirurgie u. Orthopädie. Bd. III. 1911.
102. " Ueber operative Entfernung von Blasen Tumoren. Intern. klin. Rundschau. Peff. в Centralbl. f. Chir. 1894 s. 468.
103. Fütth. Demonstration eines Präparates von Carcinoma vesical. Zentralblatt für Gynäk. 1906.
104. Fulci. Contributo allo studio delle metaplasie epiteliali e dei sarcomi della vescica urinaria. Lo sperimentale. 1909.
105. Garceau. E. Tumors of the bladder and cystitis. Boston Med. and Surg. Journ. 1909.
106. Gardini. M. Dei papillomi della vescica. Bolletino delle scienze mediche. Bologna. Anno LXXIX. 1908.
107. A. Ghedini. Contributo alla cura chirurgica dei neoplasmi dell'urocisti. La Clinica Chirurgica 1910 n° 10.
108. Genseric. Radikale Blasenkrebsoperation mit beiderseitiger Ureterresektion und Implantation. Urologia 1908.
109. Gibson. C. L. Carcinoma of the urinary bladder. Amer. Surg. Philadelphia 1909.
110. " Epithelioma of bladder. Amer. Surg. Philadelphia 1909.
111. Gilpatrick. R. H. Two cases of carcinoma of the bladder treated with injections of trypsin. Boston Med. and Surg. Journ. 1908.
112. Giordano. Rapport sur les resections larges de la vessie. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1911. Vol. II n° 24 p. 2231.
113. Giordano. Interventi Chirurgici sulla vescica. Torino. 1910.
114. Goebel. C. Ueber die bei Bilharziakrankheit vorkommenden Blasen Tumoren mit besonderer Berücksichtigung der Karzinome. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1905. Bd. III s. 369.
115. Götz. H. Beitrag zur Pathologie der Cystitis verrucosae des Rindes. Schweizer Arch. f. Tierheilk. 48. 1906.
116. Gluck. u. Zeller. Verhand. d. deutsch. Gesell. f. Chir. X Kongr. 1881 s. 158 Archiv. f. klin. Chir. v. Langenb. Bd. XXVI H. 4. 1881 s. 917.
117. Goldenberg. Über die Totalexstirpation der Harnblase und die Versorgung der Ureteren. Bruns Beitr. 44. 1904. s. 627.
118. Gomoïn. Eine neue Methode zur Bildung einer Urinblase. Revista de Chir. n° VI (rumanisch). Peff. Jahrb. f. Chir. 1908.







169. G. Kolischer und Schmidt. Surgery of tumors of the bladder from a modern aspect. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 27. 1907. Реф. в: Jahresbericht f. Chirurgie 1907 стр. 1055.
170. Kropf. Ein Beitrag zur Kenntnis der primären Sarkome und Karzinome der Harnblase. Zeitschr. f. Heilk. 1904.
171. Крепс, М. Л. Къ казуистикъ новообразованій мочевого пузыря. Врачъ 1898 № 5.
172. Küster. G. Beiträge zur Lehre von den Harnblasengeschwülsten im Kindesalter. Inaug.-Diss. Basel. 1906.
173. " Ueber Harnblasengeschwülste u. deren Behandlung. Реф. в: Revue de Chir. № 6. 1886 p. 506—515.
174. Kull. Sarkome in der Harnblase. Zeitschr. f. Veterinärkunde 1909.
175. Кузнецкий, Д. П. Къ оперативному вмешательству при опухляхъ въ мочевомъ пузырь у беременныхъ.
176. П. В. и Д. П. Кузнецкие. Случай колоссальной доброкачественной опухоли въ мочевомъ пузырь. Русский Хир. Архивъ 1905 кн. 3.
177. Kronig. Beitrag z. Ureteren chirurgie. Centralbl. f. Gyn. 1904 № 29.
178. " Ueber doppelseitige Ureterimplantation in die Blase. Centralbl. f. Gyn. 1904 № 11.
179. Kutner, R. Zur Bilharziose der Blase. Zentralbl. f. d. krankh. d. Harn. und Sex. Org. 1905.
180. Kutner. Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste mit Hilfe eines neuen Kaustischen Operationskystoskops. Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung 1911. № 20.
181. Lampe. Demonstration eines Präparates von Karzinom der Harnblase bei Ectopia vesicae. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 34 Kongr. 1905.
182. Latzko. Totalexstirpation der Blase wegen Karzinoms. Wien. klin. Wochenschr. 1910.
183. Lecéne et Cheuë. Sarcome de la vessie ayant simulé une retention d'urine. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1910.
184. F. Legueu. Traité Chirurgica d'Urologie. Paris 1909.
185. " F. Ueber rezidive von Blasenpapillome. Wien. med. Presse 1906. № 39.
186. " Traitement du cancer de l'appareil urinaire et des organes génitaux de l'homme. Résultats éloignés. II-e Congr. de la Soc. intern. de Chir. Brüssel 1908.
187. " Totale Zystektomie. Soc. de Chir. 1908.
188. " Les tumeurs vésicales latentes. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1909.
189. " Transformations et dégénérescences de papillomes de la vessie. Arch. génér. de Chir. 1910.
190. Legueu und Verlaac. Origini e trasformazioni dei papillomi vescicali. Riviste urol. 1910.
191. Legueu et E. Michon. Maladies de la vessie et du pénis. 1912.
192. Н. Ф. Лежневъ. Лѣчение опухолей въ мочевомъ пузырь. Русский Врачъ 1905 №№ 47 и 48.
193. Levings. A case of myofibroma of the bladder simulating an uterine myofibroma. Amer. Journ. Dermat. and genito-urin. Dis. H. Louis 1909.
194. Lichtenstern, R. Bericht über zwei operierte Fälle papillärer Geschwülste der Blase. Zur Frage der histologischen Natur der Blasengeschwülste. I Kongr. d. deutsch. Gesellsch. f. Urol. Wien 1907.

195. Link. Ein Vorschlag z. Entfernung des Tumoren aus der männlichen Harnblase. Wien. klin. Wochenschr. 1892 n° 27.
196. Лисьянскій. Къ казуистикъ опухолей мочевого пузыря. Хирургия 22. 1907.
197. Lobstein. Beiträge zur operativen Behandlung der Blasengeschwülste. Beitr. z. Klin. Chirurgie 1902 Bd. 34.
198. Löwenheim, Moritz. Remarks on tumors of the bladder with particular reference to sarcoma and report for a case of generalisation and sarcomatous gastric ulcers. Amer. Journ. of Urology. 1907.
199. Löwenstein. Epithelwucherungen und Papillombildungen der Rattenblase, verursacht durch ein Trichosoma Beitr. z. Klin. Chir. 69. 1910.
200. Löwenthal. Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste. Langenbeck's Arch. Vol. 49 s. 86.
201. Lohnstein, H. Ein verbessertes Operations Kystoskop zur endovesikalen Entfernung von Blasen Tumoren. Med. klin. 1909.
202. Luys, G. La cystoscopie à vision directe. IX Congr. de l'Assoc. franc. d'Urologie. Paris 1905. II Kong. d. deutsch. Gesell. f. Urol. 1909 Berlin.
203. " Exploration de l'appareil urinaire. Paris 1907.
204. " Traitement des tumeurs de la vessie par la voie endovésicale avec le cystoscope à vision directe de Luys. XI-e sess. de l'assoc. franc. d'Urol. Paris 1907.
205. Lyding. Ueber zwei primäre Harnblasen karzinome ohne Metastasenbildung beim Pferde. Berl. tierärztl. Wochenschr. 1909.
206. Malherbe. Alcune considerazioni sui tumori della vescica: un caso di papilloma recidivato nella parete abdominale senza recidiva nella vescica. Riv. urol. Catania 1910 i 48—54, 3 pl.
207. " IX Sess. de l'Assoc. fr. d'Urologie p. 162—163. Sur quatre cas de tumeurs de la vessie. Assoc. fr. d'urologie 1897. Octobre 21, 22 et 23.
208. Mankiewicz. Diskussionsbemerkungen zu Casper's Vortrag. Berlin. klin. Wochenschr. 1908 s. 328.
209. Madden. A plea for the simple method of draining the bladder after suprapubic cystotomy. Lancet I p. 1151.
210. Marion. Cystectomie totale pour tumeurs pédiculées multiples de la vessie. Bull. et mémor. de la soc. de chir. 1908.
211. " Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie. Rev. prat. des mal. des org. gén.-urin. 1909.
212. " De l'ablation de certaines tumeurs vésicales par les voies naturelles. Rev. de Chir. 1910, Presse méd. Par. 1910 XVIII. 961—964.
213. Марьяшев, С. Е. Нѣсколько словъ объ опухляхъ мочевого пузыря у мужчинъ, ихъ диагностикъ и леченія. Хирург. Вѣстникъ 1886. Ноябрь—Декабрь.
214. Martens. Urachusarkom. Deutsche med. Wochenschr. 1909.
215. Максимовъ, В. В. Опыты примѣненія струнныхъ нитей для пузырного шва при цистотоміи. Дисс. Петербургъ. 1876.
216. Mayo, C. H. Transperitoneal removal of tumors of the bladder. Ann. of Surg. 1908.
217. " Collected papers by the staff of St. Mary's Hospital Mayo Clinic Rochester. Minnesota 1905—1909.
218. Menge. Demonstration eines Falles von Blasen karzinom. Centralbl. f. Gyn. 1907.
219. Meyer, H. Papilloma of bladder and cystoscopy. Boston Med. and Surg. Journ. 1909.



220. Minet. Diagnostic des tumeurs prévésciales. Ann. des mal. d. org. gén.-urin. 1903 p. 64.
221. " Applications du Radium aux tumeurs vésicales. Assoc. Française d'Urologie 1909 p. 629.
222. Mirabeau. Demonstration eines Zottenkrebses der Blase. Zentralbl. f. Gynäk. 1909.
223. " Demonstration eines über walnussgrossen papillomatösen Karzinoms der Blase, das durch Sectio alta und Resektion der Blasenwand entfernt wurde. Münch. gynäk. Gesellsch. Sitzg. vom 15 Juli 1909.
224. С. Р. Миротворцевъ. Экспериментальные данные къ вопросу о пересадкѣ мочеточниковъ въ кишечникъ. СПб. Дисс. 1909.
225. " Методы отведения мочи въ кишечникъ и ихъ отдавленные результаты. СПб. 1910.
226. Mönckeberg. Ueber heterotrope mesodermale Geschwülste am unteren Ende des Urogenitalapparates. Virchows Arch. 187, 1907.
227. Модлинскій. Хирургія новообразований мочевого пузыря. Дисс. Москва 1899.
228. Motz. Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. IV sess. de l'Assoc. fr. d'Urologie 1899 p. 397.
229. Müller, R. F. Die Mischgeschwülste der Blase im Kindesalter. Leipzig 1904.
230. Mueller und Tavernier. Tumeur de la vessie; pyélonéphrite double; obstruction calculeuse d'un urètre. Lyon méd. 1907.
231. Nitze. Lehrbuch der Kystoskopie 2 Aufl. Wiesbaden 1907.
232. " Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste. Centralbl. f. d. krankh. der Harn- u. Sexualorg. VII B. Heft 7 u. 8. 1896.
233. Onorato. Ueber die Operative Behandlung des Blasenkrebses. II Policlinico 1908.
234. O'Neil. American association of genito-urinary surgeons. New York 1911, Juni. Случай рака пузыря въ раннемъ стадіи.
235. Оппель, В. А. Къ показаніямъ и способамъ выключенія мочевого пузыря. Хирург. Архивъ Вельяминова. Кн. 4. 1910.
236. Parlavescchio, G. Papillomi, leukoplasie ed incrostazioni vescicali, che per 14 anni avevano sagionate ematurie ribelli; operatione; guarigione; presentazione dell'infermo e dei preparati istologici illustrative. Gazz. di med. e chir. Palermo 1909.
237. Paschkis, R. Beiträge zur Kasuistik der Myome der Harnwege. Fol. urol. 2 1908.
238. " und Tittinger. Radiumbehandlung eines Prostatasarkoms. Wien. klin. Wochenschr. 1910. № 48.
239. Paschkis. Radiumbehandlung von Blasengeschwülsten. Wien. klin. Wochenschr. 1911 № 45.
240. Pasteau, O. De l'extirpation des tumeurs vésicales avoisinant les orifices urétraux. VIe Sess. de l'Assoc. fr. d'Urologie 1902 p. 551.
241. Pauchet, V. Cancer infiltré de la vessie; Cystectomie totale. Abouchement des uréters dans l'intestin. Arch. prov. de Chir. 1907.
242. Pavone. Deux cas de tumeurs de la vessie. XI session de l'assoc. franç. d'urolog. Paris 1907. Annal. des mal. d. org. gén.-urin. 1907 T. II n° 22.
243. Pélicand. Tumeur maligne de la calotte vésicale, rupture spontanée à ce niveau. Rev. prat. des mal. des organ. gén.-urin. 4. 1907.
244. Petrov. Zur totalen Blasenexstirpation bei Karzinom. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 104, 1910.
245. Петровъ, Н. Н. Общее учение объ опухоляхъ. СПб. 1911.
246. Pfister, F. und Goebel. Demonstration zur Pathologie der ägyptischen Bilharziakrankheit. Berl. klin. Wochenschr. 1909.
248. Pilcher. Intra-peritoneal removal of the tumor of the bladder. Ann. of Surg. 1911. November.
249. Pitha. Zwei Fälle von Papillomkarzinom der Harnblase. Casopis lékařu českých 1906 (Ref. Zentralbl. f. Gynäk. 1906. Nr. 50).
250. Pendl. Papillome der Harnblase. Wien. klin. Wochenschr. 1909 № 11.
251. Planer. Spindelzelliges, hydropisch degeneriertes Sarkom des Ligamentum latum und der Harnblase; Heilung per laparotomie und Resektion der Harnblase. Wien. med. Presse 1905.
252. Проф. Подрезъ, А. Хирургическія болѣзни мочевыхъ и половыхъ органовъ. Харьковъ 1896.
253. Posner. Über Blasengeschwülste. Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts 1905.
254. " C. Wie soll sich der Arzt gegenüber Blasentumoren verhalten? Berl. Klin. Wochenschr. 1908 № 12.
255. " Archiv. f. Klin. Chir. Bd. 50. 1897. 558.
256. " Kongress. d. deutsch. Gesellschaft f. Chir. April 1895.
257. Pousson. De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie. Thèse de Paris 1881. Nouvelles considérations sur l'extirpation des tumeurs de la vessie suivies d'un résumé de 34 opérations nouvelles. Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1885.
258. Primrose, A. Partial resection of the bladder for malignant tumor by the transperitoneal route. Ann. of Surg. 1909. Decembre.
259. Preindlsberger. Zur Cystotomie perinealis. Wien. med. Wochenschr. 1908. № 10—12.
260. Pringle. Transperitoneal cystotomy for tumor of the bladder. Lancet, London 1911 u. 214—216.
261. Prissmann. Ueber die Diagnostik der Blasengeschwülste. St. Petersburg. med. Wochenschr. 1907.
262. Proust, R. et A. Inffroit. Granulations vésicales simulant à la radiographie des calculs der voies urinaires. La Presse méd. 1908.
263. Rafin. Indications et résultats de traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. Rapport présenté à la neuvième session de l'association franç. d'urologie. Paris 1905. Discussion. Weinrich, Malherbe, Albarann. Motz, Escat, Loumeau, Hamonic, Cathelin, Tédenat, etc.
264. " Papillome de la vessie. Lyon méd. 1908.
265. проф. Рауэмовскій. Простая солитарная язва пузыря. Лѣт. Русск. Хар. 1901, стр. 349.
266. Raubenbusch. Gallertkrebs der Harnblase. Virchow's Arch. 182, 1905.
267. Rauscher. Ein Fall von primärem Blasenkarzinom. Zentralbl. f. Gyn. 1909.
268. Rehn. Ueber Blasentumoren bei Fuchsinarbeitern. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 24. Kongr. 1895. u. Zentralbl. f. Chir. 1904. n° 27. Suppl. s. 122.



269. Rehn. Blasengeschwülste bei Farbarbeitern. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 33. Kongr. 1904.
270. " Harnblasengeschwülste bei Anilinarbeitern. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 34. Kongr. Berlin. 1905.
271. " Ueber Blasenkrankheit bei Anilinarbeitern. 35. Kongr. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. Berlin. 1906.
272. Riegner. Ueber Harnblasengeschwülste. Beitr. zur klin. Chir. 45. 1905.
273. Rihmer. Die Totalexstirpation der Harnblase. 16. Congr. international. de méd. 1909. Budapest 1910 sect. XIV 135—160.
274. Riese—Gr. Blasenkarzinom und—sarc. Deutsch. Med. Wochenschr. 1911 № 39.
275. " Durch Sectio alta entferntes zottiges Blasenkarzinom. Pest. med. chir. Presse 1908.
276. " Ueber die Versorgung der Ureteren nach der wegen Tumoren vorgenommenen Blasenextirpation (axiale Ureterimplantation in den Darm). Fol. urol. 5, 1910.
277. Richter J. Entzündung um Fremdkörper als Tumor operiert. Wien. klin. Wochenschr. 1907. ctp. 880.
278. Ringeb. Ueber Operationskystoskope. Fol. urol. 2. 1908.
279. Ritter. Blasenpapillome. Deutsche med. Wochenschr. 1910.
280. Robbins, F. W. Primary bladder neoplasms. Detroit. M. J. 1905.
281. Röbert. Sarkom am Blasenhalss. P. Ber. über das Veterinarwesen in Sachsen für das Jahr. 1908. Dresden 1909.
282. Rothe. Ueber ein mannskopfgrossen Myom. der Harnblase. Inaug. Diss. Freiburg i. B. 1905.
283. Рудневъ. Хирургія т. XVIII № 133.
284. Rovsing, Th. Totalexstirpation der Harnblase mit doppelseitiger lumbaler Ureterostomie. Arch. f. Klin. Chir. 82 1907.
285. " The extensive removal of the bladder-Wall. II congr. de l'association internationale d'Urologie 1911.
286. " Langenb. Arch. vol. LXXXIII. 1907. s. 1047.
287. Rumpel. Ueber kindliche Blasentumoren. Deutsche med. Wochenschr. 1908.
288. " Ureterverschluss durch gutartig Blasengeschwulst. Berl. klin. Wochenschr. 1910.
289. Rydygier—Wien. med. Wochenschr. 1885.
290. Rydygier, L. B. V., zur transperitonealen Eröffnung der Blase. Centralbl. f. Chir. 1909. № 11.
291. Savariaud. Exclusion de la vessie pour cancer secondaire de cet organe. Bull. et. mem. Soc. de Chir. de Paris 1910 n. s. XXXV 974.
292. Gerota Ueber die Lymphgefäße und Lymphdrüsen der Nabelgegend u. d. Harnblase Anat. Anzeiger. Bd XII n° 4. 1896.
293. Сарычевъ I. Д. Къ казуистикѣ опухолей мочевого пузыря (авторефератъ) Лѣтоп. Хирург. Об-ва въ Москвѣ 1901 т. XX № 3 и 4 стр. 39.
294. Scheider, R. Zur Kasuistik der Blasentumoren bei Farbarbeitern. Thèse. Basel. 1905.
295. Schlagintweit. Uretencystoscope als Operationscystoscope. Zeitschr. f. Urolog. III 1909.
296. Schloffer. Karzinom der ektopischen Harnblase. Wissensch. Aerztegesellschaft in Innsbruck. Sitzg. vom. 2 Juni 1910 (Ref. Wien klin. Wochenschr. 1910).
297. Schneider. Ein eigentümlicher Fall von Hämaturie. Dermatol. Zentralbl. 1909.

298. Schuchardt. Spontane Heilung einer inoperablen bösartigen Blasengeschwulst. Deutsch. med. Wochenschr. 1896 n° 9. p. 94.
299. " Ueber Gutartige und Krebsige Zottengeschwülste der Harnblase nebst Bemerkungen über die operative Behandlung vorgeschrittener Blasenkybese.
300. Schou v. Langenbeck's Arch. Bd. LII II. 1. ctp. 54. La semaine medicale. 1903 № 5.
301. Schwyzer, A. Complete excision of the bladder for carcinoma. St. Paul Med. Journ. 1905.
302. Scudder, C. I. und I. Davis. Papillome of the urinary bladder. Boston Med. and Surg. Journ. 1908.
303. Scudder The transperitoneal and suprapubic approach to tumors of the bladder. Boston Med. and Surg. Journ. 1911 cl. XIV 224-226 (Discussion 233—236).
304. " Harringtons Operation of intraperitoneal Cystotomy. Ann. of Surg. 1908.
305. Shattok, I. G. Rhabdomyoma of urinary bladder. The Lancet. 1909.
306. Склифосовскій П. Т. Sarcoma vesicae urinar. Мед. Обозр. 1891 ctp. 440.
307. Seyberth, Z. Beitrag zur Kenntniss der Blasengeschwülste bei Anilinarbeitern. München. med. Wochenschr. 1907.
308. Sicard et Malégné. Sarcome de la vessie chez un homme de 60 ans; mort de péritonite par perforation vésicale. Société anatomique (Ref. Ann. des mal. des org. gén.—urin 1910).
309. Сиземскій Centralbl. f. Chir. 1909 № 19.
310. Smith, C. A. Seven cases of Bilharzia Haematobium. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1905.
311. Stoicescu. Ueber die chirurgische Behandlung der Harnblasengeschwülste. Revista de Chir. № 7 p. 280—311 (rumänisch). Ref. в Jahresbericht. f. Chirurgie 1906. ctp. 1148.
312. Spooner, H. G. Tumors of the bladder. The Post-graduate Oct. 1903. Ref. Centralblatt f. Krankh. d. Harn. u. Sex. Organ. 1904 s. 254.
313. Sottile, E. G. Sarcoma della vescica urinaria in un bambino di 6 mesi Gazz. d. osp. Milano 1908.
314. Stark, W. Vereinigung des Casperschen Operations- und Ureterenkystoskops. Zeitschr. f. Urol. 4. 1910.
315. Steinmetz. Beitrag z. Kasuistik u. Statistik der primären Geschwülste der Harnblase im Kindesalter. Zeitschr. f. Chir. Bd. 39. 1894.
316. Stoerk, O. und Zückerkandl. Ueber Cystitis glandularis und den Drüsenkrebs der Harnblase. Zeitschr. f. Urol. 1. 1907.
317. Suter. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Zottenpolypen der Harnblase. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sexualorg. 1902.
318. Sutton. Beiträge zur Kasuistik der Erkrankungen des Urogenitalapparates. 2 Maligne Neubildungen. The Veterinary Journ. 1909.
319. Suzuki. S. Implantations Karzinom in der Harnblasenschleimhaut. Berl. klin. Wochenschr. 1909. no 7.
320. Syring, R. Ueber Metaplasie von Blasenpapillomen in carcinom. Beiträge z. klin. Chir. Bd. 73 H. I. 1911.
321. Tanton. Transformations et dégénérescences des papillomes de la vessie. Rev. de Chir. 1910.



322. П. Тиховъ. Къ учению объ опухоляхъ. Мед. Обзор. Т. 1900. LIII. Январь. Стр. 81.
323. Тиле. Объ опухоляхъ мочевого пузыря. Лтв. Русск. Хир. 1898.
324. Tenney, A. A case of infrapubic cystotom; three cases of bladder tumor. Boston méd. et surg. Journ. 1909.
325. Thumim. Zur Kenntniss der Hämangiome der Harnblase. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Urol. 2, 1909.
326. " Haematurie bei Frauen. Zeitschr. f. Urol. Bd. III H. 6. 1909.
327. Tomaszewski. A. Diagnose und Therapie der Blasen Tumoren bei Kindern. Præz. Pelyat. Krakau 1, 1908—1909.
328. Treplin. Ueber die Resultate der chirurgischen Behandlung der Blasen Tumoren. Deutsche med. Wochenschr. 1906, № 19.
329. Tuffier. Extirpation totale de la vessie pour tumeur diffuse de cette cavité. Annales des mal. des org. gén.-urin. 1897 p. 130.
330. Vaughan, G. T. Excision of the urinary bladder. Virginia A Semi-Month. Richmond 1905—1906.
331. Venulet, F. Chorionepitheliomähnlicher Harnblasenkrebs mit gleichartigen Metastasen bei einem Manne. Virchows Arch. 196, 1909.
332. Verhoogen, J. L'extirpation totale de la vessie. Soc. belge de chir. Brüssel 1907.
333. " et de Graewe, La cystectomie totale. Fol. urol. 1909, no 6 p. 629.
334. Viannay et Fontanilles. Un cas de papillome double de la vessie diagnostiqué par la cystoscopie et enlevé par la taille hypogastrique. Loire méd. St. Etienne. 1908.
335. Войничъ-Сяноженскій. Хирургическая болъзна мочеполювыхъ органовъ. Петербургъ. 1898.
336. Voigt, F. W. W., Extirpation eines Blasen Sarkoms unter Resektion der Symphyse. Inaug.—Diss. Kiel. 1905.
337. Voilmann. Ueber einen Fall von multiplen Zottengeschwülsten der Blase. Inaug.—Diss. Rostock 1907.
338. Vouters. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. Thèse de Bordeaux 1906 (Ref. Centralbl. f. Gynäk. 1907. Nr. 20).
339. Wagner, A. Kankroid der extrophischen Harnblase. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 104, 1910.
340. Walker, J. W. F. Papillome of the bladder. Med. Press and Circ. London 1906.
341. " Notes of the operative treatment of papilloma of the bladder. Lancet London 1910, ii, 1409—1413.
342. Walton, Martin. Krebs der Blase und des Uterus. Hysterektomie und Cystektomie. doppelte lumbale Ureterostomie. Ann. of Surg. 1905.
343. Watson, F. S. The operation treatment of tumors of the bladder. Ann. of Surg. 1909.
344. " Extension of the field of treatment of renal and vesical conditions. Ann. of Surg. 1907.
345. " und Cunningham. Diseases and surgery of the genito-urinary system. Philadelphia 1910.
346. Васильевъ. Русск. Хир. Архивъ 1895 стр. 575.
347. Введенскій, А. А. Къ вопросу о диагностикъ и оперативномъ леченіи опухолей мочевого пузыря у мужчинъ. Докладъ, читанный 28 дек. 1885 г. на I съездъ русск. врачей. Хирург. Вѣстн. 1886 Май.
348. Введенскій, А. А. Къ вопросу о патологій и леченіи полипозныхъ новообразованій мочевого пузыря. Хирург. Вѣст. 1887. Ноябрь и Декабрь.
349. Weinrich. Die intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1905.
350. " Diskussion auf dem IX franz. Urologen Kongr. B. Paris 1905.
351. " Zur Pathologie und Therapie der gutartigen Harnblasengeschwülste. Arch. f. klin. Chir. 1906. Bd. 80 s. 887.
352. Wendel. Beiträge zur Lehre von den Geschwülsten der Harnblase. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1900 t. VI. s. 15.
353. Проф. Вельяминовъ, Н. А. Частичная резекція при ракъ мочевого пузыря. Хирургич. Лѣтопись, 1896 стр. 248.
354. " Случай полного выдущенія мочевого пузыря. Врачъ 1899 № 15.
355. Wilins, Zur lumbalen Ureterostomie nach Rovsing. Centralbl. f. Chir. 1907. № 30.
356. Wulff. Blasen tumor bei einem dreijährigen Kinde. Deutsche med. Wochenschr. 1910.
357. Young, H. H. Demonstration of new instruments for operative cystoscopy. Trans. Amer. Urol. Assoc. 1909. Brookline 1910.
358. Zaharescu, N. Tratatamentul chirurgical al tumorilor maligne vezicale. Thèse de la fac. méd. de Bucarest 1908.
359. П. В. Зефировъ. Къ вопросу о новообразованіяхъ мочевого пузыря. Хирургія 1909 т. 25 стр. 115.
360. Zeitschmann. Multiple Papillome der Harnblase bei einer Kuh. Sächsischer Veterinärbericht 1906.
361. Zuckerkindl, O. Blasenym. Wien. klin. Wochenschr. 1908.
362. " Blasen geschwülste. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Urol. II Kongr. Berlin 1909 s. 391.
363. " Blasen geschwülste. Wien. med. Wochenschr. 1910 LX 441, 513.
364. Zuckerkindl u. v. Frisch. Handbuch der Urologie. Wien. 1905.
365. Зыковъ. Оперативное лечение опухолей мочевого пузыря. Хирургич. Лѣтоп. 1899 стр. 970.
366. Знаменскій. О частичномъ всѣченіи стѣнокъ мочевого пузыря. Мед. Обзор. 1884 стр. 154.
367. Березнеговскій. О пересадкѣ мочеоточниковъ въ кишечникъ. Дисс. Томскъ 1908.
368. Dückemann, W. H. Intraperitoneal cystotomie for tumor of the bladder. The Journal of the Americ. Medic. Association vol LVII n° 16 october p. 1264 и 1265.
369. A. de Graewe—Cancer de la vessie avec métastases ganglionnaires et viscérales. Société belge de Chirurgie 26 octobre 1911 in Journal de Chirurgie et Annales de la Société belge de Chirurgie novembre 1911 p. 209. Рефер. въ Journal d'Urologie 1912 t I № 2 p. 288.
370. B. A. Thomas. Le traitement des tumeurs vésicales par le dessèchement sous la haute fréquence. Société medic. de l'état de Pensylvanie Septemb. 1911 in Medical Recorder vol. LXXX n° 22, 1911 p. 1098. реф. въ Journ. d'Urologie 1912 t I n° 2 p. 288.
371. John K. Caulk—Traitement des tumeurs de vessie. Interstate medical Journal v. XVIII n° 11, 1911 p. 1134. Реф. въ Journ. d'Urologie 1912 t I n° 2 p. 286.



371. E. Z. Keyes. Dernières observations de cautérisations des lésions vésicales par les courants à haute fréquence. Interstate medic. Journ. v. XVIII no 10 1911 p. 1012. Ref. Journ. d'Urologie 1912 t I no 2 p. 286.
372. Kurt Frank. Cystectomie totale pour cancer Wien. med. Wochenschr. 1911 n°. 37 s. 2404.
373. Колосовъ. Къ учению о новообразованияхъ (преимущественно ракъ) мочевого пузыря.  
Русск. Хир. Арх. 1903 кн. V стр. 892.
374. Marcille. Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens Thèse de Paris. 1902.
375. Ch. Harpster. Tumors of the bladder. The Americ. Journ. of Urol. v. VIII n° 1, 1912 p. 15.
376. Grandjean. Evolution du traitement des tumeurs vésicales Rev. pratique des org. gén. t. VIII n° 48. Janvier 1912 p. 401.

## Группа А.

Случаи, оперированные per sectionem altam, гдѣ  
произведено типическое удаленіе опухоли

Nulla est alia procerto noscendi  
via nisi quam plurimas et morborum  
et dissectionum historias collectas  
habere et inter se comparare.

Morgagni.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавшая половая заболел- ния.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
							Главный жа- лобы больного и время по- явления пер- выхъ симпто- мовъ.	Данныя цистоско- пии и диагнозъ.	Характеръ оперативнаго вмѣ- шательства.	Непосред- ственный результатъ операціи.	Микроскопическое исслѣдованіе опу- холи.	Промежутокъ времени отъ появленія первыхъ симптомовъ до операціи.	Продолжи- тельность послеопера- ционнаго періода.	При- чина леталь- наго исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТЪ ОПЕРАЦИИ.
1	39	М.	20/ш 1892	30/ш	Никол., Х.	—	Кровь въ мочѣ.	—	24/ш 1892 г. проф. Н. В. Склифа- совскимъ произведена sectio alta. Пузырь выполненъ напильномъ, тощими разращені- ями, которыхъ было вы- нутъ щипцами Luer'a до 110 грм.	Exitus letalis на 5 день послѣ операціи.	—	11 лѣтъ.	—	Анемія	—
2	50	Ж.	14/ix 1896	26/x	С. К.	—	Частые по- зывы къ мо- чеиспусканію и кровь въ мочѣ.	Папиллярныя опухо- ли, сидяція на днѣ и стѣнкахъ пузыря на широкомъ осно- ваніи. Отверстія пра- ваго мочеточника закрыто разраще- ніями.	5/x 1892 проф. А. А. Бобровымъ произведена sectio alta. Папилломы удалены отрываніемъ оконча- тымъ пинцетомъ.	Вызоро- вленіе.	Ворсинчатый ракъ.	3 года.	3 недѣл.	—	Черезъ годъ при цистоскопії найдены папиллярныя опухоли.
3	51	М.	3/x 1900	24/x	Н. Слад.	—	Учащеніе мо- чеиспусканія и кровь въ мочѣ.	На днѣ пузыря около отверстія праваго мочеточника, опу- холь величиною съ орехъ на широкомъ основаніи.	31/x проф. А. А. Бобро- вымъ произведена sectio alta. На основаніи опу- холи наложены лига- туры и опухоль отсѣ- чена.	Вызоро- вленіе.	—	3 мѣсяца.	3 1/2 недѣл.	—	Умеръ приблизительно черезъ годъ среди полнаго здоровья, по- видимому, отъ апонексіи.
4	58	Ж.	28/i 1901	?	Э. Раб.	—	Учащеніе мо- чеиспусканія, боли и кро- воточенія изъ пузыря.	На правой боковой стѣнкѣ пузыря 3 не- большія язвѣле- нія и рядомъ съ ними папиллярная опухоль съ бобовое зерно.	6/и проф. А. А. Бобро- вымъ произведена sectio alta. Язвенная поверх- ность выстрижена ножницами, опухоль отсѣчена, а основаніе ея перевязано шелко- вой лигатурой.	Вызоро- вленіе.	Группа эпителиаль- ныхъ кѣлѣтокъ, углубленная въ гра- нуляціонную ткань и отшнурованная.	7 1/2 лѣтъ.	?	—	Черезъ 14 мѣсяцевъ при ци- стоскопії рецидива не было. Въ январѣ 1903 г., т. е. почти черезъ 2 года рецидива не было.
					Домашняя хозяйка.		Осенью 1893 г.	Papilloma ves urin.							



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествующий половой забастовка.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
							Главный жалобы больного и время появления первых симптомов.	Данные цистоскопии и диагноз.	Характер оперативного вмешательства.	Непосредственный результат операции.	Микроскопическое исследование опухоли.	Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	Продолжительность послеоперационного периода.	Причина летального исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
5	60	М.	23/xi 1901	24/п 1902	Иос. Кос.	На 22 году urethritis.	Приток крови к мочѣ и частые позывы на мочеиспускание.  24 февраля 1900 г.	Ворсинчатая опухоль блѣдно-розоватаго цвѣта, величиною съ вишню, позади лѣваго мочеоточника. Верхушка опухоли изъязвлена.  Cancer ves urin.	15/xi 1901 г. проф. А. А. Бобровыхъ подхлороформомъ sectio alta. Опухоль захвачена зажимомъ Luer'a и откручена.	Выздоровление.	Cancer villosus.	1 годъ 9 мѣс.	2 м. 3 1/2 нед.	—	Въ началѣ августа 1902 г., т. е. черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ выписки изъ клиники, вновь появились кровотечения.
6	52	М.	8/ч 1902	20/ч 1902	Н. Зам.	Не было.	Кровь въ мочѣ.  1-е кровотечение 13 л. тому назадъ, а затѣмъ 11 1/2 л. моча была совершенно чистой.	Около отверстія лѣваго мочеоточника опухоль величиною со сливу, ворсинчатая, на широкомъ основаніи.  Papill. ves urin.	10/iv 1902 г. подъ хлороформомъ проф. С. П. Федоровымъ произведена sectio alta. Изъяснение опухоли съ основаніемъ.	Выздоровление.	Подъ микроскопомъ опухоль представляла значительную наклонность къ атипическому разрастанію интимальнаго слоя въ толщу мышечной пузырной стѣнки. Fibroma съ переходомъ въ ворсинчатый ракъ (проф. В. И. Кедровскій).	13 лѣтъ.	1 м. 3 1/2 нед.	—	Въ маѣ 1910 г., т. е. черезъ 8 лѣтъ послѣ операции, безъ рецидива. На мѣстѣ удаленной опухоли сдѣла зашитый рубецъ. Въ томъ же 1910 г. былъ оперированъ по поводу рака rugosі, въ пузырь рецидива не было.
7	33	М.	9/п 1902	1/п	Механикъ	—	Кровь въ мочѣ.  8 лѣтъ назадъ.	На верхней передней стѣнкѣ пузыря ворсинчатая опухоль величиною съ крупный грецкій орѣхъ на тонкой ножкѣ.  Papilloma ves. urin.	18/п 1902 г. подъ эфирнымъ паромъ проф. С. П. Федоровымъ sectio alta. На ножку опухоли наложенъ зажимъ, опухоль надъ нимъ отсѣчена ножницами, ножка перевязана.	Выздоровление.	Доброкачественная папиллома правильнаго сосочковаго строенія.	8 лѣтъ.	3 недѣли.	—	—
8	53	М.	1/п 1902	2/ч	А. Кор.	На 22 году lues, на 52 г. urethritis.	Кровь въ мочѣ и учащенное позывовъ на мочу.  Въ сентябрѣ 1901 г.	Недалеко отъ отверстія праваго мочеоточника сидитъ на ножкѣ папиллома, величиной съ вишню, по формѣ напоминающая лѣтунинный грибокъ. Papilloma ves. urin.	7/п 1902 г. подъ хлороформомъ проф. С. П. Федоровымъ sectio alta. На ножку наложена лигатура, выше которой опухоль отсѣчена.	Выздоровление.	—	5 мѣсяцевъ.	1 мѣсяцъ.	—	—
					Купецъ.										



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавшие половые заболевания.	I Главный жалоб больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагноз.	III Характер оперативного вмешательства.	IV Непосредственный результат операции.	V Микроскопическое исследование опухоли.	VI Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	VII Продолжительность послеоперационного периода.	VIII Причина летального исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.	
9	35	М.	13/III 1902	19/IV	М. Весп.	Не было.	Кровь в моче и учащение мочеиспускания.	Умеренно выраженный дивертикул в опухоли величиной с крупный грецкий орех в позе правого мочеоточника. Верхушка опухоли омертвевает.	26/III 1902 под хлороформом проф. С. П. Добротворским секция alta. Опухоль плотная сидевшая на широком основании, захвачена вместе с здоровой слизистой кривыми щипцами и извлечена под микроскопом.	Выздоровление.	Под микроскопом опухоль оказалась неправильного сосочкового строения в эпителиальных слоях замечается необыкновенно резко выраженная атипичность клеток, заставляющая признать рак.	3 месяца.	1 мес. 1 нед.	—	Осенью 1902 г. т. е. через 6 мес. больной показывался в клинику с непрерывным рецидивом Per gestum, и нащупывался ясно прощупывавшаяся плотная бугристая опухоль. При цистоскопии были массивные ворсинчатые опухоли.	
10	52	М.	5/III 1902	25/IV	С. Мал.	Не было.	Кровь в моче.	На дне пузыря справа опухоль величиной с грецкий орех в виде цветной капусты на довольно широком основании, прикрывающая отверстие правого мочеоточника.	12/III 1902 д-ромъ J. новымъ sectio alta. Опухоль извлечена.	Выздоровление.	Опухоль сосочкового типа довольно правильного строения. В основании замечено начало злокачественного перерождения, разрозненные пучки гладких мышц, волокна и вросшие эпителии.	6 лет.	1 мес. 2 нед.	—	При выписке цистоскопии, причем обнаружено: 4 крошечных напильника (с колымажем зерно) и 1 на нижней периферии сфинктера. Через 10 лет больной чувствовал себя вполне здоровым, крови не было.	
11	62	М.	22/IV 1902	30/VI	Кон.	—	Учащение позывов на мочу и крови в ней.	Цистоскопия не удалась в виду сильного кровотечения.	25/VI 1902 под хлороформом проф. С. П. Добротворским секция alta. Извлечена язва величиной с двугривенный крестовидная, кнаружи от отверстия правого мочеоточника.	Exitus laetalis на 5 день после операции.	Эпителиома.	1 год 9 мес.	5 дней.	Паралич сердца	—	
12	56	М.	16/I 1901	3/III	Н. Бас.	—	Боли в заднем проходе и по временам кровь в моче.	У самого устья правого мочеоточника находится ворсинчатая опухоль с левой орех на широком основании. Кнаружи еще две опухоли меньшего размера.	14/I 1901 г. под хлороформом д-ромъ В. Добротворским секция alta. Опухоль захвачена кривыми щипцами ниже зажима отсечена.	Выздоровление.	—	7 лет.	1 1/2 месяца.	—	—	
					Приказ.		7 лет назад.	Papilloma ves. urin.								
					Торговец.		6 лет назад.	Papilloma ves. urin.								



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавшая половая заболелость.	I Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагноз.	III Характер оперативного вмешательства.	IV Непосредственный результат операции.	V Микроскопическое исследование опухоли.	VI Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	VII Продолжительность послеоперационного периода.	VIII Причина летального исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
13	42	М.	19/IV 1903	1/VI	Вац. Г.	—	На появляющуюся по временам кровь в моче.	Найдены 3 бугристых опухоли (от горошины до Вишня) на передне-боковой стінкѣ сѣзѣ у 1 на передне - боковой справа, ворсинчатого строения, на широком основании.	19/IV под хлороформом проф. С. П. Федоровым. Sectio alta. Опухоли захвачены кривыми щипцами и отсечены.	Выздоровление.	Cancer villosus.	8 месяцев.	1 1/2 месяца.	—	—
14	36	М.	10/IV 1905	7/VI	Дмитрий Ш.-Шихм.	На 19 году urethritis.	На примесь крови в моче.	Въ верхне - заднем отделе сѣзѣ видна опухоль на ножке с короткими мазевыми ворсинками.	7/IV под хлороформом проф. С. П. Федоровым. Sectio alta. На ножку наложены зажимы проф. Федорова, надъ которыми опухоль отсечена.	Выздоровление.	Опухоль представ. конгломерат. тонк. нѣжн. сосочков из соединит. ткани с сосудами, покрытых высоко цилиндрическими эпителием. Последній расположенъ въ 1—2 мѣст. въ нѣскол. слоевъ, кѣтки его больш. полиморфны съ полостями и вкраплен. ядра также очень разнообразны и богаты хроматиномъ. Эпителии кое-гдѣ прорастаетъ вглубь ворсинки и встречается между мышечными пучк. ножки. (Пр.-доц. Ф. Я. Чистовичъ).	2 года 2 мѣс.	1 месяц.	—	Въ 1909 г., т. е. через 4 года, былъ оперированъ Сасрегомъ, умеръ спустя 2 дня послѣ операции. Былъ найденъ распространенный ракъ пузыря.
15	35	М.	15/XI 1906	25/II 1907	Иванъ Чер.—овъ.	На 23 году urethritis.	На частые мочеиспускания с кровяточечнымъ.	На днѣ пузыря сѣзѣ, близъ сфинктера папиллярная опухоль величиной съ небольшое куриное яйцо. Спереди она касается сфинктера, казди дежитъ за отверстиемъ тѣлова мочеоточника, кот. не виденъ.	20/XI 1906 подъ гексаметил-хлороформнымъ наркозомъ проф. С. П. Федоровымъ. Sectio alta. Опухоль изсѣчена.	Выздоровление.	—	2 1/2 года.	2 мѣс. 5 дней.	—	9/XI 1907 г., т. е. черезъ годъ послѣ операции подвергнуть цистоскопѣ; рубецъ въ отличномъ состояніи. На сфинктеръ сверху и вѣнѣ имѣется cystitis colli. proliferans. Подвергнуть леченію промываніями резорцина. Въ январѣ 1912 г., т. е. черезъ 5 лѣтъ послѣ операции, по полученному отъ него письму, состояніе его здоровья хорошее.



№ по порядку.	Возраст.	Полъ.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествующая половая заболѣ- ния.	I Главная жа- лоба больного и время по- явления пер- выхъ симпто- мовъ.	II Данныя цистоско- пии и диагнозъ.	III Характеръ оперативнаго вмѣ- шательства.	
16	58	М.	23/у 1907	12/уи	Констант. К.—р.	На 27 году уро- thritis.	На присут- ствiе въ мочѣ крови.	Выше и немного лѣвѣе отъ отверстiя лѣваго мочеточника опухоль величиною съ волосьиный орѣхъ, съ короткими пузь- сирующими ворсин- ками. Вблизи сфинк- тера выше 2 возвы- шения съ небольшою горюшину воспали- тельнаго характера.	25/у 1907 г. подъ хлороформомъ проф. С. П. Оедоровичъ. Sectio alta. Опухоль изъѣдена.	
17	41	М.	29/у 1911	21/у	Владимиръ Пр.—ский.	Ure- thritis. 15 лѣтъ наза- дъ	Кровь въ мочѣ и бо- лѣзненное мочеиспу- сканiе.	Въ 1899 г. Papilloma ves. urin.	2/у подъ спинно-мозго- вой анестезiей тропи- канномъ проф. С. П. Оедоровичъ произведе- на sectio alta. По вскры- тii пузыря оказалось 3 папилломы, величиною съ мандаринъ по сторонамъ шва двѣ съ горюшину. Типич. удаленiе.	
18	63	М.	15/уи 1911	2/х	Николай Су—евъ.	—	Частые по- зывы на мочеиспусканiе, кровоте- ченiе изъ мочевого пу- зыря. 1 1/2 года наза- дъ первое кровоте- ч.	1-й разъ кровь въ мочѣ 16 л. наза- дъ.	Papilloma ves. urin recid.	17/уи подъ спинно-моз- говой анестезiей д-ромъ В. А. Горашемъ произве- дена sectio alta. На лѣ- вой нижней стѣнкѣ въ области мочеточника изъѣдена papilloma.
19	23	М.	6/х	13/х	Василій Ив—овъ.	Ure- thritis.	Боли въ пу- зырь и бо- лѣзненное мочеиспусканiе.	У отверстiя лѣваго мочеточника, снару- жи его опухоль на ножкѣ, величиною съ малый грецкiй орѣхъ, къ опухоли подходит крупный сосу- дъ.	12/х подъ кислородо- хлороформнымъ нар- козомъ д-ромъ В. А. Го- рашемъ произведена sectio alta. По вскры- тii пузыря приводящiй соу- ствiе обколотъ. Опухоль изъѣдена.	
					Хлѣбонап.		1-й разъ 5 л. наза- дъ.	Papilloma ves. urin.		

IV Непосредственный результатъ операціи.	V Микроскопическое изслѣдованіе опухоли.	VI Промежутокъ времени отъ появления первыхъ симптомовъ до операціи.	VII Продолжительность послѣоперационнаго періода.	VIII Причина летального исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТЪ ОПЕРАЦИИ.
Выздоровленіе.	Ворсинчатый полипъ. Покровный эпителий представляется значительно гиперемизированнымъ, но явственно замѣчается некоторая наклонность къ проростанію въ подлежащую соединительную ткань, но ясно атипическаго (ракового) разрастанія эпителия нигдѣ не обнаруживается. (Пр.-доц. И. П. Коронинъ).	8 лѣт.	1 м. 2 1/2 нед.	—	Черезъ 3 года умеръ отъ неизвѣстной причины.
Выздоровленіе.	Кусокъ ткани изъ мочевого пузыря при микроскопич. изслѣд. типичной papillom'ой. Изъясненія membranae limfautae и проростанія эпителия въ подлежащие слои. Основа muscosa и submuscosa состоятъ изъ очень плотной фиброзной ткани гиперемизированы и пронизаны гнѣдами молодой соединительной ткани. (Д-ръ Губерманъ).	16 л.	19 дней.	—	Больной въ 1907 году былъ оперированъ Albarran'омъ по поводу papillomata пузыря (одна большая и нѣсколько меньшихъ), заживленъ per primam. Черезъ 4 года замѣтилъ вновь кровь въ моче и обратился въ Урологию. Ниспуттъ. 16/х 11 г. т. е. черезъ 5 мѣс. послѣ операціи при цистоскопическомъ изслѣд. обнаружено. Отверстіе лѣвого мочеточника нѣсколько расширено.
Выздоровленіе.	—	1 1/2 г.	2 1/2 м.	—	—
Выздоровленіе.	—	5 л.	1 м.	—	—



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие	Предистория заболевания.	I Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагноз.	III Характер оперативного вмешательства.
20	36	М.	6/хл	—	Карлз Мю—ръ.	—	На частые позывы на мочеиспускание и кровь в моче.	При цистоскоп. исслед.: на лѣвой верхней стѣнкѣ пузыря опухоль величиною со сливу папилломатозаго характера.	9/хл подъ гадоназовымъ наркозомъ проф. С. П. Оедоровымъ произведена sectio alta. Удалены 3 опухоли (2 неб. величины) и 1 большая величиной съ мандаринъ.
				Купецъ.	1-й разъ кровь 7 лѣтъ назадъ.	Papilloma ves. urin.			
21	45	М.	27/iv 1909	1/vi	Ал-дръ Гр—овъ.	Не было.	На затрудненія мочеиспускания, рези, боли и постоянное присутствие в моче крови.	Снаружи и выше отперстия мочеточника опухоль ворсинчатая, величиной съ грецкій орѣхъ.	28/iv Подъ эфирнымъ наркозомъ проф. С. П. Оедоровымъ sectio lata. Опухоль, сидѣвшая на широкой ножкѣ, изсѣчена со слизистой.
				Торговецъ.	Въ 1908 г.	Papilloma ves. urin.			
22	51	М.	14/v 1910	25/vi	Николай С—въ.	Не было.	На учащеніе мочеиспускания, мутность мочи, примѣсь крови, мочеиспускание на періодическія сильныя кровотечения.	У отперстия лѣваго мочеточника опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ, откровеніе мочеточника видно, вокругъ незначительный отекъ слизистой.	17/v 1910 г. подъ гадоназовымъ наркозомъ проф. С. П. Оедоровымъ sectio alta. Опухоль изсѣчена.
				Врачъ.	Въ концѣ 1903 г.	Papilloma ves. urin.			

IV Непосредственный результатъ операци.	V Микроскопическое изсѣдованіе опухоли.	VI Промежутокъ времени отъ появления первыхъ симптомовъ до операци.	VII Продолжительность послѣоперационнаго періода	VIII Причина летальнаго исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТЪ ОПЕРАЦИ.
Выздоровленіе.	Опухоль съ ворсинстой поверхностью мягкая и очень рыхлая; на разрѣзѣ центральная часть опухоли представляла цилиндрической вѣтвистой стержень, толщины до 1,5 см. изъ плотной фиброзной ткани, заключающей густое сплетеніе кровеносныхъ сосудовъ переполненныхъ кровью. Cancer. ves. urin. (Губерманъ).	—	—	—	6 лѣтъ тому назадъ проф. С. П. Оедоровымъ была сдѣлана больному sectio alta по поводу папилломы, черезъ 6 мѣс. послѣ операци при цистоскопии обнаружено разрастаніе слизистой пузыря въ видѣ многочисленныхъ (около 40) папилломъ. Большой былъ направленъ къ проф. Casper'у, у котораго леченіе состояло въ промываніи пузыря растворомъ резорцина и удаленіи папилломъ петлей. Введеніе инструмента производилось около 100 разъ; въ виду невозможности удалить всѣ папилломы этимъ способомъ предложена sectio alta. Въ настоящее время вполне здоровъ.
Выздоровленіе.	При изсѣдованіи папилломы какъ самой опухоли, такъ и сенокжки—разрастаніе плотной волокнистой соединительной ткани въ видѣ ворсинъ, покрывающей ворсинъ плоскій эпителий значительно утолщенъ, но атипическ. разроств. не представляетъ. (Пр.-доц. И. П. Корвинъ).	1 годъ.	1 мѣс. 1 нед.	—	Черезъ годъ были получены свѣдѣнія, что онъ чувствуетъ себя хорошо и со стороны мочевого пузыря явленій нѣтъ.
Выздоровленіе.	На основаніи микроскопическаго изсѣдованія опухоль надо признавать ворсинстой папилломой, въ которой по мѣстамъ началась атипическое (раковое) разрастаніе покрывающаго ее эпителия. (Пр.-доц. И. П. Корвинъ).	6 1/2 лѣтъ.	1 мѣс. 1 нед.	—	Показывался въ іюнь 1911 г., т. е. спустя 1 годъ послѣ операци, чувствуетъ себя хорошо и при цистоскопии рецидивовъ не найдено.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествующий половая заболел-ни.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
															ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТЪ ОПЕРАЦИИ.
23	35	М.	31, VII 1903	13/x	Гавриил Мак-ский.	Urethritis 10 летъ назадъ	На приимъ крови въ мочѣ, затрудненное мочеиспуск., и ослаб. полов. дѣятел. Перв. приимъ крови въ мочѣ зимой 1901/2 гг.	11/ix. Кэзди отъ отверстія праваго мочеточника опухоль, величиной съ маляну, бугристой поверхности, на ножкѣ. Papilloma ves. urin.	13/ix подъ хлороформнымъ наркозомъ проф. С. П. Оедоровымъ произведена sectio alta. Опухоль удалена типически, достача въ слизистой оболочкѣ закрыта струиной нитью.	Выздоровленіе.	Доброкачественная папиллома.	1 1/2 года.	30 дней.	—	—
24	46	М.	3/III 1904	20/IV	Владимиръ Пар-ский.	Urethritis.	На приимъ крови въ мочѣ.	Папиллома на широкой ножкѣ, ясно бьющаяся, сидящая кнаружи и кэзди отъ лѣваго мочеточника. На верхушкѣ пузыря еще одна папиллома съ булавочную головку.	9/III подъ гедональ-хлороформнымъ наркозомъ проф. С. П. Оедоровымъ произведена sectio alta. Типическое удаленіе опухоли вмѣстѣ съ ножкой.	Выздоровленіе.	Микроскопическія ворсинки, составляющія массу опухоли, состоятъ изъ узкой прослойки соединительной ткани, обложенной на поверхности мощнымъ многочисленнымъ эпителиемъ, кот. мѣстами проникаетъ въ подлежащую ткань стромы. На основаніи этого опухоли скорѣе можно признать за начинающійся ворсинчат. ракъ.	4 года.	41 день.	—	Черезъ 8 мѣсяцевъ, послѣ операціи меча была въ хорошемъ состояніи и общее самочувствіе было удовлетворительно, но при цитоскопическомъ найденно: въ 1. 5—2 см. отъ операціоннаго рубца 1 папиллома съ горош. и возлѣ сфинктера 2 папилломы съ коническое зерно. Отъ операціи отказался. 11/1 1908 г. по поводу рецидива подъ тропококаиновой анестезіи проф. С. П. Оедоровымъ произведена sectio alta. По вскрытіи пузыря оказалось, что онъ почти весь выполненъ отдѣльно сидящими опухолями величи. съ волошеской орѣхъ и меньше. На 3 опухоли удалось наложить клеи и срезать другія опухоли. При накладываніи клеимовъ отрывались вѣдствие чистоты. 18/1—смерть.
25	37	М.	20/1 1904	14/III	Иосифъ Сав-ичъ.	—	1-ое кровотеченіе 4 года назадъ.	Papilloma ves. urin.	21/1 1904 г. Сѣзка на боковой стѣнкѣ поринчатая, кровоточащая опухоль съ волошеской орѣхъ, ворсинки мѣстами омертвѣваютъ на концахъ.	Выздоровленіе.	Доброкачественная папиллома.	15 лѣтъ.	33 дня.	—	Черезъ 2 года послѣ операціи рецидивъ въ видѣ двухъ небольшихъ папилломъ, на границѣ лѣвой боковой и задней стѣнки. Съ мая 1907 по май 1908 съ большими промежутками лечились вливаніями 400 резорцина въ пузырь, при чемъ папилломы совершенно исчезли. Въ ноябрѣ 1911 г., т. е. спустя 7 л. 9 м. совершенно здоровъ.
26	62	М.	6/IV 1904	31/5	Григорій Р-новъ.	Urethritis.	На приимъ крови въ мочѣ вѣременами на боли въ крестцѣ и въ пояснич. обл. 1-е кровотеч. въ началѣ августа 1903 г.	Кнаружи отъ отверстія лѣваго мочеточника опухоль съ вишню. Ворсинчат. Поверхность ея слегка бугристая. Oedema bullosum. Papilloma ves. urin.	11/IV подъ гедональ-хлороформнымъ наркозомъ проф. С. П. Оедоровымъ произведена sectio alta. Типическое удаленіе опухоли, которая сидѣла на широкой ножкѣ.	Выздоровленіе.	Подъ микроскопомъ опухоль оказалась плоскоклеточнымъ ракомъ. Въ слизистой оболочкѣ, удал. вмѣстѣ съ опух. атипическ. разрастанія эпителия не найдено.	9 мѣсяцевъ.	20 дней.	—	—



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествующий половой забастовка.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
							Главный жалобы больного и время появления первых симптомов.	Данные цистоскопии и диагнозы.	Характер оперативного вмешательства.	Непосредственный результат операции.	Микроскопическое исследование опухоли.	Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	Продолжительность постоперационного периода.	Причина летального исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
27	40	М.	7/ч 1904	3/ч	Казимиръ Ал.—вичъ.  Офицеръ.	1888 г. Lues 1900 Urethritis.	На приеме крови в мочу.  1-й разъ кровотечение в 1898 г.	Нализлама в лѣвой 1/2 дня мочевого пузыря, ворсинъ с частью прикрывающъ отверстие лѣваго мочеточника.  Papilloma ves. urin.	11/ч подъ хлороформнымъ наркозомъ проф. С. П. Федоровымъ произведена sectio alta. Типическое удаление опухоли.	Выздоровление.	Доброкачественная нализлама.	6 лѣтъ.	22 дня.	—	—
28	48	М.	21/м 1906	16/ч	Б.—овъ.  Офицеръ.	—	На кровотечении изъ мочевого пузыря.  1-ое кровотечение в 1902 г.	Кларужи отъ отверстия праваго мочеточника опухоль, подвижная на ножкѣ, насколько можно судить по оторасываемой ею ткани.  Papilloma ves. urin.	29/м подъ спинно-мозговой анестезіей трополокаиномъ проф. С. П. Федоровымъ произведена sectio alta. Типическое удаление опухоли.	Выздоровление.	—	4 года.	18 дней.	—	—
29	47	М.	24/лх 1906	2/лх	Павелъ Н.—аевъ.  Смѣхъ подпоручика.	Urethritis 20 л. нѣтъ декабря назадъ.	Затруднение мочеиспускания съ декабря 1903 года.	На задней стѣнкѣ пузыря опухоль на ножкѣ, ворсинчатая. Слизистая катарально измѣнена. Отверстія мочеточниковъ нормальны.  Papilloma ves. urin.	2/х подъ хлороформнымъ наркозомъ проф. С. П. Федоровымъ произведена sectio alta. Типическое удаление опухоли.	Выздоровление.	—	11 мѣсяцевъ.	30 дней.	—	—
30	43	М.	5/лх 1907	4/лх	Петръ Мар.—ичъ.	Не было.	На кровавую мочу.	Къ отверстию лѣваго мочеточника прилагается ворсинчатая опухоль величиной со сливу.  Papilloma ves. urin.	27/х подъ хлороформнымъ наркозомъ проф. С. П. Федоровымъ произведена sectio alta. Типическое удаление опухоли.	Выздоровление.	—	3 года.	40 дней.	—	Черезъ 1 1/2 мѣсяца послѣ операции вновь появились кровотечения изъ пузыря. Лечился промываніемъ пузыря. 11/лх 1910 вновь поступилъ въ клинику въ виду усилившихся кровотечений. При цистоскопії, обнаружено: у отверстию лѣваго мочеточника имѣется ворсинчатая опухоль, мѣстами распадающаяся, величиной съ грецкій орѣхъ. На слизистой пузыря въ различныхъ мѣстахъ сидятъ 7 небольшихъ разнаго размѣра ворсинчатыхъ опухолей. 17/лх—10 г. подъ гадональнымъ наркозомъ проф. С. П. Федоровымъ sectio alta съ типическимъ удаленіемъ опухолей. Выздоровленіе 13/лх, т. е. черезъ 26 дней выписался здоровымъ.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предпоставленная причина заболевания.	I Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагноз.	III Характер оперативного вмешательства.	IV Непосредственный результат операции.	V Микроскопическое исследование опухоли.	VI Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	VII Продолжительность послеоперационного периода.	VIII Причина летального исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
31	43	М.	5/хн 1907	26/п 1908	Хусейн Бад—овъ.	Ulcus molle, bubo-linguinalis. 17 л. назад.	На присут-ствие в моче крови.	Справа и снизу в области отверстия правого мочеоточника опухоль величиной с маляну с короткими сосочками. Левый мочеоточник и слизистая пузыря изменений не представляють.	22/1 1908 г. подъ спинно-мозговой анестезией тропокаиномъ проф. С. П. Федоровымъ произведена sectio alta. Типическое удаление опухоли. Часть краев слизистой соединена швомъ съ краемъ мочеоточника.	Выздоравливание.	—	1 мѣсяцъ.	31 дня.	—	3/хн вновь поступилъ в клинику, съ жалобами на кровоте-чение. Кровь началась 8 дней назадъ, т. е. спустя 2 г. 8 м. послѣ выписки. При дистоскопии: на передней стѣнкѣ небольшо-ая овальная опухоль, на правой боковой стѣнкѣ имѣется конгломератъ такихъ же опухолей. Отверстие правого мочеоточника находится вдаль отъ опухоли, имѣетъ полулунную форму, зияетъ, лежитъ среди ткани, имѣющей блѣсоватый видъ (рубецъ). 18/1 1911 г. Операция (д-ръ Добровольскій) sectio alta. Опухоль удалена съ частью стѣнки пузыря. Resectio part. 6/хв выписанъ для амбулаторнаго леченія. 10/х обнаруженъ рецидивъ папилломы.
32	60	М.	21/п 1908	7/ч	Никита Хан—овъ.	Не было.	На присут-ствие в моче крови.	Между отверстиями мочеоточниковъ, прилегающа къ сфинктеру или б. м. исходя изъ него, имѣется опухоль величиною со сливу с короткими сосочками.	19/х подъ спинно-мозговой анестезией тропокаиномъ и затѣмъ хлороформнымъ наркозомъ проф. С. П. Федоровымъ произведена sectio alta. Типическое удаление опухоли.	Выздоравливание.	—	14 лѣтъ.	48 дней.	—	—
33	64	М.	13/х 1907	25/х	Романъ Рей—скій	Urethritis вь 1882 г.	Примѣсь крови вь моче и тупая боль надъ лобкомъ.	Въ арех пузыря видна опухоль величиною съ кофейное зерно, безъ ворсинъ, но на ножкѣ. Сфинктеръ разрыхленъ, иъ-которая инъекція со-судовъ.	25/х 1907 подъ спинно-мозговой анестезией тропокаиномъ (1%—6.0) проф. С. . Федоровымъ произведена sectio alta. Опухоль удалена ножницами съ частью мышечной.	Выздоравливание.	—	8 года.	30 дней.	—	—
					Торговецъ	1-ое кровоте-чение вь нача-лѣ ноября 1907 г.	1-ое появле-ние крови вь моче лѣтомъ 1894 г.	Papilloma ves. urin.							
					Корре-спондентъ.			Papilloma ves. urin.							
					Полковн.	1-ое появленіе крови вь мочи вь 1904 г.		Papilloma ves. urin.							



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предисловие к истории болезни.	I Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагнозы.	III Характер оперативного вмешательства.	IV Непосредственный результат операции.	V Микроскопическое исследование опухоли.	VI Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	VII Продолжительность послеоперационного периода.	VIII Причина летального исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
34	47	М	2/хп 1907	18/хп 1908	Евстигней Гер-мов.	Не было.	На приеме кровяные мочи.	Цистоскопия в клинику не удалась ни разу, т. к. при попытке вызывалось сильное кровотечение. В амбулатории однократно удалось различить ворсинки папилломатозной опухоли.	3/4 1908 г. под спинномозговой анестезией тронко-канном. Д-ром Н. Ф. Лексневим произведена sectio alta. По вскрытии пузыри оказались, что они все поражают папилломатозными разрастаниями, среди которых выделялась опухоль, величиною больше куриного яйца, расположена на передне-боковой стенке сфинктера. Она была удалена по частям, основание ее прижжено Рагеллином. В виду угрожающего кровотечения, пузыри были заманированы.	Выздоровление.	—	1 1/2 года.	5 1/2 месца.	—	Оставшийся после операции надлобковый свищ, закрылся через 3 месца. Затяж 20 в вследствие задержки мочи, на месте рубца на животе сделан разрез, введен дренаж и устроен сифон.
35	44	М.	3/п 1909	19/п	Михаил Вод-оп.	Urethritis в 1887 г.	На боли при мочеиспускании и на приеме кровяные мочи. В 1891 г. начали появляться в моче сгустки крови, с 1908 г. идет чистая кровь.	При цистоскопии найдена опухоль на правой стенке пузыря, переходящая на левую в области дна, повидному на ножке. Отверстия мочеточников не видны.	14/п под хлороформным наркозом проф. С. П. Федоровым произведена sectio alta. Типичное удаление опухоли.	Выздоровление.	—	18 лет.	35 дней.	—	—
36	44	М.	6/хп 1910	23/хп	Владимир Р-аев.	Urethritis.	Присутствие в моче крови.	Область дна пузыря у лобного мочеточникового отверстия занята папилломатозной опухолью величиной с грецкий орех. Остальная слизистая в состоянии катарального воспаления.	18/хп Под спинномозговой анестезией тронко-канном проф. С. П. Федоровым произведена ... sectio alta. Типичное удаление опухоли.	Выздоровление.	—	5 лет.	35 дней.	—	25/хп 1911 г. т. е. через 1 г. 1 мес. после операции получено сведение, что чувствует себя хорошо! 26/п 1912 при цистоскопии обнаружены рецидивы на правой боковой стенке в виде двух папиллом, одной величиной с вишню, и другой несколько меньше. Явлений никаких.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Представление позывов заболел.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
							Главный жалобы больного и время появления первых симптомов.	Данные цистоскопии и диагноз.	Характер оперативного вмешательства.	Непосредственный результат операции.	Микроскопическое исследование опухоли.	Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	Продолжительность послеоперационного периода.	Причина летального исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
37	49	М.	6/II 1909	22/IV	Иванъ С.—овъ.	Не было.	Периодическое кровотечение изъ пузыря, повторяющееся 1-2 раза въ мѣсяцъ.	Въ области дна пузыря видны двѣ папилломатозныхъ опухоли на ножкахъ. Отверстіе мочеочника не видно.	9/III подъ кислородо-кларформнымъ наркозомъ проф. С. П. Огородниковъ произведена sectio alta. Типическое удаление опухоли.	Выздоровление.	—	7 лѣтъ.	41 день.	—	Черезъ 1 1/2 г. рецидивъ папилломы. Симптомы никакихъ.
					Врачъ.		1-ое кровотечение въ 1909 послѣ отхождения камней.	Papilloma ves. urin.							
38	44	М.	13/II 1910	21/III	Андрей Сид.—овъ.	Не было.	Присутствие въ мочѣ крови, мутность мочи, боли въ области пузыря и лѣвомъ боку.	Кверху отъ отверстия правого мочеочника опухоль величиною съ грецкій орѣхъ.	24/II подъ галлолаловымъ наркозомъ проф. С. П. Огородниковъ произведена sectio alta. Типическое удаление опухоли.	Выздоровление.	—	2 года.	28 дней.	—	—
					Крестьянинъ, служителью Петергофскаго Дворца.		1-е кровотечение 2 года назадъ.	Papilloma ves. urin.							
39	—	М.	9/II 1911	15/III	Николай Ростовцевъ.	Urethitis.	Частое появление крови въ мочѣ и периодическое выделение чистой крови.	Въ области отверстия лѣваго мочеочника опухоль съ грецкій орѣхъ на тонкой ножкѣ съ бугристой поверхностью.	16/II подъ галлолаловымъ наркозомъ проф. С. П. Огородниковъ произведена sectio alta. Типическое удаление опухоли.	Выздоровление.	—	2 года.	28 дней.	—	—
					Мѣщанинъ.		1-ое кровотечение въ 1909 г.	Papilloma ves. urin.							
40	47	М.	17/II 1911	3/IV	Абрамъ Син.—кій.	—	Боли при мочеиспускании и периодическое появление въ мочѣ крови.	На верхней стѣнкѣ пузыря находится опухоль величиной съ большой грецкій орѣхъ, сидящая на ножкѣ, ярко розоваго цвѣта.	3/III подъ хлороформнымъ наркозомъ д-ромъ В. П. Добровольскимъ sectio alta. Типическое удаление опухоли.	Выздоровление.	—	1 годъ.	30 дней.	—	—
					Крестьянинъ.		1-ое кровотеч. въ 1910 г.	Papilloma ves. urin.							



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествующая половая жизнь.	I Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагноз.	III Характер оперативного вмешательства.
41	43	М.	31/х 1911	8/хл	Юлианъ Ск—кий.	—	Боль в пояснице, рези при конит мочеиспускания, мутную мочу.  3 мѣс. назад мутная моча.	Въ области отверстия правого мочеточника — опухоль величиною со сливу.  Papilloma ves. urin.	12/хл подъ хлороформомъ sectio alta проф. С. П. Федоровымъ. Типичное удаление опухоли.
42	48	М.	11/х 1911	15/хл	Петръ Овч—ко.	—	На боль в лѣвомъ, а иногда и в правомъ подреберьях и поясницѣ, учащенное мочеиспускание, (черезъ каждые 2 часа), и кровь в мочѣ.  Механикъ	Въ области лѣвого мочеточника кровотокающая папиллома. Самаго отверстия мочеточника не видно.  1 г. назад. Papilloma ves. urin.	8/х 1911 г. подъ спинномозговой анестезіей проф. С. П. Федоровымъ. Сsectio alta. Изъяснена папиллома величиной съ грецкій орѣхъ, вместе съ частью мочеточника, который оказался непронходимъ.
43	23	Ж.	19/п 1908	24/п	Вѣра К—ская.	Не было.	Частая схваткообразная боль внизу живота, задержку мочи в течение суток и на опухоль, горячую из половой щели.  Болезнь съ октября 1907.	Trigonum Lieutaudii прикрытъ опухолью, закрывающей почти нижнюю 1/2 сфинктера и отверстия обоих мочеточниковъ. Опухоль бурная синеваго краснаго цвѣта. Мѣста исхождения определять не удается.  Papilloma ves. urin.	28/п подъ хлороформнымъ наркозомъ д-ромъ Кузнецкимъ произведена sectio alta. Типичное удаление опухоли.

IV Непосредственный результатъ операций.	V Микроскопическое изслѣдованіе опухоли.	VI Промежуточное время отъ появления первыхъ симптомовъ до операции.	VII Продолжительность послѣоперационнаго периода.	VIII Причина детальнаго исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТЪ ОПЕРАЦИИ.
Выздоровленіе.	—	3 мѣсяца.	26 дней.	—	—
Выздоровленіе.	Папиллома, мѣстами обнаруживающая атипическое расположение эпителия.	1 годъ.	1 мѣс. 1 нед.	—	10/12 г. больной вновь поступилъ в клинику по поводу болей в лѣвомъ подреберьях и в поясницѣ. При цистоскопии въ области лѣваго отверстия мочеточника видны рубцы, среди которыхъ небольшая ямка, выхожденія мочи не замѣчается для катетра мочеточникъ не проходитъ. 21/п подъ гдоназовымъ наркозомъ проф. С. П. Федоровымъ произведена операция удаления лѣвой почки и мочеточника. Лоханка почки и все слѣзистая мочеточника были покрыты папилломатозными разраженіями. 28/п больной выписался изъ клиники вполнѣ здоровымъ.
Выздоровленіе.	Добркачественная папиллома. Строма состоитъ изъ рыхлой сочной соединительной ткани очень богатой кровеносными сосудами, эпителий расположенъ правильно въ нѣсколько слоевъ.	4 мѣсяца.	26 дней.	—	





№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предистория болезни по данным обследования.	I	II	III
							Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	Данные цистоскопии и диагноз.	Характер оперативного вмешательства.
44	32	Ж.	12/ч 1908	27/ч	Елена Ск—ская.	Не было.	Частые позывы на мочеиспускание, при этом кровь и боль при мочеиспускании.	На задней стенке пузыря, кнаружи от правого мочеточника, находится опухоль плохой формы, бугристая, величиной с воловский орех. Небольшая гиперемия дна и отчетность сфинктера.	15/ч под спинно-мозговую анестезию тропическим проф. С. П. Оедоровым произведена <i>sectio alta</i> . Типичное удаление опухоли на ножке.
							1-ое кровоотечение 18/III 1908 г.	Papilloma ves. urin.	
45	47	Ж.	2/х 1908	17/ч 1909	Наталья Шир—а.	Не было.	На кровоотечение из мочевого пузыря, учащенные позывы и исхудание.	В пузырь имеется ворсинчатая опухоль величиной с яблоко, занимающая дно пузыря и прикрывающая <i>ligam. interuretericum</i> . Связистая опухоль в области мочеточника подтянута и шита в слизистую пузыря.	15/х под спинно-мозговую анестезию тропическим проф. С. П. Оедоровым произведена <i>sectio alta</i> . Опухоль мочеточника удалена с частью мочеточника.
					Крестьянка.		1-ое появление в моче крови в декабре 1907 г.	Papilloma ves. urin.	
46	68	Ж.	14/х 1911	2/II 1912	Екатерина Пр—ва.	Не было.	На кровоотечение, мутную, гнойную мочу и учащенные мочеиспускания (мочится через каждые 20 мин).	В области отверстия правого мочеточника кнутри и книзу бугорчатая опухоль величиной с грецкий орех, на ножке.	21/II 1911 г. под хлороформным наркозом д-ром А. И. Кузнецким <i>sectio alta</i> . Типичное удаление опухоли.
							1-ое кровоотечение в июле 1911 г.	Papilloma ves. urin.	

IV	V	VI	VII	VIII	IX
Непосредственный результат операции.	Микроскопическое исследование опухоли.	Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	Продолжительность послеоперационного периода.	Причина летального исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
Выздоровление.	—	2 месяца.	42 дня.	—	Показывалась в конце ноября 1908 г. (5 мес. после операции), при цистоскопии возврата не обнаружено. Чувствует себя вполне здоровой. В середине 1911 г. т. е. через 3 года при цистоскопии были обнаружены папилломы. Явлений не было. 19/IV 1912 г. была оперирована по поводу рецидива. При <i>sectio alta</i> найдено: 4 больших папилломы на ножках, на боковых и задней стенках пузыря и 2 величиной с горошину. Все эти папилломы иссечены. Вместе со слизистой пузыря смазана 10% резорцином; пузырь зашит наглухо.
Выздоровление.	—	10 месяцев.	2 мес. 2 дня.	—	Через 4 месяца после выписки из клиники т. е. в мае 1909 г. вновь появилась гематурия. 20/х 1909 г. больная поступила в клинику, где при цистоскопии найдено: на рубце на передней стенке пузыря — папиллома, величиной с лесной орех. Такая папиллома и меньшей величины разбросаны над дном пузыря у отверстий обоих мочеточников. От вторичной операции больная отказалась.
Выздоровление.	—	5 месяцев.	1 1/2 месяца.	—	—



№ по порядку.	Возрастъ.	Полъ.	Время поступления въ клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его званіе и занятіе.	Предшествовавшія половыя заболевания.	I Главныя жалобы больного и время появленія первыхъ симптомовъ.	II Данныя цистоскопіи и діагнозъ.	III Характеръ оперативнаго вмешательства.
47	44	М.	3/ш	10/IV 1912	Андрей Ал—ровъ.	—	На учащенные позывы, иногда затрудненія мочеиспусканія и кровь въ мочѣ.	Позади отверстия правого мочеточника напихато на ножки, величиной со салу.	7/ш подъ хлороформнымъ наркозомъ, проф. С. П. Федоровымъ, sectio alta. Типичное удаленіе опухоли.
					Крестьянинъ.		1 1/2 г. назадъ.	Papilloma ves. urin.	

IV Непосредственный результатъ операціи.	V Микроскопическое изслѣдованіе опухоли.	VI Промежутокъ времени отъ появленія первыхъ симптомовъ до операціи.	VII Продолжительность послѣоперационнаго періода.	VIII Причина летальнаго исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТЪ ОПЕРАЦИИ.
Выздоровленіе.	—	1 1/2 года.	1 м. 3 дня.	—	—



Группа В.

Случаи, гдѣ произведена *cystectomy partialis*.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавшая половая заболеваемость.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
							Главный жалоб больного и время появления первых симптомов.	Данные цистоскопии и диагноз.	Характер оперативного вмешательства.	Непосредственный результат операции.	Микроскопическое исследование опухоли.	Променуток времени от появления первых симптомов до операции.	Продолжительность послеоперационного периода.	Причина летального исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
1	56	М.	5/xi 1899	5/iv 1900	В. Ник. -- Гнус.	—	Кровь в моче.	При цистоскопии: два ворсинчатых новообразования, одно величиной с грецкий орех, на широком основании, на 1 1/2 см. отступя от отверстия мочевого пузыря, другое большей величины в области отверстия правого мочеточника.	16/xi 1899 г. под хлороформным наркозом проф. С. П. Одеромыча произведена sectio alta. Опухоль выстрижена вместе со стинкой пузыря. Дефекты на дне и боковой стинке пузыря длиной около 5 см. и шириною около 3 см. были шиты катгутами швами.	Выздоровление.	Cancer villosus.	8 года.	5 месяцев.	—	В январе 1901 года, т. е. через 8 мѣс. послѣ выписки из клиники стала выделяться с мочою слѣзъ съ небольшим количеством крови. 11 февраля при сильно повышенной т° внезапно образовался правосторонний гидронефроз. Затѣм т° упала и гидронефроз протек, и больной погибъ 4 мѣс. спустя при явленияхъ все возраставшей кахексии.
2	54	Ж.	30/ix 1901	8/xii 1902	Р. Бюл.	—	Сильные кровотечения из мочевого пузыря.	При цистоскопии на дне пузыря, в области отверстия правого мочеточника видна бугроватая опухоль, краснаго цвѣта, величиною съ очень крупную малярию.	16/x 1901 г. под хлороформным наркозом проф. С. П. Одеромыча произведена sectio alta. Опухоль захвачена зажимомъ Люега, отснута кверху и срѣзана вслѣдъ затѣмъ выжигана щипцами концы мочеточника и кусочки его около 1 см. длиной иссѣчены вместе со стинкою пузыря. Мочеточникъ шитъ въ верхнюю часть раны на дне пузыря.	Выздоровление.	Cancer villosus.	1 годъ 6 мѣс.	1 мѣс. 3 нед.	—	26/i 1902 г. при помощи операционнаго цистоскопа дробителемъ размяты инкрустации и сорвана и удалена послѣдняя лигатура вместе съ узломъ. Черезъ 1 ч. и 5 м. послѣ операции при цистоскопии рецидива не обнаружено. 6 лѣтъ послѣ операции рецидива не было.
3	42	М.	11/i 1902	6/iv 1902	М. Фев.	Не было.	Кровь в моче, усиленные позывы на мочу. (до 27 разъ в сутки) и боли над лобкомъ.	Вся верхняя часть дѣвой боковой стинки пузыря занята нерѣзко выдающейся въ пузырь бугроватой опухолью. Дно пузыря совершенно свободно от опухоли.	21/i под хлороформным наркозом, проф. С. П. Одеромыча произведена sectio alta. Насѣчена вся верхняя часть дѣвой боковой стинки, не доходя 3-хъ до отверстия мочеточника.	Выздоровление.	Микроскопическое исследование опухоли показало ракъ съ очень малымъ количествомъ стромы. Въ мышечныхъ слояхъ большія гнѣзда раковыхъ кѣлокъ.	6 месяцев.	3 1/2 мѣсца.	—	—
					Земледѣлецъ.		Осенью 1901	Cancer, ves. ur.							



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	I Предшествующая половая заболева- ния.	II Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	III Данные цистоско- пии и диагноз.	IV Характер оперативного вме- шательства.	V Челюстно- стенный результат операции.	VI Микроскопическое исследование опу- холи.	VII Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	VIII Продолжи- тельность послеопера- ционного периода.	IX При- чина леталь- ного исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
4	59	М.	1/iv 1905	22/vi	Евгений Гр—овъ.	Ure- thritis.	Примѣсь кро- ви въ мочѣ и на общую сла- бость.	На правой боковой стѣнкѣ пузыря боль- шая ворсинчатая опухоль, нѣкоторыя ворсинки изъязвляют- ся и омертвѣваютъ. Точныхъ размѣровъ опухоли опредѣлить не удается.	7/iv кислородно-хлор- формнымъ наркозомъ проф. С. П. Федоровымъ произведена sectio alta и cystectomy partialis. Вся правая часть перед- ней стѣнки исѣчена. Участокъ удаленной стѣнки (сократившейся) равенъ 5×8 см.	Вызоро- вание.	Доброкачественная папиллома.	9 лѣтъ.	2 1/2 мѣсяца.	—	Черезъ годъ послѣ операціи, т. е. въ апрѣлѣ 1906 г., внезап- но открылось сильное кровоте- чение, затѣмъ второе черезъ позднѣе года въ сентябрѣ 1907 г. При цистоскопическомъ обнаружено: папиллома величиною съ орѣхъ и много сосочковыхъ разрастеній. 16/iv 1909 г. вновь былъ цистоскопированъ: съ лѣ- вой боковой стѣнки выходитъ опухоль папилломатознаго типа съ плоскимъ основаниемъ въ остальныхъ мѣстахъ пузыря признаки рѣзкаго цистита. Умеръ въ 1910 году (5 лѣтъ).
5	31	М.	12/ii 1904	28/iv	Степанъ Т—овъ.	—	На вытеканіе мочи съ кровью черезъ свищъ надъ лобкомъ.	Цистоскопія въ виду сильнаго кровоте- ченія не удалась.	20/ii подъ гомодинамиче- скимъ наркозомъ проф. С. П. Федоровымъ произведена sectio alta и cystectomy partialis. Удаленный участокъ стѣнки 5×5 см. величи- на немъ сидѣло двѣ па- пилломы.	Вызоро- вание.	Подъ микроскопомъ опухоль оказалась доброкачественной папилломой. При ис- сѣдованіи слизистой оболочки, вѣ- стой немного отступя отъ основанія опу- холи атрофическаго разрастенія зинте- лія не найдено.	3 недѣли.	2 мѣс. 16 дн.	—	Впервые была сдѣлана опера- ція sectio alta съ выстрига- ніемъ и выскабливаніемъ па- пилломъ въ октябрѣ 1902 года. Черезъ одинъ годъ въ октябрѣ 1903 появились разстройства мочепусканія, а въ январѣ 1904 кровь въ мочѣ, т. е. спу- ста 1 г. 8 м. послѣ операціи. Пузырь при выпискѣ вмѣщалъ 75,0 куб. см. жидкости.
6	43	М.	22/xi 1909	21/iii 1910	Василій Ар—овъ.	Ure- thritis. 10 д. назадъ.	Усиленный позывъ на мочу, рѣзъ и примѣсь кро- ви къ мочѣ въ концѣ мочепуска.	Timor malignus за- нимающій нижне- правую стѣнку мо- чевого пузыря отъ сфинктера до области праваго мочеточника который найти не удается. Лѣвая сто- рона пузыря нор- мальна.	7/xi 1909, подъ хлор- формно-этирнымъ на- ркозомъ проф. С. П. Фе- доровымъ произведена sectio alta. Cystectomy partialis o. parte intra- muralae uretheris et im- plantatio uretheris in vesicam. Операция при помощи Kalt Kauter'a Forest'a.	Вызоро- вание.	—	2 1/2 года.	3 1/2 мѣсяца.	—	При выпискѣ пузырь безъ бодѣ удерживаетъ 175—200 куб. см. жидкости. Репидивъ черезъ 9 мѣс.
7	52	М.	31/x 1909	21/i 1910	Дмитрій С—овъ.	—	На присут- ствіе въ мочѣ крови. 1-й разъ 2 м. назадъ.	На передней правой стѣнкѣ мочевого пу- зыря опухоль вор- синчатая, мало-сосу- дистая, на широкомъ основаніи величиною съ грецкій орѣхъ.	19/xi 1909 г., подъ хлор- формнымъ наркозомъ д-ромъ В. П. Добро- творскимъ произведена sectio alta и cystectomy partialis. Вся стѣнка пузыря опухолью удалена Кал- томъ Forest'a.	Вызоро- вание.	—	2 мѣсяца.	2 мѣс. 2 дня.	—	Черезъ 8 мѣсяцевъ репидивъ.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествующий половой анамнез.	I Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагноз.	III Характер оперативного вмешательства.	IV Непосредственный результат операции.	V Микроскопическое исследование опухоли.	VI Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	VII Продолжительность послеоперационного периода.	VIII Причина летального исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
8	52	М.	16/ii 1909	17/iii	Михаил Кас-яч.	Не было.	На кровавую мочу и учащенные позывы к мочеиспусканию.	На нижней стенке его сосочковая опухоль, на широком основании. Отверстий мочеоточников видеть не удается.	Была оперирована в городской больнице г. Минска в апреле 1908 года, где была произведена sectio alta и cystectomy partialis.	Выздоровление.	—	6 лет. 3 мес.	7 недель.	—	Через 4 месяца после операции снова появилась гематурия. Выбегистость пузыря maximum. 100 кб. см.  Случай признан за casus inoperabilis, больному предложено лечение промываниями пузыря 20% р-вом резорцина, после чего он выписался из клиники.
9	67	М.	1/ix 1907	2/i 1908	Иларион Мак-ов	—	Частые и болезненные мочеиспускания, кровь в моче.	—	3/ix 1907 г. проф. С. П. Федоровым sectio alta и cystectomy partialis. Избегнут левый верхний сегмент пузыря.	Выздоровление.	—	—	4 месяца.	—	В конце августа 1908 г., т. е. через год после операции, д-р Ложнев при цистоскопии нашел на верхушке пузыря, на рубце, опухоль на широком основании с короткими папиллярными выступами, величиной с 3 неб. малярии. Емкость пузыря 275,0 28/ix—23/xi 1908 г. провел в клинику, где ему 15/ix проф. С. П. Федоровым произведена операция, но пузырь не был вскрыт, т. к. оказалось, что вся верхняя часть пузыря, доступная исследованию пальцем, инфильтрирована и случай был признан неоперабельным. 9/ii 1909 г. у него открылся свищ над лобком, через который стала вытекать моча. Свищ шел в пузырь среди грибозных разрозненных опухолей. 1 мая 1909 г., т. е. через 1 ч. 8 м. после операции, умер.
10	68	М.	10/ii 1912	10/iv	Николай Гун-ерт.	—	Учащенные мочеиспусканий, болезненность их, кровь в моче, болезненность в животе 1 1/2 г. назад.	На правой стенке пузыря найдены ворсинчатые разрастания, являющиеся с грязным дном.	24/ii 1912, под руководством проф. С. П. Федоровым sectio alta cystectomy partialis. Избегнута правая боковая стенка.	Выздоровление.	—	1 1/2 года.	1 1/2 месяца.	—	Больной выписался в хорошем общем состоянии. Пузырь вмещает 180 кв. см. жидкости. При цистоскопии рецидива не обнаружено.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предистория заболевания.	I Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагноз.	III Характер оперативного вмешательства.	IV Непосредственный результат операции.	V Микроскопическое исследование опухоли.	VI Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	VII Продолжительность послеоперационного периода.	VIII Причина летального исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
II 54	М.	11/1 1912	25/1	Дмитрий Др—инь.	24 л. Люс.	Кровотечение из мочевого пузыря и свищ над лобком.	Цистоскопия не удалась т. к. не удалось наполнить пузырь: жидкость вытекала через надлобковый свищ.	25/1 1912 под годонозовым наркозом проф. С. П. Федоровым sectio alta. Разрез через свищ по средней линии. На левой боковой стенке rozpoznano несколько крупных величиной с куриное яйцо папиллярного вида опухолей (2 крупных, 3 помельше). Опухоли удалены с частью стенок.	Resectio partialis.	Смерть через 2 часа после операции.	—	3 года.	—	Смерть при значительном удалении сердечной деятельности.	Epierisis: Resectio ves. urinae. Sectio alta. Ureteritis et pyelitis purul. sin. Atrophia ren. sin et hypertrophia incip renis dextr. Degeneratio adiposa myocardii, renum et hepatis.  У больного кровотечения впервые появились в конце 1909 г. При цистоскопии обнаружена папиллярная опухоль близ пузырного отверстия канала. В мае 1910 г. sectio alta с удалением опухоли. Через 4 недели открылся надлобковый свищ, который то закрывался, то открывался. В октябре 1911 г. свищ окончательно открылся и с тех пор вся моча вытекает через него. 11/1 1912 г. обратился в клинику проф. С. П. Федорова.



Группа С.

Случай, гдѣ была произведена тотальная  
экстирпація пузыря.

(На основаніи литературныхъ данныхъ).



№ по порядку.	I Операторъ. Литературныя ука- занія.	II Полъ.	III Возрастъ болн.	IV Предвари- тельная опе- рація на тазъ.	V Доступъ къ пу- зырю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосред- ственный ре- зультатъ опе- раціи.	IX Отдаленный результатъ опе- раціи.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея и пат.-анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
1	Bardenheuer 1887 г. Verhandl. d. deutschen Ges. f. Chirurgie. 1891.	М.	57	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Пузырь удаленъ субперито- неально.	Мочеточники оста- влены въ раневой по- лости.	Смерть на 14-й день отъ уреміи.	—	Carcinoma vesicae.	На аутопсіи — двухсто- ронній гидронефрозъ.
2	Pawlick 1899. Wien. med. Blätt. 1890. Congr. intern. (Berlin) 1891.	Ж.	57	—	—	Операция въ два сеанса: 1) Мочеточники вшиты во влагалище. 2) Черезъ 24 дня коренная операция и colpoceleisis. Разрѣзъ со стороны влагалища выше уретры, чрезъ этотъ разрѣзъ пузырь экстирпированъ. Шовъ передней стѣнки влагалища къ передней стѣнкѣ уретры и задней стѣнкѣ влагалища къ задней стѣнкѣ уретры.	Мочеточники пред- варительно вшиты во влагалище.	Выздоровле- ніе.	Спустя 16 дѣтъ послѣ операціи чувствуетъ себя хорошо; новый пузырь выдержи- ваетъ по 400 гр. мочи, которая опорожняется благодаря сокра- щеніямъ мышцъ промежности.	Пузырь былъ устья маленькими интито- мами.	Часто образуются камни.
3	Küster Verhandl. d. deutsch. Gesel. f. Chirurgie. 1891.	М.	53	Резекція сим- физа.	Брюшной раз- рѣзъ.	Брюшина вскрыта, произведена экстирпація пузыря и простаты.	Мочеточники пере- сажены въ rectum.	Смерть на 5-й день отъ пер- итонита.	—	Дѣлѣ опухоли на дѣлѣ пузыря, задняя его стѣнка инфильтри- рована.	Метастазы въ железахъ.
4	Kümmel 1893. Berlin. Klinik. Heft 59. 1893.	Ж.	60	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники: въ правый введенъ ка- детъ, который вы- веденъ чрезъ уретру, дѣлѣй не могъ быть найденъ и оставленъ въ раневой полости.	Смерть на слѣ- дующій день отъ коллапса.	—	Карцинома, занима- ющая весь пузырь.	—
5	Lindner 1895. Verhandl. f. d. deutsch. Gesel. f. Chirurgie.	М.	60	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники вшиты въ уретру.	Смерть отъ уреміи.	—	Диффузная карци- нома.	Cancer renis.
6	Васильевъ Hildebrandt's Lehrb. 1896. Модискиій, стр. 202.	Ж.	30	—	Брюшной раз- рѣзъ.	19/7 1895 г. Экстирпація пузыря.	Мочеточники вшиты въ верхній уголъ ра- ны брюшной стѣнки.	Выздоровле- ніе.	Спустя 7 мѣс. чувствовала себя хорошо.	Карцинома.	—



№ по порядку.	I Оператор. Литературная опера- ция.	II Полъ.	III Возрастъ болън.	IV Предварительная опера- ция на тазъ.	V Доступъ къ пу- зрю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосредственный ре- зультатъ опера- ции.	IX Отдаленный результатъ опера- ции.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея и пат.-анат. характеръ	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
7	Велиминовъ Centralbl. f. Kr. d. H. и Sex. org. 1898.	Ж.	45	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Питраперитонеальная экстир- пация пузыря, резекція брюшины	Мочеточники пере- сажены in vaginam.	Смерть черезъ 8 дней послѣ операции.	—	Большая опухоль, выступающая подъ брюшной.	—
8	Bergenheim Centralblatt. f. Chi- rurgie. 1896 стр. 389.	М.	35	—	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	Опухоль находилась въ экстро- фированномъ пузырьѣ, поэтому операция произведена въ 2 со- ауса; 1) Удаленіе опухоли. 2) черезъ мѣсяць экстирпация пу- зыря.	Мочеточники пере- сажены въ rectum вмѣстѣ съ овальнымъ кускомъ стѣнки пу- зыря.	Выздоровле- ніе.	Спустя годъ и 7 мѣс. живъ, опоро- жняетъ клоаку каждые 5—6 ч. днемъ и 2 раза ночью.	Adenoma destruens in vesica extrophica.	—
9	Albarran 1895 Дисс. Bensa 1896.	Ж.	51	Симфизо- томія.	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря.	Мочеточники фикс- рованы въ шейкѣ пузыря.	Смерть отъ shock'a.	—	Эпителиома.	—
10	Wendel Clin. de Mars. Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. 1900.	М.	56	—	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	Сначала Sectio alta, затѣмъ per- ineotomia и разрѣзъ partis membra- naceae urethrae. Высвобожденіе пузыря.	Мочеточники пере- сажены въ rectum.	Смерть вече- ромъ того же дня.	—	Опухоль на правой и задней стѣнкахъ.	—
11	Giordano 1895. Watson and Cunnin- gham, стр. 520.	Ж.	60	Симфизо- томія.	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация uteri et vesicae Пере- вязка a. iliac. intern. Nephrolitho- tomia.	Мочеточники пере- сажены въ rectum.	Смерть черезъ 24 ч. отъ shock'a	—	—	—
12	Schede 1898. Ibidem.	М.	55	—	—	—	—	Смерть на 8-й день отъ shock'a.	—	Карцинома.	—
13	Zeller Münch med. Wochen- schr. 1897.	Ж.	56	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Брюшина вскрыта. Экстирпация пузыря.	Мочеточники вшиты во влагалище.	Смерть черезъ 20 часовъ отъ коллапса.	—	Карцинома.	—



№ по порядку.	I Операторъ. Литературныя ука- занія.	II Полъ.	III Возрастъ болѣн. Болѣнь.	IV Предвари- тельныя опе- раціи на тазѣ.	V Доступъ къ пу- зарю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосред- ственный ре- зультатъ опе- раціи.	IX Отдаленный результатъ опе- раціи.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея и пат.-анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
14	Tuffier et Dujanier Revue de Chir. 1898.  Progrès Médical 1897, 1.  Ann. des mas. des org. gén.-urin. 1897 № 2 p. 180.	M.	40	—	Брюшной раз- рѣзъ.	1) Наложень свища. 2) Черезъ 14 дней надлобковый разрѣзъ въ видѣ J. Обнаженіе боковыхъ по- верхностей до шейки, которая пе- рерѣзана. Верхняя и перитонеаль- ная часть пузыря изъсчѣны вмѣ- стѣ съ брюшиной; затѣмъ экстирпа- ція пузыря. шовъ и тампонада раны.	Мочеточники вышиты въ rectum.	Выздоровле- ніе съ обра- зованіемъ над- лобкового сви- ща. Пересад- ка мочеточни- ковъ не уда- лась.	Спусти 7 мѣс. умеръ.	Epithelioma alveolare занимала всю лѣвую стѣнку пузыря и про- никала подъ слизи- стой до основанія пузыря.	—
15	Göpel. Schmidt's Jahrb. 1898.	M.	57	—	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	Освобожденіе нижней половинѣ пузыря чрезъ промежностный раз- рѣзъ. Затѣмъ sectio alta. Брюши- на отсоедена.	Мочеточники вышиты въ уретру.	Смерть отъ shock'a.	—	Carcinoma.	—
16	Küster 1897. Wendel. Mitteil. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. 1900.	M.	56	—	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	Экстирпація пузыря. Операция про- должалась 3 час.	Мочеточники вышиты въ rectum.	Смерть въ тотъ же день.	—	Cancer, занимавшій правую и заднюю стѣнку пузыря.	Anaemia et metastases.
17	Bardenheuer Lichtenstein. Deutsch. med. Wochenschr. 1898.	M.	51	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники оста- влены въ раневой полости.	Смерть черезъ 2 дня.	—	Почти цѣликомъ стѣнки пузыря ин- фильтрированы сар- комой.	—
18	Bardenheuer 1898. Wendel. Mitteil. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. 1900.	M.	35	частичная ре- секція pubis.	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники оста- влены въ раневой полости послѣ не- удачныхъ попытокъ вышить ихъ въ уретру, несмотря на произ- веденную частичную резекцію pubis.	Выздоровле- ніе.	Смерть черезъ 4 мѣс.	Carcinoma, инфильтри- рованная все дно.	Pyelo - nephritis. Tumor glandulae suprarenalis dextr.
19	Turetta XIII итальянскій съѣздъ хирурговъ въ Туринѣ 1898.	M.	33	Временная резекція симфиза.	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники вышиты въ rectum при по- мощи пуповки Boari	Смерть на 16-й день по- слѣ операціи.	—	Cancer villosus.	Острый восходящій піело- нефритъ. Швы мочеточни- ковъ разошлись съ двухъ сторонъ. На 3-й день моча стала идти черезъ рану.



№ по порядку.	I Операторъ. Литературныя уна- занія.	II Полъ.	III Возрастъ бол- наго.	IV Предвари- тельныя опе- раціи на тазъ.	V Доступъ къ пу- зырю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Неносред- ственный ре- зультатъ опе- раціи.	IX Отдаленный результатъ опе- раціи.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея и пат.-анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
20	Модлиняскій Verhandl. d. deutsch. Gesel. f. Chir. 1899 стр. 143. Хирургія новообр. мочев. пузыря. Дисс.	Ж.	40	Kraske.	—	Экстирпация пузыря и матки 81/VII 1897 г.	Во влагалище.	Смерть на 3-й день.	—	Плоскій ракъ.	—
21	Модлиняскій Ibidem.	Ж.	45	Kraske.	—	Экстирпация пузыря и матки 13/X 1898 г.	Во влагалище.	Выздоровле- ніе.	1/XII 1898 была показана въ хир. об-въ въ Москвѣ. Состояніе было вполнѣ удовле- творительное.	Плоскій ракъ.	—
22	Косинскій Ibid. (Модлиняскій).	Ж.	?	—	Per vaginam.	Экстирпация пузыря и матки.	Во влагалище.	Выздоровле- ніе.	—	Cancer uteri et vesi- cal uteri.	—
23	Krause 1899. Deutsch. med. Wo- chenscheit. 1900 № 12. Münch. med. Wochen- 1899 стр. 1443.	М.	17	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря. Вскрытіе брюшины.	Мочеточники вшиты въ flex. sigmoideam.	Выздоровле- ніе.	—	Вся слизистая пу- зыря занята ново- образованиемъ.	—
24	Krause Ibidem.	М.	?	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Та же самая операція.	Мочеточники вшиты въ flex. sigmoideam.	Смерть.	—	Idem.	Pyelo-nephritis praeeexistens.
25	Hogge и v. Wini- warter. Ann. de la S. med. chir. de Liège 1899 et Janv. 1900. Ann. Soc. B. d'Urol. 1901 n° 1. Ass. fr. d'Uro- logie 1902 и 1903.	М.	47	Симфизеото- мія.	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	1) 1-й темпъ: Perineotomia и об- наженіе простаты и сѣменныхъ пузырей. 2) Симфизеотомія. 3) Отслоеніе брюшины. 4) Пере- вязка мочеточниковъ на уровнѣ пузыря, разсѣченіе части m. m. levatorum и промежностныхъ мышцъ. Пузырь, простата, пу- зырьки, связки, яички и мочовый мешокъ были удалены разомъ. 5) Пересадка мочеточниковъ. 6 и 7) Сближеніе костей pubis и шовъ серебряной проволокой. Шовъ брюшной стѣнки, тампо- нада промежности.	Мочеточники переса- жены въ rectum. Въ каждый мочеточникъ вставленъ катетръ, которые выведены черезъ anus.	Выздоровле- ніе.	Умеръ черезъ 5 1/2 лѣтъ послѣ опе- рацій.	Диффузная карци- нома.	Аутопсія: Двухсторонній піело-нефритъ. Абсцесъ въ нижней части мочеточника. Камни лоханки. Гангреноз- ный очагъ въ правомъ лег- комъ.



№ по порядку.	I Операторъ. Литературныя ука- занія.	II Полъ.	III Возрастъ болън.	IV Предвари- тельные опе- раціи на тазъ.	V Доступъ къ пу- зырю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосред- ственный ре- зультатъ опе- раціи.	IX Отдаленный результатъ опе- раціи.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея и пат.-анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
26	Garré Beitr. z. Klin. Chir. 1901, стр. 581.	Ж.	44	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря (пузырь экстропированъ).	Мочеточники вшиты въ flex. sigmoid.	Смерть черезъ 4 дня отъ піа- ло-нефрита.	—	Cancer colloidalis.	—
27	Mann Buffalo Med. Journal, July 1910.	Ж.	—	—	—	Брюшина вскрыта, пузырь вы- свобожденъ, пузырь, брюшина, передняя сѣтка влагалища и uteri, захваченные новообразо- ваніемъ, удалены.	Мочеточники вшиты во влагалище.	Выздоровле- ніе.	—	Злокачественная опухоль.	—
28	Mann Ibidem.	Ж.	—	—	—	Idem.	Idem.	Выздоровле- ніе.	—	Злокачественная опухоль.	—
29	Mayo Brit. Med. Journ. Oct. 1902.	Ж.	42	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря.	Мочеточники вшиты во влагалище.	Смерть на 13-й день послѣ операціи.	—	Диффузный ракъ пу- зыря (рецидивъ).	Uraemia, pyelo-nephritis.
30	Lund Lancet 1902.	М.	57	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря. Брюшина вскрыта.	Мочеточники вшиты въ rectum.	Смерть на 3-й день.	—	Диффузный папило- матозъ (рецидивъ)	Pyelo—nephritis bilater.
31	Garré Beitr. z. Klin. Chir. 1904.	М.	51	—	Брюшной раз- рѣзъ.	1) Наложеніе надобочковаго свища. Больной отказывается отъ тоталь- ной экстирпации. 2) Спустя 5 мѣс. операція. Cystectomy. totalis - захвачены вмѣстѣ сѣменные пузырьки и верх- няя части простаты. Брюшина случайно вскрыта на мѣстѣ рубца отъ первой операціи.	Мочеточники фикса- рованы въ кожной ранѣ, въ нихъ встав- лены катетры.	Выздоровле- ніе.	Умеръ черезъ 13 мѣс. отъ уре- мии. Рана еще не бы- ла зарубцована.	Carcinoma.	Ракъ метастатическія гнѣзда въ правойъ моче- точникѣ. Двусторонній піало-нефритъ. Метастазы въ легкихъ. Свѣжій пле- вритъ.
32	Verhoogen	Ж.	34	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря.	Мочеточники вшиты въ кожу.	Выздоровле- ніе.	Умеръ черезъ 5 мѣс. отъ уремии. Мѣстн. рецидивъ	Carcinoma.	—
33	Lapthorn 1903. Цит. у W. и Posner'a.	Ж.	?	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря.	Мочеточники вшиты во влагалище.	Смерть.	—	Злокачественная опухоль.	—



№ по порядку.	I		II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
	Операторъ. Литературныя указанія.		Полъ.	Возрастъ болѣн.	Предварительная операція на табл.	Доступъ къ пузырю.	СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	Мочеточники.	Непосредственный результатъ операціи.	Отдаленный результатъ операціи.	Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея и пат.-анат. характеръ.	ПРИМѢЧАНІЯ.
34	Woolsey	Ann. of Surgery 1903.	М.	37	—	Брюшной разръзъ.	Экстирпація пузыря.	Одинъ мочеточникъ пересаженъ въ тесъ, другой въ рану, въ него вставленъ катетеръ.	Выздоровленіе.	Умеръ черезъ 3 1/2 мѣс. послѣ операціи.	Carcinoma.	Двухсторонній восходящій піело-нефритъ.
35	Kayser	1903. по Watson'y	М.	37	—	Брюшной разръзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники вшиты въ шейку пузыря.	Смерть.	—	Carcinoma.	—
36	Verhoogen	1896.	М.	50	—	Брюшной разръзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники оставлены въ тазу.	Выздоровленіе.	Умеръ черезъ 5 мѣс. отъ мѣстнаго рецидива.	Carcinoma.	—
37	Mc. Cosh	1903. Цит. по Schwyzer'y	Ж.	50	—	Брюшной разръзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники оставлены въ тазу. Моча собиравалась здѣсь, дренируется посредствомъ трубки, проходящей черезъ дугласово пространство.	Выздоровленіе.	Умеръ черезъ 15 мѣс.	Cancer.	—
38	Mc. Cosh.	1903. (по Rovsing'y)	Ж.	50	—	Брюшной разръзъ.	Экстирпація пузыря	Мочеточники оставлены въ тазу.	Выздоровленіе.	Умерла черезъ 15 мѣс.	Cancer.	—
39	G. Tully Vaughan	1903. Ann. of Surgery 1903. (Watson).	М.	32	—	Брюшной и промежностный разръзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники пересажены in flexum sigmoideam.	Смерть къ концу операціи, отъ кровотечения; shock.	—	Sarcoma.	—



№ по порядку.	I Операторъ. Литературныя ука- занія.	II Полъ.	III Возрастъ болѣ- знаго.	IV Предвари- тельныя опе- раціи на тазѣ.	V Доступъ къ пу- зырю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосред- ственный ре- зультатъ опе- раціи.	IX Отдаленный результатъ опе- раціи.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея и пат. анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
40	Wilms 1904. Med. Gesell. in Leipz. Dec. 1905.	М.	?	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпація пузыря.	Мочеточники пере- сажены въ гестум.	Выздоровле- ніе.	Черезъ 18 мѣс. чувствовалъ себя хорошо. 3 моче- испусканія въ те- ченіе дня. Отъ 10 ч. вѣч. до 6 ч. утра удержи- живать мочу.	Carcinoma.	—
41	Quervain 1905 (Частное сообще- ніе, по Rovsing'у)	Ж.	62	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпація пузыря выбрю- шинно.	Правый мочеточ- ник пересекаютъ въ colon ascendens тѣлый въ Flex. sigmoideam.	Смерть на 7-ой день.	—	Распространенный ракъ, поразившій главнымъ образомъ fundus и тѣбую по- ловину пузыря.	Autopsia: Частичный не- крозъ отслоенной брюшины, покрывавшей пузырь. Мѣ- стный гнойный перитонитъ. Двусторонний гнойный піо- ло-нефритъ.
42	Schwyzger 1903. The St. Paul. Med. Journal 1905 april. (по Rovsing'у).	М.	?	—	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	Разрѣзъ въ видѣ $\perp$ . Обнаже- ніе пузыря, затѣмъ промеж- ностный разрѣзъ. Экстирпація пузыря, дренажъ со стороны промежности. Пузырь удаленъ вмѣстѣ съ простатой.	Въ гестумъ на 3 <sup>1/2</sup> см. выше анаса стѣнка перфорирована и черезъ образовав- шееся отверстіе про- дѣтъ мочеточникъ на разстояніи 1/2 боль- шого пальца Швонъ не наложено.	Выздоровле- ніе.	Умеръ черезъ 10 мѣсяцевъ.	Папилломы.	—
43	P. Hammonie IXe Sess. de l'ass. fr. d'urol. 1905.	—	—	—	—	Экстирпація пузыря.	Мочеточники съ вве- денными въ нихъ ка- тетрами выведены черезъ рану.	Смерть на 5-й день.	—	Диффузный ракъ пузыря съ облитера- ціей мочеточниковъ.	—
44	Verhoogen 1906.	Ж.	70	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпація пузыря. Брюшина вскрыта.	Правый мочеточникъ шитъ въ coesum, тѣ- лый въ гестумъ.	Смерть на 3-й день отъ shock'a и ану- ринъ.	—	Cancer.	—



№ по порядку.	I Операторъ. Литературныя уна- занія.	II Полъ.	III Возрастъ болън.	IV Предвари- тельная опе- рація на тазъ.	V Доступъ къ пу- зырю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосред- ственный ре- зультатъ опе- рации.	IX Отдаленный результатъ опе- рации.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея к пат. - анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
45	Verhoogen 1908.	M.	44	—	Брюшной раз- рѣзъ.	1) Нефротомія съ дренажемъ правой лоханки. 2) Черезъ 15 дней cystostomia которая позволила распознать инфильтрирующий ракъ. Бесѣ- ствие этого сдѣлана экстириа- ція пузыря.	Правый мочеточникъ вшитъ въ заднюю стѣнку сосѣд., кот. точасъ же была вы- ключена. Appendix вшитъ въ кожу. Всѣдствие атрофій лѣвой почки на лѣ- вый мочеточникъ на- ложена асептическая лигатура.	Смерть на 4-й день.	—	Инфильтрирующий ракъ пузыря.	Аутопсія: Отекъ легкихъ, отекъ стѣнокъ желудка, лѣ- во-сторонній гидронефрозъ. Смерть обусловлена лига- турой лѣваго мочеточника.
46	Vergoogen 1908.	M.	67	—	Брюшной раз- рѣзъ.	1) Cystostomia pro exploratione. 2) Экстирпація пузыря 5-го апр. 1908 г.	Мочеточники вшиты въ заднюю стѣнку сосѣд., кот. выклю- чена.	Смерть на 4-й день.	—	Инфильтрирующий ракъ bas-fond.	Аутопсія: Двухсторонняя бронхопнеймонія. Атрофія правой почки. Компенса- торная гипертрофія лѣвой почки.
47	M. Carson Zentralbl. f. Chir. 1907 № 31.	M.	49	—	Брюшной раз- рѣзъ.	1) Cystostomia. 2) На 4-й день геморрагія, потребованная ра- скрытія раны, что позволило констатировать рецидивъ. Всѣд- ствие этого произвели экстириа- цію пузыря.	Мочеточники при- вязаны къ введен- нымъ въ нихъ ка- тетрамъ, проведенны въ rectum и фиксиро- ваны лигатурами въ anus.	Выздоровле- ніе.	—	Cancer villosus, рас- положенный надъ и кнаружи лѣваго мо- четочника.	—
48	Rovsing Langenbeck's Arch. Bd. 82, стр. 1047, 1907.	J.	34	—	Поперечный брюшной раз- рѣзъ.	21-го апр. 1906 г. экстирпація пузыря съ перитонеальнымъ по- кровомъ.	Мочеточники вшиты въ кожу чрезъ по- печичный разрѣзъ. Ureterostomia lumba- lis.	Выздоровле- ніе.	Чувствовала себя хорошо, прибави- лась въ вѣсѣ на 30 фунтовъ. Умерла черезъ 11 мѣс. послѣ опе- рации.	Ворсинчатыхъ опу- холъ, охватившихъ весь пузырь.	Быстро растущіе раневые метастазы. Пиело-нефрита не было.
49	Rovsing	M.	67	—	Поперечный брюшной раз- рѣзъ.	6-го сент. 1906 г. Экстирпація пузыря.	Мочеточники вшиты въ кожу. Ureterostomia lumba- lis bilateralis.	Смерть на 7-й день отъ уре- мии.	—	Лѣв. ворсинчатыхъ опухоли, одна ин- фильтруетъ окру- жающую стѣнку лѣ- ваго мочеточника, другая верхушку и шею пузыря (въ слон).	Причина смерти (на ау- топсіи). Атрофія обѣихъ почекъ.



№ по порядку.	I Операторь. Литературный указание.	II Полъ.	III Возрастъ болън.	IV Предварительная операция на тазъ.	V Доступъ къ пузырю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосредственный результатъ операции.	IX Отдаленный результатъ операции.	X Мѣсторасположение опухоли, прикрѣпленіе ея и пат. - анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
50	Rovsing 1906.	М.	57	—	Поперечный брюшной разръзъ.	12-го марта 1906 г. чрезъ поперечный разръзъ удалось удалить весь пузырь, не вскрывая его. вмѣстѣ съ простатою и urethra poster.	Ureterostomia lumbalis bilateralis.	Выздоровленіе.	Умеръ черезъ 2 1/2 мѣсяца. Перфорация rectum по вавшая большую направленію къ равеной полости. ки и обусловившая признаки внутренняго метастаза.	Carcinoma encéphaloides, инфильтрированная часть пузыря стѣны и обусловившая небольшие выступы pars prostatica urethrae.	—
51	Lauenstein 1907. Deutsch. Med. Wochenschr. № 40.	Ж.	48	—	Брюшной разръзъ.	15-го апр. 1907. Экстирпация пузыря.	Мочеточники пересажены in flexu. sigmoid (Въ одинъ ссаны съ экстирп. пуз.).	Смерть на 3-й день отъ sepsis'a.	—	Обширная опухоль на широкомъ основаніи, исходящая изъ диа.	—
52	H. Fenwick 1907. (по Rovsing'y) и Brit. med. journ. 1908 July 4, стр. 24.	М.	48	—	Брюшной разръзъ. Разсѣченіе мышцъ въ поперечномъ направленіи.	Экстирпация пузыря безъ вскрытія его.	Ureterostomia lumbalis bilater. (за недѣлю до операции).	Выздоровленіе.	2 года пользовался хорошимъ здоровьемъ, умеръ отъ уреміи.	Весь пузырь диффузно инфильтрированъ (рецидивъ).	—
53	Rafin	М.	48	—	Брюшной и промежностный разръзъ.	Экстирпация пузыря безъ вскрытія его. Пузырь удаленъ вмѣстѣ съ простатою.	Мочеточники оставлены въ раненой полости.	Выздоровленіе.	Смерть черезъ 2 1/2 мѣс. отъ восходящей инфекции.	Диффузный напикломатозъ всей слизистой пузыря.	—
54	V. Pauchet. Revue prat. des mal. des org. gén. - urin. 1908 n° 25. (Arch. prov. de Chir. déc. 1907 p. 701).	Ж.	70	—	Брюшной разръзъ.	Экстирпация пузыря. Брюшина вскрыта.	Правый мочеточникъ вшитъ въ соседн. лѣвый въ rectum.	Смерть на 5-й день.	—	Cancer infiltratus.	Аутопсія: двухсторонній отекъ легкихъ.
55	Marion. Soc. de Chir. Paris. 11/XII 1908. Revue de Chir. 1908 12 p. 863.	Ж.	—	—	Брюшной разръзъ.	Экстирпация пузыря. Брюшина не вскрыта.	Мочеточники, оставлены въ ранѣ. посл. Спустя 15 дней сдѣлана попытка пересадить ихъ въ кишку, но это не удалось.	Выздоровленіе.	Смерть черезъ 2 1/2 мѣс. отъ пиелонефроза, вызвавшего необходимость въ производствѣ двухсторонней нефротоміи.	Общій напикломатозъ слизистой пузыря.	Аутопсія: мочеточники сильно увеличены въ объемъ, тверды и почти облитерированы.



№ по порядку.	I Оператор. Литературные ука- зания.	II Полъ.	III Возрастъ болѣн.	IV Предварительная опе- рация на тазѣ.	V Доступъ къ пу- зырю	IV СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.
56	Fr. Strauss 1908. Verhand. d. II Kon- gresses d. deutsch. Gesell. f. Urologie 1909, p. 522.	Ж.	59	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря.
57	Rovsing 1908. (не опубликованный раньше).	Ж.	47	—	Брюшной раз- рѣзъ.	10-го дек. 1908 г. Экстирпация пузыря со вскрытиемъ брюшины.
58	Brongersma 1909. (частное сообщение Rovsing'у).	М.	—	—	Брюшной раз- рѣзъ.	6-го апр. 1909 ureterostomia. 29 апр. 1909 г. Экстирпация пузыря.
59	Heitz - Boyer Congrès d'Urologie Franç. oct. 1910.	М.	30	—	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	21 июня 1910 г. ureterostomia. 26 сент. 1910 г. Экстирпация пузыря.
60	Brongersma oct. 19. 1911. (Частное сообщение Rovsing'у).	М.	46	—	—	1-го декабря 1910 г. Левосторон- няя поясничная ureterostomia. 20 дек. 1910 г. Также съ правой стороны. 8 февраля 1911 г. Экстирпация пузыря.
61	Rovsing 1911. не опубликованный	М.	49	—	—	8 мая 1911 г. Экстирпация пузыря.

VII Мочеточники.	VIII Непосред- ственный ре- зультат опе- рации.	IX Отдаленный результат опе- рации.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея и пат. - anat. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
Ureterostomia lum- balis bilateralis. (одновременно съ операцией).	Смерть на 2 день послѣ операции. Отъ тромбоза.	—	—	Аутоносія: жировое пере- рожденіе сердца, печени и почекъ.
Ureterostomia lum- balis bilateralis.	Выздоровле- ніе.	Умерла черезъ 9 мѣс. отъ разо- вой кахексиса.	Обширная саркома epicerehaloid., инфильт- рирующая цѣлѣ- комъ всю стѣнку пу- зыря (Рецидивъ).	Аутоносія: мѣстнаго ре- цидива цѣлѣ, но многочис- ленные метастазы рака въ печени. Почки нормальны по ве- личинѣ и по виду. Fibro- myoma uteri.
Предварительная ureterostomia lum- balis bilateralis.	Выздоровле- ніе.	Болѣной самъ врачъ, послѣ выз- доровленія могъ вернуться къ за- нятію практикой до 7 февр. 1911, затѣмъ погибъ отъ позаонефрита, т.е. почти чр. 2 года.	Большая опухоль въ видѣ цѣстной ка- пусты, закрывавшая отверстіе лѣваго мочеточника.	Аутоносія: пізонефритъ.
Предварительная ureterostomia lum- balis bilateralis.	Выздоровле- ніе.	Черезъ 1 г. чув- ствовалъ себя хорошо.	—	—
Предварительная ureterostomia lum- balis bilateralis.	Выздоровле- ніе.	Черезъ 9 мѣс. чувствовалъ себя хорошо.	—	—
Въ ненормально расширенные напо- ленные моче- мочеточники вставле- ны катетры, кот. фик- сированы въ поч- ной ранѣ.	Смерть на 10 день послѣ операции.	—	—	Аутоносія: pyonephrosis duplex, calculi renales, emp- hysema pulmonum, calculus vesicae felleae, hydrops ves. fell. Жировое перерожденіе pancreatis.



№ по порядку.	I Операторъ. Литературныя указанія.	II Полъ.	III Возрастъ болѣзнь.	IV Предварительныя операціи на тазѣ.	V Доступъ къ пузырю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосредственный результатъ операціи.	IX Отдаленный результатъ операціи.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея и пат.-анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
62	Iohn Berg. Stockholm Nord Med. Arkiv. 1907 keft 1 № 40.	Ж.	63	—	Laparotomia.	11 мая 1906 г. при Laparotomia пришлось резецировать кусокъ тонкой кишки припаявшейся къ передней брюшной стѣнкѣ. Кишка была зашита на обоихъ концахъ и наложенъ анастомозъ съ flex. Sigmoidea. 29 мая. Экстирпация пузыря.	Мочеточники пересажены въ выключенную часть тонкой кишки.	Смерть черезъ 14 дней послѣ операціи. Швы мочеточника не выдержали и спустя нѣсколько дней началось поступленіе мочи и кала въ раненую полость.	—	Карцинома занимавшая всю переднюю стѣнку и распространявшаяся на дно и на заднюю стѣнку. Опухоль приросла къ симфизу.	Аутопсія: Перитонитъ. Двухсторонній пиелонефрозъ. Хроническій нефритъ.
63	Iohn Berg. 1908. (частное сообщеніе Rovsing'у).	Ж.	66	—	Laparotomia.	10 окт. 1908 г. Въ одинъ сеансъ. Экстирпация пузыря и пересадка мочеточниковъ.	Мочеточники пересажены въ резецированную петлю тонкой кишки, которая соединена анастомозомъ съ flex. sigmoid.	Смерть на 6-й день отъ перитонита вследствие расхожденія швовъ мочеточниковъ.	—	—	—
64	H. Fenwick 1908. Brit med. Journ. 1908 July 4 p. 24—25.	М.	66	—	Брюшной разръзъ.	Въ апрѣлѣ 1908 г. Экстирпация пузыря, простаты и стѣнныхъ пузырьковъ.	Предварительно за неплотью ureterostomia bilateralis.	Выздоровленіе.	Въ июлѣ, т. е. черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи чувствовалъ себя хорошо.	Ракъ пузыря.	—
65	Alessandri 1908. Ref. Folia Urologica т. VI 1909 стр. 145.	М.	—	—	Разръзъ брюшной стѣнки въ видѣ T	Экстирпация пузыря.	?	Выздоровленіе.	—	Ракъ пузыря.	—
66	Onorato 1908. Ref. Folia urologica т. IV 1909 стр. 145. Accademia Medica di Genova. Seduta 27/VII 1908. Sulla cura operativa „del cancro della vescica“.	М.	—	Временная частичная резекція pubis.	Брюшной разръзъ.	Экстирпация пузыря.	?	Выздоровленіе.	—	—	—



№ по порядку.	I Операторъ. Литературныя ука- занія.	II Полъ.	III Возрастъ болъи.	IV Предварительныя опе- раціи на тазѣ.	V Доступъ къ пу- зырю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосредственный ре- зультатъ опе- раціи.	IX Отдаленный результатъ опе- раціи.	X Мѣстоположеніе опухоли, прикрѣпленіе ея к пат.-анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
67	Seidel München. Med. Wo- chenschr. 1909. № 33. Vereinsbeilage стр. 1709.	Ж.	56	—	Брюшной поперечный разрѣзъ.	Экстирпация пузыря. внутрибрюшинно.	Мочеточники вшиты въ боковые своды влагалища.	Выздоровле- ніе.	Чувствуетъ себя хорошо спустя 8 мѣс.	—	—
68	Küster Verhand. d. deutsch. Gesell. f. Chir. 1891.	М.	53	Частичная резекція симфиза.	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря. и простаты.	Мочеточники, косо перерѣзанные, введе- ны въ отверстие сви- данное въ rectum, ла сначала Шовъ слизистой мо- четочниковъ со слизистой recti кат- гутовый, снаружи укрѣпляющіе швы шелкомъ.	Смерть на 5 день. Моча вытека- ла изъ recti, по- томъ изъ ра- ны.	—	Cancer. Опухоль ве- личной съ орѣхъ въ содѣствіи съ trigonum. Точка ея отправленія въ про- статъ. Другая, мень- шая, справа; инфиль- трація стѣнки между двумя опухолями.	Аутопсія: ограниченный перитонитъ, инфильтрація забрюшинныхъ железъ. Швы мочеточниковъ разош- лись.
69	Krönig Zentralblatt. f. Gyn. 1907 № 20.	Ж.	—	—	Брюшной раз- рѣзъ.	На S. Romanum въ поясничной области наложить свищъ. Черезъ 12 дней запаротомія, об- наженіе мочеточниковъ и резек- ція ихъ при входѣ ихъ въ para- metrium. Лигатура обѣихъ arter. iliae. intern. Экстирпация uteri съ придатками и пузыря передней стѣнки влагали- ща и части задней.	Мочеточники вшиты въ rectum одинъ вблизи другого. Первые дни катетръ въ rectum.	Выздоровле- ніе.	Мочится черезъ 2—3 часа.	Саркома матки и передней стѣнки влагалища съ пора- женіемъ trigoni vesi- cae и urethrae.	—
70	Косинский по Модлинскому 1896.	Ж.	—	—	Per vaginam.	Экстирпация пузыря и матки.	Мочеточники вшиты во влагалище.	Выздоровле- ніе.	—	Cancer uteri, пере- шедшій на пузырь.	—
71	Rouffart Bull. de l'Acad. Ro- yale de Méd. d. Belgi- que t. XXI 1907 № 8—9.	Ж.	28	—	Брюшной раз- рѣзъ.	1) Hysterectomy c. uretero-cy- stostomy. 2) Спустя 3 недѣли экстирпация пузыря съ удаленіемъ поражен- ныхъ железъ въ широкихъ связкахъ.	Предварительная пе- ресадка мочеточи- ковъ rectum и S. Ro- manum.	Выздоровле- ніе.	Недержанія мочи не было. Смерть черезъ 9 мѣс. отъ мѣстнаго рецидива.	Cancer uteri съ по- раженіемъ bas-fond vesicae.	—



№ по порядку.	I Оператор. Литературныя уна- зая.	II Полъ.	III Возрастъ болъ.	IV Предвари- тельные опе- раціи на тазъ.	V Доступъ къ пу- зырю.	VI СПОСОБЪ ОПЕРАЦІИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосред- ственный ре- зультатъ опе- раціи.	IX Отдаленный результатъ опе- раціи.	X Мѣстоположеніе опухли, прикрѣпленіе ея и пат. - анат. характеръ.	XI ПРИМѢЧАНІЯ.
72	Giordano Прив. по Watson'y. 1897.	Ж.	50	—	—	Экстирпация пузыря и матки. Перевязка art. iliac. intern.	Мочеточники вшиты въ S. Romanum при помощи пуговки Boari.	Смерть черезъ 12 дней отъ піало-нефрита	—	Sarcoma uteri.	Аутопсія: правая почка величиной въ два кулака, гнойная, дѣлая меньшей величины.
73	Chalot 1908. Прив. по Watson'y.	Ж.	45	—	—	Экстирпация uteri, перевязка art. iliac. intern. Экстирпация пузыря.	Мочеточники вшиты въ rectum.	Выздоровле- ніе.	Черезъ 1 годъ была здорова.	Cancer uteri et vesi- cae.	—
74	Gibson Ann. des mal. des org. gén.-ur. 1905 по 8 p. 1558.	М.	37	—	Промежностный путь.	Экстирпация пузыря и простаты.	—	Смерть черезъ 3 недѣли отъ инфекціи.	—	Саркома простаты, рецидивировавшая и охватившая пузырь.	—
75	Morten Amer. Gyn. and Ob- stetr. Journal v. XVI 1900.	Ж.	—	—	—	Экстирпация пузыря и матки.	—	—	—	Fibroma uteri.	—
76	Rouffart по Verhoogen'y Fol. Urol. 1909 p. 642.	Ж.	—	—	Брюшной путь.	Экстирпация пузыря и матки.	—	Смерть черезъ 3 дня.	—	Cancer uteri, пере- шедшій на пузырь.	Аутопсія: Двухсторонній піало-нефритъ.
77	Héresco II Congrès de l'Assoc. internat. d'Urologie. 1911.	М.	55	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря.	Мочеточники пере- сажены въ rectum.	Смерть отъ Shock'a	—	Новообразование пу- зыря занимало все основаніе и распро- странилось на всю правую половину пу- зыря.	—
78	Héresco Ibidem.	М.	50	—	Брюшной раз- рѣзъ.	Экстирпация пузыря вмѣстѣ съ половиной простаты и стѣнны- ми пузырьками.	Мочеточники фиксиро- ваны въ верхнемъ углу раны. Мочеточ- никовые катетры à demeure.	Выздоровле- ніе.	Черезъ 10 мѣ- сцевъ операціи была въ хорошемъ состояніи, ни ма- жас-fond, заднюю и лѣвую стѣнку пу- зыря.	Новообразование (пи- лоидъ) фиброидъ, диффузная канкротидъ), занимало большую часть пу- зыря.	—



№ по порядку.	I Оператор. Литературные указания.	II Пол.	III Возраст бол- ного.	IV Предварительная операция на тазу.	V Доступ к пузырю.	VI СПОСОБ ОПЕРАЦИИ.	VII Мочеточники.	VIII Непосредственный результат операции.	IX Отдаленный результат операции.	X Месторасположение опухоли, прикрытие ее и пат. анаг. характер.	XI ПРИМЪЧАНИЯ.
79	Проф. С. П. Озеровъ. 1911.	М.	39	—	Брюшной раз- рѣзъ.	22/1 1911. Cystostomia. 7/II 1911. Пересадка мочеточни- ковъ въ rectum. 29/IV 1911. Экстирпация пузыря.	Мочеточники предва- рительно за 7 недѣль пересажены въ re- ctum.	Выздоровле- ние.	До сихъ поръ т. е. 1 г. чувствуетъ себя хорошо.	Весь пузырь выпол- ненъ ворсинчатыми опухольями.	—
80	Н. Н. Петровъ. IX Съѣздъ Россійск. хирург. 1909 г.	М.	30	—	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	14 мая 1909 г. пересадка обоеихъ мочеточниковъ въ colon pelvium (по Миротворцеву). 23 мая 1909 г. Экстирпация пу- зыря.	Мочеточники предва- рительно за 2 недѣли пересажены въ colon pelvium.	Выздоровле- ние.	По послѣднимъ свидѣніямъ умеръ черезъ 1 годъ 6 мѣс. отъ метаста- зовъ въ тазовыхъ костяхъ, калексін и истощенія.	Инфильтрирующий ракъ пузыря.	—
81	Marion. Heitz-Boyer et A. Novelaque. Journal d'Urologie. T. I № 2 15 Février 1912.	Ж.	—	—	Брюшной раз- рѣзъ.	20 апр. 1910 г. Образованіе но- ваго мочевого пузыря.	Мочеточники вшиты въ rectum съ обра- зованіемъ изъ нея новаго пузыря.	Выздоровле- ние.	20 ноября 1911 г. была показана въ хир. общ. С. Парижа вполнѣ здоровой.	—	—
82	Moszkowicz. Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Urologie III Kongress Wien 1911.	М.	50	—	—	Экстирпация пузыря вмѣстѣ съ простатой и сѣменными пузырь- ками.	Предварительная (за 2 недѣли) пере- садка мочеточниковъ in flexur. Sigmoid.	Выздоровле- ние.	Спустя мѣсяць чувствуетъ себя хорошо. Мочепусканіе per rectum каж- дые 3—4 часа днемъ, ночью мо- чепусканій нѣтъ.	Carcinoma.	—
83	Heitz-Boyer. L'Association Franç. d'Urologie 1909 г. p. 764.	М.	30	—	Брюшной и про- межностный раз- рѣзъ.	21 июня 1909 г. nephrostomia bila- ter. 26 сент. 1909 г. Экстирпация пу- зыря съ простатой.	Предварительная двухсторонняя неф- ростомія.	Выздоровле- ние.	15 ноября, т. е. черезъ 1 1/2 мѣс. былъ совершенно здоровъ.	Панидаома пузыря съ интенсивной васкуляризацией.	—
84	Kurt Frank Wien. med. Wochen- schr. № 37, 1911 2404—2412.	Ж.	47	—	Брюшной разрѣзъ.	1-й сеансъ — Sectio alta, освобож- деніе пузыря. Дренажъ пузыря. 2-й сеансъ — экстирпация пузыря.	Мочеточники остав- лены въ раневой поло- сти, въ нихъ вставле- ны sondes à demeure.	Выздоровле- ние.	Быстрый реци- дивъ, смерть черезъ 4 мѣс. отъ калексін.	Инфильтрирующий ракъ пузыря.	—



Группа D.

Случаи, гдѣ было произведено удаленіе опухоли  
черезъ уретру.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавшие половым заболеваниям.	I Главным жалобам больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагнозы.	III Характер оперативного вмешательства.	IV Непосредственный результат операции.	V Микроскопическое исследование опухоли.	VI Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	VII Продолжительность постоперационного периода.	VIII Причина летального исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
1	69	Ж.	8/III 1893	27/IV	Евд. Серг.	—	Обильная примесь крови к моче.	При цистоскопии видна опухоль, состоящая как бы из трех долек и имеющая широкую ножку, прикрепленную к стенке пузыря.	9/IV 1893 г. под хлороформом проф. Н. В. Склифосовский зеркала расширена уретра, указательным пальцем капсула разорвана опухоль по частям вынута.	Выздоровление.	Фиброма.	1 1/2 года.	18 дней	—	—
2	60	Ж.	14/I 1897	—	С. Г.	—	Кровь в моче.	На нижней периферии сфинктера множество маленьких сосудистых папиллом; несколько (4—5) таких папиллом на дне пузыря.	20/I 1897 г. под наркозом проф. А. А. Бобровым уретра расширена, пузырь осмотрен, цистоскопом, но пальцу введен коридант и им вырваны 17 местаслизистой, на которой сидели папилломы.	Выздоровление.	—	12 лет.	?	—	По получении зимой 1897 г. сведений больная совершенно здорова, крови в моче больше не показывается.
					Учительница.		12 л. назад.	Papilloma ves urin.							
3	—	Ж.	x 1902	—	Ланд.	—	Небольшая примесь крови в моче и боли в области левой почки.	Ворсинчатая опухоль, прикрывающая отверстие левого мочеточника, величиной с крупную вишню на тонкой ножке.	Операция эндоскопическая 2 раза не удалась. Под хлороформом операция по Kelly (проф. Федоров) не вполне удалась. Тогда опухоль захвачена коридантом, вынута за наружное отверстие уретры и отсечена.	Выздоровление.	—	?	?	—	При цистоскопии через 3 недели на месте бывшей опухоли видна нормальная слизистая пузыря и отверстие левого мочеточника.
4	28	Ж.	? 1893	—	Б. Л.	—	Болезненность и учащенные позывы при мочеиспускании.	—	Через уретру удалена опухоль, оказавшаяся полипом.	Выздоровление.	—	1 1/2 года.	2 месяца.	—	Через 6 лет появились снова учащенные позывы и болезненность при мочеиспускании. Через 1 г., т. е. через 7 л. после операции при цистоскопии обнаружено: около отверстия правого мочеточника опухоль с большую горошину. Промывания пузыря борным раствором и теплые ванны принесли значительное облегчение. Оперативное пособие отложено до окончания беременности.
					Домашняя учительница.		1 1/2 г. наз.								



Группа Е.

Случаи съ наложеніемъ пузыряго свища.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествующая половая жизнь.	I	II	III
							Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	Данные цистоскопии и диагноз.	Характер оперативного вмешательства.
1	40	М.	13/х 1894	16/н 1895	Ив. Шил.	—	На частые позывы мутную, вишючую мочу и кровь в ней.	Цистоскопией не делался. Рег гестив выше предстательной железы ясно прощупывается плотная бугристая опухоль.	9/хл 1894 проф. А. А. Бобровым sectio alta. На задней стенке пузыря найдена язвическая опухоль, занимавшая больше половины пузыря. Наложить свища.
					Чинovníк.		В августе 1894 г.	Cancer, ves urin.	
2	33	М.	24/х 1896	2/х 1896	С. О.	—	Кровь в моче, боль и затруднения при мочеиспускании.	—	29/х 1896 г. С. П. Огородовым sectio alta. По вскрытии пузыря в нем было найдено новообразование с кулак. Опухоль инфильтрировала всю правобокую стенку и дно пузыря. Наложить свища.
					Крестьянин.		10 л. назад.	Cancer, ves urin.	
3	40	М.	24/н 1893	15/ч	Дм. М.	—	На учащение мочеиспускания до 25 раз в сутки, на постоянные боли в промежности и кровь в моче.	—	8/н 1893 г. проф. Н. В. Склифосовским sectio alta. У officium internum плотная бугристая опухоль. Наложить свища.
					Мещан.		В 1890 г.		
4	55	М.	10/х 1897	—	С. Б.	—	На мутность мочи, приливы к ней крови и частые позывы.	Близ лѣваго мочеоточника опухоль величиною съ грецкій орѣхъ блѣдно-розоваго цвѣта, ворсинчатая на широкомъ основаніи.	22/х 1897 г. проф. А. А. Бобровым sectio alta. Удалить все новообразование, которое инфильтрировало окружающія ткани, не изстѣкая стѣнки пузыря и мочеоточника, не представлялось возможнымъ. Наложить свища.
					Нотаріусъ	—	Въ ноябрѣ 1891 г.	Papilloma ves urin. recid.	

IV	V	VI	VII	VIII	IX
Непосредственный результат операции.	Микроскопическое исследование опухоли.	Промежутокъ времени отъ появления первыхъ симптомовъ до операции.	Продолжительность послѣоперационнаго периода.	Причина послѣоперационнаго исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТЪ ОПЕРАЦИИ.
Большая непереносимость вѣнечнаго уменьшилась.	—	1 г. 4 мѣс.	24/4 мѣсца.	Отъ постоянной потери силъ.	Черезъ 24/4 мѣсца умеръ.
—	—	10 лѣтъ.	11/4 мѣс.	Отъ сильнаго истощения.	Черезъ 1 мѣсяцъ умеръ.
Выбылъ со свищами.	Ракъ.	3 года.	33/4 мѣс.	—	—
Большой сталъ чувствовать себя лучше, боли значительно уменьшились.	—	6 лѣтъ.	3 мѣсца.	—	Черезъ 3 мѣс. послѣ операций больной погубъ. Въ мѣ 1897 года больной поѣхалъ въ Берлинъ и обратился къ Casper'у, который распозналъ папиллому пузыря и удалять опухоль эндоскопическимъ путемъ при помощи петли. Въ теченіе мѣсца послѣ операции больной чувствовалъ себя хорошо, но затѣмъ прежніе симптомы начали постепенно возобновляться, вскорѣ къ нимъ присоединились еще боли въ области пузыря, иррадирующія въ головку члена и бедро.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Представление полевой заблуждения.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
							Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	Данные цистоскопии и диагноз.	Характер оперативного вмешательства.	Непосредственный результат операции.	Микроскопическое исследование опухоли.	Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	Продолжительность послеоперационного периода.	Причина летального исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
5	66	М.	24/ix 1897	† 1/x	А. Рязв.	—	Сильная боль при мочеиспускании, учащение позывов (каждые 5—10 м.). В моче гной, слизь, кровь.	—	25/ix 1897 проф. А. А. Бобровым. Sectio alta. По вскрытии пузыря оказалось, что вся его полость занята, опухолью мягкой консистенции, сидящей на широком основании.	Боли, существовавшие до операции, остались без изменений.	—	1 год.	5 дней.	Смерть при воспалении утолщения сердца.	На 6-й день после операции умер.
					Врач.	1 год назад.	1 год назад.	Cancer. ves urin.							
6	65	М.	24/xi 1903	† 5/i 1904	Андрей Кр—сал.	Не было.	Почти непрерывные позывы судорожного сокращения пузыря с рзкой болью, примесь к моче крови в виде сгустков и в растворенном состоянии.	Цистоскопия не удалась, т. к. необходимое количество жидкости в пузырь не удерживалось.	18/xi 1903 г. проф. С. П. Федоровым. под гедонал-хлороформным наркозом. sectio alta. По вскрытии пузыря найдено громадных размеров сосочковая опухоль, росшая с основания пузыря по дну его стенок, распадающаяся.	После операции самочувствие хорошее. Боль не.	Cancer villosus.	7 месяцев.	16 дней.	—	На 17-й день после операции смерть. Эпикриз: первичный рак мочевого пузыря с переносом в забрюшинные лимфатические железы. Паренхиматозное и бурное перерождение сердца, расширение его. Левосторонний гнойный пиело-нефрит. Раковая кахексия. Воспаление нижних долей обоих легких.
					Портной.	В мае 1903 г.	В мае 1903 г.	Cancer. ves urin.							
7	59	Ж.	9/v 1904	22/vii	Екатерина Ш—ковская.	Не было.	Частое и болезненное мочеиспускание, примесь крови к моче и боль внизу живота.	Цистоскопия не удалась из-за сильного кровотечения.	22/v 1904 г. под хлороформом. проф. С. П. Федоровым. sectio alta. На дне пузыря найдены плотная изъязвившаяся в нескольких местах опухоль и куски оставшейся после бывшего воспаления инвазивной. Все дно инфильтрировано. Наложены свищи.	Свищи принесли облегчение только на несколько дней, но потом боли мало достигли прежней силы.	—	6 лет.	2 месяца.	От нарастающего рака худосочия.	Через 2 мес. после операции смерть. В. В. октябрь 1902 года больная обратилась к хирургу который под наркозом расширил уретру и удалил ворсинчатые полипы, сидевшие на задней стенке пузыря. Кровотечения прекратились, и больная чувствовала себя хорошо больше года. 11/xi 1903 г., эта операция была повторена и удалены полипы, на длинной ножке сидевший сейчас же за сфинктером. В феврале 1904 г. моча была чистой.
						6 л. назад.	6 л. назад.	Cancer. ves urin.							



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Презентация болезни по данным анамнеза.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
							Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	Данные цитоскопии и диагноз.	Характер оперативного вмешательства.	Непосредственный результат операции.	Микроскопическое исследование опухоли.	Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	Продолжительность послеоперационного периода.	Причина летального исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
8	68	М.	8/х 1810	13/х	Дмитрий Ш.—ев.	Urethritis ulcus durum.	Сильные боли в области мочевого пузыря, частые позывы и затруднение мочеиспускания.	—	8/х под кокаиновой анестезией доктор В. А. Горашев наложил свищ.	Боли значительно уменьшились.	—	3 года.	1 мес. 5 дней.	Смерть при явлениях упадка сердеч. деят.	Через 1 мес. 5 дней после операции смерть.
9	59	М.	8/х 1909	23/х 1910	Владимир М.—ев.	Че было.	Затруднения мочеиспускания и постоянные позывы на мочу.	Катетр не удается ввести, из уретры выделяется по каплям кровянистой жидкостью.	5/х 1910 г., под спинно-мозговой анестезией и кислородо-хлороформным наркозом проф. С. П. Федоровым наложен свищ.	—	—	11 лет.	2 1/2 месяца.	При явлениях сердеч. слабости.	Через 2 1/2 мес. умер.
10	41	М.	18/х 1909	7/х	Петр Г.—мерз.	Urethritis.	Частые позывы, боль в промежности и чувство жжения при мочеиспускании.	Язва величиною с 50-коп. монету с твердыми краями, покрыта распадами, расположена в области trigoni ближе к orificium internum urethrae.	21/х проф. С. П. Федоровым. Наложен свищ.	—	—	3 месяца.	2 1/2 нед.	Упадок сердеч. деят.	Через 2 1/2 нед. после операции смерть.
					Железно-дорожный служащий.		3 г. назад.	Cancer. ves urin.							
					Действ. Ст. Сов.		11 л. назад.	Cancer. ves urin.							
					Чиновник.		3 м. назад.	Ulcus cancerosum ves. urin.							



Группа F.

Неоперированные случаи.



№ по порядку.	Возраст.	Полъ.	Время поступления въ клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятіе.	Предшествовавшія заболевания.	I. Главные жалобы больного время появления первыхъ симптомовъ.	II Данныя цистоскопическія и діагностъ.	III Примѣненное лечение.	Промытье, прижиганіе отъ пощипыванія периферическихъ до обращенія въ клинику.	Промытье, прижиганіе отъ пощипыванія периферическихъ до смерти.	ПРИМѢЧАНІЯ.
1	50	Ж.	31/1 1902	—	Пр. Лоб.  Вдова чиновника.	—	Боли внизу живота, въ поясницѣ, и кровь въ мочѣ.  1-ое кровотеч. 7 лѣтъ назадъ.	На правой боковой стѣнкѣ и днѣ, закрывая отверстие мочеточниковъ, сидитъ бугристая, мѣстами изъязвившаяся опухоль, величиной съ куриное яйцо.  Cancer ves. urinar.	Промываніе пузыря растворомъ ляписа, выскрѣпаніе подъ кожу мыльняна и гидрастина.	7 л.	—	Въ виду распространенности новообразования инфильтрировавшаго даже передне-боковой сводъ влагалища, и сильного истощенія, больной въ операциі отказано.
2	50	М.	—	—	П. Нис.  Волостной писарь.	уретритъ, язва на penis'ѣ.	Кровь въ мочѣ.  Въ октябрь 1901 г.	Ворсинчатая опухоль на широкомъ основаніи, слегка кровоточащая, величиной съ грецкій орѣхъ, сидитъ кнаружи отъ отверстия праваго мочеточника.  Cancer ves. urin.	Промываніе пузыря растворомъ ляписа.	—	—	—
3	67	М.	8/ix 1901	—	А. Вор.  Конторщикъ.	—	Кровь въ мочѣ.  1 1/2 года назадъ.	Сверху сѣтца отъ сфинктера, захваченная и его, видны папилломатозныя разрастанія въ видѣ цѣтной капусты. Справа надѣтъ пузыря и впади отъ сфинктера видны бугристыя темно-красныя массы.  Cancer ves. urinar.	Промываніе пузыря растворомъ ляписа 1:4000.	1 1/2 г.	—	Въ виду того, что новообразование захватило весь сфинктеръ, большую часть дна и боковыхъ стѣнокъ пузыря, больной признанъ не подлежащимъ операциі.
4	47	М.	20. ix 1896	28/ix	Я. К.  Чиновникъ.	—	Кровь въ мочѣ.  Въ февраль 1896 г.	На днѣ бугристая распадающаяся опухоль, границы которой вслѣдствіе кровотеченія точно опредѣлить не удалось.  Cancer ves. urinar.	—	7 м.	—	Въ виду несомнѣнно злокачественной опухоли въ операциі отказано.



№ по порядку.	Возраст.	Полъ.	Время поступления въ клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его званіе и занятіе.	Предшествовавшія половыя заболѣванія.	I. Главныя жалобы больного и время появленія первыхъ симптомовъ.
5	55	М.	19/ш 1893	2/у	Ил. Л.  Чиновникъ.	—	Учащенное до 25 разъ въ сутки мочеиспусканіе и кровавую мочу.  8 мѣс. назадъ.
6	62	М.	19/х 1898	—	А. М.  Купецъ.	—	Кровь въ мочѣ.  1 мѣс. назадъ.
7	43	М.	12/и 1899	—	Н. Ю.  Крестьянинъ.	—	Кровь въ мочѣ.  6 мѣс. назадъ.
8	62	М.	19/и 1898	—	Г. С.  Винодѣль.	—	Сильную боль въ поясницѣ и лѣвѣмъ боку и постоянную примѣсь крови къ мочѣ.  2 года назадъ.
9	35	М.	2/т 1901	—	П. З.  Подъесаулъ.	—	Боль въ правой поясничной области, на снѣжъ, находящійся тамъ же и на общую слабость.  Въ декабрь 1898.

II Данная цистоскопія и діагнозъ.	III Примѣненное леченіе.	Промынутыя промежутки времени отъ появленія первыхъ симптомовъ до обращенія въ клинику.	Промынутыя промежутки времени отъ появленія первыхъ симптомовъ до смерти.	ПРИМѢЧАНІЯ.
—	Промываніе пузыря 1% растворомъ ас. borici.	—	—	—
Возлѣ отверстія лѣваго мочеоточника напизлома на тоненькой ножкѣ велич. съ горошину. При катетеризаціи лѣваго мочеоточника нельзя было пройти болѣе 3-хъ сант.  Papilloma ves. urin.	Промываніе пузыря растворомъ ляписа.	—	—	Въ виду малой гоматуріи и незначительнаго вліянія послѣдней на организмъ операція предложена не была. Въ декабрь 1899 г. погибъ отъ рака пищевода.
Опухоль съ половой оріент., ворсинчатая на на боковой стѣнкѣ мочевого пузыря справа, сильно кровоточитъ.  Cancer ves. urin.	—	6 мѣсяцевъ.	—	Въ виду значительнаго упадка силъ больного въ операціи отказано.
Плоская опухоль на широкомъ основаніи въ правой половинѣ передней верхней стѣнки пузыря.  Cancer ves. urin.	Промываніе пузыря растворомъ ляписа.	2 года.	3 г. 3 м.	Операція не произведена въ виду преклоннаго возраста и тучности больного.  Умеръ лѣтомъ 1899 г. въ слѣдствіе обильныхъ потерь крови и наступившаго распада новообразованія.
На днѣ пузыря бугристая опухоль, закрывающая отверстіе праваго мочеоточника.  Cancer ves. urin.	—	2 года 3 мѣс.	—	Вслѣдствіе диссеминаціи раковаго процесса операція не была произведена.



№ по порядку.	Возраст.	Полъ.	Время поступления въ клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавший половым заболеваниям.	I. Главныя жалобы больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагнозъ.	III Примѣненное лечение.	Промежутки времени отъ появления первыхъ симптомовъ до обращения въ клинику.	Промежутки времени отъ появления первыхъ симптомовъ до смерти.	ПРИМѢЧАНІЯ.
10	53	М.	15/x 1903	20/xi —	М.  Полковникъ.	30 лѣтъ назадъ lues, urethritis.	Притѣсь крови къ мочѣ и сильный упадокъ силъ.  5 л. назадъ.	—  Cancer ves. urin.	—	5 лѣтъ.	—	—
11	64	М.	10/x 1904	—	А. П. Землевладелецъ.	Не было.	На кровавую мочу и общую слабость.	—	—	—	—	—
12	53	М.	15/ix 1904	—	И. П.  Купецъ.	Въ молодости нѣсколько разъ urethritis.	На учащенное болѣзненное мочеиспускание, на присутствіе крови въ мочѣ и сильную слабость.	—	—	—	—	—
13	63	М.	14/iii 1905	—	А. М.	—	Боль въ надлобковой области и кровавую мочу.	—	—	—	—	—
14	64	М.	10/x 1904	† Въ /iv 1905	А. П—ливъ.  Землевладелецъ.	Не было.	На кровавую мочу и общую слабость.  6 ноября 1903 года.	На задне-нижней стѣнкѣ 2 раковыхъ язвы (эпителиомы) величи. съ серебряный ниточки. Одна изъ нихъ перешла на отверстіе лѣваго мочеоточника; кругомъ язва значительная инфильтрація слизистой оболочки.  Cancer ves. urin.	Различныя кровоостанавливающія средства.	11 лѣтъ.	1 г. 5 м.	Смерть черезъ полгода.
15	53	М.	15/ix 1904	† 20/x —	И. Пир—овъ.  Купецъ.	Urethritis въ молодости.	Учащенное и болѣзненное мочеиспускание, присутствіе крови въ мочѣ, сильную слабость.  1 1/2 года назадъ.	На дѣтъ пузыря большой раковая язва.  (эпителиома).	Промыванія пузыря и suppositoria съ наркотиками.	1 1/2 года.	1 г. 7 м.	Смерть при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавшие половым заболевания.	I. Главные жалобы больного и время появления первых симптомов.
16	63	М.	14/III 1905	7/IX	А. М.—и.	Не было.	Боль в надлобковой области и кровавую мочу.  6 мѣс. назад.
17	53	М.	15/X 1903	20/XI	Викторъ М.—овъ.	30 лѣтъ назадъ urethritis u. lues.	На сильное учащеніе мочеиспусканія (черезъ каждые 1/2 часа) съ болями потугами, на приѣмъ крови въ мочѣ и на сильный упадокъ силъ.  5 лѣтъ назад.
					Полковникъ.		
18	58	М.	7/III 1904	18/III	Гердъ Раб—ичъ.	—	На сильное учащеніе мочеиспусканія, на боли въ корнѣ penis и на кровь въ мочѣ.  1 г. 2 мѣс. назад.
					мѣщанинъ.		
19	53	М.	11/I 1906	22/I	Евгеній Вен—овъ.	—	На боли внизу живота, частые и болящія позывы и мутную кровянистую мочу.  Въ августъ 1902 г.
					Ремесленникъ.		

II. Данные цистоскопии и диагноз.	III. Примѣненное лечение.	Проектокъ времени от появления первыхъ симптомовъ до обращенія въ клинику.	Проектокъ времени от появления первыхъ симптомовъ до смерти.	ПРИМѢЧАНІЯ.
На днѣ и частью на боковой дѣвой стѣнкѣ нѣсколько язвъ съ приподнятыми краями, величиной съ гривенникъ, кругомъ язвъ обширное пропитываніе слизистой оболочки.	Промываніе пузыря альбуринномъ (1:1000), антипириномъ, адреналиномъ, внутрь кровоостанавливающихъ.	6 мѣс.	1 годъ.	Смерть отъ раковой экскізіи.
Цистоскопія не удалась изъ-за сильнаго кровоточенія. Въ надлобковой области прощупывается довольно плотная бугристая опухоль. При бимануальномъ изслѣдованіи оказалось, что опухоль занимаетъ все дно пузыря.	Промываніе пузыря растворомъ адреналина (1:5000), борной кислоты, теплыми ваннами, мыльемъ.	5 лѣтъ.	—	Въ виду характера кровотечения, свойствъ мочи, большихъ размѣровъ опухоли и общаго истощенія больного операція не была предложена. Больной выписался въ состояніи крайняго истощенія.
Cancer ves. ur.				
При повторныхъ цистоскопіяхъ найдено. Ворсинчатый разл. занимаетъ переднюю стѣнку пузыря и образуетъ въ ней опухоль, легко прощупываемую черезъ брюшныя покровы.	Промываніе пузыря растворомъ липса (1:5000).	1 г. 2 мѣс.	—	Въ виду туберкулезнаго процесса въ легкихъ, интерстиціального нефрита и общей слабости больного операція не была предложена.
Cancer ves. ur.				
Опухоль занимаетъ все дно пузыря, мѣстами изъязвлена.	—	3 года 4 мѣс.	—	Отъ операціи отказался.
Cancer ves. urin.				



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Преступивший половые заботы.	I. Главный жалобный и время появления первых симптомов.	II Данные истоскопии и диагноз.	III Примененное лечение.	Проектура артериальной гипертонии от появления первых симптомов до обращения в клинику.	Проектура артериальной гипертонии от появления первых симптомов до смерти.	ПРИМЕЧАНИЯ.
20	62	М.	27/п 1905	5/п 1906	Герасимъ Уд—ий.  отставной капитанъ.	—	Кровь в мочѣ, иногда вмѣсто мочи вытекает алая кровь.  2½ мѣс. назадъ.	На передней нижней стѣнкѣ пузыря справа опухоль изъязвившаяся и кровоточащая.  Cancer ves. urin.	—	—	—	—
21	?	М.	4/чп 1905	3/х	Федоръ Бог—овъ.  Полковникъ.	—	Мутную мочу, присутствие крови в ней и рѣзъ в концѣ акта мочеиспусканія.  Въ ноябрѣ 1904 г.	На днѣ пузыря видна опухоль на широкомъ основаніи, отчасти переходящая на сфинктеръ.  Cancer ves. urin.	Промываніе 2% ас. borici и arg. nitrici 1:8000.  Вливаніе 5% anti-pirin.	10 мѣс.	—	—
22	54	М.	7/п 1906	20/п	Казиміръ Гр—ель.  Крестьянинъ.	Не было.	Присутствие крови в мочѣ.  2 г. назадъ.	На правой сторонѣ пузыря снизу круглая бугристая опухоль.  Tumor ves. urin.	—	2 г.	—	—
23	51	Ж.	6/п 1906	23/п	Евдокія В—ева.	—	Учащенное мочеиспусканіе, мутную мочу, временами съ кровью и боли в области пузыря.  I-ое кровотеченіе 25 л. назадъ. II-ое 10 л. назадъ. III-е въ июлѣ 1905 г.	На правой нижней стѣнкѣ ворсинчатая, бугристая опухоль. На верхней стѣнкѣ отдѣльные бугры опухоли.  Papill. ves. urin.	Промываніе 2% растворомъ ас. borici съ послѣдующимъ вливаніемъ 200 кб. см. sol. argenti nitrici 1:8000.	25 лѣтъ.	—	Учащеніе субъективныхъ ощущеній.
24	53	Ж.	16/х 1906	24/х	Ольга Че—ина.  Жена мирового судьи.	Не было.	Частые позывы на мочу, боли при мочеиспусканіи, мутную мочу съ примѣсью крови.  2 г. назадъ.	—  Tumor ves. urin.	Внутрь styptol 0,05×3. Вливаніе въ пузырь 5% раствора anti-pyrini (50 кс. см.).	2 г.	—	Отъ предложенной операціи отказалась.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавшие половые заболевания.	I. Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагноз.	III Примененное лечение.	Промыливание, проведенное от попадания первых симптомов до обращения в клинику.	Промыливание, проведенное от попадания первых симптомов до смерти.	ПРИМЕЧАНИЯ.
25	53	М.	1/у 1907	14/у	Петръ Г—скій.  Крестьянинъ.	Не было.	Присутствие въ мочѣ крови.  Въ мартѣ 1907 года.	Направо каади отъ отверстія праваго мочеочника напизлома съ большой грецкій орѣхъ на ножкѣ.  Papilloma ves. urin.	Промываніе 2% ас. боріко съ послѣдующимъ вливаніемъ 125 кб. см. 2% раств. resorcinі.	2 мѣсца.	—	—
26	58	М.	11/х 1907	20/х	Іоаннъ А—овъ.  Священникъ.	Не было.	Разстройство мочеиспусканія и кровавую мочу.  6 л. назадъ.	—	—	6 лѣтъ.	—	Скончался при явленіи постепеннаго упадка дѣятельности сердца. Eriergis; Carcinoma ves. urinae prim. Metastases in corpora canera. penis, ren sin et. pulmones.
27	49	М.	10/хп 1907	31/хп	Федоръ С—овъ.  Крестьянинъ.	Не было.	Кровь въ мочѣ.  Въ 1906 г.	Цистоскопія не удалась исполт, хотя контуры ворсинчатой онухолі сначала и были видны.  Papilloma ves. urin.	Промываніе пузыря борной кисл. и 2% раств. resorcinі. Urotropin 0,5×3. Sol. arg. niti. (0,5:1000) 30 кб. см. черезъ два дня.	1 годъ.	—	Моча ко дню выписки была совершенно чиста безъ осадка. На операцію не согласился и выписался для амбулаторнаго леченія.
28	18	Ж.	3/у 1908	7/у	Александра П—ва.  Прислуга.	—	Боли въ области почки (лѣвой) и мочевого пузыря и на кровавое окрашиваніе мочи.  Въ февралѣ 1908 г.	Выше верхней губы отверстія лѣваго мочеочника и нѣсколько внутри имѣется выростъ въ видѣ бородавки, велич. меньше кедроваго орѣха.  Papilloma ves. urin.	Промываніе пузыря 5% растворомъ resorcinі.	3 мѣсца.	—	Выписался для амбулаторнаго леченія.
29	55	М.	26/х 1908	26/х	Александръ П—скій.  Діаконъ	Не было.	На боль внизу живота и кровь въ мочѣ, частые позывы.  Въ декабрѣ 1907.	Почти весь пузырь наполненъ разрозненными онухолі, достигающей почти до внутренняго отверстія urethrae.	Промываніе борной кислотой.	10 мѣсцевъ.	—	Больной выписанъ какъ представляющій въ оперативномъ отношеніи не благодарную задачу.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавшие половые заболевания.	I Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.
30	43	М.	28/II 1908	2/IV	Николай Из—евъ.  Чинovníкъ.	24 года назад lues, 15-лѣтъ назад urethritis.	Частыя мочеиспускания съ болями и кровью и невозможность удерживать мочу.  Въ декабрѣ 1907.
31	52	М.	10/II 1909	27/II	Семенъ Дм—евъ.  Крестьянинъ.	Не было.	На періодически повторяющіяся кровотечения изъ мочевого канала.  6 л. назадъ.
32	56	М.	28/XII 1909	3/I 1910	Никандръ Л—евъ.  Подполковникъ.	—	Кровавую мочу, недержание ея, общую слабость и малокровіе.  10 л. назадъ.
33	55	Ж.	4/II 1909	22/III	Наталиа К—ова.  Экономка.	Не было.	Боль и рѣзъ при мочеиспускании и кровавую мочу.  23 янв. 1909 г.
34	67	М.	9/III 1909	25/III	Алексѣй Ст—скій.  Полковникъ.	Не было.	На присутствие въ мочѣ крови и рѣжущія боли при мочеиспускании.  Въ январѣ с. г.

II Данные цистоскопіи и діагнозы.	III Примѣненное лечение.	Промежуточное время отъ появления первыхъ симптомовъ до обращенія въ клинику.	Промежуточное время отъ появления первыхъ симптомовъ до смерти.	ПРИМѢЧАНІЯ.
Въ виду кровотеченій цистоскопія не удалась. На промежности надъ кожей прощупываются тяжкіе, плотные, круглые.	Strytol 0.05×3. Sol. 5% antipyrini. Sol. argenti nitr. 1.7000.	2 мѣсца.	—	
Tumor. ves. urin.	—	Промываніе пузыря 2% ac. borici.	6 лѣтъ.	—
Цистоскопія не удалась изъ-за кровотеченія.	—	10 лѣтъ.	—	На операцию не согласенъ.
Tumor. ves. urin.	—	—	—	Выписался изъ клиники по собственному желанію.
На днѣ пузыря опухоль папилломатознаго характера велич. съ крупную сливу. Оба отверстія мочеоточника закрыты. Мѣстами выступаютъ рѣзко анимичные участки.	Съ 9/VI примѣнялось введеніе въ пузырь 75 кв. см. 1% раствора резорцина. Послѣ 5 инъекцій открылось сильное кровотеченіе продолжавшееся 6 дней. Затѣмъ крепость раствора была доведена до 5%.	2 недѣли.	—	21/III При послѣдней цистоскопіи установлено, что опухоль исчезла. На мѣстѣ ея основанія осталась небольшая грануляционная поверхность. Черезъ 1 годъ рецидивъ также уступившій леченію; черезъ 5 мѣс. вновь рецидивъ.
Papill. ves. urin.	—	—	—	—
Слизистая пузыря индурована. У отверстія лѣваго мочеоточника кне-реди, къ сфинктеру опухоль велич. со сливу, меньшая съ крупную вышнюю на верхне-лѣвой стѣнкѣ.	Промываніе резорциномъ (1—5%).	2 мѣсца.	2 1/2 года.	Отъ операциі отказался. Въ октябрѣ 1911 г. е. черезъ 2 1/2 года полученные свѣдѣнія, что онъ окончательно плохъ.
Cancer ves. urin.	—	—	—	—



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествовавшие половым заболеваниями.	I. Главными жалобы больного и время появления первых симптомов.
35	51	М.	6/II 1909	15/III	Николай М—ри.  Купец.	—	Боли в области мочевого пузыря и кровавая моча.  В августе 1908 г.
36	73	М.	12/IV 1908	20/IV	Николай К. С—инь.  Поручик в отставке.	Не было.	Затрудненное мочеиспускание, сопровождаемое ртзкими болями в мочѣ.  4 г. назад.
37	60	М.	24/I 1909	22/II	Александр Х—ский.  .Отставной инженер—Генерал-Маюр.	?	Кровь в мочѣ, частые позывы к мочеиспусканию.  1 годъ назад.
38	40	М.	15/VI 1909	22/VI	Михаил Л—ский.  Инженер.	Urethritis.	Присутствие в мочѣ крови.  9 лѣтъ назад.
39	51	М.	20/X 1909	12/I 1910	Владислав Л—ский.  Врач.	Urethritis.	Частые позывы на мочу, кровь в мочѣ.  4 мѣсяца назад.

II Данные цистоскопии и диагноз.	III Примѣненное лечение.	Промежуток времени от появления первых симптомов до обращения в клинику.	Промежуток времени от появления первых симптомов до смерти.	ПРИМѢЧАНІЯ.
Опухоль расположена на нижней лѣвой стѣнкѣ дна нифильтировано, захваченъ сфинктеръ.  Cancer ves. urin.	Промывание пузыря — Внутрь Styptol, ergotin dr.	1 1/2 года.	—	Вскорѣ оперировался у Дугея послѣ операции смерть.
—  Cancer ves. urin.	Промывание ревординомъ.	—	—	20/IV смерть отъ отека легких.
Дно мочевого пузыря занято опухолью, расположенной на плотномъ основаніи съ плавающими свободно ворсинками. Опухоль прикрываетъ отверстіе мочеочинника.  Cancer ves. urin.	20% растворъ ревордина.  Катетеризация.	1 годъ.	—	22/II окончилъ жизнь самоубійствомъ.
Небольшая напидлома у отверстія лѣваго мочеочинника.  Papilloma ves. urin.	—	9 лѣтъ.	—	Отъ операции отказался.
Отъ отверстія лѣваго мочеочинника къ сфинктеру большая опухоль въ видѣ цвѣтной капусты съ распадомъ по поверхности, на широкомъ основаніи.  Cancer ves. urin.	Промывание пузыря растворомъ ас. borici.	4 мѣсяца.	—	Выписался 12/I 1910. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ умеръ въ Астрахани.



№ по порядку.	Возраст.	Полъ.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятіе.	Предшествовавшія половыя заболевания.	I. Главныя жалобы больного и время появленія первыхъ симптомовъ.	II Данный цистоскопический и діагнозъ.	III Примѣненное лечение.	Промежутокъ времени отъ появления первыхъ симптомовъ до обращенія въ клинику.	Промежутокъ времени отъ появления первыхъ симптомовъ до смерти.	ПРИМѢЧАНІЯ.
40	66	М.	28/уш 1910	27/ix	Антонъ Гр—кій.  Мѣщанинъ.	Не было.	Частые позывы на мочу, боли въ пузырь. въ мочѣ кровь.  6 лѣтъ назадъ.	—  Cancer ves. urin.	Промываніе пузыря.	—	—	—
41	30	М.	9/xii 1910	12/xii	Игнатій Тр—овъ.  Крестьянинъ.	—	На гноетеченіе изъ мочеиспускательнаго канала, на появившуюся кровь въ мочѣ. —	При цистоскопическомъ обнаруженіи инфильтратъ стѣнокъ мочевого пузыря.  Cancer ves. urin.	—	—	—	Отъ предложенной операціи отказался и выписался изъ клиники.
42	65	М.	12/x 1911	4 xi	Ефремъ Д—овъ.	—	Боли въ пузырь, учащенные позывы и затрудненное мочеиспусканіе. Обильная примѣсь крови въ мочѣ.  Въ мартѣ 1910 г.	Ворсинчатая опухоль величиной съ мандаринъ занимаетъ правую стѣнку пузыря и закрываетъ устье праваго мочеточника, перекрываетъ инфильтратъ.  Cancer ves. ur.	—	1 годъ 7 м.	—	Отъ предложенной операціи отказался и выписался изъ клиники.
43	50	М.	8/i 1911	18/i	Александръ Ш—еръ.	—	На малое выдѣленіе мочи, примѣсь крови.  4 мѣс. назадъ.	На правой верхней стѣнкѣ опухоль велич. съ грецкій орѣхъ на ножкѣ.  Papilloma ves. ur.	—	4 мѣсяца.	—	Попытка оперировать больного чрезъ уретру не удалась вслѣдствіе судорожныхъ судорожныхъ сокращеній пузыря. Кроме того у него хроническій бронхитъ и слабое сердце.
44	58	М.	27/ix 1911	21/x	Дмитрій Лож—евъ.  Контролеръ трамвая.	—	На задержку мочи, которая выдѣляется каплями и примѣсь къ мочѣ крови.  6 м. назадъ.	Въ мѣстѣ нахождения дѣвата мочеточника развился опухоль величиной съ лѣсной орѣхъ на широкомъ основаніи и на правой сторонѣ другая, полиповая, значительно больше первой.  Cancer ves. urin.	Промываніе пузыря ас. борико и вливаніе 5% antipyrini.	6 мѣсяцевъ.	—	Отъ предложенной операціи отказался и выписался изъ клиники.



Группа Г.

Случаи, гдѣ произведено удаленіе опухоли  
эндоезикально.



№ по порядку.	Возраст.	Полъ.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предоставляемая подопыта-нина.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
							Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	Данные цистоскопии и диагнозы.	Характер оперативного вмешательства.	Непосредственный результат операции.	Микроскопическое исследование опухоли.	Промежуток времени от появления первых симптомов до операции.	Продолжительность послеоперационного периода.	Причина летального исхода.	ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАЦИИ.
1	38	М.	ix 1902	—	Семенк.	—	На боли в пояснице.	Папиллома на длинной ножке величиной с дышное отверстие мочевого пузыря.	Эндовезикальная операция по Nitze 3 сеанса. Удалить всю опухоль вместе с ножкой не удалось, удалось захватить петлей и отрезать больше половины опухоли.	Выздоровление.	Доброкачественная папиллома.	?	?	—	Больной выбыл из клиники с советом показаться через 1/2 года опять.
2	23	Ж.	15/x 1907	8/v 1908	Дина К—ова.	—	Учащение мочеиспускания, боль при нем, сильное кровотечение из пузыря.	Слизистая пузыря и фимбриа нормальная. Кзади от отверстия правого мочевого пузыря ближе к средней линии на короткой ножке папиллома, величиной с кофейное зерно, с прозрачными тонкими ворсами.	1/v 09 д-ромъ Лежне. Был первый сеанс эндовезикального удаления опухоли 4/v 2-ой сеанс опухоль удалена вполне.	Выздоровление.	—	2 1/2 года.	8 дней.	—	18/x 09. При цистоскопии на месте операционной раны красноватый перламутровый рубец. 8/x 12 г. г. с. через 2 г. 9 мѣс. при цистоскопии рубца не обнаружено, чувствует себя хорошо. Кровотечения после операции ни разу не было.
3	—	М.	1902	—	Сид—кий.	—	—	—	18/x 1902 г. проф. С. П. Федоровым частичное эндовезикальное удаление папилломы. От предложенной sectio alta отказался.	Выздоровление.	—	—	—	—	После операции по декабрю 1910 г. г. с. в течение 8 лет бывали изредка только кровотечения. В декабре боли при мочеиспускании и учащении их. После 6% резорцина в августе 1911 г. гораздо хуже (д-ръ Воскресенский). При цистоскопии определяется опухоль величиной с мандарин. В августе 1911 г. был оперирован в Москвѣ в лечебницѣ д-ра Руднева. Наложен надобковий свищъ. Удалить опухоль нельзя было в виду обширного поражения пузырной стенки.  Cancer vesicae villosus.



№ по порядку.	Возраст.	Пол.	Время поступления в клинику.	Время выписки.	Имя и фамилия больного, его звание и занятие.	Предшествующая половая жизнь.	I Главная жалоба больного и время появления первых симптомов.	II Данные цистоскопии и диагноз.	III Характер оперативного вмешательства.
4	72	Ж.	15/1 1912	—	А.	—	На кровотечение из мочевого пузыря.	Эвакуационным цистоскопом после неоднократных промываний и вливаний антипирина удалось определить опухоль, сидящую над отверстием дѣла мочеочечника велич. со сливу.	Ввиду возраста и плохого питания больной предпринята эндовезикальная операция операционным цистоскопом Casper'a. Въ 8 сеансах д-ръ В. А. Горашъ холодной петлей снялъ опухоль. Кровотечение было не особенно обильно.
							1 1/2 года назадъ.	Papilloma ves. urin.	
5	?	М.	Декаб. 1911	—	Д.	—	На вновь появившійся кровотечения.	Слизистая пузыря инъецирована. Въ области отверстия правого мочеочечника вправо и вверху расположено 7 маленьких отъ малой вишини до горошини папилломъ. Рубецъ отъ бывшей операции свободенъ отъ опухолей.	Въ февралѣ 1912 г. д-ромъ В. А. Горашемъ въ два сеанса опухоли удалены откусывающими щипцами операционнаго цистоскопа.
							5 лѣтъ назадъ.	Papilloma ves. urin. recid.	

IV Непосредственный результатъ операций.	V Микроскопическое изслѣдование опухоли.	VI Промежутокъ времени отъ появления первыхъ симптомовъ до операции.	VII Продолжительность послѣоперационнаго періода.	VIII Причина летальнаго исхода.	IX ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТЪ ОПЕРАЦИИ.
Выздоровленіе.	—	1 1/2 года.	14.	—	Черезъ 2 недѣли послѣ операции при цистоскопіи на мѣстѣ бывшей опухоли опредѣлялась незначительная грануляціонная поверхность.
Выздоровленіе.	—	—	—	—	Здѣсь имѣлся рецидивъ опухоли: 2 1/2 года назадъ ему была удалена опухоль верхнимъ сѣченіемъ въ Москвѣ. — При послѣдующихъ сеансахъ цистоскопіи нельзя было обнаружить ни одной опухоли на слизистой пузыря (д-ръ В. А. Горашъ и проф. С. П. Оедоровъ).



## ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Методъ Bier'a въ соединеніи съ небольшими разръзами даетъ хорошій результатъ при леченіи нагноительныхъ процессовъ.

2) Методъ дубленія кожи по Grossich'y въ настоящее время является наилучшимъ способомъ подготовки операціоннаго поля.

3) Внутривенный гедоналовый наркозъ особенно показанъ при операціяхъ на головѣ и шеѣ, а также у лицъ съ пораженіемъ легкихъ и почекъ.

4) Піэлографія является цѣннымъ методомъ изслѣдованія при заболѣваніяхъ лоханокъ и мочеточниковъ.

5) Почка, пораженная туберкулезнымъ процессомъ, подлежитъ полному удаленію.

6) Операція pyelotomia in situ вполне заслуживаетъ названія идеальной.

7) Периодическія прикомандированія военныхъ и морскихъ врачей къ клиникамъ и большиимъ больницамъ для работы подъ руководствомъ профессоровъ и опытныхъ специалистовъ являются вопросомъ государственной важности.





### Curriculum vitae.

Николай Николаевич Быстровъ, сынъ Статскаго Совѣтника, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ С.-Петербургѣ, въ 1879 году. По окончаніи С.-Петербургской Введенской гимназіи въ 1897 году съ награжденіемъ серебряной медалью, поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, которую и окончилъ въ 1902 г. со степенью лекаря съ отличіемъ (cum eximia laude). Будучи студентомъ, при переходѣ съ 3-го курса на четвертый, лѣтомъ 1900 года занимался въ качествѣ практиканта въ Псковской Губернской Земской больницѣ. Лѣтомъ 1901 года при переходѣ съ 4-го курса на 5-й зачислился на лѣтній семестръ (Sommersemester) въ число студентовъ Берлинскаго Университета, гдѣ слушалъ лекціи проф. Virchow'a, Leyden'a, Bergmann'a, Wassermann'a, König'a, Mendel'a, Lesser'a и работалъ въ клиникѣ проф. Leyden'a. Будучи студентомъ выпускнаго курса лѣтомъ 1902 года былъ прикомандированъ къ Владикавказскому военному госпиталю. По окончаніи Академіи Высочайшимъ приказомъ по военному вѣдомству былъ назначенъ младшимъ врачомъ 169-го пѣх. Ново-Троцкаго полка. Въ августѣ 1904 года Высочайшимъ приказомъ по морскому вѣдомству былъ переведенъ на службу въ морское вѣдомство съ назначеніемъ младшимъ ординаторомъ Николаевскаго Морскаго Госпиталя въ Кронштадтѣ. Неся ординаторскія обязанности зимою



1904 года, состоялъ преподавателемъ на курсахъ для подготовки сестеръ милосердія военнаго времени. Въ февралѣ 1905 года циркуляромъ Главнаго Морского Штаба переведенъ въ С.-Петербургъ младшимъ врачомъ 18-го флотскаго экипажа. Съ этого времени сталъ посѣщать клинику проф. С. П. Оедорова, гдѣ въ теченіе 190<sup>6</sup>/7 и 190<sup>7</sup>/8 исполнялъ ординаторскія обязанности. Въ 190<sup>5</sup>/6 году сдать экзамены на степень доктора медицины при Императорской Военно-Медицинской Академіи. Въ январѣ 1908 г. Циркуляромъ Главнаго Морского Штаба переведенъ младшимъ врачомъ Гвардейскаго Экипажа, въ каковой должности состоятъ и понынѣ. Съ мая 1908 по ноябрь 1909 года состоялъ младшимъ врачомъ крейсера «Олегъ», на которомъ совершилъ заграничное плаваніе.

Имѣеть слѣдующія печатныя работы:

1) VII-й Съѣздъ Россійскихъ Хирурговъ. Докладъ, читанный въ Обществѣ Морскихъ врачей въ С.-Петербургѣ въ засѣданіяхъ 8 и 21 Января 1908 г. Медицинскія прибавленія къ Морскому Сборнику 1908 г. Мартъ.

2) Къ казуистикѣ аппендицита. Докладъ, читанный въ засѣданіи Общества Морскихъ врачей порта Императора Александра III 12 ноября 1908 г. Мед. Прибавленія къ Морскому Сборнику 1909 г. Августъ.

3) Объ оперативномъ леченіи опухолей мочевого пузыря.

Послѣднюю работу представляетъ въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.