

607.46

К

Н. В. Копыловъ.

Шовъ пузыря

при

операциі каменной болѣзни.

дис.



Юрьевъ.

Типографія К. Маттисена.

1901.

63056

Н. В. Копыловъ.

7 - ноя 1902

617.46

К-65

Шовъ пузыря

при

операциі каменной болѣзни

по наблюденіямъ въ Пензенской больницѣ.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины.

Официальные оппоненты:

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

Печать
1906 г.

Юрьевъ.
Типографія К. Маттисена.
1901.

1950

09-186507

7-1012 2012

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго факультета
ИМПЕРАТОРСАГО Юрьевскаго Университета.

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

Деканъ: В. Курчичскій.

Харк. Мед. Инстит.
НАУК. БИБЛИОТЕКА

63058

Оглавленіе.

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

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

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

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

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

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

Лишь 20 лѣтъ спустя, въ 1826 году Pinel Grandchamp⁹⁾ представилъ въ Парижскую Медицинскую Академію работу, въ которой пытался рѣшить вопросъ о швѣ пузыря экспериментальнымъ путемъ на животныхъ. Онъ установилъ важный фактъ, что раны пузыря могутъ заживать при известныхъ условіяхъ per primam intentionem. Pinel Grandchamp употреблялъ скорняжный шовъ, проводя его черезъ всю толщу пузыря стѣнки. Кожная рана не зашивалась и могла служить для наблюденія за состояніемъ зашитой раны пузыря. По истеченіи нѣкотораго времени шовъ удалялся, чтобы избѣжать на немъ отложенія солей, которые могли-бы послужить ядромъ для новаго камня.

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

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

Эти, столь обстоятельно описанные случаи, измѣнили взглядъ нѣкоторыхъ выдающихся хирурговъ на примѣнимость пузыряго шва, такъ Bardeleben⁸⁾, противникъ шва, высказалъ мнѣніе, что, съ усовершенствованіемъ техники наложенія пузыряго шва въ будущемъ будутъ получаться еще лучше результаты.

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

Въ 1874 году примѣнилъ шовъ пузыря д-ръ Дубрововъ⁹⁾, зашивши пузырь въ 2-хъ случаяхъ послѣ высокаго сѣченія, и въ одномъ изъ нихъ рана пузыря зажила первымъ натяженіемъ. Основываясь на своихъ наблюденіяхъ, д-ръ Дубрововъ высказалъ мнѣніе, что съ разработкой техники шовъ пузыря найдеть широкое примѣненіе.

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

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

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

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

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

Результаты своихъ наблюденій авторъ высказываетъ въ видѣ слѣдующихъ положеній:

1. Подъ вліяніемъ струнаго шва происходитъ полное восстановление цузырной стѣнки.
2. Восстановленіе это совершается путемъ заживленія рег primam intentionem.
3. Примѣненіе шва-безусловно, когда нить проведена черезъ всю стѣнку со слизистой оболочкой включительно.
4. Разрушеніе и исчезновеніе отдѣльныхъ частей шва совершается неравномерно: раньше исчезаетъ лежащая въ проколѣ петля, позднѣе наружные узлы.
5. Процессъ распада и исчезновенія струны заканчивается въ проколѣхъ около 8-го дня, въ узлахъ около 24-го дня.
6. Присутствіе тонкихъ струнныхъ нитей не вызываетъ въ проколахъ нагноенія.

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

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

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

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

Vincentъ отдаетъ предпочтеніе карболованному шелку, указывая на ломкость и быстрое расасываніе струнныхъ нитей. Онъ допускаетъ употребленіе катгута лишь для 1-го погружного шва.

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

каться через слизистую оболочку, так как моча может проникать по нитке.

Duschastelet¹⁸⁾ предложил накладывать предварительный шов посредством особого инструмента *cystorharphe*. Пузырь разрывается между затянутыми и приподнятыми швами. На практике онъ этого шва не применялъ.

Тогда же Pozzi¹⁹⁾ применилъ узловый шовъ изъ катгута, а Walter Atlee²⁰⁾ изъ шелка, и оба получили первое натяжение и быстрое выздоровление.

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

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

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

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

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

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

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

Въ 1885 г. вышелъ отчетъ профессора Е. В. Павлова²³⁾, въ которомъ онъ описываетъ пузырьный шовъ.

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

Тогда же Крапцфельдъ²⁴⁾ производилъ опыты на собакахъ, а чтобы у нихъ сдѣлать положеніе пузыря похожимъ на такое же у человѣка, онъ удалялъ брюшину на передней стѣнкѣ пузыря. Шовъ онъ накладывалъ двухэтажный, нижній узловый, а верхній непрерывный. На основаніи этихъ наблюденій, онъ приходитъ къ заключенію, что пузырьный шовъ обезпечиваетъ отъ мочевого пропитыванія лучше, чѣмъ всѣ другіе, предложенные для этой цѣли, способы.

Gesa von Antal²⁵) предложил срывать косо края раны пузыря, в форме воронки, чтобы увеличить поверхность соприкосновения ран. Он два раза применял этот способ с полным успехом.

Маковцев²⁶) и Минина²⁷) сообщили по одному удачному случаю шва пузыря.

Tuffier²⁸) собрал 22 случая шва пузыря, и из них лишь в 2-х случаях получил первое натяжение. Он и профессор Guyon высказываются против полного закрытия пузыря.

Д-р Шмитц²⁹) собрал в литературе 57 случаев шва пузыря при высоком сечении, из коих в 17-ти раны зажили первым натяжением. На основании разбираемых случаев д-р Шмитц лучшим материалом для шва считает шелк и полагает, что зашивать пузырь следует не во всех случаях, так при сильном катаре пузыря и очень тонких стénках его большую часть шов не удается.

Профессор Тилинг³⁰) предлагает двухэтапный шов. Глубокий шов, не захватывающий слизистой оболочки, состоит из ряда узловых швов, поверхностный ряд накладывается скорняжным швом и захватывает лишь часть мышечной стénки. Он заходит за края раны вверх и вниз.

Тилинг находит, что скорняжный шов: 1) увеличивает плоскость соприкосновения раны и не допускает растяжения раны по длине и таким образом защищает глубокий шов при наложении пузыря. Этот способ, примененный самим автором 2 раза с полным успехом, напечать подражателей, и в диссертации Александрова³¹) приведены 16 случаев шва пузыря, оперированных по Тилингу, причем в 7 получено первое натяжение.

Подробно разбирает вопрос о применении шва пузыря профессор Склифасовский³²). Он прежде всего предлагает не прокалывать пузырь сразу, а производить правильный послонный разрез, чтобы избежать отслаивания слизистой оболочки и получить правильную чистую рану. Шов накладывается катгуттом, не прокалывая слизистой оболочки. Первый ряд швов состоит из стежков выкалываемых по равной поверхности с каждой стороны, второй из стежков накладываемых так: слева выкалывается игла через наружную поверхность стénки пузыря, выкалывается на ранной поверхности; справа выкалывается на ранной поверхности, выкалывается на наружной поверхности стénки пузыря. Накладывая такие швы в промежутки на расстоянии $\frac{1}{2}$ см. один от другого, мы можем получить герметическое закрытие раны пузыря. В этом легко убедиться, если сделать вслэд затем выскривание воды в пузырь. При таком способе сшивания можно рассчитывать на сращение раны per primam intentionem. На практике однако этот способ далеко не оправдывает возложенных на него надежд, как у самого автора³³), так и у д-ра Яковлева³⁴) в Тамбовской больнице.

Д-р Введенский³⁵), возражая противникам пузыряного шва, приводит статистику в 66 случаев, где в 22 случаях получено первое натяжение, а Березкин³⁶) на 2-м съезде русских врачей сообщил о 59 случаях высокого сечения, произведенных д-ром Иршиком в дetskой больнице Св. Владимира в Москвѣ. В 20 случаях был применен полный катгуттовый шов пузыря, в 7 случаях получилась prima intentio, в остальных же, хотя моча и просачивалась, выздоровление наступало быстро, от 2—3 недель.

Марьяшес³⁷⁾ полагает, что герметический пузырный шовъ есть единственно вѣрное средство отъ мочевого проптыванія тканей при операци въ области пузыря.

Профессоръ Согона Augusto³⁸⁾ на основаніи цѣлаго ряда опытовъ надъ животными пришелъ къ заключенію:

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

2) Лучшій матеріалъ есть куттуть.

3) Расстояніе между швами не должно превышать 3 мил.

Vrenner³⁹⁾, ассистентъ профессора Bilroth'a, предлагалъ кисетный шовъ. Когда пузырь обнажается, дѣлаютъ посылонные разрывы до слизистой оболочки, затѣмъ слизистая оболочка отдѣляется отъ мышечнаго слоя и накладывается шовъ на 2 мил. отъ краевъ и 4 мил. отъ угла въ рану черезъ подслизистую ткань, не захватывая слизистой оболочки. Такимъ же образомъ кладется 2-й шовъ на мышечный слой пузыря, затѣмъ обѣ нити затягиваются, и рана закрывается на подобіе киста. Въ 7 случаяхъ получилось первое натяженіе.

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

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

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

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

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

Д-ръ Недзведзкій⁴⁵⁾ и проф. Rydygier⁴⁶⁾ предложили каждый свой особый шовъ. Первый испытывалъ свой довольно сложный шовъ лишь на трупахъ, а второй разъ примѣнилъ свой шовъ съ успѣхомъ на 13-ти лѣтнемъ мальчикѣ. Онъ дѣлаетъ разрывъ пузыря на части его, покрытой брюшиной, а затѣмъ сшиваетъ пузырь двухэтажнымъ кипечнымъ швомъ по способу Czerny. Рискованная операція эта не нашла подражателей.

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

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

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

тати операции, какого не может дать никакой другой способ последовательного лечения. Нужно упростить и усовершенствовать технику его наложения, а пока задача современного хирурга заключается в установлении показаний, при которых можно и должно шить пузырную рану.

В следующем 1889 вышла работа д-ра Саломки⁴⁸⁾ „О высоком камне-сечении в России“. Автор в особом отделе подробно рассматривает вопрос о пузырьном шве и приводит 69 случаев наложения полного шва, при чем первое натяжение получилось в 24 случаях, т. е. 34,7%. Выздоровление наступало в среднем на 18,7 день. На основании приведенных случаев д-р Саломка приходит к следующим выводам:

Наложение шва на рану пузыря при высоком камне-сечении есть необходимая принадлежность операции; шов должен быть, где это технически выполнимо, накладываемый при всякой моче, так как больше чем в $\frac{1}{3}$ всех случаев дает заживление первым натяжением и значительно сокращает послеоперационный период; в других же неудачных случаях он несколько укорачивает срок выздоровления и влияет весьма благоприятно на исход операции.

Александровъ⁴⁹⁾ произвел 26 высоких камне-сечений, при чем пузыри зашивались шелковым швом; в 7 случаях получилось первое натяжение. По мнению Александра, неудача шва — от недостаточного обеззараживания пузырьной раны.

Узловой шов удовлетворяет цели. Дренаж пузыря излишен и вреден. Постоянный катетер должен держаться не более 3-х дней. Плохая моча, даже и щелочная, не служит противопоказанием наложению шва.

Thomas⁵⁰⁾ сообщает случай повторного высокого камне-сечения с наложением шва, причем получилось первое натяжение.

Перовъ⁵¹⁾ в девяти случаях при больших камнях зашивал пузырную рану до дренажа в нижнем углу, и во всех случаях раны зажили первым натяжением.

Керт⁵²⁾ и Soldani⁵³⁾ сообщили по одному удачному случаю пузырьного шва.

Dietz⁵⁴⁾ на основании экспериментальных и клинических наблюдений высказывается за пузырьный шов и приводит 47 случаев операций, причем в 65,95% получилось первое натяжение; раны зажили в течение 5—14 дней.

В 1892 г. Д-р Тилляковъ⁵⁵⁾ произвел 15 высоких камне-сечений; во всех случаях был наложен полный двухэтажный узловой шов шелком, в нижний угол кожной раны вводился дренаж. Постоянный катетер вводился на некоторое время. В 13-ти случаях раны зажили первым натяжением.

H. Thomson⁵⁶⁾ на основании опытов над трунами и собаками советует непрерывный шов.

В 1893 году вышла диссертация И. П. Александрова³¹⁾, где собрано из литературы 212 случаев с полным швом пузырьной раны. В 96 случаях, т. е. в 45% раны зажили первым натяжением.

Автор сам произвел 85 высоких сечений пузыря с 4 летальными исходами.

Он разделил свои случаи на группы, смотря по уходу за пузырьной раной. В первую группу отнесены 4 случая с неполным швом и дренажем пузыря. Все больные поправились, но выздоровление затнулось на очень продолжительное время. Ко второй группе относятся 25 случаев

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

Въ третью группу вошли 56 случаевъ съ наложениемъ полного шва на наружную пузырную рану, по выражению автора „cystotomia idealis“. Въ 40 случаяхъ раны зажили первымъ натяжениемъ, 2 случая кончили смертию, въ 8 случаяхъ получилось первичное заживление лишь пузырной раны, а въ 6 раны разошлись совершенно. По словамъ автора *prima intentio* получалась въ 83,3% всѣхъ оперированныхъ, умерло 4, что составляетъ 4,9%.

Разбирая свои случаи, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

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

2) Наболѣе удобнымъ матеріаломъ для шва представляется шелкъ.

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

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

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

Въ томъ же году Albarran⁵⁸⁾ сообщилъ о 6 случаяхъ шва пузыря съ первымъ натяжениемъ.

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

Въ томъ же году вышла диссертация д-ра Рубца⁶⁰⁾ о шорномъ швѣ пузыря. Авторъ описываетъ 19 собственныхъ случаевъ шва пузыря, изъ коихъ одинъ окончился летально, а въ 18 получилось первое натяжение, такъ что д-ръ Рубецъ получилъ лучшіе результаты, чѣмъ кто либо другой. Полное выздоровленіе наступило во всѣхъ случаяхъ на 15-й день. Шовъ на пузырь накладывается слѣдующимъ образомъ: „взявъ длинную нитку съ двумя хирургическими иглами на ея концахъ, мы вкалывали одну изъ нихъ на 1/2 сант. выше верхняго угла раны до слизистой оболочки, и выкалывали на разстояніи 1/2 сант. отъ вкола. Второй уколъ производился уже двумя иглами: взять въ правую руку иглу, находящуюся сълѣва отъ большаго, мы вкалываемъ ее на 1/2 сант. ниже перваго укола на такомъ же разстояніи или немного болѣе отъ лѣваго края раны и проводимъ оную до слизистой оболочки въ правый край раны и выкалываемъ на той же сторонѣ, отступя на 1/2 сант. отъ края раны. Коль скоро показался конецъ иглы, мы правую иглу идемъ

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

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

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

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

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

Такимъ образомъ въ 1894 году появились 3 выдающіяся клиническія работы проф. Augerger'a, Разумовскаго и д-ра Рубца. Работы эти наглядно доказали возможность наложенія и громадную выгоду пузырянаго шва, хотя еще и послѣ этого явились авторитетные противники, которые называли достиженіе перваго натяженія при швѣ никогда не осуществимой утопій⁶¹⁾.

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

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

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

Это даетъ право сдѣлать выводъ, что шовъ съ цистоэксіей:

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

Д-ръ Milton⁷³⁾ сообщаетъ о 30 случаяхъ шва пузыря съ хорошимъ исходомъ, а д-ръ Самохачкія⁷⁴⁾ собралъ изъ литературы 226 случаевъ пузырьнаго шва съ 64, 3%

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

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

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

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

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

вымь натяжением, у Баратынского⁸⁰) 10 случаев, шва дали 70% первого натяжения.

В 1900 году вышла диссертация д-ра Голишевского⁸¹), в которой описаны 50 случаев, оперированных проф. Разумовским. В 8 случаях был применен открытый способ лечения, в 17 случаях применялся 2-х этажный шелковый шов с последующей цистостомией, а остальные 26 случаев оперированы по новому способу Разумовского, предложенному или в 1899 году, т. е. наложить металлический шов без погружных нитей. При лечении по открытому способу заживление раны наступило в среднем на 35 день, тогда как со швом пузыря большие выписывались из клиники в среднем на 16 день, т. е. время лечения сокращалось почти вдвое.

В общем эта работа служит подтверждением, тех заключений, которые высказал профессор Разумовский в 1898 году.

Попов⁸²) описывает 24 случая высокого стечения, при чем первое натяжение получило 20 раз; Дисианский⁸³) сообщает 32 случая полного шва с 88% первого натяжения, а у Березовского⁸⁴) на 8 случаев, наложений шва пузыря в 4 получило первое натяжение.

В. В. Лезинь⁸⁵) на первом съезде русских хирургов сообщил о 72 случаях, оперированных в Пензенской больнице, при чем первое натяжение дало 70%.

Lotheissen⁸⁶), сообщая об операции каменной болзины из клиники в Инсбруке, советует применять трехэтажный шов, тампон и постоянный катетер.

В текущем году Kukul'a⁸⁷) описал 55 случаев из клиники проф. Maudl'a в Праге. Он рассматривает вопрос о шве пузыря на основании бактериологических

исследований мочи. Он находил в ней *Staphylococcus pyrog. aureus*, *strophococcus pyrogenes*, *Bacillus pyocyaneus*, *Bacterium coli* и различные виды *Proteus*. Kukul'a делит свои случаи на 3 группы: 1) в 9 случаях моча была совершенно стерильна, 2) в 6 случаях наблюдался 1 вид микроорганизмов, и 3) у остальных больных цистит обуславливался смешанной инфекцией нескольких видов. Во всех случаях 1-ой группы течение было безупречно и окончилось быстрым выздоровлением. В случаях 2-ой группы чаще наблюдалась незначительная инфекция на месте швов, часто с образованием незначительных свищей, в 3-й — дело доходило до нагноения и омертвления клетчатки с полным расхождением шва. На основании своих наблюдений Kukul'a советует в чистых случаях применять 2-х этажный шов без катетера, в сомнительных (моноинфекция) — цистостомию, а при смешанной инфекции — операцию в 2 приема по Vidal de Cassis.

Около 2-х столетий прошло со времени первого применения пузырярного шва до тех пор, пока он дал наглядные блестящие результаты в руках профессора Брунса, а затем прошло почти еще столетие, прежде чем он достиг всеобщего распространения.

За последнее время для него предложена была масса новых способов. Здесь, для наглядности их можно разделить на 4 группы:

- 1) Узловой шов — Врунса и Скляфасовского.
- 2) Непрерывный — Brenner'a и Рубца.
- 3) Комбинированный — Socin'a и Тилинга.
- 4) Металлический шов — Разумовского.

Каждая группа имеет свои выгоды и неудобства, и мне кажется, что мы не располагаем еще достаточным материалом для выводов. Настоящая работа имеет целью дать здесь тот материал, которым я располагаю по этому вопросу.

Работая больше 10 лет в больнице, где ежегодно бывает около 40 больных каменной болезнью, мы в последние годы делаем преимущественно высокое сечение с наложением пузыря шва. Обзор этих ста случаев и составлять настоящую работу.

Большинство операций описаны мною в отчетах Пензенской больницы за последние годы⁸⁸⁾.

Хотя еще в 1894 году, такой авторитет как проф. Albert писал, что „получение первого натяжения при пузырьном шве есть утопия (Erreichung einer prima intentis durch Blasennaht ist eine Utopie), однако работами Angerer'a, Рубца, Александра и Разумовскаго, вполне доказано что утопия эта вполне осуществима. Нам остается только разобраться в способах наложения шва и выработать показания к его употреблению.

Наши наблюдения над пузырьным швом произведены в Пензенской Губернской Земской Больнице в промежуток времени между 1896 и 1901 годами.

Из приведенных ниже 100 случаев высокого сечения пузыря, больше 50 были произведены лично мною, а остальные доктором В. В. Лезинимъ и другими врачами. В большинстве случаев я участвовал в производстве операций и имел возможность наблюдать за дальнейшим течением послеоперационного периода.

Контингент больных состоял почти исключительно из крестьян Пензенской губернии и по возрасту больные распределялись так :

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

Приготовление к операции состояло в ежедневной ванне больного в течение нескольких дней, иногда в промывании пузыря раствором борной кислоты, назначенной накануне операции слабительного. Пред самой же операцией поле очищалось зеленым мылом, эфиром, а затем раствором сулемы. Окружность операции защищалась стерилизованными салфетками. Затем в пузырь вводился катетер, через который вливался раствор борной кислоты в количестве 120—250 к. с.

Производство операции: после достаточного наполнения пузыря проводится разрез от лобковой кости по средней линии по направлению к пупку длиной в 4 и 5 сант. Обыкновенно у детей линия алба бывает ясно видна. По разрезе кожи, разрезается поверхностная фасция, и тогда уже легко раздвинуть мышцы желобоватым зондом, или пальцем, затем они растягиваются тупым крючком.

Fascia transversa и слой рыхлой клетчатки в преддуэрином пространстве раздвигаются щипцами. Таким образом обнажается на достаточном пространстве стьника пузыря и избегается возможность ранений брюшины. Если в это время вследствие напряжения брюшного пресса замечается выпячивание брюшной складки, то она удерживается или пальцем помощника, или тупым крючком. На обнаженной стьнке пузыря часто бывают заметны венозные сосуды, но при ранении их кровотечение обыкновенно не бывает обильным, так что редко приходится захватывать их торсионными щипцами. Для фиксации стьнок пузыря перед разрезом его мы употребляем шелковые нити, проведенные по бокам выдающегося при надавливании на переднюю стьнку кюва катетера, находящегося в пузырь. Удерживать пузырь петлями несравненно удобнее, чем острыми крючками

или торсионными щипцами, и удобнее это иметь особенное значение при наложении швов. По наложении петель они растягиваются в обе стороны и передаются помощнику. Пузырь вскрывается между ними вблизи остроконечного скальпеля и рана дьбается такой длины, чтобы в пузырь можно было провести указательный палец, затем в пузырь вводится палец и исследуется величина, форма и положение камня. Изъядка бывает, что при вколз нога слизистая оболочка не разрзается, а отслаивается внутрь пузыря; это неприятное осложнение затмивает операцию на несколько минут, пока удается разрзать слизистую оболочку и захватить края торсионными щипцами.

После исследования положения камня по пальцу же вводится в пузырь щипцы, которыми извлекается камень. Я употребляю обыкновенный прямой корнцанг, а специально назначенные для этой цдиа слегка искривленные щипцы употребляю лишь в редких случаях.

Смотра по величине и форме камня, иногда извлечение его представляет некоторые трудности и продолжается несколько минут. При больших камнях приходится растянуть и прижать края пузыря раны, хотя в большинстве случаев это не имеет большого значения и не мешает правильному заживлению раны. Весьма важно удалить камень целиком, так как обыкновенно при распадении камня получается множество мелких осколков, которые попадают в преддуэриную клетчатку. Очищение от них представляется столь затруднительным, что иногда вследствие этого приходится отказаться от наложения пузыряного шва.

По удалении камня пузырь промывается через вставленный катетер большею частью раствором борной кислоты до тех пор, пока вытекающая через рану жидкость не

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Операции съ наложениемъ шелкового шва.

1896 г.

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

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

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

1897 г.

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

3. Теченіе безлихорадочное. Тампонъ и катетеръ вынуты.

10. Рана зажила первымъ натяженіемъ, наружный шовъ снятъ.

12. Выписался здоровымъ.

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

15. Течение безлихорадочное. Катетеръ и тампонъ извлечены.

20. Рана зажила первымъ натяжениемъ. Швы сняты.

26/X Выписался здоровымъ.

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

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

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

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

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

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

25. Рана совершенно зажила, мочеиспускание свободно.

28. Выписался здоровымъ.

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

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

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

29. Мочеиспускание совершается хорошо чрезъ уретру.

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

14/XII. Выбылъ здоровымъ.

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

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

28. Т-ра нормальна.

30. Общее состояние удовлетворительно. Катетеръ и тампонъ вынуты.

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

10/XII. Выбылъ здоровымъ.

1898 г.

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

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

6. Течение безлихорадочное. Моча идетъ свободно въ уретру.

10. Рана зажила первымъ натяжениемъ. Швы сняты.

15/III. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

6/III. Смерть отъ перитонита.

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

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

6. Теченіе безлихорадочное. Моча идетъ свободно въ уретру.

14. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

15. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

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

27. Рана совершенно зажила.

8/V. Выписанъ здоровымъ.

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

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

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

15. Истошеніе, рвота. Признаки пѣзита. Мочи очень мало.

23. Умеръ.

Вскрытіе подтвердило пѣлонефритъ въ сильной степени.

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

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

28. Теченіе безлихорадочное. Моча хорошо идетъ въ катетеръ.

30. Катетеръ извлеченъ. Рана чиста и суха.

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

24/IV. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

10. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.
19/IV. Выбылъ здоровымъ.

15. Макаръ Ч., кр. Краснослоб. у., 10 лѣтъ, болѣтъ 2 года. St. pr. Сложение и питание среднее. Penis гипертрофированъ. Сильныя боли въ области мочевого пузыря, сильно затрудненное и болѣзненное мочеиспускание; въ пузырь большой камень.

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

20. Моча течетъ въ катетеръ, самоучуствіе хорошее.

25. Боль, лихорадитъ до 39,0 и худѣтъ, швы разошлись. Моча течетъ въ рану.

30. Лихорадка меньше, рана плохо заживаетъ.

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

25. Больной поправляется крайне медленно.

15/VI. Рана почти зажила.

20/VI. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

19. Теченіе безлихорадочное, мочеиспускание свободно безболѣзненно.

27. Рана зажила первымъ натяженіемъ, швы сняты.

99/V. Выписался здоровымъ.

17. Сергій Л., кр. Пенз. у., 10 л., болѣтъ около 2-хъ мѣсяцевъ. Ребенокъ средняго тѣлосложенія, малокровенъ, довольно истощенъ. Сильно затрудненное и болѣзненное мочеиспускание, въ пузырь камень.

3/VI. Высокое сѣченіе. Удаленъ камень овальной формы въ воловскій орѣхъ. Двухэтажный шовъ пузыря, безъ катетера.

4. Рвота и сильныя боли въ животѣ.

5. Коллапсъ, умеръ.

Вскрытіе обнаружило разлитой, серозногнойный перитонитъ.

18. Петръ У., кр. Пенз. у., 1½ лѣтъ, болѣтъ около 6 мѣсяцевъ. Ребенокъ хорошаго тѣлосложенія и питанія. Мочеиспускание затруднено, въ пузырь — камень.

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

8. Катетеръ вынуть.

10. Теченіе безлихорадочное, мочеиспускание свободно.

16. Рана зажила первымъ натяженіемъ, швы сняты.

19/V. Выписался здоровымъ.

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

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

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

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

18. Надлонный свищъ закрылся.

20. Моча течетъ чрезъ уретру.

21. Выбылъ съ заживающей раной.

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

17/VI. Высокое сѣченіе. Удалены фосфаты въ лѣсной орѣхъ. Пузырь очень растянутъ и тонокъ. Двухэтажный шовъ. Послѣ операциі одинъ разъ моча выводилась чрезъ катетеръ.

19. Моча хорошо идетъ въ уретру.

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

27. Выбылъ здоровымъ.

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

Тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительное, жалуется на крайне болѣзненное мочеиспусканіе.

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

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

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

30. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

7/VII. Выбылъ здоровымъ.

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

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

16. Теченіе безлихорадочное, моча идетъ свободно чрезъ уретру.

24. Первое натяженіе. Швы сняты.

26/VI. Выбылъ здоровымъ.

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

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

20. Теченіе безлихорадочное. Моча идетъ хорошо.

27. Швы сняты. Первое натяженіе.

28. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

22. Теченіе безлихорадочное. Моченспусканіе свободно.

29. Первое натяженіе. Швы сняты.

29. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

29. Изъ раны вытекаетъ немного мочи.

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

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

20/VI. Выбылъ здоровымъ.

26. Сергій П., кр. Пензен. у., 3-лѣтъ, болѣнь около 2-хъ мѣсяцевъ. Сложеніе и питаніе хорошее. Моченспусканіе болѣзненно, въ пузырь небольшой камень.

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

13. Моча идетъ свободно въ уретру.

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

22. Свищъ закрылся, рана зажила.

23. Выбылъ здоровымъ.

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

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

28. Теченіе безлихорадочное. Моченспусканіе свободно.

5. Рана зажила первымъ натяженіемъ, швы сняты.

6. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

2. Температура нормальна. Катетеръ извлеченъ.

7. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

11/XI. Выбылъ здоровымъ.

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

узловых швов, а верхний был непрерывный, как советует Тилинг, в 3-х случаях были наложены кисетный шов по Бреннеру. Кожная рана обыкновенно зашивалась узловыми швами и в нижний угол ее вставлялся тампон. Лишь у 5 больных рана была зашита наглухо. У 18 больных рана зажила первым натяжением, что составляет 64% обыкновенно на 4—5 день извлекался катетер, на 9 поверхностные швы, а на 12—14 оперированные чувствовали себя настолько здоровыми, что могли выписаться из больницы. У 2-х больных открылся над лобковым свищ на 6 день и зажил: у одного больного на 11, а у другого на 15 день. В одном случае (№ 5) вследствие застоя мочи и признаков перитонита швы были сняты и вставлен дренаж; заживление пузырной раны наступило через 12 дней. У 2-х больных швы разошлись совершенно, и у одного из этих больных рана пузыря закрылась на 20, а у другого с омертвением клетчатки и затеками лишь на 60 день. Причину неудачи шва следует искать с одной стороны в недостаточной асептике и технике при его наложении, а с другой в свойствах пузыря и его содержимого. Наш швак едва ли был всегда асептичным и проколотая до слизистой оболочки нить давала возможность распространиться вверх до кожи мочь и заключающимся в ней микробам. Это и служило причиной расхождения шва, а в некоторых случаях и развития перитонита.

Кроме того 2-раза №№ 21 и 50 миг удалось наблюдать как нити, которыми мы сшили пузырь, опустились в полость его и дали повод к образованию вокруг них конкрементов. Такое явление наблюдалось уже и раньше. Так Stierlin⁷⁰⁾ в своей статье насчитал 9 таких случаев, указывающих на некоторое неудобство погружного шва.

Детальных исходов было 4. Один семидесяти-летний старик погиб при явлениях старческой слабости и ребенок под № 12 при явлениях гнойного пилита, развившагося задолго до операции, что подтвердило вскрытие. Затем больные под № 9 и 17 погибли от перитонита, который несомненно следует поставить в связь с операцией, таким образом смертность от операции с наложением шелкового шва можно считать в 7,1%.

II. Операциі со швомъ Разумовскаго.

1898 г.

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

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

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

4. Температура нормальна, мочеиспусканіе свободно. Тампонъ вынуть.

12. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

20. Выбылъ здоровымъ.

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

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

9. Температура нормальна, мочится свободно.

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

21. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

2. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

4/IX. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

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

21. Сильны боли, вздутие живота, едва опутимый пульс.
22. Скончался.

Вскрытие обнаружило разлитой перитонитъ.

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

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

14. Температура нормальна, мочится хорошо.
20. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.
22. Выбылъ здоровымъ.

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

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

14. По вечерамъ т-ра поднималась до 39,0, моча идетъ хорошо въ катетеръ.
15. Катетеръ вынуть, мочится хорошо.
21. Рана зажила первымъ натяженіемъ.
25. Выбылъ здоровымъ.

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

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

24. Т-ра нормальна, мочится хорошо.
25. Моча понемногу стала пресачиваться чрезъ наружную рану, постоянный катетеръ.

1/X. Швы сняты, свищъ закрылся.
8/X. Выбылъ здоровымъ.

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

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

16. Т-ра нормальна, мочится хорошо.
23. Первое натяженіе. Швы сняты.
27/X. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

8. Т-ра 39, 5. Моча очень мутна.
11. По извлечении катетера часть мочи пошла через рану.
13. Часть раны разошлась. Швы сняты, вся моча идет в рану.
28. Из раны удалена часть омертвевшей клетчатки.
25. Рана очистилась и начинает заживать. Большая часть мочи идет в уретру.
- 5/XI. Рана закрылась.
- 7/XI. Выбыль здоровым.

38. Степанъ В., кр. Пенз. у., 4 лѣтъ, болѣтъ нѣсколько мѣсяцевъ. Тѣлосложение и питание хорошее. Penis гипертрофированъ. Мочепусканіе затруднено и болѣзненно. При изслѣдованіи катетеромъ — неясно ощущаемый камень.

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

28. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

4/XI. Сняты швы. Рана зажила первымъ натяженіемъ.

6/XI. Выбыль здоровымъ.

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

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

13. Мочепусканіе свободно, т-ра поднялась до 39,0.

15. Т-ра вечеромъ 38,0. Общее состояніе угнетенное, появилась эритематозная сыпь.

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

25. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

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

28. Рана совершенно закрылась.

3/XII. Выбыль здоровымъ.

40. Яковъ Х., кр. Саратов. губ., 8 лѣтъ, болѣтъ около 5 лѣтъ. Тѣлосложение и питание среднее. Сильныя боли въ области пузыря и затрудненное мочепусканіе, въ пузырь камень, моча чиста.

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

17. Т-ра нормальна, мочепусканіе свободно.

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

27/XI. Выбыль здоровымъ.

41. Василій К. Кузнецкій мѣщанинъ, 8 лѣтъ, болѣтъ около 6 лѣтъ.

Тѣлосложение и питание среднее. Мочепусканіе сильно затруднено. При изслѣдованіи обнаруживается камень, неподвижно сидящій въ шейкѣ пузыря.

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

3. Т-ра нормальна, мочится свободно.

11. Первое натяжение. Швы сняты.

20/XII. Выбыл здоровым.

1899 г.

42. Василий Л., кр. Пенз. у., 26 летъ, боленъ много лѣтъ. Сложение и питание среднее. По временамъ боли въ области пузыря, мочеиспускание всегда совершается съ большимъ трудомъ. Моча щелочная съ примѣсью гноя. Въ пузырѣ камень.

16/I. Высокое сѣчение. Удаленъ фасфатъ въ грецкій орѣхъ. Стѣнки пузыря очень толсты, слизистая дрибла и сильно кровоточитъ. Шовъ Разумовскаго, сирава 2, и сѣдва 3 петли. Тампонъ безъ катетера.

18. Т-ра нормальна, мочеиспускание свободно, тампонъ вынутъ.

26. Рана зажила первымъ натяжениемъ. Швы сняты.

12/II. Выбылъ здоровымъ.

43. Андрей Л., кр. Город. у., 4 лѣтъ, боленъ полгода. Тѣлосложение и питание среднее. Мочеиспускание затруднено и болезненно. Пузырь сильно раздутъ, при изслѣдованіи катетеромъ обнаруживается очень большой камень.

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

30. Температура нормальна, мочится хорошо.

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

12/II. Выбылъ здоровымъ.

44. Семенъ И., кр. Городиц. у., 4 л., боленъ около 2 лѣтъ. Тѣлосложение и питание среднее. Сильное затруднение

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

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

8. Т-ра нормальна, мочеиспускание свободно.

14. Разошлась часть кожныхъ швовъ, пузырь закрылся.

18. Кожная рана зажила.

21/III. Выбылъ здоровымъ.

45. Петръ А., Пензен. мѣш., 4 л., боленъ около года. Тѣлосложение и питание среднее. Боли въ области пузыря, мочеиспускание болезненно и сильно затруднено, въ пузырѣ камень.

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

12. Температура нормальна, мочеиспускание свободно.

17. Часть мочи просачивается въ нижнюю часть раны.

22. Швы сняты, остался небольшой свищъ.

2/VI. Свищъ закрылся.

9/VI. Выбылъ здоровымъ.

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

Тѣлосложение среднее, питание плохое. Сильныя боли при мочеиспусканіи, которое затруднено, въ пузырѣ камень.

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

17. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

22. Въ нижнюю часть раны протекает моча, оставшая часть зажала первым натяжением. Швы сняты.

31. Выбыть съ небольшим свищемъ.

47. Егоръ С. кр. Мокшан. у., 21 года, боленъ около 5 лѣтъ. Тѣлосложение и питаніе хорошее. Моченспусканіе затруднено, по временамъ болѣзненно, въ пузырѣ камень.

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

23. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

30. Первое натяженіе. Швы сняты.

2. Выбыть здоровымъ.

48. Тимофей Ф., кр. Мокш. у., 11 лѣтъ, боленъ около 2-хъ лѣтъ. Тѣлосложение среднее, питаніе плохое. Сильная боли, частое и крайне болѣзненное и затрудненное моченспусканіе, въ пузырѣ, который сильно растянутъ, камень.

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

25. Т-ра нормальна, мочится свободно.

31. Первое натяженіе. Швы сняты.

19/VI. Выбыть здоровымъ.

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

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

8/VII. Высокое сѣченіе по старому рубцу. Пузырь

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

15. Открылся свищъ, постоянный катетеръ.

18. Большая часть раны срасталась первымъ натяжениемъ. Швы сняты.

25. Свищъ закрылся, моченспусканіе свободно.

29. Выбыть здоровымъ.

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

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

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

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

7/XII. Первое натяженіе. Швы сняты.

Выбыть здоровымъ.

1900 г.

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

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

22. Т-ра нормальна, мочеиспускание свободно.

29. Первое натяжение, швы сняты, мочеиспускание свободно.

31/V. Выбыл здоровым.

52. Александр А., кр. Городиц. у., 2 лет, болен около 1 года. Тѣлосложение и питание хорошее. Мочеиспускание затруднено и болезненно, в пузырь небольшой камень.

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

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

7. Т-ра нормальна, самочувствие хорошее.

11. Швы сняты, в нижней уголъ раны просачивается моча.

13. Рана зажила.

13/VI. Выбыл здоровым.

53. Федоръ Р., кр. Н.-Ломовск. у., 10 лет, болен около 2-хъ летъ.

Тѣлосложение среднее, нѣсколько блѣднѣе, малокровнѣе. Сильныя боли и затрудненіе при мочеиспусканіи, в пузырь камень.

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

24. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

31. Первое натяжение. Швы сняты.

4/IX. Выбыл здоровым.

54. Алексѣй К., кр. Мокш. у., 8 л., боленъ около года, предъ поступленіемъ в больницу нѣскольکو дней лихорадить.

Тѣлосложение и питание среднее. Мочеиспускание затруднено и болезненно, в пузырь камень.

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

11. Т-ра нормальна. Мочится свободно.

18. Первое натяжение. Швы сняты.

22. Выбыл здоровым.

55. Афанасій Б., кр. Писарскаго у., 5 летъ, боленъ около полугода.

Тѣлосложение среднее, питание плохое, сильныя боли в области пузыря, мочеиспускание затруднено и очень болезненно. В пузырь камень.

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

13. Т-ра нормальна, мочеиспускание свободно.

19. Первое натяжение. Швы сняты.

23. Выбыл здоровым.

56. Иванъ Г., кр. Керенскаго у., 20 летъ, боленъ около 2-хъ л. Сложение и питание среднее. Боли в области мочевого пузыря и penis.

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

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

8. Т-ра нормальна, мочеиспускание свободно.

14. Первое натяжение. Швы сняты.

20. На лобке открылся небольшой свищ, из которого протекает моча.

25. Свищ закрылся.

3/1 1901. Выбыл здоровым.

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

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

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

6. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

10. Повязка промокла отъ просочившейся мочи.

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

20. Свищъ закрылся.

26/XI. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

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

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

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

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

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

III. Операци съ упрощеннымъ металлическимъ швомъ.

1898 г.

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

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

10. Т-ра нормальна, мочится свободно.

16. Первое натяженіе. Швы сняты.

18/XII. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

5. Т-ра нормальна, мочеиспусканіе свободно.

13. Первое натяженіе. Швы сняты.

19/I. Выбылъ здоровымъ.

60. Павел Г., кр. Мокш. у., 12 летъ, болеть больше 3-хъ летъ, годъ назадъ было произведено высокое сѣченіе.

Тѣлосложение и питаніе среднее. Моченіе сильно затруднено и болѣзненно, въ пузырь — большой камень.

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

10. Т-ра нормальна, мочится хорошо.
11. Часть мочи показалась въ рану, оставленъ катетеръ.
13. Рана вполне зажила.
14. Выбылъ здоровымъ.

61. Алексѣй У., кр. Саратовск. губ., 10 летъ, болеть около 6 мѣсяцевъ.

Ребенокъ средняго тѣлосложения и питанія, жалуется на сильно затрудненное и болѣзненное моченіе. Постоянно жидится и держится за головку penis, который гипертрофированъ. Моча съ примѣсью гноя и неса, при изслѣдованіи катетеромъ обнаруживается большой камень.

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

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

16. Мочится хорошо въ уретру. Самочувствіе хорошее.
19. Часть мочи идетъ черезъ рану
22. Швы сняты, остается не льшой свищъ.
- 11/IX. Свищъ совершенно закрылся.
- 13/IX. Выбылъ здоровымъ.

62. Степанъ К., кр. Мокш. у., 3-хъ летъ, болеть около 2-хъ летъ.

Тѣлосложение и питаніе хорошее. Моченіе затруднено и болѣзненно. Въ пузырь небольшой камень.

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

26. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

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

30. Часть мочи показалась въ рану.
7. Сыпь и лихорадка прошли.
8. Сняты швы, часть мочи идетъ черезъ свищъ.
15. Свищъ закрылся.
- 21/VIII. Выбылъ здоровымъ.

63. Максимъ Г., кр. Пензенскаго у., 2 летъ, болеть полгода. Ребенокъ слабаго тѣлосложения и питанія, блѣдный. Жалуется на боль въ области пузыря, особенно при моченіи, которое затруднено.

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

25. Моченіе свободно, т-ра нормальна.
2. Первое натяженіе. Швы сняты.
- 10/XII. Выбылъ здоровымъ.

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

3/XII. Тѣлосложение и питаніе среднее. Сильная боль въ области пузыря и члена, сильное затрудненіе при моченіи, такъ что моча вытекаетъ по каплямъ. Въ пузырь камень.

8. Больного лихорадит, сильно мучается при мочеиспускании, у крива penis ощущается камень, не позволяющий ввести катетер.

9. Наружная уретротомия. Извлечен урат в большой орех. В пузырь ощущается другой камень.

12. Больного лихорадит. Вся моча идет в отверстие уретры.

20. Лихорадка прекратилась. Общее состояние удовлетворительное.

21. Высокое сечение. Камень при извлечении раскололся на 2 части, фосфат. 4 петли упрощенного шва. Тампона, без катетера.

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

23. Общее состояние крайне удрученное, бледность, рвота.

25. Тоже крайняя слабость.

26. Скончался.

Вскрытие обнаружило пилонефрит обеих почек и гидронефроз на правой.

Въ 1900 году.

65. Егоръ Б., кр. Пенз. уезда, 14 лѣтъ, боленъ около полгода. Сложение и питаніе среднее, penis слегка гипертрофированъ. Затрудненное и болезненное мочеиспускание, въ пузырь небольшой камень.

21/1. Высокое сечение. Извлеченъ фосфатъ въ орѣхъ. 3 упрощенныхъ металлическихъ шва, безъ тампона и катетера.

23. Течение безлихорадочное, мочится свободно.

30. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Швы сняты.

10/II. Выбылъ здоровымъ.

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

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

16. Течение безлихорадочное, мочеиспускание свободно.

20. Первое натяженіе. Швы сняты.

24/III. Выбылъ здоровымъ.

67. Петръ Ф., кр. Инсарск. у., 2 1/2 лѣтъ, боленъ около 3-хъ мѣсяцевъ.

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

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

5. Т-ра нормальна, мочеиспускание свободно.

11. Первое натяженіе, швы сняты.

11. Выбылъ здоровымъ.

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

Тѣлосложеніе и питаніе хорошее. Мочеиспускание затруднено и болезненно. Въ пузырь камень.

15/V. Высокое сечение. Пузырь плохо наполнялся. Предпузырная клетчатка развита сильно, часть ея пришлось удалить. Извлеченъ уратъ больше орѣха. 3 петли упрощенныхъ металлическихъ шва безъ тампона и катетера.

шенного шва, тампонг, безъ катетера. Больной плохо перенесъ хлороформъ.

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

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

18. Животъ вздуть, рвота, слабость.

19. Скончался.

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

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

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

23. Теченіе безлихорадочное, моченспусканіе свободно.

1/VI. Первое натяженіе. Швы сняты.

3/VI. Выбылъ здоровымъ.

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

Питаніе и сложеніе хорошее. Моченспусканіе затруднено и болѣзненно. Въ пузырь камень.

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

1/VI. Т-ра нормальна, мочится хорошо.

8. Первое натяженіе. Швы сняты.

11/VI. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

2. Т-ра нормальна, моченспусканіе свободно.

10. Первое натяженіе. Швы сняты.

17. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

11. Теченіе безлихорадочное, моченспусканіе свободно.

20. Первое натяженіе. Швы сняты.

7/VIII. Выбылъ здоровымъ.

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

Тягосложение среднее, питание плохое. Болѣзненное и затрудненное мочеиспускание, въ пузырѣ большой камень.

10/VII. Высокое сѣчение. Извлеченъ фосфатъ въ глубинное ядро. 3 пары металлическихъ швовъ, тампонажъ, безъ катетера.

11. Течение безихорадочное, мочеиспускание свободно.

17. Повязка промокла отъ просочившейся мочи.

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

20. Свищъ закрылся.

30/VII. Выбылъ здоровымъ.

74. Маханъ III., кр. Пенз. уѣз., 2 лѣтъ, болѣтъ 6 мѣсяцевъ.

Сложение и питание хорошее. Мочеиспускание затрудненное и болѣзненное. Въ пузырѣ небольшой камень.

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

5. Течение безихорадочное, мочеиспускание свободно.

10. Первое натяжение. Швы сняты.

11/VIII. Выбылъ здоровымъ.

75. Федоръ Т., кр. Мокш. у., 4 лѣтъ, болѣтъ 2 года. Тягосложение и питание среднее. Сильныя боли въ области пузыря, затрудненное и болѣзненное мочеиспускание. Моча щелочная. Въ пузырѣ большой камень.

29/VIII. Высокое сѣчение. Извлеченъ уратъ въ голубинное ядро. 3 металлическихъ шва безъ дренажа и катетера.

1/IX. Течение безихорадочное, мочится хорошо.

10. Первое натяжение. Швы сняты.

12/IX. Выписывается здоровымъ.

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

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

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

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

18. Первое натяжение. Швы сняты.

19. Выбылъ здоровымъ.

77. Леоній Ж., кр. Пенз. у., 2 лѣтъ, болѣтъ полгода. Тягосложение и питание среднее. Мочится съ затрудненіемъ и болью. Въ пузырѣ камень.

16/IX. Высокое сѣчение. Извлеченъ уратъ въ орѣхъ. 4 металлическихъ шва на пузырѣ.

18. Течение безихорадочное, мочеиспускание свободно.

26. Первое натяжение. Швы сняты.

30/XI. Выбылъ здоровымъ.

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

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

лочкой из фосфата, из которого выступают темные зубцы. Величина его в волошской орехе, вѣсъ 15,0. Наложены 3 петли упрощенного металлического шва.

3/III. Заживление раны идет хорошо, при нормальной температурѣ, мочеиспускание совершенно свободно в уретру.

10. Швы сняты, рана зажила, первым натяжением.

15. Выбылъ здоровым.

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

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

27/III. Высокое сѣчение съ упрощеннымъ металлическимъ швомъ. Камень фосфатъ вѣ орехѣ, вѣсъ 1,24.

26. Температура нормальна, мочеиспускание свободно.

4/IV. Первое натяжение, швы сняты.

8. Рана совершенно зажила и больной выбылъ здоровымъ.

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

20/II. Ребенокъ средняго тѣлосложенія и питанія, жалуется на затрудненное и болезненное мочеиспускание, вѣ пузырѣ камень.

25/II. Высокое сѣчение съ упрощеннымъ металлическомъ швомъ. Камень-фосфатъ вѣ маленькій орехѣ, вѣсомъ 0,9.

27. Температура нормальна, мочеиспускание свободно.

7. Первое натяжение, швы сняты.

8. Выбылъ здоровымъ.

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

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

луется на затрудненное и болезненное мочеиспускание, вѣ пузырѣ небольшой камень.

16/III. Высокое сѣчение. Извлеченъ фосфатъ меньше ореха. 3 петли упрощеннаго металлическаго шва.

18. Течение безихорадочное, мочеиспускание свободно.

24. Рана зажила первымъ натяжениемъ.

26/III. Выбылъ здоровымъ.

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

У корня penis выла язва и отъ нея идетъ свищевой ходъ къ уретрѣ. Мочеиспускание частое и болезненное. Пузырь сильно растянутъ и вѣ немъ ощущается большой камень.

1/VI. Высокое сѣчение. Очень большой камень извлеченъ съ трудомъ, 4 петли упрощеннаго металлическаго шва, тампонъ вѣ нижній уголокъ кожной раны. Камень-уратъ большаго яблочка, вѣсомъ вѣ 20,0.

2. Самочувствіе удовлетворительное, мочеиспускание свободно.

3. Сильная слабость.

4. Слабость увеличивается, сердце работаетъ плохо.

5. Скончался при явленіяхъ быстраго упадка силъ. Вскрытія по настоянію родныхъ произведено не было.

83. Андрей Р., кр. Красносл. у., 11 лѣтъ, 7 лѣтъ назадъ было произведено боковое сѣчение, 2 года назадъ высокое, настоящее страданіе появилось 2 мѣсяца. 1/X. Тѣлосложение среднее, питаніе плохое. Сильныя боли вѣ области пузыря, болезненное и затрудненное мочеиспускание, вѣ пузырѣ камень.

3. Высокое сѣчение по старому рубцу. Извлеченъ фосфатъ вѣ большой орехѣ. Упрощенный металлическій швъ.

5. Течение безлихорадочное, мочеиспускание свободно.

13. Рана зажила первым натяжением. Швы сняты. Больной сильно поправился.

20/X. Выбывъ здоровымъ.

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

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

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

Всѣхъ наблюдений было 26. Подборъ больныхъ нельзя назвать вполне удачнымъ. Между ними были больные лихорадиче, съ щелочной, гнойной мочей, несомнѣнными признаками пиелита, тѣмъ не менѣе первое натяжение получилось у 20 бол., что составляетъ 76%.

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Теченіе безлихорадочное, вся моча идетъ въ дренажъ.

17. Швы сняты, и удаленъ дренажъ.

28. Рана закрылась, мочится свободно.

2/IX. Выбылъ здоровымъ.

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

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

10/VIII. Высокое сѣченіе. Извлеченъ уратъ въ кедровый орѣхъ. Наложены свищъ пузыри и введенъ дренажъ.

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

19. Швы сняты, образовалась экзема вокругъ раны.

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

25. Края свища ослѣжены и наложены 4 шва.

5/X. Швы разошлись, рана не заживаетъ.

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

18. Швы разошлись.

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

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

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

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

23. Теченіе безлихорадочное. Вся моча идетъ въ дренажъ.

28. Дренажъ вынуть, наружные швы сняты.

10/IX. Много мочи идетъ въ уретру.

21. Наружная рана зарубцевалась.

21/IX. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

Извлечен уратъ въ голубиное яйцо. Наложены свищи пузыря, дренажъ.

18. Течение безлихорадочное, вся моча идетъ въ дренажъ.

30. Много мочи идетъ въ уретру.

5/X. Вся моча идетъ въ уретру.

10. Рана зарубцевалась.

12/X. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

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

30. Т-ра нормальна, состояніе лучше.

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

28/IV. Сквозной дренажъ выпутъ, свищи промежности хорошо заживаютъ.

10/V. Мочится чрезъ уретру. Свищи промежности зажили.

13. Свищи надъ лобкомъ закрылись, мочеиспусканіе свободно.

14/V. Выбылъ здоровымъ.

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

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

8/V. Высокое камешеченіе. Удаленъ фосфатъ въ грецкій орѣхъ. Наложены свищи пузыря и введенъ сквозной дренажъ.

11. Большой лихорадитъ и слабѣтъ, моча гнойная.

20. Состояніе ухудшается.

1/VI. Лихорадка продолжается, больной слабѣтъ.

20. Сильная слабость, боли въ области почекъ.

26/VI. Скопчался.

Вскрытіе: піелонефритъ.

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

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

20/V. Высокое сѣченіе. Извлеченъ оксалатъ въ видѣ тутовой ягоды, величиною въ голубиное яйцо. Наложены свищи пузыря и вставлены дренажъ.

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

5/VI. Часть мочи идетъ въ уретру.

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

20. Выбылъ здоровымъ.

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

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

орѣха. Пузырь довольно толстый и дряблый. Наложены свищ и вставлен дренажъ.

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

10. Сняты швы и удален дренажъ.

15. Большая часть мочи идетъ въ уретру.

20. Рана пузыря зажила, мочится свободно.

22. Выбылъ здоровымъ.

Въ 1899 году.

92. Григорій Л., кр. Краснос. у., 5 лѣтъ, боленъ около 4-хъ мѣсяцевъ, годъ назадъ было произведено высокое сѣчение пузыря.

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

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

20. Течение безпихорядочное.

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

3. Вся моча идетъ въ уретру.

4. Рана зажила.

5/II. Выбылъ здоровымъ.

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

Тѣлосложение среднее, питание плохое, постоянныя боли въ области пузыря и репѣса, частое и затрудненное мочеиспускание. Моча щелочная, мутная, съ примѣсью гноя. Въ пузырьѣ камень.

10/III. Высокое сѣчение. Извлечены ураты большаго глубиннаго лица. Слизистая пузыря рыхла и кровоточива. Пузырь сшитъ съ кожей.

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

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

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

21/III. Выбылъ съ небольшимъ свищемъ.

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

Тѣлосложение и питание удовлетворительное. Мочеиспускание сильно затруднено и болезненно. Въ шейкѣ пузыря обнаруживается камень, моча щелочная.

28/IV. Высокое сѣчение. Удалены ураты въ орѣхъ. Наложены свищъ пузыря.

30. Т-ра нормальна.

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

25/V. Выбылъ съ незакрывшимся свищемъ.

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

Тѣлосложение и питание среднее. Затрудненное и болезненное мочеиспускание, моча щелочная, гнойная, въ пузырьѣ обнаруживается камень.

7/V. Высокое сѣчение. Извлечены оксалаты большаго орѣха.

9. Т-ра повысилась до 39,0. Рана гноится.
 10. Гнойный затек вокруг пузыря. Явление перитонита, слабый зудь.
 14. Состояние ухудшается, сильная слабость.
 15. Скончался.

96. Артемий Е. кр. Город. у., 19 летъ, болеть много летъ. Тѣлосложение среднее, питание плохое, сильное исхудание и бѣдность. Мочепускание сильно затруднено и болѣзненно, моча вытекаетъ по канляжъ, мутная, гойная, щелочной реакціи. Въ пузырь-камень.

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

24. Т-ра по вечерамъ поднимается до 39,0. Моча гнойная. Признаки гнойнаго пѣзната.

4/I. Лихорадка продолжается. Большой слабеть.

10. Истощеніе увеличилось.

15/I. Скончался.

97. Андрей С., кр. Н.-Ломовск. у., 38 летъ, болеть болѣе 2 летъ.

Тѣлосложение и питание среднее. Сильныя боли въ области мочевого пузыря и penis, сильно затрудненное мочеиспускание. Въ мочѣ появляется кровь. Въ пузырь большой и плотный камень.

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

большихъ успій. Слизистая сильно кровоточива. Слизистая пузыря сшита съ кожей и оставленъ дренажъ. Вечеромъ самочувствіе хорошее, т-ра нормальна.

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

13. Боли въ животѣ, рвота, слабость.

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

1900 г.

98. Игнатій Ф, кр. Мокш. у., 9 летъ, болеть около года.

Ребенокъ средняго тѣлосложения и питания, penis слегка гипертрофированъ, боли въ области мочевого пузыря, мочеиспускание затруднено. Въ пузырь — большой камень.

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

11. Самочувствіе хорошее. Часть мочи идетъ въ уретру.

12. Рана хорошо гранулируется, уменьшается, швы сняты.

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

25. Т-ра постепенно падаетъ и большой медленно направляется.

30. Самочувствіе удовлетворительное, часть мочи идетъ въ рану.

12/II. Рана закрылась.

18/II. Выбылъ здоровымъ.

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

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

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

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

26. Утромъ состояніе хорошее.

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

Вскрытіе: въ лоханкѣ лѣвой почки оказался большой камень.

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

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

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

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

8. Швы сняты, затековъ нѣтъ.

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

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

10/IX. Рана совершенно зажила.

17/IX. Выбытъ здоровымъ.

Въ эту группу вошли 2 рода больныхъ. Одни были оперированы по открытому способу, когда не имѣла достаточной омытности въ наложеніи пузырнаго шва, мы боялись вполнѣ закрывать пузырь и предпочитали открытый способъ леченія, а другіе больные были такого рода, что мы не могли ожидать перваго натяженія и боялись разнаго рода осложненій, въздѣствіе гнойной, разлагающейся мочи, глубокаго страданія пузырной стѣнки и засоренія предузырнаго пространства преимущественно мелкими осколками раздробившихся камней при ихъ извлеченіи.

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

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

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

У 7 больныхъ были болѣе или мѣнѣе обширныя затеки въ кѣтчатку, отличавшіеся крайне медленнымъ теченіемъ,

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

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

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

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

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

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

Значительно лучшіе результаты послѣдняго времени сдѣдуетъ приписать примѣненію цистостексіи и употребленію металлическаго шва. Первая удерживаетъ пузырь у брюшной стѣнкѣ и предохраняетъ его отъ излишней подвижности и растяженія, при наполненіи, препятствуетъ проникновенію мочи и развитію мочевыхъ затековъ; а металлическій шовъ обладаетъ большой асептичностью и не дозволяетъ мочѣ просачиваться и заражать каналы шва. Такъ что цистостексію съ металлическимъ

швомъ въ настоящее время слѣдуетъ признавать лучшимъ способомъ для наложения пузырянаго шва.

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

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

2. Лучшимъ способомъ наложения шва слѣдуетъ признавать въ настоящее время цистопексію съ употребленіемъ съемаго металлическаго шва.

3. Постоянный катетеръ въ такихъ случаяхъ представляется совершенно излишнимъ.

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

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

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

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

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

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

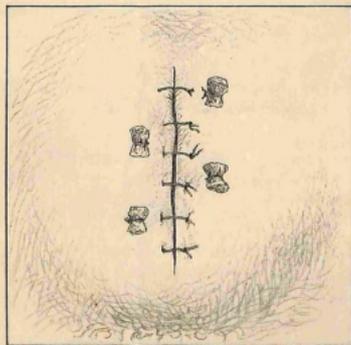
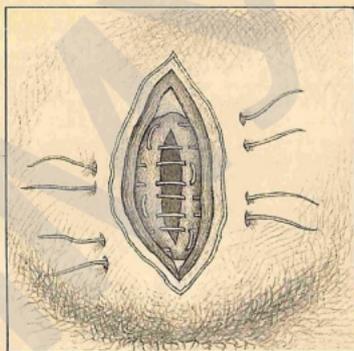
Въ заключеніе считаю нужнымъ добавить, что по вопросу о пузыряномъ швѣ, какъ видно изъ приведенныхъ выше литературныхъ данныхъ, много было сдѣлано русскими врачами. Здѣсь, какъ и во многихъ другихъ отдѣлахъ, русскіе хирурги достигли такого развитія, что могутъ быть поставлены, какъ равноправные члены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

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

Литература.

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

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



Положенія.

1. Въ настоящее время лучшимъ способомъ для закрытія пузыря послѣ высокаго сѣченія слѣдуетъ считать цистопексію, съ наложеніемъ глухого шва.
 2. Лучшимъ матеріаломъ для шва представляется металлическая проволока, какъ наиболѣе асептичная и непроницаемая.
 3. Способъ наложенія такого шва требуетъ разработки, въ смыслѣ упрощенія его.
 4. Русскіе врачи, обладая большимъ матеріаломъ по камнесѣченію, могутъ способствовать разрѣшенію этого вопроса.
 5. Губернскія больницы должны быть преобразованы въ томъ направленіи, чтобы въ нихъ оказывалась помощь тѣмъ больнымъ, которые не могутъ лечиться въ участковыхъ больницахъ.
 6. Для этой цѣли въ губернскихъ больницахъ должны быть хорошо организованы хирургическія, глазныя и гинекологическія отдѣленія.
 7. Реорганизованная такимъ образомъ больницы могутъ служить для усовершенствованія молодыхъ врачей предъ поступленіемъ ихъ на земскую службу.
-