

П-24 5041
П
КАМНЕСТЪЧЕНІЕ У ЖЕНЩИНЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ВЕНЦЕСЛАВА ПЕЛИКАНА.

ВУРГЪ.

64768
10771
646(04)
24

3766

64768

КАМНЕСТВЕНІЕ У ЖЕНЩИНЫ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Венцеслава Теликана.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1872.

Перепечатано
1966 г.



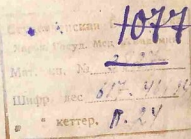
ПРОВЕРЬНО
1936

33

616.62-089

П-24

ПРОВЕРЬНО



Переучет-60

7-ИЯ 1872

305 АСН-Г

Диссертацию лекаря Венцеслава Пеликана под заглавиемъ «Камне-
сечение у женщинъ» съ разрѣшенія Конференціи Императорской
Медико-Хирургической Академіи печатать дозволяется, съ тѣмъ, чтобы
по отпечатаніи представлено было въ оную 300 экземпляровъ ея. —
С.-Петербургъ, Января 29 дня 1872 года.

Ученый Секретарь *П. Сорокинъ.*

Моему наставнику и другу

АЛЕКСАНДРУ АЛЕКСАНДРОВИЧУ

КИТЕРУ.

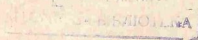
Посвящаетъ

авторъ.

1950

АНТЕПАТУРА.

- A. C. Celsus**—De re medica lib. VII. cap. 26.
Prosperi Alpini—De medicina Aegyptiorum.
Heister—Institut chirurgicae Amst. 1750 p. II sect. 5.
Bromfield—Observationes ad lithot. pertinentes. Chirurg. Wahrnehm. s. 431.
W. Busch—Lehrbuch der Chirurgie. Berlin. 1864.
Günther—Lehre von d. blutigen Operationen s. 390.
Roser—Handbuch d. anatom. Chirurgie 5. aufl. 2. Lief. p- 588.
Louis—Mercure de France t. II.
Ledran—Operations de Chirurg., taille de femmes p. 136.
Déschamps—Traité histor. et dogmat. de la taille t. II. p. 282.
Mazotti—La lithotomia delle donne perfezionata Firenze 1763.
Hippocrat—Sectio I de jurejurando.
Florus—Historia romanorum. p. 270.
Offenbach—De lapide ex vesica per incisionem extrahendo p. 922. (Thesaurus chirurgiae Francof. 1610).
Marianus sanctus Barolitanus—Libellus aureus de lapide vesicae per incisionem extrahendo Venet. 1535.
Smith—Jahresbericht über die Leistungen in d. Medicin ect. v. Virchow und Hirsch. I abth. 1871 pag. 187.
Smith—Lancet. 1868 March 7.
Richet—Gazette des hôpitaux 1868 r. № 81.
Nusbaum—Jahresbericht t. V. p. 189.
Sprengel—Geschichte der wichtigsten chirurg. Operat. p. 281. Diction. des sciences medicales tom. 28.
Pierre Franco—Traité des hernies 1561.
Rousset—Traité nouveau de hysterotomotokie (ou enfantement césarien 1581 chap. VII.
Frère Côme—Recueil de pièces importantes sur l'operat. de la taille faite par le lithotome caché. Paris 1751.



Frère Cosme—Additions à la suite du recueil de toutes les pieces, qui ont été publiées au sujet du lithome caché. Paris 1753.

— Nouvelle méthode d'extraire la pierre de la vessie par dessus le pubis. Paris 1779 p. 175—230.

Blasius—Handb. d. Akiurgie pp. 239, 245 u 307.

— Akiurgische Abbildungen.

Lisfranc—Mém. sur une nouvelle méthode de pratiquer l'opération de la taille chez la femme. Revue medicale janv. 1823.

Douglas—Lateralis sectionis historia. 1728. p. 12. proem.

Fabr. Hildanus—Lithotomia vesicae Bas. 1628. p. 149.

Bussière—Philosoph. transact. Lond. 1690. vol XXI. p. 406.

Jean Mery—Observation sur la manière de tailler les deux sexes, etc. pag. 30.

Clemot—Journ. de medecine, chirurg. et pharmacie par Le Roux T. XL. 1817.

Norreen—Richter's chirurg. bibliot. Bd. VII. St. I. s. 108.

Moursinna—Тамъ же Bd. IV. st. 3. s. 63.

Michaelis—Etwas über den Blasensteinschnitt. Nürenb. 1813.

Vacca Berlinghieri—Della lithotomia nei due sessi. Pisa 1825.

— Del taglio vaginovesicali. Pisa 1825.

Lister—Iter Parisianum 1697.

Gooch—Cases and remarks in surgery Vol. II. p. 182.

Klein—Loder's journal für chirurg. Bd. IV. St. 4. s. 374.

Richter—Anfangsgründe der Wundarzneykunst Bd. VII. s. 112. p. 200.

Rudtorffer—Instrumentarium chirurg. sel. Tab. XIX. fig. 7—19.

Dupuytren—Lithotomie p. 57.

Falconet—Haleri Disputationes chirurgicae Vol. IV. pag. 208.

Chelius—Ueber den Steinschnitt beim Weibe in Handbuch d. chirurgie p. 406.

Sicherer—Würtemb. Correspondenzblat. July. 1843 № 22.

Ambrosii Parei—Opera omnia 506.

Richerand—Nosographie chirurgicale Vol. III. p. 358.

Malgaigne—Paralleile des tailles p. 62.

Lombard—Anhang zu Thomassin über das Herausziehen fremder Körper aus Wunden. Aus d. Fran. Strasburg. 1788 s. 106.

Schreger—Chirurgische Versuche. Nürenberg. 1818 B. II. p. 144—138.

Rust's—Magazin f. d. gesamte Heilkunde Bd. VI. Hef. 3.

Le Cat—Journal de Verduin 1742 Août.

Civiale—La lithotritie et la Taille 1870 Paris.

— Traité pratique et historique de la lithotritie. Paris 1847.

— Traité de l'affection calculieuse. Paris. 1838.

— Lettres sur la lithotritie. Paris 1827—1848.

Ségalas—Essai sur la gravelle et la Pierre. Paris 1838.

Dobrovitzki—Reproduction fidèle des discussions qui ont eu lieu sur la Lithotripsie et la taille, Paris 1835.

Souberbielle—Memoire sur la taille. Paris. 1835.

Sanson—Raport fait à l'academie Royale de médecine sur le mémoire sur la taille de M. Souberbielle, seance du 4 Août. 1835.

Linhart—Compendium der Chirurgischen Operationslehre 3. aufl. Wien. 1867.

Pascal Baseilhac—De la taille laterale etc. Paris. an. XII de la Republique (1804).

Steinmann—Disser. de cauisis cur frequentius viri præ fœminibus calculosi fiunt. Argent. 1750.

Tiessen—Disser. de calculo raræ magnitudinis per urethram sponte et felicitati excluso. Regiomonti. 1741.

Басовъ—De Lithiasi vesicae urinariae in genere, et in specie de extractione calculi per sectionem perinaei. Mosquæ 1841.

Velpeau—Nouveaux éléments de medecine operatoire. Bruxelles 1840.

Boudin—Traité de Geographie et de statistique medicale. etc. Paris 1857.

Oesterlen—Handbuch der medicinischen Statistik. Tübingen 1815.

Пироговъ—Начала Военно-полевой Хирургии Т. I. стр. 3.

Salvator di Renzi—Fricke und Dieffenbach Journal. 1836. Band. I.

Rampold—Schmidt's. Jahrbücher. 1836. Band. XI.

Во всѣхъ руководствахъ оперативной хирургіи и другихъ специальныхъ хирургическихкихъ сочиненіяхъ операція камнебѣженія у мужчинъ обыкновенно излагается со всею тщательностью и въ мельчайшихъ подробностяхъ. Самыя ничтожныя видоизмѣненія какого либо способа или инструмента описываются весьма обстоятельно, всѣ приемы опредѣлены точно и всевозможныя случайности предусмотрены.

Не то относительно камнебѣженія у женщинъ.

Операція эта остается необработанной; описанія ея крайне недостаточны и неопредѣленны; вмѣсто требуемой ясности и полноты, въ нихъ замѣчается сбивчивость и темнота, иногда до того, что они являются совершенно непонятными. Смѣло можно сказать, что со времени Петра Франко, Фабриція Гильдана и Акванденде операція эта не сдѣлала большихъ успѣховъ, такъ что перѣдко весьма опытные хирурги, не разъ дѣлавшіе камнебѣженіе мужчинамъ, бывають поставлены въ затрудненіе, встрѣчая камень у женщины, въ тѣхъ случаяхъ, когда операція является показанною (1).

Причины такого положенія вещей заключаются въ рѣдкости страданія женщинъ каменною болѣзнію (2), и въ тѣхъ анатомическихкихъ условіяхъ (3), которыя допускають возможность у нихъ перѣдко встрѣчающагося произвольнаго выходженія камня. При прямомъ почти направленіи мочеиспускательнаго канала у женщинъ, его короткости и большей растяжимости, камень легко

(1) Lehre von den blutigen Operationen v. g. B. Günther p. 387.

(2) Steinman. Diss. de causis cur frequentius viri prae foeminibus calculosi sunt. Argent. 1750.

(3) Tiesen. Diss. de calculo rarae magnitudinis per urethram sponte et feliciter excluso. Regionont. 1741.

можетъ быть удаленъ при мочеиспусканіи, прежде, чѣмъ онъ достигнетъ значительныхъ размѣровъ. Понятно по этому, что требуемая операція и не обращала на себя особеннаго вниманія хирурговъ. Въ своихъ руководствахъ авторы ограничивались повтореніемъ того, что было сказано до нихъ, безъ всякой критики, съ тою же неясностью и тѣми же недостатками ⁽¹⁾. Такое традиціонное отношеніе къ дѣлу повлекло за собой то, что между разными методами и способами камнеисъеченія у женщинъ попадаются такіе, которые, съ анатомической точки зрѣнія, вовсе не приложимы къ женскому мочеполовому аппарату.

До какой степени рѣдко встрѣчается операція камнеисъеченія у женщинъ, должна показать статистика. Къ сожалѣнію я не могъ привести статистическихъ данныхъ въ такомъ видѣ, полнотѣ и подробностяхъ, въ какихъ желалъ. При разработкѣ нашихъ отечественныхъ источниковъ, я встрѣтилъ непреодолимые препятствія и затрудненія. Просматривая изданные и неизданные официальные отчеты о дѣятельности больницъ гражданского вѣдомства ⁽²⁾ въ Имперіи за 11 лѣтъ, я нашелъ одну только общую цифру (887) оперированныхъ больныхъ, безъ различія ихъ пола, возраста, и безъ указанія на исходы операцій. Такія данныя, очевидно, для нашей цѣли непригодны, но тѣмъ не менѣе, я ихъ приведу здѣсь, какъ матеріалъ, пригодный для другихъ цѣлей и зачатъ, рисующій, до извѣстной степени, образъ распространенія и степень развитія въ Россіи каменной болѣзни ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Günther l. c.

⁽²⁾ Сюда вошли одѣ только больницы бывшихъ Приказовъ Общественнаго Призрѣнія, нынѣ земскія, безъ клиникъ и больницъ вѣдомства Императрицы Маріи.

⁽³⁾ Общее число оперированныхъ больныхъ каменною болѣзнію въ Россіи, съ 1855 по 1871 годъ, было 887, изъ нихъ:

въ 1855 г. — 36.	въ 1866 г. — 101.
— 1856 — 54.	— 1867 — 87.
— 1857 — 75.	— 1868 — 107.
— 1859 — 24.	— 1869 — 112.
— 1864 — 84.	— 1870 — 108.
— 1865 — 99.	— 1871 — 887.

Не большій успѣхъ полученъ мною, въ этомъ отношеніи, и отъ разсмотрѣнія отчетовъ нашихъ клиникъ и больницъ различнаго вѣдомства. И здѣсь я встрѣтилъ такой же точно недостатокъ и неопредѣленность статистическихъ данныхъ, такъ что по нимъ невозможно было придти къ какому бы ни было выводу на счетъ того, какая цифра операцій падаетъ на долю женщинъ, и въ какомъ возрастѣ, съ какою успѣхомъ начинае производиться камнеисъеченіе. Все, что я могъ добыть относительно цифры операцій камнеисъеченія у женщинъ, произведенныхъ русскими врачами, то это, или на основаніи личныхъ сообщеній, сдѣланныхъ мнѣ оперировавшими, или же на основаніи иностранныхъ источниковъ; одна только диссертация Профессора Басова ⁽¹⁾ до-

по губерніямъ, цифра эта располагается слѣдующимъ образомъ:

	1864 г.	1865 г.	1866 г.	1867 г.	1868 г.	1869 г.	1870 г.
Астраханская	—	—	1	1	1	—	—
Вятская	—	—	—	—	1	—	—
Вологодская	—	2	—	—	2	1	1
Воронежская	5	—	2	1	—	—	11
Казанская	6	9	2	3	5	8	13
Калужская	3	3	1	2	3	1	3
Костромская	1	—	1	2	4	4	1
Курская	1	2	—	1	2	—	4
Московская	—	—	—	—	8	—	—
Новгородская	—	—	—	—	—	1	—
Нижегородская	12	9	12	13	15	22	—
Одесская	—	5	6	3	17	—	16
Орловская	—	1	—	—	—	—	—
Псковская	15	32	35	34	5	23	26
Саратовская	14	16	17	19	23	29	21
Симбирская	23	13	15	6	16	16	12
Подольская	—	1	—	—	—	—	—
Тверская	1	2	—	—	—	—	—
Тульская	2	3	9	2	5	6	—
Таганрогская	—	1	—	—	—	—	—
Уфимская	—	—	—	—	—	1	—
Харьковская	1	—	—	—	—	—	—
	84	99	101	87	107	112	108

⁽¹⁾ De Lithiasi vesicae urinae in genere et in specie de extractione calculi per sectionem perinacii. Mosquae 1841.

ставила мнѣ нѣкоторыя числовыя данныя. Такимъ образомъ, не смотря на положеніе и состояніе хирургіи у насъ въ Россіи, положеніе, которое ни чѣмъ не уступаетъ положенію ея въ другихъ европейскихъ государствахъ, медицинская статистика у насъ, можно сказать, совершенно отсутствуетъ, и всевозможные анализы, отчеты и т. п. нашихъ хирурговъ не заключаютъ въ себѣ, въ этомъ отношеніи, никакого научнаго матеріала. Почти всѣ статистическія данныя почерпнуты мной изъ иностранныхъ источниковъ, каковыми послужили для меня сочиненія Вельпо⁽¹⁾, Гюнтера⁽²⁾, Будена⁽³⁾, Эстерлена⁽⁴⁾.

Пренебреженіе это къ статистическимъ даннымъ столь очевидно, что нельзя не остановиться на этомъ явленіи и не поискать его причины.

Статистику приписывается нашими хирургами обыкновенно въ такой степени элементъ гетеризма, что статистическія данныя въ медицинѣ сравниваются съ кушаньями изъ языковъ, которыми угощали Эзопъ философа Ксанфа; онъ будто бы, говоря и хорошее и худое, смотря по тому какъ и что заставляють ихъ говорить. Мысль эта, впервые высказанная нашими извѣстными хирургомъ Н. И. Пироговымъ⁽⁵⁾ и принятая на вѣру, безъ всякой критики, сдѣлалась господствующимъ убѣжденіемъ хирурговъ. А между тѣмъ такой взглядъ существенно препятствуетъ рациональному прогрессу хирургіи. Если неточность, недосмотръ и недостатокъ критики дѣйствительно способны видоизмѣнять значеніе выводовъ, построенныхъ на числовыхъ данныхъ, то обвинять въ этомъ эти послѣднія, а тѣмъ болѣе отрицать всякую ихъ пригодность, — врядъ ли справедливо. Возможность ложныхъ выводовъ присуща уму человѣчес-

(1) Nouveaux éléments de médecine opératoire. Bruxelles. 1840.

(2) Günther. l. c.

(3) Traité de géographie et de statistique médicales et de maladies endémiques. Paris. 1857.

(4) Handbuch der medicinischen Statistik. Tübingen 1865.

(5) Военно-полевая хирургія, ч. I, стр. 3.

кому вообще, а не той или другой наукѣ въ частности. За логикой напр. съ незапамятныхъ временъ признается въ такой степени гетеризмъ, что существуетъ даже извѣстное ея опредѣленіе: la logique c'est une prostituée, но что сказали бы о человѣкѣ, который вздумалъ бы на этомъ основаніи отрицать логизмъ мышленія. . . . Точно тоже и въ отношеніи статистики. Значеніе ея въ медицинѣ состоитъ въ томъ, что она мало по малу выводитъ врача изъ темной области личнаго впечатлѣнія, личнаго возрѣнія; она расширяетъ личную опытность, давая ей болѣе прочныя устои, вслѣдствіе чего она способна отрѣшиться отъ чисто-субъективнаго характера.

Какъ обыкновенно бываетъ, что послѣдователи какой нибудь идеи, принятой ими на вѣру, доводятъ ее до крайностей, такъ и въ настоящемъ случаѣ. Если Н. И. Пироговъ, въ своей «Военно-Полевой хирургіи»⁽¹⁾, отрицалъ значеніе статистическихъ данныхъ, то это единственно потому, что собраніе ихъ въ крымскую войну сопряжено было съ огромными затрудненіями, съ одной стороны, отъ того, что раненные и оперированные скоро терялись изъ виду, вслѣдствіе перевода въ госпитали, удаленные отъ центра войны, а съ другой, потому, что въ крымскую войну больные вообще подвергались такого рода лишеніямъ и неудобствамъ, которые были бы невыносимы и для здороваго, а при такихъ условіяхъ цифры не выражала бы того, чего отъ нея требовалось: она опредѣляла бы степень опасности не ранъ и операцій, а лишеній всякаго рода, хотя, строго говоря, и при такихъ условіяхъ статистическія данныя всетаки имѣли бы значеніе, ибо условія войны всегда приблизительно одинаковы. Тѣмъ не менѣе однако въ той же самой «Военно-полевой хирургіи» Н. И. Пироговъ призналъ необходимымъ «для полноты» привести при каждомъ родѣ поврежденій и ранъ цифры, полученные разными наблюдателями въ голштейнскую, восточную и итальянскую войны. Достаточно указать на отдѣлъ о кровотече-

(1) стр. 3, т. I.

ниях при травматических повреждениях сосудов, чтобы видеть, какимъ драгоценнымъ пособиемъ въ рукахъ Н. И. Пирогова послужили статистическія данныя для полной и всесторонней разработки этого вопроса, и насколько основательно, послѣ этого, отрицаніе пригодности статистики въ хирургіи.

Но возвращаясь къ дѣлу.

Сравнительная рѣдкость каменной болѣзни у женщинъ противъ мужчинъ всего яснѣе видна изъ слѣдующей таблицы, за время съ 1820 по 1830 годъ ⁽¹⁾.

	Общее число болѣзней.	Мужчинъ.	Женщинъ.	Отношеніе.	Число опер. мужчинъ.	Число опер. женщинъ.	Отношеніе.
Австрія	197	181	16	1 : 11	138	8	1 : 17
Баварія	386	355	31	1 : 11	151	9	1 : 17
Богемія	106	91	15	1 : 6	43	3	1 : 14
Франція	2834	2711	123	1 : 22	2278	93	1 : 25
Швеція	94	94	—	—	36	—	—
Сардинія	213	207	6	1 : 34	22	—	—
Испанія	6	6	—	—	6	—	—
Данія	287	255	32	1 : 8	38	2	1 : 19
Венеція	1104	1047	57	1 : 18	996	48	1 : 21

⁽¹⁾ Таблица эта составлена по Будену и Сивіаю, съ прибавленіемъ цифръ, заимствованныхъ изъ другихъ источниковъ.

	Общее число болѣзней.	Мужчинъ.	Женщинъ.	Отношеніе.	Число опер. мужчинъ.	Число опер. женщинъ.	Отношеніе.
Неаполь	308	298	10	1 : 30	298	10	1 : 30
Примордія (Корсія)	16	16	—	—	15	—	—
Саксонія	28	21	7	1 : 3	6	4	1 : 1½
Виртембергъ (Ульмъ)	127	123	4	1 : 30	116	4	1 : 29
Юнійскіе острова	29	27	2	1 : 13	8	—	—
Мальта	4	4	—	—	3	—	—
Романія	49	45	4	1 : 11	31	2	1 : 15
Далмація	49	49	—	—	43	—	—
Египетъ	43	41	2	1 : 20	41	2	1 : 20
Буеносъ Айресъ	6	6	—	—	3	—	—
Тенерифъ	15	14	1	1 : 14	—	—	—
Вильно (1817—71 г.) ⁽¹⁾	18	14	4	1 : 3	14	4	1 : 3
Москва (1807—1860 г.)	5056	4987	69	1 : 72	4335	69	1 : 72
	10975	10592	383	1 : 27	8821	258	1 : 34

Оказывается, что на 27 мужчинъ съ каменною болѣзнію приходится всего 1 женщина. На сколько позволяютъ судить вышеприведенныя данныя, каменная болѣзнь у женщинъ, какъ видно, въ Россіи встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ гдѣ бы то ни было. Что же касается до числа оперативныхъ случаевъ, то между мужчинами оно гораздо большее, чѣмъ между женщинами: первыхъ подвергается операціи 83,2%, послѣднихъ 67,3%.

Сравнительная рѣдкость оперативныхъ случаевъ между женщинами еще яснѣе изъ слѣдующей таблицы камнеотчѣненій у мужчинъ и женщинъ, произведенныхъ разными хирургами:

⁽¹⁾ Сообщено Докторомъ Адамовичемъ.

	Общее число оперированных.	Мужчин.	Женщин.	Отношение.	Общее число умерших.	Мужчин.	Женщин.	Отношение.
В. В. Пелikanъ (1813—1825 г.)	62	60	2	1:30	7	7	—	—
Гильдебрандтъ (отецъ съ 1808—1838 г.)								
Азюнский	2812	2747	65	1:42	262	238	4	1:64
Оверъ								
Арендтъ								
Васецкій								
Малаховъ								
Кроенбергъ	2812	2747	65	1:42	262	238	4	1:64
Кильдошевскій								
Ушаковъ (1816—1833)	156	146	10	1:15	13	12	1	1:12
Шербаковъ (1836—1844)	385	380	5	1:76	Неизвѣстны.			
Въ Московскомъ хирург. кабинетѣ (1820—1860 г.)	1792	1788	4	1:447	314	314	—	—
(Казнь) (1)								
Китеръ	172	167	5	1:35	42	41	1	1:41
Неммертъ (1855—1838 г.)	6	5	1	1:5	Неизвѣстны.			
Коржаевскій (1855—1871)	12	10	2	1:5				
Геннеръ (1860—1871)	5	4	1	1:4				
Розенталь	151	150	1	1:150	33	32	1	1:32
В. А. Пелikanъ (1867—1871)	10	9	1	1:9	1	1	—	—
Дюмонтьенъ (въ теченіе 10 лѣтъ)	360	312	48	1:6	61	56	5	1:11
Шенингъ (въ Копенгагенѣ съ 1818—1844)	47	44	3	1:14	Неизвѣстны.			
Клодъ-Бей (пуб. въ 1831 г.)	40	39	1	1:39	2	2	—	—
Кроссъ (Портитчъ)	704	669	35	1:19	93	91	2	1:43

(1) Archiv für klinische chirurgie v. Langenbeck. Band 6.

	Общее число оперированных.	Мужчин.	Женщин.	Отношение.	Общее число умерших.	Мужчин.	Женщин.	Отношение.
Синиаль до 1838 г.	296	289	7	1:41	7	7	—	—
— послѣ 1838 г.	189	177	12	1:15	21	21	—	—
Въ госпиталѣ Hôtel Dieu. (1808—1830 г.)	100	95	5	1:19	28	28	—	—
Maison Royale (1821—1827 г.)	36	33	3	1:11	10	10	—	—
— charité (1806—1831 г.)	70	67	3	1:22	33	33	—	—
Частная практика нѣкоторыхъ Парижскихъ хирурговъ (1824—1835)	190	185	5	1:37	106	106	—	—
Субербиель	1500	1485	15	1:99	Неизвѣстны.			
Леруа де Етиоль (отецъ)	900	864	36	1:24				
Въ Люневильскомъ госпиталѣ	1492	1433	59	1:24	150	148	2	1:74
(съ 1738—1823 г.)								
Въ госпиталѣ Св. Маріи Лоретто въ Неаполѣ (1821—1835 г.)	454	439	15	1:29	65	65	—	—
Frère Cosme	207	161	46	1:3	73	62	11	1:5
Рампольдъ (Еслингъ)	129	124	5	1:25	Неизвѣстны.			
Бельмась	61	55	6	1:9	27	27	—	—
	12338	11937	401	1:30	1350	1323	27	1:49

Что касается до возраста, въ которомъ всего чаще встрѣчается литотомія, то мнѣнія авторовъ на этотъ счетъ различны. Субербиель (1) напримѣръ полагаетъ, что старость доставляетъ большій контингентъ для операціи, чѣмъ дѣтскій возрастъ. По

(1) Souberbielle. Mémoire sur la taille. Paris. 1833.

статистическим данным, приведенным Сивиаем⁽¹⁾, оказывается совершенно противоположное: детский возраст представляет наибольшее число оперативных случаев. Из 2368 оперированных имъ, за исключением 30 неизвестного возраста, приходится:

на детский возраст 1264.	
— зрѣлый —	736.
— старческий —	338.

Такое противорѣчiе въ выводахъ весьма понятно, такъ какъ, за отсутствиемъ подробныхъ статистическихъ данныхъ, каждый авторъ дѣлаетъ тотъ или другой выводъ на основаніи только ему представившихся случаевъ. Чтобы хотя нѣсколько пополнить этотъ пробѣлъ, относительно литотоміи у женщинъ, я приведу статистическія данныя Дюпонтрена, Сивіаля и Вельпо, на основаніи которыхъ можно будетъ опредѣлить тотъ возрастъ, въ которомъ чаще производится операція камнебѣженія.

<i>Дюпонтренъ.</i>	<i>Сивіаль.</i>
отъ 3 до 5 л. 7.	отъ 7 до 8 л. 2.
— 15 — 50 — 11.	— 8 — 9 — 1.
— 50 — 70 — 17.	13 — 1.
— 70 — 90 — 9.	17 — 1.
44.	20 — 1.
	30 — 1.
	45 — 1.
	68 — 1.
	9.

Вельпо.

(По даннымъ Люневильскаго госпиталя).

отъ 2 до 5 л. 8.	отъ 30 до 35 л. 3.
— 5 — 10 — 22.	— 35 — 40 — 1.

⁽¹⁾ Traité de l'affection calculuse. Paris. 1838.

отъ 10 до 15 л. 13.	отъ 40 до 50 л. 2.
— 15 — 20 — 3.	— 50 — 60 — 1.
— 20 — 25 — 3.	—
— 25 — 30 — 3.	59.

Число операцій такимъ образомъ располагается по возрастамъ въ слѣдующемъ видѣ:

отъ 2 до 5 лѣтъ	7%
— 5 — 10 —	22.
— 10 — 15 —	19.
— 15 — 50 —	27.
— 50 — 90 —	25.
	100%.

Изъ вышеприведенной мною таблицы видно, что число не благоприятныхъ исходовъ литотоміи у женщинъ гораздо меньше, чѣмъ у мужчинъ. Смертность первыхъ равняется 8,1% смертность послѣднихъ 14,6%⁽¹⁾. Такое отношеніе смертности мужчинъ и женщинъ вполне подтверждается статистическими данными и другихъ хирурговъ. Такъ по словамъ Вельпо, Сосеротъ изъ 1564 оперированныхъ мужчинъ потерялъ 147, или 9,3%, а изъ 65 женщинъ всего только 2, или 3,0%. Въ Норвичскомъ госпиталѣ, въ Англіи, на 478 оперированныхъ мужчинъ умерло 68, или 14,2% и на 28 женщинъ 2, или 7,1%. Въ Неаполѣ, въ теченіе 14 лѣтъ, до 1835 г., изъ оперированныхъ въ различныхъ госпиталяхъ 439 мужчинъ, умершихъ было 65, или 14,8%, а на 15 женщинъ, ни одной умершей. По статистическимъ даннымъ Сивіаля, о числѣ больныхъ камешною болѣзнію и оперированныхъ во Франціи, видно, что на 2275 операцій у мужчинъ смертельныхъ исходовъ было 367, или 16,1%, и на 93 оперированныхъ женщинъ умершихъ приходилось 7, или 7,5%.

Если мы теперь сравнимъ средній процентъ смертности у вы-

⁽¹⁾ При исчисленіи % смертности, мы брали не общую сумму оперированныхъ (12338), а только тѣ случаи (9364), въ которыхъ извѣстна смертность.

шеприведенных авторов съ полученнымъ нами, то онъ окажется еще болѣе неблагоприятнымъ въ отношеніи мужскихъ операций и болѣе благоприятнымъ по отношенію къ женскимъ: онъ будетъ составлять 13,6% у мужчинъ и 5,4% у женщинъ.

Къ сожалѣнію, я не нашелъ подробныхъ статистическихъ данныхъ для разъясненія того, въ какомъ возрастѣ преимущественно наблюдаются неблагоприятные исходы въ смерть женскихъ литотомій. По даннымъ Fèrè Сòsme на 16 оперированныхъ женщинъ, въ возрастѣ отъ 10 до 20 лѣтъ смертность оказывается наибольшою, за ней слѣдуетъ въ возрастѣ отъ 60—75 лѣтъ; самый меньшій процентъ смертности между 40 и 60 годами. Вотъ эти данныя (1).

	опериров.	умерло.	%
отъ 2 до 10 лѣт.	12	2	16,6.
— 10 — 20 —	2	1	50,0.
— 20 — 40 —	17	3	17,6.
— 40 — 60 —	7	1	14,3.
— 60 — 75 —	3	1	33,3.

Въ таблицахъ Спінэли смертность мужчинъ и женщинъ показана вмѣстѣ, и по возрастамъ распределяется слѣдующимъ образомъ: на 374 умершихъ приходится:

въ дѣтскомъ возрастѣ . . 111.
— зрѣломъ возрастѣ . . 135.
— старческомъ возрастѣ 120.

Возрастъ остальныхъ 8 неизвѣстенъ.

Для полнаго и, по возможности, болѣе яснаго разсмотрѣнія занимающаго насъ вопроса о литотоміи у женщинъ, мнѣ кажется не лишнимъ будетъ предпослать краткое описаніе женскихъ половыхъ и мочевыхъ органовъ, собственно въ тѣхъ видахъ, чтобы рельефнѣе выставить тѣ особенности женскаго

(1) Возрастъ 5 женщинъ, недостающихъ къ общему числу оперированныхъ (46), неизвѣстенъ.

устройства, которыми обуславливается разница въ техникахъ и самыхъ методахъ женской литотоміи. По этому, при анатомическомъ описаніи я буду кратокъ и коснусь только тѣхъ частей или органовъ, которые имѣютъ существенное значеніе при разныхъ, еще не совсемъ покинутыхъ, оперативныхъ методахъ.

Покрывающая лобокъ кожа переходитъ въ двѣ параллельно идущія складки (большія губы *labia pudendae majora*), продолжающіяся отъ соединенія лобковыхъ костей до ерампроходной промежности, или до задней части влагалищнаго отверстия.

Въ руководствахъ анатоміи обыкновенно говорится, что большія губы соединяются между собою на переднемъ и заднемъ концахъ помощью особыхъ перемычекъ, называя ихъ спайками—*commissurae anterior et posterior*, по такимъ спаекъ или соединеній на самомъ дѣлѣ нѣтъ, потому что большія губы, на переднихъ концахъ, непосредственно переходятъ въ венеринъ бугорокъ и между ними находится, болѣе или менѣе выстоящая въ вертикальномъ направленіи, складка кожи, которая выполняетъ верхнюю часть половой щели—это крайняя плоть похотника. Что же касается до заднихъ концовъ большихъ губъ, то и они обыкновенно, не соединяясь между собою спайкой, переходятъ въ промежность, которая у женщинъ тоньше, короче и шире, и только въ рѣдкихъ случаяхъ, растягивая сильно половую щель, можно замѣтить маленькую складку—это и будетъ *commissura posterior, po arte facta* (Лущка). Наружная поверхность большихъ губъ, обращенная къ внутренней поверхности бедеръ, покрыта рѣдкими слегка выходящими волосами, а внутренними онѣ соприкасаются между собою, образуя половую щель—*rima pudendorum*.

За этими наружными и болѣе толстыми складками, слѣдуютъ двѣ меньшія, которыя называются малыми губами—*labia minora, nymphae*. Онѣ также идутъ параллельно между собою и вверху дѣлятся (каждая изъ нихъ) на двѣ пластинки, изъ которыхъ одні (наружныя), соединяясь между собою надъ клито-

ромъ, образуютъ покрывку для него—*praeputium clitoridis*, а другія (внутреннія) подъ клиторомъ образуютъ уздечку—*frenulum clitoridis*. Нижние концы малыхъ губъ, отъ средины постепенно дѣлаясь плосче и истончаясь, доходятъ до уровня нижнихъ концовъ большихъ губъ и, сливаясь между собою, образуютъ полулунную складку—*frenulum labiorum*. Подъ этой складкой находится маленькая воронкообразная ямка—*fossa navicularis*.

Раздвинувъ большія губы, мы видимъ продолговатое ладьеобразное углубленіе, ограниченное сверху головкой клитора и его уздечкой, съ боковъ заднимъ краемъ внутренней поверхности малыхъ губъ и сзади уздечкою ихъ. На днѣ этого углубленія, по срединной линіи и по порядку спереди къзади и сверху внизъ, находятся слѣдующія части: а) собственно преддверіе французскихъ анатомовъ—трехъ-угольное пространство, равняющееся длиною отъ 2—3 ц., ограниченное спереди и съ боковъ малыми губами, а сзади отверстиемъ мочеиспускательнаго канала (Richel); б) за нимъ отверстіе мочеиспускательнаго канала и в) дѣвственная плева. По бокамъ этого углубленія находятся двѣ отлогихъ плоскости, покрытыхъ весьма пѣжкой, розоваго цвѣта, слизистой оболочкой, подъ которой, непосредственно подъ мышцей сжимающей влагалище, находятся по одному пещеристому тѣлу. Тѣла эти, впервые описанныя Кобальтомъ, имѣютъ свойство напрягаться, и въ этомъ состояніи достигаютъ длины $\frac{3}{4}$ и отъ 1—1 $\frac{1}{2}$ ц. толщины. Они называются луковичами преддверія—*bulbi vestibuli*. Луковичи эти, равно какъ и пещеристыя тѣла клитора, перѣдко у своего начала подвергаются раненію при вестibuлярномъ и боковомъ камнелѣченіяхъ.

Точно также какъ мужской дѣтородный членъ, клиторъ состоитъ изъ пещеристыхъ тѣлъ (*corpora cavernosa*). Пещеристыя тѣла лежатъ по обѣимъ сторонамъ преддверія влагалища, и каждое изъ нихъ на верхней или передней части преддверія сливается съ соименнымъ ему пещеристымъ тѣломъ другой стороны. Одно изъ нихъ составляетъ пещеристое тѣло клитора (*corpus*

cavernosum clitoridis), другое—пещеристое тѣло уретры (*corpus cavernosum urethrae*). Кавернозное тѣло клитора задней своею частью укрѣпляется къ пиднему краю лонной дуги, а заостренная верхушка служитъ основаніемъ клитора. Кавернозное тѣло уретры лежитъ на высотѣ дѣвственной плевы, на границѣ между преддверіемъ и входомъ во влагалище. Задній конецъ этого тѣла свободенъ, а передніе концы, съ той и другой стороны, сливаются вмѣстѣ передъ нижнимъ краемъ окончанія уретры. Каждая изъ вѣтвей начинается отъ внутренней поверхности, у самого края восходящей вѣтви сѣдалищной и нисходящей лонной костей и, восходя по этимъ костямъ между ними, маточнымъ влагалищемъ и мочеиспускательнымъ каналомъ вверхъ и внутрь, къ соединенію лобковыхъ костей, соединяется съ подобнымъ тѣломъ другой стороны, и образуетъ упомянутыя пещеристыя тѣла клитора, оставя на хребтѣ (*dorsum clitoridis*) вдоль идущій желобокъ для сосудовъ (*vasa et nervus dorsalia clitoridis*), соответствующій перегородкѣ (*septum corporum cavernosorum cliti*), а подъ лобковымъ соединеніемъ—небольшое отверстіе для прохода ихъ.

Мочеиспускательный каналъ, съ его отверстіями наружнымъ и внутреннимъ и мочевымъ пузыремъ, составляютъ весьма важныя части, на которыя слѣдуетъ обращать особенное вниманіе при камнелѣченіи. Позади клитора, передъ наружнымъ входомъ въ маточное влагалище, находится отверстіе мочеиспускательнаго канала, то ровное и круглое, то не совсѣмъ правильное, иногда зѣбдообразное, гладкое или обозначенное небольшимъ перпендикулярнымъ возвышеніемъ. У рожающихъ женщинъ, особенно же у многоорожавшихъ, отверстіе это выдается болѣе впередъ, а у дѣвицъ направлено внизъ. Это отверстіе ведетъ въ мочеиспускательный каналъ, который, восходя къ мочевому пузырю, принимаетъ направленіе снизу вверхъ и нѣсколько къзади. Ходъ его почти прямой, только слегка изогнутый S-образно, обращенный въ верхней части выпуклостью къзади, а въ нижней впередъ. Въ обыкновенномъ спокойномъ состояніи стѣнки урет-

ры сближены между собою, по удобно растягиваются внизу до 7 мм. въ диаметръ, а вверхъ еще болѣе. По замѣчанію Баркова, самое узкое мѣсто уретры находится нѣсколько выше ея середины, отсюда оно расширяется въ оба конца и притомъ къверху гораздо болѣе, чѣмъ книзу. Не растянутая уретра образуетъ внутри щель, въ верхней части поперечную, въ нижней продольную, а въ средней звѣздообразную. Длина уретры у женщинъ простирается, по Гиртлю, отъ 12 до 20 линій, по Генле и Баркову отъ 25 до 30 милл. и отъ 27 до 33 милл. по Мальгену (*).

Вся внутренняя поверхность мочевого канала устлана рыхлою легко растяжимою слизистою оболочкою, выстланною плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ. Она составляетъ продольныя складки, изъ которыхъ одна, по срединѣ задней стѣнки, составляющая продолженіе *cornu trigoni*, отличается своимъ постоянствомъ и величиною (*colliculus cervicalis Barkowi*). При растягиваніи уретры эти складки сглаживаются и образуются мелкія продольныя и поперечныя складки, которыхъ всего болѣе возлѣ наружнаго отверстія (*orificium cutaneum s. externum*); онѣ окружаютъ углубленія и складки слизистой оболочки (*lacinae Morgagnii*). Верхній конецъ уретры находится около 18 мм. надъ нижнимъ краемъ лобкового соединенія, и позади его, по линіи, проведенной отъ этого края до соединенія 3 и 4 крестцовыхъ позвонковъ; нижнее отверстіе уретры находится на 10 мм. ниже прямой линіи, соединяющей *ligamentum arcuatum pubis* съ верхушкою кончика (Генле). Только въ верхней своей четверти уретра лежитъ свободно; въ этомъ мѣстѣ, при сжатомъ ея состояніи, стѣнки имѣютъ до 5 мм. толщины; она соединяется

(*) *Traité d'anatomie chirurgicale*. Paris. 1859 T. II.

Henle. *Handbuch der Anatomie des Menschen*. Braunschweig. 1862.

Гиртль. *Руководство къ топографической анатоміи* пер. Каценеленбогена.

Die Anatomie des Menschen v. Hubert Luschka. Tubingen. 1862.

съ влагалищемъ помощью рыхлой, удобо растяжимой соединительной ткани. Далѣе, книзу соединительная ткань дѣлается плотнѣе и, посредствомъ нея, уретра срастается съ переднею стѣнкою влагалища въ плотную ткань, толщину въ 12 мм., которую только при помощи ножа и микроскопа можно раздѣлить на слои, принадлежащіе каждому изъ образующихъ ее органовъ (*septum urethrae-vaginae Luschki*) (*). Такимъ образомъ, самое толстое мѣсто этой перегородки соответствуетъ *tuberculum s. carina vaginae*. Какъ отверстіе, такъ и самый мочеиспускательный каналъ, при благопріятныхъ условіяхъ, могутъ растягиваться до такихъ размѣровъ, что допускаютъ свободное введеніе напряженного мужскаго дѣтороднаго члена (Гиртль). Докторъ Вл. Мерзеевскій (Архивъ судеб. мед.) разсказываетъ объ одномъ случаѣ изъ клиники Профессора Красовскаго, въ которомъ замужняя женщина, въ продолженіе 7-ми лѣтъ, имѣла только совокупленіе въ мочеиспускательный каналъ. Вверху *urethra* переходитъ въ шейку пузыря, которая у женщинъ явственнѣе, чѣмъ у мужчинъ и окружена сжимающею мышцею, которая тоньше и слабѣ мужской. Мочевой пузырь у женщинъ продолговатѣ мужскаго, ближе прилегаетъ къ брюшной стѣнкѣ и соединяется посредствомъ довольно плотныхъ связокъ (*ligamenta pubo-vesicalia*) съ заднею поверхностью лобкового соединенія; дно его и складки брюшины—передняя и задняя, лежатъ выше, чѣмъ у мужчинъ. Внутри мочевого пузыря, въ той части, которая лежитъ на шейкѣ матки, имѣется явственно выдающееся кпереди возвышеніе, обусловливаемое положеніемъ матки, образующее по сторонамъ двѣ ямки или впадины. Отъ этого устройства женскаго пузыря пронесходитъ то, что камень можетъ укрываться довольно глубоко въ одной изъ впадинъ и иногда переваливаться въ другую, и вводимый въ пузырь для изслѣдованія зондъ, скользя по срединѣ возвышенія и минуя камень, не открываетъ его присутствія, пока не наткнется слу-

(*) Die musculatur am Boden des weiblichen Beckens. Wien. 1861.

чайню. Въ этомъ я самъ имѣлъ случай убѣдиться у женщины, имѣвшей въ пузырь довольно значительный камень, который въ теченіе 10 лѣтъ, несмотря на повторительныя зондированія, не могъ быть найденъ. Отъ тѣхъ же анатомическихъ условій зависитъ затрудненіе при камнеобъединеніи—въ захватываніи камня въ удобномъ размѣрѣ для извлеченія,—при камнедробленіи же—въ отысканіи и захватываніи.

Мышцы, сосуды и нервы женскихъ мочеполовыхъ органовъ распределены слѣдующимъ образомъ: мышца напрягающая клиторъ (*m. erector clitoridis s. ischioecavernosus*) лежитъ возлѣ пещеристаго тѣла и, начавшись отъ восходящей вѣтви сѣдлачичной кости, оканчивается на боковой части клитора. Менѣе важны относительно къ жепскому камнеобъединенію мышцы: а) сжимающія влагалище и задній проходъ (*constrictor cunni* и *sphincter ani*), б) поперечныя срамнопроходной промежности и в) поднимающая прямую кишку;* эти послѣднія во всемъ совершенно соответствуютъ тѣмъ же мышцамъ у мужчинъ.

Напротивъ, большое вниманіе требуется обращать на сосуды, которые могутъ быть повреждены при операціи чаще, чѣмъ у мужчинъ. Артеріи и вены суть вѣтви подчревныхъ или тазовыхъ сосудовъ (*arteria et vena hypogastricae*). Сосуды собственно принадлежащіе мочевымъ и половымъ органамъ суть: срамныя общія или внутреннія: артерія и вена (*arteria et vena pudendae communes, seu internae*). Сказанная артерія есть конечная вѣтвь передней тазовой артеріи (*rami anterioris arteriae hypogastricae*); вышедши изъ таза кнаружи, чрезъ большую сѣдлачичную дыру, и войдя опять въ него чрезъ малую сѣдлачичную дыру, и уходя на своемъ пути близъ лежащимъ частямъ вѣтви (*arteria haemorrhoidalis media et externa*), прямой кишки (*arteria vesicalis intima*) мочевого пузыря, (*arteria perinei*) для мышцъ срамнопроходной промежности, мышцы сжимающей влагалище большихъ и малыхъ губъ, поднимается по краю вѣтвей сѣдлачичной и лобковой костей и сбоку лежащихъ здѣсь внутренностей впередъ и вверхъ, и оканчивается, раздѣлившись въ

существо клитора (*arteria profunda clitoridis*). Одна изъ конечныхъ вѣтвей, встрѣтись съ такою же вѣтвью противоположной стороны и пройдя чрезъ отверстіе между соединеніемъ лобковыхъ костей и хребтомъ клитора, простирается по хребтному его жолобку (*sulcus dorsalis clitoridis*) до его головки, въ которой оканчивается, снабдивъ тоже вѣточками пещеристыя тѣла и общіе покровы.

Общая срамная вена собираетъ соответствующія артеріямъ вѣтви и такимъ образомъ составляетъ переднюю вѣтвь подчревной вены.

Нервы тазовыхъ внутренностей и паружныхъ мочевыхъ и половыхъ частей получаютъ начало отъ нерва срамнаго (*nervus pudendus communis*), котораго корни состоятъ изъ трехъ паръ крестцовыхъ нервовъ.

Этимъ я окончу анатомическое описаніе особенностей устройства мочеполоваго аппарата у женщинъ, и перейду къ описанію способовъ, употребляемыхъ для удаленія камня у женщинъ.

Удаленіе камня изъ пузыря можетъ быть произведено различными дѣйствіями, которыя, по характеру ихъ, можно раздѣлить на двѣ группы: операціи безкровныя и кровавыя (литотоміи) (1).

Къ первой принадлежатъ слѣдующіе способы: 1) распиреніе уретры и 2) литотритія; вторая же распадается на три класса, смотря по-тому, чрезъ какое мѣсто открывается доступъ къ камню, а именно: I. Разрѣзъ тѣла мочеваго пузыря—*Cystozomatotomia*, куда принадлежатъ три способа: 1) надлобковое сѣченіе, 2) вестибулярное и 3) рукавопузырное; II. *Cystauchenotomia*. Разрѣзъ уретры и шейки мочеваго пузыря, куда относится: 4) боковое сѣченіе, 2) горизонтальное, 3) вертикальное и 4) способъ Смита; III. *Uretrocystaneurismatotomia*. Разрѣзъ уретры

(1) Первоначально названіе это было дано операціи, совершенно вѣрно, Аммоніемъ Александрійскимъ. Онъ прежде всего придумалъ инструменты, которыми разбивалъ или разсѣкалъ камень, и затѣмъ по кускамъ выводить его естественными путями, въ особенности у женщинъ; по этому и самъ былъ называемъ *Lithotomos* (Vid. A. C. Celsus de re medica lib. VII cap. XXVI раз. 139).

съ безкровнымъ расширеніемъ шейки мочевого пузыря,—куда относится: 1) способъ Маріануса и 2) разрывъ уретры—горизонтальные и вертикальные, съ расширеніемъ ея.

Перейдемъ къ разсмотрѣнію каждой группы въ частности.

Первая группа.

1. Безкровное расширеніе уретры.

Произвольное выходеніе камней изъ мочевого пузыря чрезъ уретру у женщинъ подаю мысль объ удаленіи ихъ тѣмъ же путемъ, припомощи нѣкоторыхъ, болѣе или менѣе простыхъ, хирургическихъ приѣмовъ. О произвольномъ выходеніи камней у женщинъ упоминается еще А. К. Цельсъ, почему онъ признаетъ операцию камневысѣченія у женщинъ необходимою лишь въ рѣдкихъ случаяхъ. Впослѣдствіи, многие наблюдали весьма значительной величины камни, выходившіе произвольно безъ всякаго оперативнаго содѣйствія, такъ Керкрингъ и Бартолинъ выдѣли ихъ достигавшими величины куриного, а Borelli и Colot даже гусянаго яйца. Гейстеръ упоминаетъ о камняхъ, вышедшихъ произвольно у одной женщины, и изъ нихъ нѣкоторые были весомъ до 4 унцій⁽¹⁾. Значительное число подобныхъ случаевъ произвольнаго выходенія камней, болѣе или менѣе значительной величины, собралъ Günther⁽²⁾.

Для содѣйствія выходу изъ мочевого пузыря камня, Цельсъ совѣтовалъ употреблять просто крючекъ. Послѣ него употребляли щипцы, или безъ всякаго приготовления, или же послѣ предва-

⁽¹⁾ Colles, Миддлетонъ и А. Куперъ описываютъ случаи, гдѣ самопроизвольно извергались камни весомъ отъ 3 до 4 унцій. Бромфельдъ, посредствомъ искусственнаго расширенія мочеиспускательнаго канала губкою, извлекалъ камни, имѣвшие до 7 линий въ поперечникѣ. Навтис описалъ случай (Med. chirg. Review. 1838), гдѣ у 13 лѣтней двукратно самопроизвольно вышла изъ мочеиспускательнаго канала, среди потугобразной боли, мочевою камень, имѣвшій 651 гр. веса, 2½ дюйма въ длину, 1½ дюйма въ ширину и 1 дюймъ въ толщину. У одной 50-лѣтней женщины, тоже безъ помощи (Union medicale 1850 № 117) искусства, вышла камень, имѣвший въ своемъ верхнемъ толстомъ концѣ два дюйма въ поперечникѣ (Гирталъ).

⁽²⁾ Löhre v. d. blutig. Operat. p. 387.

рительнаго расширенія мочеиспускательнаго канала. Этотъ способъ, какъ кажется, самый древній; онъ былъ въ употребленіи еще у Египтянъ, примѣнявшихъ его безразлично къ мужчинамъ и женщинамъ. Расширенія уретры достигали посредствомъ вкладыванія въ нее эластическихъ трубокъ, сначала тонкихъ, а за тѣмъ постепенно болѣе толстыхъ, пока расширеніе не было достаточно. Проперъ Альпинъ⁽¹⁾ выдѣлъ этотъ способъ въ употребленіи у нѣкого Аравіяннина Haly, во время бытности своей въ Египтѣ. Расширяющія трубочки иногда замѣнялись кусками кишекъ животныхъ (червеобразный отростокъ слѣпой кишки), введенными въ мочеиспускательный каналъ и растягиваемыми или надуваніемъ, или наливаніемъ водою⁽²⁾. Впослѣдствіи употребляли разныя разбухающія вещества, какъ то: вощенную губку, различныя растительные корни—горечавку и другіе⁽³⁾, пока, наконецъ, не прибѣгли къ разнымъ инструментамъ—жѣлезнымъ и деревяннымъ, въ видѣ тупыхъ горжеровъ или особыхъ болѣе сложныхъ аппаратовъ, посредствомъ которыхъ производилось растяженіе уретры, то по немногу и постепенно, то вдругъ, съ значительнымъ, до извѣстной степени, насиліемъ. Пётръ Франко для этого изобрѣлъ особое dilatatorium; Fabr. Hildanus предлагалъ расширить мочевою каналъ посредствомъ жолоба (тупаго горжера), по немъ провести щипцы, которыми захватить камень и осторожно вывести. Tolet предлагалъ тѣ же самые расширители, которые употребляются у мужчинъ при apparatus magnus. Многими хирургами, преимущественно Англійскими (А. Соорер, В. Belle) предпочитался приборъ, придуманный Вейсомъ. Позднѣе, расширеніе уретры было соединено съ разрезами, производимыми, то у ея наружнаго отверстія, какъ мѣста самаго чувствительнаго и менѣе растяжимаго, то гораздо выше и обширнѣе, если камень, по величинѣ своей, въ этомъ мѣстѣ пройти не могъ. Дешанъ

⁽¹⁾ De medicina Aegyptiorum.

⁽²⁾ Bromfield. Observations ad lithot. pertinentes. Chirurg. Wahrnehm. s. 431.

⁽³⁾ Heister. Institut. chirurgicae Amst. 1750. p. II. sect. 5.

на послѣднія измѣненія смотритъ какъ на камнебѣженіе у мужчинъ, посредствомъ большого набора инструментовъ (apparatus magnus).

Способъ излеченія камней посредствомъ простаго растяженія мочеиспускательнаго канала и шейки пузыря признанъ впоследствии неудобнымъ (Klein, Richter), по причинѣ остающагося послѣ того параличнаго состоянія уретры и сфинктера шейки пузыря, и недержанія, вслѣдствіе того, мочи. Въ настоящее время можно прибѣгать къ этому способу только при самыхъ малыхъ камняхъ, выходящихъ уже произвольно изъ пузыря, или ущемившихся гдѣ либо на протяженіи уретры.

II. Литотритія (Lithotritia).

Раздробленіе камня вообще было извѣстно давно; о немъ, какъ уже выше сказано, упоминалъ еще Цельсъ, но операція дѣлалась неочетливо, безъ точнаго указанія мѣста, или противоположеній, и только въ началѣ текущаго столѣтія (1817 г.) Сивіаль поставилъ ее на значительную степень совершенства, изобрѣвъ сперва нужные для ея производствъ инструменты, а за тѣмъ, стараясь постепенно усовершенствовать ихъ, и самую операцію, приѣхавъ къ мужчинамъ и женщинамъ. Послѣ были сдѣланы и другими важныя измѣненія и исправленія какъ въ инструментахъ, такъ и въ способахъ ихъ употребленія. Имена Дюпонтрена, Heurteloup, Leroy, Roux. и др., останутся незабвенными. Впрочемъ, всѣ, по части этой операціи, исправленія относились исключительно къ мужчинамъ, и затѣмъ уже безъ измѣненія, въ случаѣ надобности, прилагались къ женской литотритіи, и по этому послѣдняя операція не имѣетъ своей собственной отдѣльной исторіи, но раздѣляетъ ее совершенно съ камнераздробленіемъ, производящимся на мужчинахъ.

Судя по ширинѣ мочеиспускательнаго канала и короткости его, казалось бы, что эта операція должна быть легче у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ; многие даже полагали, что литотритія вытѣснитъ всѣ кровавыя способы женской литотоміи (Günther,

Roser, Blasius и мног. др.). Но, съ другой стороны, имѣются обстоятельства, по которымъ литотритія у женщинъ встрѣчается весьма важныя препятствія; такъ, женскій пузырь не переноситъ значительнаго растяженія, или даже вовсе его не допускаетъ, и по этому вырисуная въ полость его жидкость не можетъ быть удержана, и всѣ движенія инструментовъ въ пузырь становятся болезненными и крайне трудными, если не со всѣмъ невозможными. Въ старину хирурги, для раздробленія камня, принуждены были иногда прибѣгать къ необыкновеннымъ приемамъ. Беннвieni, придерживая камень крючкомъ, старался раздробить его, стуча по нему тупымъ кускомъ желѣза до тѣхъ поръ, пока онъ не распадался. Ramard, просверливъ углубленіе въ камнѣ, посредствомъ щипчиковъ обламывалъ края сдѣланнаго углубленія, до невозможнаго измельченія его. Петръ Франко, придерживая камень пальцемъ, введеннымъ у женщинъ во влагалище, а у дѣвицъ въ прямую кишку, вставлялъ въ пузырь трубочку, и чрезъ нее проводилъ буравчикъ, просверливалъ имъ камень, а затѣмъ уже извлекалъ его. Ясно, что всѣ эти приемы, столь невѣрны и грубы, что можно было бы даже о нихъ и не упоминать.

Устройство женскаго пузыря дѣлаетъ отысканіе, а еще болѣе захватываніе камня, въ удобномъ для раздробленія его диаметрѣ, весьма затруднительнымъ: камень обыкновенно лежитъ въ боковой части пузыря, у самой шейки его; внутренняго отверстія уретры, переходя иногда съ одной стороны пузыря на другую и скрываясь за среднюю, возвышенною частью задней стѣнки мочевого пузыря. Зная такое устройство мочевого пузыря и положеніе камня можно этому помочь боковымъ подожженіемъ большой, или значительнымъ возвышеніемъ таза, чрезъ что камень, по своей тяжести, опускается ко дну пузыря. О затруднительномъ отысканіи и захватываніи у женщинъ камня, а также о невозможности иногда дѣйствовать литотриторами въ пузырь, по причинѣ его раздражительности и малой растяжимости, свидѣтельствуетъ Иванчичъ (Ivanchich)—одинъ

изъ самыхъ пристрастныхъ, быть можетъ, въ настоящее время защитниковъ литотритіи, но и онъ указываетъ тѣ случаи, при которыхъ камнераздробленіе не должно быть предпринимаемо, а именно: у дѣтей моложе 12-ти лѣтъ, въ особенности у дѣвочекъ, вслѣдствіе крайней раздражительности у нихъ мочеиспускательнаго канала и пузыря; хотя съ другой стороны намъ извѣстенъ случай, произведенной покойнымъ Профессоромъ Полемъ въ Москвѣ литотритіи на двухъ-лѣтнемъ ребенкѣ—съ полнымъ успѣхомъ. Leroy считаетъ литотритію весьма трудною и даже невыполнимою, когда камень имѣетъ въ размѣрѣ до 18^{мм}, въ особенности при чувствительности пузыря. Далѣе, Иванчицъ утверждаетъ, что камнераздробленіе не должно быть предпринимаемо при разныхъ болѣзняхъ мочевого пузыря, почекъ и мочеиспускательныхъ; трудно также переносить эту операцію женщины, страдающія удущьемъ и подверженныя приливамъ крови къ головѣ, по причинѣ труднаго для нихъ положенія съ наклономъ назадъ и внизъ голову (1). Смитъ, встрѣтившій въ теченіе 17 лѣтъ (1852—1869) въ Лондонскомъ дѣтскомъ госпиталѣ только 3-хъ дѣвочекъ (5-ти—7-ми лѣтъ) страдавшихъ камнемъ, совершенно отвергаетъ въ малолѣтнемъ возрастѣ литотритію, на томъ основаніи, какъ и Иванчицъ. Richet предпочитаетъ во всякомъ случаѣ литотритіи камневысѣченіе чрезъ разрѣзъ верхней (передней) стѣнки уретры и пузыря (2). Такія затрудненія въ производствѣ литотритіи заставили нѣкоторыхъ врачей соединить литотритію съ разрѣзами, и создать, такимъ образомъ, особый, смѣшанный методъ. Такъ Профессоръ Нусбаумъ указываетъ на девять операцій, произведенныхъ имъ на женщинахъ по этому способу, съ полнымъ успѣхомъ (3). Но это не ново, я уже упомянулъ о немъ, указавъ на Аммоніа Александрійскаго, Франко, Гильдана и др. Сверхъ того, Günther называетъ нѣкоторые хирурговъ, которые примѣняли такую сложную операцію

(1) Günter l. Gc. pag. 380.

(2) Gazette des hôp. 1868 г. № 81.

(3) Jahresbericht z. V. comp. 189.

и къ мужчинамъ, таковы: Фаттори, Буйсонъ, Дольбо и другіе (*), не говоря о тѣхъ, которые, по значительной величинѣ камня,—какъ это и мнѣ случилось однажды,—принуждены бывають ввести чрезъ рану въ пузырь литотринторъ и, разбивъ камень, выводить его по частямъ.

Нельзя однакоже отвергать, что встрѣчаются случаи, гдѣ съ полною надеждою можно прибѣгнуть къ камнераздробленію у женщины, а именно: при среднемъ возрастѣ, въ лѣтахъ не очень близкихъ къ климактерическому періоду, при умѣренномъ объемѣ камня, хрупкости его и возможности удобнаго захватыванія инструментомъ. Сверхъ того необходимо отсутствіе сильной раздражительности уретры и мочевого пузыря и вообще болѣзненнаго состоянія мочевыхъ половыхъ и даже другихъ органовъ; наконецъ, необходимо, чтобы больная, безъ крайней тяжести, могла переносить весьма неудобныя иногда, во время операціи положенія тѣла, въ особенности при очень продолжительныхъ дѣйствіяхъ. Безъ сомнѣнія, каждому извѣстны жаркіе споры о преимуществахъ литотритіи предъ камневысѣченіемъ, и на оборотъ, приведемъ лишь извѣстныя имена: Blandin, Jobert, Janson, Coulson, Velpeau, Wattman, Civiale и проч. Споры эти не привели ни къ какимъ положительнымъ результатамъ, такъ что и въ настоящее время, при выборѣ того или другаго способа, хирургъ обыкновенно руководится личною опытностью и личнымъ воззрѣніемъ. Вообще и здѣсь позволю себѣ высказать мое мнѣніе, что при одинаковыхъ условіяхъ, въ особенности въ раннемъ возрастѣ дѣвочекъ, камневысѣченіе менѣе опасно и предпочтительнѣе передъ камнераздробленіемъ. Я смѣлю высказывать это мнѣніе, имѣя за собой Мерча и Смита.

Вторая группа.

Дешанъ полагаетъ, что произвольное выхожденіе камня у женщинъ послужило поводомъ къ изобрѣтенію въ позднѣйшее

(*) L. c. p. 335.

время некоторых способов камнесечения. Такъ, ущемлявшиеся въ шейкѣ пузыри или въ мочеиспускательномъ каналѣ камни, указывали на необходимость искусственного ихъ извлеченія, иногда съ примѣненіемъ расширяющихъ способовъ; случаи же, въ которыхъ камень, постепенно разрушая окололежащія мягкія части, пролагалъ себѣ путь наружу, въроятно породили мысль о возможности открытію ему подобный путь посредствомъ пожа,— и вотъ начало камнесечения по способу, такъ называемому, Цельса, или малымъ наборомъ инструментовъ.

Загѣмъ, гораздо позже, Iohannes de Romanis, усмотрѣвъ, что короткость и растяжимость женской уретры главнѣйшимъ образомъ облегчаютъ произвольное выходженіе у нихъ камней, возымѣвъ мысль о доставленіи этихъ удобствъ мужчинамъ, чрезъ разрѣзъ мочевого канала въ срамнопроходной промежности и сокращеніе, такимъ образомъ, пути, который при томъ растягивался инструментами, для облегченія прохожденія камня. Въ этомъ полагается начало операціи съ помощью большого набора инструментовъ (*apparatus magnus*), или способа *Mariana* (1).

Наконѣцъ удостовѣрился, что случайныя поврежденія и даже огнестрѣльные раны самаго гѣла мочевого пузыря, не были всегда смертельны, и это обстоятельство дало смѣлость хирургамъ вскрывать эту часть пузыря острыми орудіями. Вотъ способы Петра Франко (*apparatus altus*) и Ледрана.

Но не поддѣлжитъ сомнѣнію, что операція камнесечения была извѣстна еще во время Гиппократа, который однако же не только самъ ее не дѣлалъ, но и требовалъ, подъ присягою, отъ своихъ учениковъ, чтобы и они ее не предпринимали, какъ трудную къ производству и весьма опасную, а чтобы предоставляли это людямъ, занимающимся ею исключительно (2). Какимъ, од-

(1) Такъ названный отъ имени писателя, способъ, *Marianus sanctus Barolitani* первый его описывалъ (см. de lapide ex vesica per incisionem extrahendo. V. Ustenc. Theses).

(2) Hippocr., sect. 1, de iurejurando. Какъ это поспреценіе, такъ и описаніе Флорусомъ обстоятельство (vid. Florus Historia Romanorum

нако, образомъ и кѣмъ въ это время было производимо камнесеченіе неизвѣстно, и хотя Цельсъ, жившій около 300 лѣтъ позже, упоминаетъ о двухъ бывшихъ операторахъ: Аммонѣ Александрійскомъ и Метееѣ, по способу, по которому они производили камнесеченіе, не объясняетъ, такъ что многіе, и въ томъ числѣ Дешанъ, утверждаютъ, что сказанные операторы придерживались способа, описаннаго Цельсомъ и извѣстнаго подъ названіемъ *apparatus parvus* или *methodus Celsiana*, тѣмъ болѣе, что повидному самъ Цельсъ никогда не былъ операторомъ, а писалъ о весьма разнообразныхъ предметахъ, какъ компиляторъ. Что же касается описанной Цельсомъ операціи надъ женщинами, я привожу собственныя его слова. «*Naе vero curationes in faeminis quoque similes sunt. Si quidem in his ubi parvulus calculus est, scalpellus supervacuum est, quia is urinam e cervicem non compellit. Quae et brevior quam in maribus et laxior est. Ergo et per se saepe excidit, et in primo quod est angustius inhaeret, eodem tamen unco sine ulla noxa educitur. At in majoribus calculis necessaria eadem curatio est: sed virgini subijci digiti tanquam masculo mulieri per naturalia ejus debent: tum virgini quidem sub ima sinisteriore ora, muliere vero inter urinae iter et os pubis incidendum est, sic ut utroque loco plaga transversa sit: neque terreri convenit, si plus ex muliebri corpore sanguinis profluit*» (1).

Еще темнѣе описываетъ, повидному этотъ же способъ, *Abulcasem* (2) (или *Albucasis*); онъ описываетъ разрѣзъ и мѣсто его такъ: «*e regione pudendi juxta radicem coxae et quocunque latere obveniris*» Вообще, разсматривая сочиненія того времени о камнесеченіи, можно съ положительностію сказать, что производимъ

р. 270) были причиною того, что самые опытные врачи, имѣли къ ней отвращеніе. Вотъ что рассказываетъ Флорусъ: Триптонъ, ослѣпшій Сирійскаго короля Антіоха, имѣннаго отъ роду 10 лѣтъ, приказалъ сдѣлать ему операцію, подъ предлогомъ, будто бы онъ страдаетъ отъ камня и съ цѣлью, въ случаѣ его смерти, овладѣть престоломъ. Кѣмъ была сдѣлана операція—неизвестно.

(1) A. C. Celsus l. c. lib. VII cap. XXVI p. 481.

(2) De chirurgia. Oxonii 1778.

шимъ эту операцію, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, мало были известны части, попадавшія подъ ихъ ножъ; при томъ же опасность отъ разрывовъ въ описанной мѣстности, невѣрность ихъ, малое пространство для излеченія камня, объясняютъ причины, почему способъ Цельса въ настоящее время преданъ совершенному забвенію, и упоминается объ немъ лишь въ историческомъ отношеніи. Тоже самое можно сказать и о камнестѣченіи большимъ наборомъ инструментовъ, или Марінуса (1), тѣмъ болѣе, что онъ первоначально будучи придуманъ для мужчинъ, въ послѣдствіи времени былъ примѣненъ совершенно неудачно къ женщинамъ.

Покончивъ, такимъ образомъ, съ краткимъ историческимъ очеркомъ развитія операцій камнестѣченія, принадлежащихъ къ группѣ кровавыхъ, перейдемъ къ специальному обзору отдѣльных классовъ.

A. Cystozomatotomia.

1-й Методъ. Надлобковое сѣченіе (sectio hypogastrica, apparatus altus, epicystozomatotomia) производится совершенно также, какъ и у мужчинъ. Нѣкоторые хотя и полагаютъ, что еще Archigenes и одинъ изъ Коллотовъ вскрывали тѣло мочевого пузыря (1), но, независимо отъ того, П. Франко, въ XVI-мъ столѣтіи, былъ первый, который систематически примѣнилъ этотъ способъ (2). Онъ дѣлалъ на двухлѣтнемъ мальчикѣ камнестѣченіе по способу Цельса, и не найдя возможнымъ извлечь камень по его величинѣ, прибѣгнувъ къ разрыву брюшинныхъ покрововъ и прямыхъ брюшныхъ мускуловъ надъ самымъ лобковымъ соединеніемъ, вскрылъ мочевой пузырь спереди и благополучно кончить операцію извлеченіемъ камня. Гораздо позже способъ этотъ обстоятельно описалъ Roussel и ввелъ его въ общее упо-

требленіе (1). Онъ былъ извѣстенъ подъ именемъ «methodus Francopiana». Послѣ этого, надлобковое сѣченіе стали употреблять многие, въ производствѣ операцій слѣдовали нѣкоторые измѣненія и улучшенія, и въ настоящее время, не смотря на значительную опасность, онъ многими предпочитается другимъ способамъ, въ особенности при большихъ камняхъ.

Во всѣ времена надлобковое сѣченіе производилось, или нынѣ производится, совершенно одинаковымъ образомъ какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ; въ томъ и другомъ случаѣ одинаково примѣняемы были всѣ изобрѣтенія и измѣненія, поэтому я здѣсь вкратцѣ только упомяну о самой technikѣ, такъ какъ вообще она излагается при описаніяхъ мужской литотоміи.

П. Франко передъ операціей наполнял мочевой пузырь водою, молокомъ или какимъ либо слизистымъ отваромъ, съ цѣлю растяженія его для удобнѣйшаго разрыва, той же цѣли имъ хотѣли достигъ удержаніемъ въ пузырь мочи, или надувая его воздухомъ (Solingen) (2). Вскорѣ однако же, убѣдились, что всѣ эти мѣры излишни, такъ какъ невозможно въ женскомъ пузырь надолго удержать выпущенную жидкость. Болѣе удобнымъ оказалось, вмѣсто вириסקаніи, употреблять особаго устройства катетеры или зонды. Главныя ихъ измѣненія были слѣдующія: Frère Cosme (3) предложилъ, такъ названный «sonde à fleche, sonde à dard или sonde à lance»; онъ имѣетъ видъ обыкновеннаго серебрянаго катетера съ открытымъ концемъ и съ жолобомъ, идущимъ отъ конца на нѣсколько линій, чрезъ вогнутую его сторону. Въ полости катетера, во всю его длину, проходитъ довольно толстая серебряная проволока (tige), снабженная у входа рукояткою съ пуговкой, посредствомъ которой можетъ быть она выдавливаема чрезъ отверстіе, находящееся въ концѣ инструмента, и оттягиваема обратно. На концѣ этой проволоки навви-

(1) Marianus Sanctus I. c.

(2) Cm. Sprengel's Geschichte d. wichtigsten chirurg. operat. p. 281 и Diction. des sciences medicales. T. 28 p. 416.

(3) Traité des hernies, par Pierre Franco. 1561.

(1) Traité nouveau de lysterotomotokie ou enfentement cesarien. 1581 chap VII.

(2) Manuale Operat. der. Chirurg. Amsterdam. 1648

(3) Nouvelle met ode d'extraire la pierre audessus du pubis.

чивается острей пирамидальной формы, которое при нажимании рукоятки, чрез открытый конец катетера, выходит наружу на 1 или на 2. Этот инструмент служит к приподнятию и прободению передней стѣнки мочевого пузыря. Perret употреблялъ такой же зондъ, только съ припаяннымъ, не отвинчивающимся наконечникомъ, который по Lassus и Брамбилль—долженъ быть вмѣсто пирамидальнаго, ланцетообразный. Searp совѣтовалъ конецъ катетера дѣлать гораздо шире съ оливковиднымъ утолщеніемъ, для вѣрнѣшаго удержанія на немъ пузыря. Legros, Dejean, L'Heritiers и Lafaye, также предлагали свои измѣненія въ этомъ инструментѣ. Для расширенія раны пузыря, Fr Cosme употреблялъ серповидный, а Dsondi прямой пожикъ, для удерживанія же пузыря при его разрываніи, Fr Cosme, Lecat и Lafaye употребляли широкіе, тупые крючки (gorgeret suspenseur). При этомъ въ особенности способъ камнебѣженія Fr Cosme и Leblan употребляли щипцы, состоящіе изъ разнимающихся въ замѣкъ половинокъ, а Everard Home щипцы съ пружиною и шелковою сѣткою, въ которую вкладывался захваченный прежде пальцами камень, что едва ли могло быть легко и удобно.

Вотъ въ главныхъ чертахъ, техника надлобкового камнебѣженія, по способу брата Козмы, признаваемого за основаніе всѣхъ другихъ способовъ. Чрезъ мочеиспускательный каналъ, проводится въ пузырь зондъ съ конькомъ (sonde à dard) и передается для держанія помощнику, за тѣмъ, близъ самаго верхняго края лобкового соединенія, дѣлается небольшой разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, въ серединѣ между прямыхъ мускуловъ брюха, этотъ разрѣзъ проникаетъ въ sacum praepéritoneale Retzii, и въ него вводится обращенный остриемъ вверхъ bistureй съ пуговкою, который по указательномъ пальцѣ лѣвой руки подвигается по бѣлой линіи, разрывая ее вверхъ по направленію къ пупку, не доходя на два или на три поперечныхъ пальца, смотря

по тучности большой. (1) Everard Home (2), находя продольный разрѣзъ брюшной стѣнки недостаточнымъ для удобнаго дѣйствія при дальнѣйшихъ моментахъ операціи, производилъ при томъ еще другой, поперечный разрѣзъ, по направленію верхняго края лобкового соединенія, близъ самой кости. Такимъ образомъ, онъ перерѣзывалъ прикрѣпленіе пирамидальныхъ мускуловъ и внутреннихъ ножекъ прямыхъ брюшныхъ мышцъ. Amussat и Günther перерѣзываютъ прикрѣпленіе мышцъ пирамидальныхъ и прямыхъ брюшныхъ, что, можетъ быть небезопасно, попричинѣ раненія нижней надчревной артеріи (art. epigastrica inferior).

Край раны отводится загибъ, тупыми крючками, указательнымъ же пальцемъ лѣвой руки удаляется, по возможности, надпузырная складка брюшины вверхъ, для предохраненія ея отъ поврежденія и для открытія пузыря; рукоятка зонда, находящаяся вѣн уретры, наклоняется сколько возможно книзу, къ бедрямъ, такъ, чтобы носикъ его, поднятый вверхъ, приподнял позади лобкового соединенія мочевой пузырь настолько, чтобы передняя его стѣнка показалась между краями раны, поддерживаемая и напругаема концомъ зонда, который теперь операторъ захватываетъ чрезъ стѣнку пузыря большимъ и указательнымъ пальцами лѣвой руки, стараясь вытѣснить тѣмъ удалять ими брюшину вверхъ; тогда помощникъ вдавливаетъ проволоку внутрь зонда, конькомъ которой прокалывается мочевой пузырь, между пальцами оператора. Зондъ подвигается нѣсколько вверхъ, чтобы удалить въ этомъ направленіи брюшину, а стѣнку пузыря натянуть, чтобы получить больше свободного пространства книзу между вогнутою стороною зонда и лобковыми костями. Послѣ этого, придерживая конецъ зонда

(1) Ev. Home уже послѣ вскрытія брюшной полости вводилъ зондъ съ конькомъ въ пузырь чрезъ мочеиспускательный каналъ, что кажется менѣе удобнымъ, но причинѣ остановки при операціи.

(2) Dechamps. Blasius I. c. p. 239.

лвою рукою, другою рукою операторъ вводитъ чрезъ проколъ пузыря въ жолобъ зонда прямой пожикъ остріемъ книзу, и въ этомъ направленіи разрѣзываетъ мочевоу пузырь, сколько нужно, по величинѣ камня и сколько возможно; для удержанія открытоу раны, пузыря и изслѣдованія его полости, вводится подъ край тупые крючки, между тѣмъ помощникъ, втянувъ внутрь катетера концоу, выводитъ его изъ уретры; операторъ же, введеннымъ въ полость пузыря пальцемъ, изслѣдуетъ величину и положеніе камня и состояніе самаго пузыря. Если рана пузыря окажется слишкомъ малою для прохожденія чрезъ нее камня, то слѣдуетъ ее расширить и преимущественно, если есть еще мѣсто и возможность, книзу, въ противномъ же случаѣ дѣлается разширеніе раны кверху, посредствомъ пуговчатого пожика, при чемъ особенное вниманіе слѣдуетъ обращать на складку брюшины, такъ какъ поврежденіе ея и выходъ изъ того кишечъ можетъ имѣть опасныя, даже смертельныя послѣдствія; для предотвращенія такого поврежденія помощникъ долженъ введеннымъ въ рану и согнутымъ въ крючекъ пальцемъ удалять переднюю стѣнку пузыря, а съ нею и складку брюшины, кверху. Если рана пузыря достаточна для прохожденія камня, то онъ извлекается щипцами какъ при всѣхъ другихъ способахъ камневычищенія, или же вынимается пальцами, либо ложечкою, при помощи указательнаго пальца лѣвой руки, введеннаго во влагалище.

Послѣдующее леченіе состоитъ въ принятіи мѣръ къ предотвращенію мочевоухъ затековъ выведеніемъ мочи ближайшимъ путемъ, и тѣмъ содѣйствуя возможно скорѣйшему заживленію раны. Съ этою цѣлью, тотъ часъ послѣ операціи, вводится чрезъ уретру въ пузырь эластическій катетеръ, который оставляется открытымъ, пока его пребываніе не сдѣлается тягостнымъ. Въ случаѣ пораненія брюшины, для отвращенія изліянія мочи въ ея полость, дѣлается прободеніе мочевоу пузыря чрезъ маточное влагалище, при чемъ, введеннымъ въ полость пузыря, къ задней его стѣнкѣ, пальцемъ, операторъ обозначаетъ мѣсто,

гдѣ долженъ войти троакаръ. Трубка троакара остается постоянно на мѣстѣ, въ тоже время чрезъ рану въ пузырь вводится эластическая трубка, или выпичпанная по краямъ тесѣмка, по которымъ моча направляется наружу. Больная укладывается въ постель съ возвышеннымъ, сколько можно, туловищемъ и пониженнымъ тазомъ, и на тотъ бокъ, на который дано направленіе истекающей чрезъ трубку, или по тесемкѣ, мочи. Нечего говорить о томъ, что около больной должна быть соблюдаема величайшая опрятность; если при томъ оставлены въ ранѣ заволючная тесѣмка или трубка троакара, то онѣ должны быть время отъ времени очищаемы.

Такъ какъ надлобковое камневычищеніе у женщинъ производитъ ся иногда еще и въ настоящее время, то я скажу нѣсколько словъ о дальнѣйшемъ уходѣ за больной. Рунге, не полагаясь вполнѣ на совершенное удаленіе мочи изъ пузыря чрезъ катетеръ произвольнымъ ее истеченіемъ, способствуетъ выведенію ея посредствомъ маленькаго насоса или сифона, придѣланнаго къ катетеру. Segalas проводитъ чрезъ весь катетеръ тоненькій фитиль изъ хлопчатой бумаги, который, всасывая въ себя мочу, служитъ ей проводникомъ. Dzondi предпочитаетъ эластическимъ металлическіе катетеры, хотя они труднѣе переносятся. Deschamps, Zang, Paulluci, Souberbielle придумывали и измѣняли разные (безполезные) приборы къ проведенію эластическихъ и троакарныхъ трубокъ, болыною частью дѣлая прободеніе со стороны полости пузыря кнаружи. Amussat соединялъ всю рану липкимъ пластыремъ, оставляя лишь небольшое отверстіе, для помѣщающейся въ немъ трубки. Solingen ⁽¹⁾ соединяетъ рану брюшную посредствомъ обвивнаго шва совершенно, а B. Bell оставляетъ ее на 1½ дюйма открытою. Pinel Grandchapp, на основаніи произведенныхъ опытовъ на животныхъ, предлагалъ наложеніе кроваваго шва на рану пузыря и брюшной

(1) Manuale Operat. der Chirurg. Amsterdam. 1648.

стѣнки по способу Гелерса. ⁽¹⁾ Лопбекъ это дѣлалъ нѣсколько разъ, съ полнымъ успѣхомъ.

Въ послѣднее время sond—à dard замѣняется простымъ катетеромъ или острымъ крючкомъ.

Надобовое камнелѣчение составляетъ операцию трудную и опасную. При полной удачѣ операци, рапа брюшной стѣнки съ раной пузыря не составляетъ поврежденія простаго, а чрезъ поврежденіе надчревной нижней артеріи или брюшины и изліяніе мочи, опасность увеличивается; заживленіе сложной раны совершается медленно и по заживленіи ея остается иногда брюшная грыжа. Само по себѣ ясно, что троакарная рана усложняетъ операцию. Тѣмъ не менѣе однако къ этому способу и въ настоящее время прибѣгаютъ весьма опытные хирурги, въ особенности при большихъ камняхъ, которые не могутъ быть ни раздроблены, ни выведены другимъ путемъ. Сверхъ того, она показана при большихъ уретры и шейки пузыря, глубокихъ органическихъ пораженіяхъ матки и ея влагалища и совершенномъ сведеніи нижнихъ конечностей, не позволяющемъ необходимаго ихъ разведенія, и затрудняющемъ доступъ къ половымъ и мочевымъ частямъ. Противу показана эта операци въ особенности при отвердѣніи и утолщеніи оболочекъ пузыря и совершенной почти ихъ переставности и беремености.

2-й Методъ. Камнелѣчение вестибулярное (sectio vestibularis). Всѣ, излагающіе этотъ видъ камнелѣченія считаютъ его видоизмѣненіемъ способа Цельса ⁽²⁾, что едва ли возможно потому, что дошедшія до насъ описанія этого способа крайне сбивчивы и неточны. Сходство обоихъ методовъ можно было бы видѣть развѣ въ томъ, что въ обоихъ случаяхъ предполагается разрѣзъ тѣла мочевого пузыря, но и тутъ тѣло пузыря разрѣзывается въ обоихъ операціяхъ не въ одномъ и томъ же мѣстѣ; такъ, при вестибулярномъ сѣченіи пузырь вскрывается по передней его

⁽¹⁾ Blasius Handb. d. Akiurg. p. 243.

⁽²⁾ Cat. Deschamps, Blasius, Gunther etc. l. l. c. c.

стѣнкѣ, а по Цельсу—въ неопредѣленномъ мѣстѣ, то косвенно кзади, то сбоку, то наконецъ въ нижней его части—шейкѣ. Если и можно допустить сходство вестибулярнаго сѣченія съ какимъ либо другимъ способомъ, то скорѣе съ надобковымъ, такъ какъ въ обоихъ методахъ вскрывается передняя стѣнка пузыря, а разница состоитъ въ первоначальныхъ разрѣзахъ.

Вестибулярное сѣченіе, въ первый разъ предложенное Лисфранкомъ ⁽¹⁾, производится слѣдующимъ образомъ: больная находится въ обыкновенномъ для камнелѣченія положеніи; большія и малыя губы оттягиваются въ стороны помощниками, операторъ же пальцами лѣвой руки натягиваетъ влагалищное преддверье (vestibulum) и дѣлаетъ производить поперечно-полулунный разрѣзъ, начавъ его близъ правой боковой части уретры, ведетъ полулунно вверхъ и поперекъ, выпуклою стороною къ клитору, а за тѣмъ направляетъ къ лѣвой сторонѣ уретры книзу и оканчиваетъ на равной высотѣ съ началомъ. Этотъ разрѣзъ повторными сѣченіями проводится глубже подъ клиторомъ и доводится до нижняго края лоннаго соединенія. При чемъ, во избѣжаніе раненія arter. pudendae com. и ея вѣтвей, отсепарованные мочеиспускательный каналъ и влагалище оттягиваются книзу, первый—помощью введеннаго въ него зонда, а послѣднія—пальцами. Проникая далѣе на внутреннюю поверхность лобковыхъ костей, разрѣзъ раздѣляетъ, начиная снизу, связки, укрѣпляющія къ этимъ костямъ мочевою пузырь ⁽²⁾, который наконецъ разрѣзывается вдоль или поперекъ,—смотря по удобству, и камень извлекается пальцами.

Этотъ способъ операціи, не представляя никакихъ выгодъ, имѣть весьма много неудобствъ; мѣсто, избранное для перваго и слѣдующихъ разрѣзовъ самое узкое, извлекаемый камень долженъ выйти изъ таза чрезъ самое меньшее его простран-

⁽¹⁾ Lisfranc mem. sur une nouvelle methode de pratiquer l'operat. de la taille chez la femme. V. Gräfe u. Y. Walther's Journ. B. Y. p. 554 (1823 г.).

⁽²⁾ Lig. pubo vesicalis.

ство, — через верхушку лобкового соединения, что едва ли возможно при умирном даже объеме камня; разрезать пузыря не определенный, может быть то продольный, ни как не длиннее 15 линий, то поперечный, — что не все равно, и доказывает неудачный выбор для него места. Прибавим еще, что при этой операции подвергаются опасности от повреждения некоторые части, коих сбережение важно, как во время производства самой операции, так и при последующем лечении, как то: ножки и нижняя поверхность клитора, его мышцы и сосуды (*art et vena profundae clitoridis, rami musculares et vaginales*), а при неосторожном действии пока ниже и внутренней части лобковой дуги, почти невозможно избежать ранения *art. pudendae communis*. Наконец понятие, что по этому пути разрезыв и в самом деле предстопт опасность от мочевого затекотв. — По этому в настоящее время, не смотря на авторитет изобретателя этого способа, едва ли кто либо издумает к нему прибегнуть.

3-й Методъ. Пузырно-влагалищное камнестычение (*sectio vesico-vaginalis*). Первый къ этому способу прибегнул случайно Fabricius Hildanus; встрѣтивши у женщины негладкий, угловатый камень, который, причиняя долговременныя жестокия страданія, въ сторонѣ пузыря и матки, продырявилъ пузырь и верхнюю часть влагалища и здѣсь уцѣпился. Гильдандъ для освобожденія и удаленія его, долженъ былъ сдѣлать кругомъ камня разрезъ, послѣ чего камень выпусть пальцами, и все кончилось благополучно ⁽¹⁾. Этотъ случай подаль Гильдану мысль пользоваться этимъ способомъ всегда, открывая выходъ камню чрезъ разрезъ мочевого пузыря со стороны свода влагалища ⁽²⁾. Вве-

денною въ мочевой пузырь маленькою ложечкою, онъ старался поимать камень и, надавливая его сверху къ задней стѣнкѣ пузыря и передней влагалища, раздвигая ихъ узкимъ прямымъ биструеемъ на самомъ камнѣ, и извлекалъ его. Последователи Гильдана находили, съ одной стороны, методъ его весьма удобнымъ, такъ какъ посредствомъ него могутъ быть легко извлекаемы камни довольно значительной величины, а съ другой стороны, довольно рискованнымъ, такъ какъ при относительной узости влагалища и дѣйствию пожемъ въ его глубинѣ, безъ всякаго проводника, смежныя части недостаточно гарантированы отъ возможнаго ихъ раненія. Чтобы избежать этого, Bussier ⁽¹⁾ прижималъ чрезъ стѣнки влагалища камень къ шейкѣ пузыря и на немъ дѣлалъ разрезъ. Mery ⁽²⁾ и Norreen ⁽³⁾ дѣлали разрезъ на мужскомъ пиперарѣ, на дюймъ выше внутренняго отверстия уретры, проводя его вверхъ чрезъ влагалище и пузырь. Clémét ⁽⁴⁾ предложилъ употреблять при операции металлическій, жолобоватый, довольно длинный зондъ и деревянный горжеретъ, какой употребляется при операци свинца задняго прохода. Горжеретъ вводится во влагалище, до верхняго его конца, обращенный вогнутую стороною кпереди, а зондъ — въ мочевой пузырь, обращенный жолобомъ кзади. Такимъ образомъ, между обоими инструментами будутъ находиться: задняя стѣнка пузыря и передняя влагалища. Чрезъ эти части, концомъ зонда ощущивается вогнутая поверхность горжерета и самый зондъ устанавливается подъ болѣе или менѣе острый уголъ, смотря по величинѣ разреза. За тѣмъ операторъ по пальцу лѣвой руки, находящемуся во влагалищѣ, вводитъ острокопечный ножъ, приблизительно, до внутренняго отверстия уретры и даже нѣсколько дальше, прокалываетъ имъ влагалище и пузырь, и расширяетъ рану по жолобу зонда вверхъ, по направленію къ дну пузыря,

⁽¹⁾ Гинтеръ, Blasius и прежде еще Deschamps упоминаютъ о подобныхъ случаяхъ вырзыванія камня изъ другихъ мѣстъ, куда онъ заходилъ освобождаясь изъ мочевого пузыря. Нѣкоторые называютъ предпринимавшую въ этихъ случаяхъ операцию «*Eklitbotomia*» (См. Blasius I, с. р. 397).

⁽²⁾ Fabricius Hildanus неправильно эту часть называетъ *collum uteri*.

⁽¹⁾ Journal de medecine, chirurg. et phar. par le Roux. T. XL. 1817.

⁽²⁾ Philosoph. transact. London. 1690 p. 106.

⁽³⁾ Observation sur la manière de tailler les deux sexes etc. pag. 30.

⁽⁴⁾ Richter's chirurg. biblioth. bd. VII St. I, s. 108.

сообразно величинѣ камня. Совершенно того же достигалъ Mursinna ⁽¹⁾, только болѣе простыми приемами. Для разрѣза стѣнокъ мочевого пузыря и влагалища, онъ употреблялъ приемы, сходные съ приемами при операціи свища задняго прохода, а именно: вводилъ въ пузырь итинерарій, опулавъ жолобъ его чрезъ влагалище, онъ проникалъ въ него серинготомомъ Савиньи и, закрывъ конецъ острія пуговкой, выводилъ разомъ зондъ съ неподвижно удерживаемымъ на немъ пожемъ, дѣлая разрѣзъ соответственно величинѣ камня. Михаелис ⁽²⁾ старался прибить къ этой операціи аппаратъ Герена, употребляемый имъ при мужскомъ камнестеченіи ⁽³⁾. Этимъ же способомъ оперировали, съ малыми лишь измѣненіями, Lister, Ruysch, Gooch, Levret, Laccis, Samson, Vacca-Berlinghieri и дпріе.

B. Cystauchenotomia.

1-й Методъ. Косвенно-боковое сечение (sectio lateralisata). Типомъ производства этой операціи служитъ способъ Клейна ⁽⁴⁾, который производится слѣдующимъ образомъ: больная кладется точно также, какъ и при мужскомъ камнестеченіи; одинъ помощникъ, стоя слѣва больной, растягиваетъ въ стороны большія губы, другой же, стоя справа больной, введенными во влагалище пальцами сильно оттягиваетъ его книзу и вправо. Операторъ, стоя между ногъ больной, вводитъ въ уретру обыкновенный, довольно толстый, мужской итинерарій такъ, чтобы конецъ его едва входилъ въ мочевою пузырь. Рукоятка итинерарія, удерживаемая лѣвою рукою оператора, наклоняется вправо, при чемъ кривизна упирается въ лобковую дугу. Такимъ образомъ, жолобъ итинерарія будетъ имѣть направленіе нѣсколько влѣво и внизъ, но менѣе параллельно съ вѣтвю лоб-

ковой кости, чѣмъ у мужчинъ. По жолобу въ отверстіе уретры вводится обыкновенный брюшистый бистурей, остріе его направляется внизъ и влѣво и подвигается до закрытаго конца итинерарія, такъ, чтобы разрѣзъ проходилъ между влагалищемъ и вѣтвями лобковой и сѣдалищной костей, какъ разъ по средней линіи. Такимъ образомъ разрѣзывается уретра и шейка пузыря въ бокъ. При недостаточности разрѣза, расширение производится опускаемъ конца ножа при извлеченіи его, или же при самомъ началѣ разрѣза, ставя рукоятку бистурея подъ болѣе тупымъ угломъ къ жолобу итинерарія. Рихтер ⁽¹⁾ вмѣсто итинерарія употребляетъ простой жолобоватый зондъ и пуговчатый бистурей. Рудоверферъ ⁽²⁾ употребляетъ итинерарій съ искривленною въ сторону ручкой, прямой остроконечный и пуговчатый бистурей и щипцы съ жолобомъ на вѣтвяхъ, для расширения въ случаѣ пугды раны. Frère Jacques ⁽³⁾ дѣлалъ разрѣзъ у взрослыхъ на сплошномъ катетерѣ вблизи праваго сѣдалищнаго бугра, и вскрывалъ пузырь у начала неповрежденной уретры, по направленію къ мочеточнику, при чемъ, по свидѣтельству Мери ⁽⁴⁾ всякій разъ ранено было влагалище или rectum. Frère Cosme ⁽⁵⁾ и Шастанетъ употребляли литотомъ безъ проводника; подобнымъ образомъ оперировалъ Дюпонтренъ, но съ проводникомъ и по предварительномъ разрѣзѣ простымъ бистуреємъ ostium cutaneum urethrae. Бромфильдъ ⁽⁶⁾, Б—Баль ⁽⁷⁾ и Desault ⁽⁸⁾ употребляютъ особые горжереты. Ней ⁽⁹⁾, сдѣлавъ горжеретомъ большой разрѣзъ производилъ тампонацію влагалища, для приведенія въ болѣе тѣсное соприкосновеніе краевъ раны.

⁽¹⁾ Anfangsgründe der Wundarzneikunst. Bd. VII. S. 112 p. 200.

⁽²⁾ Instrumentarium chirurg. sel. Tab. XIX. fig. 7—19.

⁽³⁾ Deschamps l. c.

⁽⁴⁾ Jean Mery l. c.

⁽⁵⁾ Fr. Cosme l. c. Lettre sur la lithotomie. Paris. 1768 p. 182.

⁽⁶⁾ Bromfield l. c.

⁽⁷⁾ Blasius Abbildungen. l. c.

⁽⁸⁾ Chirurg. Nachlass. t. IV. S. 204.

⁽⁹⁾ Chirurg. Beobacht. Aus dem Engl. Weimar. 1823 S. 409.

⁽¹⁾ Richter's chirurg. bibliot. Bt. IV St. III. Seite 63.

⁽²⁾ Etwas über den Blasensteinschnitt. Nürnberg. 1813.

⁽³⁾ Blasius Abbildungen. l. c.

⁽⁴⁾ Loders journal für Chirurgie Bd. IV St. 4. s. 574.

2-й Методъ, *Горизонтальное* или *поперечное сѣчение* (sectio horizontalis s. transversa). Къ этому методу принадлежатъ два способа: а) двустороннее сѣчение (sectio bilateralis) и б) боковое сѣчение (sectio lateralis).

а) *Двустороннее сѣчение* (sectio bilateralis). Типомъ этого оперативнаго способа можно принять методъ Lombard'a (1), который раздѣлялъ уретру на обыкновенномъ жолобоватомъ зондѣ длиннымъ узкимъ бюгурсемъ, сначала на право снаружи внутрь, за тѣмъ, повернувъ зондъ, дѣлалъ разрѣзъ въ лѣвую сторону изнутри кнаружи. Erpelin (2) къ разрѣзамъ Lombard'a прибавлялъ еще третій, которымъ расширялъ ostium cutaneum urethrae книзу. Franco производилъ одновременно разрѣзъ въ обѣ стороны, посредствомъ tenailles incisives. Louis (3) употреблялъ свой миртообразный лигатурой; Кнауэръ (4) изобрѣлъ для этой цѣли двусторонній пуговчатый уретротомъ, которымъ раздѣляется уретра въ обѣ стороны, по предварительномъ введеніи трубочки съ щелями, соответственно мѣстамъ, въ которыхъ должны быть сдѣланы разрѣзы.

б) *Боковое сѣчение* (sectio lateralis). По Шерингу и Шрегеру сѣчение это производится слѣдующимъ образомъ: по введенному въ уретру зонду, обращенному жолобомъ въво или въправо, раздѣляютъ послѣднюю и шейку мочевого пузыря, довольно широкой, тупоконечнымъ скальпелемъ горизонтально, соорбразывая съ величиною камня. Если же камень частью лежитъ уже въ уретрѣ, то онъ фиксируется, черезъ влагалище, пальцами помощника, и ножъ проводится по его поверхности между нимъ и стѣнкой уретры, безъ зонда. Разрѣзы эти, вмѣсто ножа, могутъ быть производимы острымъ горжетомъ, или скрытымъ литомомъ.

3-й Методъ. *Вертикальное сѣчение* (sectio verticalis). Къ этому методу принадлежатъ два способа: а) верхнее вертикальное сѣчение (sectio verticalis superior) и б) нижнее вертикальное сѣчение (sectio verticalis inferior).

а) *Верхнее вертикальное сѣчение*. Типъ этого способа—способъ Dubois (1). Черезъ уретру въ пузырь вводится итинерарій, обращенный выпуклостью книзу, и по немъ острокопечный ножикъ, которымъ, по всей длинѣ, раздѣляется уретра и шейка мочевого пузыря, въ глубину около 15" и нѣсколько въво отъ клитора. Richerand (2) и Амбронть употребляютъ lithotome caché. По свидѣтельству Дюбуаза Паре, этимъ способомъ оперировалъ одинъ изъ Cöldt (3) (Laurent). Souberbielle, (4) въ своемъ допесеніи Парижской Академіи, говоритъ, что изъ 6-ти оперированныхъ по этому способу, женщинъ, двѣ умерли, а у остальныхъ четырехъ осталось недержание мочи.

б) *Нижнее вертикальное сѣчение*. Обыкновенно при этомъ способѣ, техника котораго одинакова съ предыдущимъ и только разнится въ направленіи разрѣзовъ—раздѣляется задняя стѣнка уретры, septum urethro-vaginale и передняя стѣнка влагалища. На этотъ способъ указалъ еще Falconet (5), но главными его сторонниками были Хелиусъ (6), Кернъ (7) и Sicherer. Хелиусъ сравниваетъ его съ переднимъ пузырно-кишечнымъ сѣченіемъ (sectio recto-vesicalis anterior) у мужчинъ, и производитъ слѣдующимъ образомъ: въ мочеиспускательный каналъ проводится обыкновенный литотомическій мужской жолобоватый зондъ; выпуклою стороною онъ плотно прижимается къ лобковой дугѣ и удерживается въ отвѣсномъ направленіи; въ жолобъ его вводится

(1) Anhang. zu Thomassin. über das Herausziehe.

(2) Chirurgische versuche. Nürnberg. 1818. T. II S. 144.

(3) Mercure de France. T. II.

(4) Blasius I. c.

(1) Dupuytren Lithotomie. Paris 1812, pag. 52.

(2) Richerand Nosographie chirurgicale, V. III. p. 538.

(3) Ambrosii Paei. Opera omnia.

(4) Souberbielle I. c.

(5) Falconet. Haleri disputationes chirurgicae vol. VI pag. 208.

(6) Chelius I. c.

(7) Die Steinbeschwerden. etc. p. 134.

прямой, довольно длинный и узкий бистурей, которым въ прямомъ направленіи книзу по срединѣ уретры, начиная отъ наружнаго ея отверстія, прорѣзывается вся уретра, часть, или по надобности, вся шейка мочевого пузыря и передняя стѣнка влагалища; затѣмъ камень вынимается пальцами, ложечкой, или щипцами. Бромфильдъ ⁽¹⁾ рассказываетъ объ одномъ операторѣ, который разрезывалъ вмѣстѣ уретру и влагалище посредствомъ ножницъ, одна половина которыхъ, съ пуговкой на концѣ, вводилась въ мочеиспускательный каналъ, а другая во влагалище, и такимъ образомъ ударомъ ножницъ, перерѣзывались лежація здѣсь части. Кепъ производитъ операцію слѣдующимъ образомъ: введенный въ мочевой пузырь пинцетарій удерживается помощникомъ нѣсколько выраво, лѣвой рукой, указательнымъ и среднимъ пальцемъ правой руки помощникъ натягиваетъ уретру по зонду вверхъ, разводя остальными свободными пальцами срамныя губы въ стороны. Операторъ, отыскавъ пальцемъ лѣвой руки въ уретрѣ, вблизи шейки пузыря, жолобъ зонда, дѣлаетъ разрѣзъ, какъ при colpocystotomia.

Сюда же можно причислить вышеприведенный мною способъ Нусбаума, въ которомъ разрезываются, посредствомъ lithotome caché, задняя стѣнка уретры и передняя влагалища; камень разбивается литотрипторомъ и выводится по частямъ сразу.

4-й Методъ. Способъ Смита ⁽²⁾. Къ числу методовъ этого класса слѣдуетъ причислить еще и вышеназванный способъ Смита, хотя, въ строгомъ смыслѣ, онъ составляетъ смѣсь разныхъ методовъ, и при томъ онъ описанъ до того темно и сбивчиво, что нѣтъ никакой возможности отнестись къ нему критически, частью по этому, частью же потому, что онъ былъ приименъ всего лишь въ двухъ случаяхъ и то самимъ авторомъ. Я приведу подстрочный переводъ описанія этого способа, удер-

живаясь отъ всякихъ разсужденій о немъ ⁽¹⁾: «Смитъ отвергаетъ у маленькихъ дѣвочекъ какъ литотритію, такъ и пузырно-влагалищное камнесѣченіе, первое—по причинѣ большой раздражительности уретры и пузыря, второе же, вслѣдствіе узости маточнаго влагалища и неизбежнаго поврежденія дѣственной плевы. На основаніи этого самыми подходящими способами камнесѣченія у дѣтей онъ признаетъ, или простое расширеніе уретры, или расширеніе съ разрѣзомъ. Расширеніе уретры у дѣтей достигается уже однимъ введеніемъ вѣтвей щипцовъ, а выходженію камня способствуетъ введенный въ гестумъ указательный палецъ. Если при этомъ оказывается чрезчуръ сильное сопротивленіе со стороны сфинктера мочевого пузыря, то должно разрѣзать со стороны промежности (?) напряженную на камнѣ шейку мочевого пузыря, и, прежде вынутія камня, чрезъ края раны проводится проволоочныя петли для шва, ибо наложеніе ихъ послѣ вынутія камня невозможно, вслѣдствіе втягиванія краевъ раны во влагалище». Этимъ способомъ авторъ оперировалъ два раза двухъ дѣвочекъ 5 и 7 лѣтъ, съ полнымъ успѣхомъ.

C. Urethro cystaneurismatotomia.

4-й Методъ. Способъ Маріануса. Маріанусъ описываетъ его слѣдующимъ, не вполне яснымъ, образомъ: «Разрѣзъ дѣлается между входомъ въ мочеиспускательный каналъ и бедромъ (?), избѣгая распространенія его книзу, чтобы не нанести поврежденія маткѣ. Въ мочевой пузырь вводится катетеръ, котораго кризину операторъ обращаетъ къ себѣ, какъ при камнесѣченіи у мужчинъ; помощникъ, оттягивая части на той сторонѣ, на которой имѣетъ быть сдѣланъ разрѣзъ, притягиваетъ губу, чтобы совершенно открыть мѣсто для разрѣза; затѣмъ операторъ, въ разстояніи поперечнаго пальца отъ бедра, съ правой или лѣвой сторо-

⁽¹⁾ Bromfield l. c.

⁽²⁾ Brit. med. journal 1868 r. dct. 31.

⁽¹⁾ Jahresbericht über die Leistungen in d. medicin etc. v. Virchow u. Hirsch. 1871. pag. 187.

ны, смотря какъ ему удобнѣе, дѣлаетъ разрѣзъ и вводитъ тѣ же инструменты и въ томъ же порядкѣ какъ и вообще при литотоміи», т. е. посредствомъ двухъ проводниковъ, *conductores*, вставляется *dilatatorium* (орудіе для растяженія уретры и пузыря), и щипцами извлекается камень.

2-й Методъ. *Горизонтальное сѣченіе съ расширеніемъ*. Къ нему принадлежатъ два способа: а) двустороннее сѣченіе и б) боковое.

а) *Двустороннее сѣченіе*. Этимъ способомъ оперировали: Dionis Tollet ⁽¹⁾, Grenfield ⁽²⁾ и Sinz ⁽³⁾.

По прямому жолобоватому зонду, или проводнику, вводится въ уретру dilatator, которымъ расширяется уретра; наружное же ея отверстіе раздвигается прямымъ бистуреємъ вправо и влѣво. Sinz употреблялъ литотомъ Louis, и производилъ расширение пальцемъ и горжеретомъ.

б) *Боковое сѣченіе*. Способъ Леката ⁽⁴⁾. Первоначально онъ вводилъ въ уретру, движущійся по жолобоватому зонду, горжеретъ (*gorgeret à sonde cannelée*), и раздвигалъ ее по обращенному влѣво жолобу горжерета, особымъ уретротомомъ; затѣмъ, продвинувъ по зонду горжеретъ, расширялъ имъ шейку пузыря. Впоследствии Лекать измѣнилъ свой способъ. Онъ употреблялъ одинъ только горжеретъ *cystotome*, какъ для производства разрѣза, такъ и для расширения шейки пузыря. Hoinт дѣлалъ разрѣзъ по дилатору пугочатымъ бистуреємъ. Sinz раздвигалъ уретру скрытымъ литотомомъ, раскрывъ его на 9", въ остальномъ же онъ поступалъ также, какъ Лекать по первоначальному своему способу.

3-й Методъ. *Вертикальное сѣченіе съ расширеніемъ*. Этимъ способомъ оперировали только: Laurent Collot и его сыновья,

и онъ разнится отъ способа Dubois только безкровнымъ расширеніемъ шейки мочевого пузыря.

Такимъ образомъ, я представилъ описаніе всѣхъ, болѣе и менѣе извѣстныхъ и употребительныхъ способовъ извлеченія камня изъ мочевого пузыря.

Въ этомъ описаніи я старался по возможности систематизировать ихъ, не только по сходству нѣкоторыхъ болѣе или менѣе постоянныхъ и существенныхъ моментовъ операціи, но и въ той постепенности, съ какою они совершенствовались, сообразно съ развитіемъ анатомическихъ и физиологическихъ познаній. Я ни мало не погрѣшу противъ истины, если скажу, что всякій новый фактъ или подмѣненное явленіе въ области которой-либо изъ названныхъ отраслей медицины, не проходили безслѣдно и отражались, или на самой операціи или же на инструментахъ, часто существенно измѣняя и то и другое. Правда, эта параллель усовершенствованій неодинакова для обоихъ половъ; она всего рѣзче, всего замѣтнѣе на операціяхъ у мужчинъ. И конечно, причина этому лежитъ не въ невниманіи хирурговъ къ прекрасной половинѣ рода человѣческаго, и даже не въ особенностяхъ анатомическаго устройства мѣстности, гдѣ производится разбираемый видъ операцій, а единственно лишь въ численности заболѣваній. Благодаря только этому обстоятельству и произошло то явленіе, что въ то время, какъ для мужчинъ уже выработался вполне удовлетворяющій современному состоянію науки типъ этой операціи (*lithotomia lateralisata*), для женщинъ остаются все тѣ же, часто «на авось» придуманные, или вълѣдствіе необходимости неудачно примѣненные способы, употреблявшіеся при камнебѣженіи у мужчинъ. Въ самомъ дѣлѣ, просматривая длинный рядъ этихъ способовъ, на каждомъ шагѣ встрѣчаешь или неудобства, или опасности, или и то и другое вмѣстѣ. Раньше при описаніи отдѣльныхъ методовъ, въ главнѣйшихъ изъ нихъ и наиболѣе употребительнѣйшихъ, я уже указалъ на особо выдающіеся ихъ недостатки; теперь же для большей полноты и ясности резюмирую то, что было сказано прежде. Начну съ наиболѣе рациональныхъ,

(1) *Traité de la lithotomie*. Paris. 1708, p. 150.

(2) *Treatise on the stone*. London. 1710, p. 166.

(3) Schreger l. c.

(4) *Journal de Verduin*. 1742.

къ которымъ прибѣгали (да и теперь еще прибѣгаютъ) всего чаще и въ этомъ ряду первое мѣсто принадлежитъ по справедливости, влагалище-пузырному способу Гильдауса, съ нѣкоторыми видоизмѣненіями. Имъ, какъ показываетъ и казуистическая таблица (25), оперировали всего чаще. И, какъ мнѣ кажется, такое предпочтеніе хирурговъ этому способу только тѣмъ и обуславливалось, что ни при какомъ другомъ они не встрѣчали большаго простора (за исключеніемъ, конечно, надлобковаго) въ дѣйствіяхъ, относительной безопасности со стороны окружающихъ частей и доступности самаго мѣста дѣйствія. Конечно и эти достоинства заслуживаютъ всякаго вниманія и почтенія, если бы ими вполне извинялись или смягчались тѣ неудобства, которыя остаются неизбѣжнымъ почти слѣдствіемъ такой операціи и заключаются въ недержаніи мочи и пузырно-влагалищномъ свищѣ. Такія послѣдствія не всегда можетъ предотвратить и шовъ, въ чемъ всякій могъ убѣдиться, имѣя дѣло со свищами, происшедшими хоть и отъ другихъ причинъ, гдѣ приходилось повторять операцію иной разъ не 1 и 2 раза; а замѣнять одно страданіе другимъ, пожалуй и менѣе тягостнымъ для чувствительности, но горшимъ по другимъ своимъ свойствамъ, мнѣ кажется, по меньшей мѣрѣ неуманно.

Не менѣе рѣдко оперировали также и надлобковымъ способомъ. Мысль, положенная въ основаніе этого способа, не можетъ, конечно, въ настоящее время казаться такою смѣлою, какъ прежде, когда не знали еще о блестящихъ успѣхахъ овариотоміи. Но если, благодаря послѣднему обстоятельству, страхъ этотъ разбѣялся, то вестати, помимо его, за этимъ способомъ остались еще: его трудность въ производствѣ и, главнымъ образомъ, возможность повлечь за собою мочевые затеки. Послѣдними нельзя рисковать даже и при огромномъ камнѣ, въ особенности съ тѣхъ поръ, какъ существуютъ щипцы Люера, которыми всегда будетъ время раздробить камень при всякомъ другомъ способѣ.

Третье мѣсто занимаетъ боковое сѣченіе, хотя и имѣетъ еще меньше выгодъ противъ предыдущихъ, совмѣщая почти всѣ ихъ

неудобства. Раненіе, почти неизбѣжное, пещеристыхъ тѣлъ преддверья и уретры, ножки клитора и его мышцы, *art. pudendae communis* и зачастую влагалища, да къ этому малое пространство для выхода камня, совсѣмъ не окупаются избавленіемъ отъ тѣхъ страданій, ради которыхъ онъ употребляется.

Тоже самое, съ прибавленіемъ еще длины пространства, по которому приходится добираться до тѣла пузыря, можно сказать и о вестибулярномъ способѣ. А какъ недостатки эти еще чаще встрѣчаются, съ нѣкоторыми, варіаціями, во всѣхъ остальныхъ способахъ, то во избѣжаніе скучныхъ и бесполезныхъ повтореній я этимъ и окончу обзоръ кровавыхъ методовъ; о некровавыхъ же достаточно говорено было раньше.

Послѣ этого понятно въ какомъ я былъ затрудненіи, когда представился мнѣ случай каменной болѣзни у женщины. И прежде чѣмъ я разскажу, какъ мнѣ удалось выйти изъ этого затрудненія, я опишу въ короткихъ словахъ самый случай.

Р. Ч. 45 лѣтъ, слабаго тѣлосложенія, уже болѣе 10 лѣтъ страдала какими-то (?) припадками со стороны мочевого пузыря, обыкновенно принимаемыми пользовавшимися ее врачами за хроническій катарръ пузыря. Нѣкоторые изъ врачей подозрѣвали камень, зондировали больную, но не открывали его. Наконецъ, въ концѣ іюля прошлаго года, одинъ изъ нихъ, призванный къ больной, въ то время, когда у ней произошло задержаніе мочи и сильная боль въ пузырь, наткнулся катетеромъ на твердое тѣло, тогда призвали меня, для удостовѣренія въ присутствіи камня.

Я нашелъ ее сильно истощенною, безпокойною, жалующеюся на постоянныя сильныя боли въ пузырь, на безпрестанныя позывы къ моченспусканію, которые облегчались положеніемъ больной *a la vache*, въ стоячемъ же положеніи моченспусканіе было невозможно. Моча показывалась въ маломъ количествѣ, noctуальная, эмульсивная.

Исслѣдованіе помощью катетера не открыло въ мочевомъ пузырьѣ никакого посторонняго тѣла, самое же введеніе катетера

и присутствие его въ пузырь были такъ болѣзненны, что изслѣдованіе пришлось отложить до другаго дня. По вынутіи катетера чрезъ отверстіе уретры вышло нѣсколько капель крови.

Слѣдующее изслѣдованіе произведено было на другой день, подъ хлороформомъ, литотрипторомъ, при чемъ въ пузырь предварительно была вырынута теплая вода, но тоже не дало никакого результата; но пробужденіи, болезня настоятельно убѣждала, что у ней камень и что она сама его чувствуетъ при перемѣнахъ положеній. Тогда я рѣшился предпринять еще разъ изслѣдованіе въ стоячемъ положеніи больной и только что вошелъ женскимъ металлическимъ катетеромъ въ пузырь, какъ кончикъ его ударился въ твердое тѣло.

На предложенную операцію болезня несогласилась. По 22 августа усилившіяся боли въ пузырь и частыя появленія крови въ мочѣ, при всякомъ болѣе рѣзкомъ и продолжительномъ движеніи, заставили ее вновь обратиться ко мнѣ, и 24 августа, въ Виленскомъ госпиталѣ Св. Іакова, мною была произведена операція слѣдующимъ образомъ:

Болезня положена на операционномъ столѣ на спину, съ сильно разведенными бедрами, въ уретру вставленъ толстый мужской пиннерій и переданъ помощнику, который, посредствомъ его, фиксировать уретру къ лопной дугѣ, затѣмъ влагалище было растянато зеркаломъ Боземана. По жолобу пиннеріа въ пузырь былъ введенъ длинный, узкій, прямой, пугочатый палецъ и, на введенномъ во влагалище, указательномъ пальцѣ лѣвой руки, произведенъ разрѣзъ слизистой оболочки задней стѣнки уретры, шейки пузыря и части *septi uretro-vaginalis* какъ разъ по средней складкѣ уретры, такъ что онъ проходилъ отъ передняго конца *corporis trigoni*, раздѣляя слизистую оболочку уретры и шейки пузыря, часть *septi uretro vaginalis* и кончался небольшимъ (3—4 мм.) надрѣзомъ *ostii cutanei urethrae*.

Всѣмъ за этимъ очень легко и безъ всякаго усилія былъ введенъ въ пузырь указательный палецъ лѣвой руки, самымъ легкимъ нажиманіемъ котораго рана увеличилась на столько, что

можно было безъ труда провести большія щипцы, которыми и былъ очень легко извлеченъ камень.

Камень имѣлъ форму усѣченного конуса; поверхность его шероховата; вѣсъ 9 драхмъ, $1\frac{3}{4}$ " длины, и толщины—въ основаніи $1\frac{1}{4}$ ", въ срединѣ 1" 2" и у верхушки 1". По составу онъ принадлежитъ къ чистымъ уратамъ⁽¹⁾. Кровотеченіе было незначительное. Послѣ операціи болезня положена на бокъ, поставленъ катетеръ à demeure, и назначено спринцованіе пузыря теплою водою.

Первые четыре дня лихорадка была значительная (38,6° утромъ, 39,8° вечер.). Появились сильныя боли въ пузырь, прекратившіяся отъ употребленія холода и промыванія. Черезъ недѣлю болезня мочилась произвольно, но еще оставалась въ госпиталѣ, по причинѣ оставшагося еще, но уже значительно уменьшившагося катарра пузыря.

Изложивъ, такимъ образомъ, употребленный мною оперативный способъ, въ заключеніе я укажу на тѣ выгоды, которыя, по моему мнѣнію, представляетъ этотъ способъ:

- 1) Разрѣзъ, проходя по мѣстности малоснабженной сосудами, не даетъ почти кровотеченія.
- 2) Этимъ способомъ не разрѣзываются ни тѣло пузыря, ни влагалище.
- 3) Уретра и шейка пузыря послѣ разрѣза слизистой ихъ оболочки и сжимающихъ мыщцъ легко и почти безъ усилія растягиваются до того, что могутъ давать выходъ камнямъ до $1\frac{1}{2}$ дюйма въ діаметрѣ.
- 4) Передъ простымъ безкровнымъ расширеніемъ этотъ способъ имѣетъ то преимущество, что *sphincter vesicae* и слизистая оболочка уретры не разрываются въ разныхъ направленіяхъ, а представляютъ простую продольную рану, легко заживающую, — и тѣмъ избѣгается послѣдующее недержаніе мочи.

(1) Химическій анализъ произведенъ Профессоромъ Ю. К. Трапнгомъ.

5) При очень большом камнѣ способъ этотъ позволяетъ безъ труда захватить камень щипцами Люера, разломать на нѣсколь-
ко кусковъ, которые тутъ же удаляются, чѣмъ значительно
облегчается операція и уменьшается опасность.

На основаніи этого я прихожу къ тому заключенію, что всѣ
способы литотоміи у женщинъ сводятся къ одному этому, кото-
рому я предлагаю дать названіе *uretrotrachelotomia inferior
interna* и отнести его ко второму классу методовъ женскаго кам-
несѣченія.

Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ камень не можетъ быть почему ли-
бо удаленъ вышеупомянутымъ способомъ, можно допустить
только надлобковое сѣченіе.

Такъ какъ настоящее разсужденіе мое, кромѣ описанія соб-
ственнаго моего способа камнесѣченія у женщинъ, заключаетъ
въ себѣ изложеніе и оцѣнку всѣхъ остальныхъ методовъ, какъ
прежде существовавшихъ, такъ и употребляемыхъ въ настоящее
время, то я считаю нелишнимъ, въ заключеніе, приложить таб-
лицу собранныхъ мною случаевъ, съ указаніемъ на способы
операцій и ихъ исходы. Правда, таблица эта не имѣетъ той под-
ноты и объема, какія я желалъ придать ей, но это обусловли-
вается, съ одной стороны, трудностью собиранія этого рода дан-
ныхъ, а съ другой, общепринятымъ обыкновеніемъ, особенно
старыхъ авторовъ, умалчивать о случаяхъ, которые шли не
благопріятный исходъ. Тѣмъ не менѣе однако, я позволяю себѣ
думать, что она, во всякомъ случаѣ, не бесполезна, ибо пред-
ставитъ, хотя слабое, указаніе на тѣ способы, которыми опери-
ровали всего чаще и, сравнительно, съ наибольшимъ успѣхомъ.

ТАБЛИЦА.

№	Операторъ.	Годъ.	Больная.	Лѣтъ.	Методъ операціи.	Вѣсъ и величина камня.	Исходъ.	Примѣчанія
1	Rousset	1581	Женщина	66	Sectio vagino-vesicalis.	11 камней.	Выздоровленіе въ скоромъ времени.	Prolapsus uteri и передней стѣнки vaginae.
2	Ruysch	1691	Женщина	80	Sectio vagino-vesicalis.	42 камня.	Выздоровленіе въ короткое время.	Разрѣтъ продольный по выпавшей стѣнкѣ vaginae.
3	Probie (Dublin). . .	1694	Дѣвушка	20	Epi st otomia.	Игла слоновой кости 4 дюйма длиною.	Выздоровлен.	
4	Gooch	1740	Женщина		Sectio vagino-vesical.	Камень отъ 3-хъ до 4-хъ унц.	Выздоровлен.	
5	Frère Côme	1762	Женщина	27	Epi st otomia.	Камень величиною съ куриное яйцо.	Смерть на 17 день.	
6	Norreen	1775	Женщина	36	Sectio vagino-vesicalis.	Камень величиною съ куриное яйцо.	Выздоровленіе.	Камень пробуривать мочевою пузырѣ и влагалищѣ, и быть выпущенъ чрезъ существовавшее отверстіе.
7	Warner	1787	Женщина	48	Разрѣтъ urethrae до половины вверхъ и вправо, расширеніе раны тупымъ жеретомъ.		Выздоровленіе чрезъ 3 недѣли.	При выпиманіи, камень раздробился, въ срединѣ его были кусочки кости, вѣсомъ въ 15 гранъ.
8	Lauverjat	1790	Женщина беременная		Epi st otomia.		Выздоровленіе.	Роды прошли благополучно.
9	Birch (St Thomas Hosp.)	1792	Женщина	34	Постепенное расширеніе тупымъ жеретомъ уретры.	3 камня, изъ коихъ болѣйшій, величиною въ лѣсной орѣхъ.	Выздоровленіе чрезъ 4 дня.	
10	Fagre	1810	Дѣвушка	—	Sectio vag. vesicalis.		Выздоровлен.	Вмѣсто камня выпущенъ кусокъ дерева.
11	Clemôt	1814	Дѣвушка	21	Тоже.		Выздоровлен.	
12	Rigal	1814	Женщина	38	Тоже.	Камень болѣйшій	Выздоровлен.	
13	Онъ же	1814	Женщина	40	Тоже.	Камень 2 унц.	Выздоровлен.	
14	Flaubert	1815	Дѣвушка	11	Тоже.		Выздоровлен.	Ядромъ камня служила палочка.
15	Онъ же	1816	Женщина	33	Тоже.	Камень величиною съ орѣхъ.	Выздоровлен.	
16	Онъ же	1815	Женщина	40	Тоже.	Камень съ бильярдный шаръ.	Выздоровлен.	
17	Clemôt	1817	Дѣвушка	25	Sectio vag. vesicalis с проводникомъ и деревяннмъ жеретомъ.	Камень съ куриное яйцо.	Выздоровленіе чрезъ 2 мѣсяца.	

№	Операторъ.	Годъ.	Больная.	Лѣтъ.	Методъ операціи.	Вѣсъ и величина камня.	Исходъ.	Примѣчанія.
18	Clemot	1817	Дѣвочка	12	По предварительномъ расширеніи <i>hymenis, sectio vagino-vesicalis</i> , съ проводомъ и деревяннымъ горжеретомъ.	Камень въ лѣсной орѣхъ.	Выздоровленіе черезъ 12 дней.	
19	Flaubert	1818	Женщина	21	<i>Sectio vag. vesicalis.</i>	Камень въ орѣхъ.	Выздоровленіе.	
20	В. В. Пеликанъ	1818	Дѣвочка	8	<i>Sectio lateralis.</i>	Головоглатый, твердый, пчьиною съ миндаля.	Выздоровленіе черезъ 3 недѣли.	
21	Опѣ же	1818	Дѣвочка	10	Тоже.	Камень въ грецкій орѣхъ.	Выздоровленіе.	
22	A. Cooper	—	Женщина	—	Постепенное расширеніе уретры аппаратомъ Вейса.		Выздоровленіе.	Расширеніе длилось съ 8 часовъ утра до 4-хъ по полудни.
23	Brodie	—	Женщина	—	Тоже.	Маленькій камень.	Выздоровленіе черезъ 14 дней.	Расширеніе длилось 24 часа.
24	Green	1823	Дѣвица	31	Постепенное расширеніе уретры съ помощью аппарата Вейса.	Большой камень?	Выздоровленіе.	Расширеніе длилось 1½ часа.
25	T. Wm. Chevalier	1825	Дѣвушка	16	Постепенное расширеніе дилататоромъ для <i>rhinosis</i> .		Выздоровленіе.	Операція длилась около 2¼ часовъ, расширеніе дилатора производилось каждыя 2—4 минуты.
26	Bancal	1826	Marie Boyer	76	Пробована литотритія черезъ годъ послѣ нея обнаружился вновь камень, который въ 1829 году, продравши влагалище и часть его вынулъ, другая же часть вынута пальцами черезъ отверстие.	Длина камня 30 линій, ширина 1 дюймъ.		
27	Опѣ же	—	M-me Mart	60	Пробована литотритія безъ успѣха.			Камень не возможно было захватить.
28	Опѣ же	—	M-me Fourt	80	Два раза пробована литотритія.	Камень 32 линіи длины, 23 ширины и 10 толщины; вѣсъ 1 унція и нѣсколько гранъ.	Смерть.	Вскрытіе и мѣрленіе камня.
29	Опѣ же	—	Anna	—	<i>Sectio bilateralis.</i>		Выздоровленіе.	Камень не входилъ въ мѣшокъ и посему не могъ быть вынутымъ.

№	Операторъ.	Годъ.	Большая.	Вѣтъ.	Методъ операціи.	Вѣсъ и величина камня.	Исходъ.	Примѣчанія.
30	Piers Uso-Walter .	1826	Женщина	45	Разрѣзъ вѣстибулярн.	1 д. 7 л. и 1 д. 5 л. почти бутылый.	Выздоровленіе черезъ 10 недѣль.	Камень при вытаскиваніи сломался на два куска.
31	Chelius	1830	Женщина	40	Собственный методъ	Камень 1 $\frac{1}{4}$ д. и 2 $\frac{1}{8}$ д.	Выздоровленіе черезъ 8 недѣль.	Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ вышелъ произвольно камень.
32	Опѣ же	1830	Дѣвушка	14	Тотъ же.		Выздоровленіе.	Осталось недержаніе мочи, бывшее до операціи съдѣйствию уретры мочевого камня, величиною съ лесной орѣхъ.
33	Опѣ же	1830	Дѣвушка	18	Собственный методъ		Выздоровленіе черезъ 3 недѣли.	
34	Blasius	1832	Женщина	32	Sectio vagino-vesical.	Два камня, каждый въ куриное яйцо.	Выздоровленіе черезъ мѣсяць.	Была пробована литотрипсія, но безъ успѣха; послѣ литотоміи осталась фистула (2—3 дюйма), которая была зашита черезъ 15 дней 5-ю булавочными швами.
35	Diffenbach	1832	Дѣвушка	3	Разрѣзъ уретры	Камень 1 дюймъ длины и $\frac{1}{2}$ дюйма ширины.	Смерть на другой день.	Вскрытіе показало: peritonaeum срослось съ пузыремъ и въ этомъ мѣстѣ гангренозно, пузырь утолщенъ и мѣстами гангренозенъ; въ полости peritonaei единичный экссудатъ, правая почка сильно увеличена и мочеточникъ расширенъ.
36	William Thurnbull (Huddersfield) . . .	1834	Женщина	48	Постепенное расширеніе уретры приборомъ Ве	Камень длин. 1 $\frac{1}{4}$ д. ширин. 1 — толщ. $\frac{1}{8}$ —	Выздоровленіе.	Расширеніе длилось часть.
37	Малаховъ	1834	Женщина	45	Sectio lateralis à temps.	Камень унци въсомъ.	Выздоровленіе черезъ 27 дней.	Ядро камня состояло изъ волося, въсомъ 1 драхма.
38	Wallet	1835	Женщина	33	Sec. vagin.-vesical.	Камень въсомъ 3 gram.	Выздоровленіе черезъ 5 недѣль.	Сей часть послѣ операціи на рану наложены булавочные швы.
39	Опѣ же	—	Женщина	50	То же.	Такой же вѣсъ камня.	Выздоровленіе черезъ 4 недѣли.	
40	Henry Thomas . .	1836	Женщина	27	Съеніе вѣстибулярн.	Камень 1 $\frac{1}{4}$ дюйма длины и дюймъ ширины.	Выздоровленіе черезъ 32 дня.	Беременная на 4 мѣсяцѣ; роды мертвыми.

№	Операторъ.	Годъ.	Больная.	Възр.	Методъ операціи.	Вѣсъ и величина камня.	Исходъ.	Примѣчанія.
41	A. A. Кутерь	1841	Наталя, крестьянка	12	Sect. lateralis.	таплевидный, 15 гр. Uras	Выздоровленіе.	
42	Опъ же	1842	Анна, крестьянка.	17	То же.	видный, 5j и 6 гранъ. ammon et phosphas	Выздоровленіе.	
43	Опъ же	1843	Есипова, помѣщица	54	Вестибулярное сѣч.	камня: 1-й въ крымское р., а 2-й въ дѣсной орѣхъ Uras Sodii.	Выздоровленіе.	
44	Опъ же	1844	Матрена, крестьянка	10	Epicystotomia.	въ камень 3j и 3jβ acid. uras calcis phosph. am-	Смерть.	
45	Опъ же	1847	Ксения, дворянка.	10	Sect. lateralis.	камни, плоскіе, въ числѣ двѣ.	Выздоровленіе.	
46	Castara	1838	Дѣвица	43	Sect. veginovesical.	камень большой	Выздоровленіе.	Ядромъ камня былъ кусокъ дерева, длиною въ 3 дюйма и 3 линій.
47	Lantin (Bruxelles).	1838	Женщина	58	Методъ неопредѣленъ.	камня, въ одномъ нахо- зѣ.	Смерть на 9-й день.	Найдено сообщеніе съ кистой лѣваго яичника, въ которомъ находились волосы и зубы.
48	Vale	1842	Дѣвочка	3	Предварительное рас- сѣченіе, за сѣмъ 4-хъ роной надразъ слизистой оболочки уретры.	камень находился въ мѣ- шочкѣ.	Выздоровленіе съ подержаніемъ моч- и.	
49	Monod	1849	Женщина	40	Sect vagin. vesical.	камень 80 gram. видъ при- дутатаго шара.	Выздоровленіе черезъ 15 дней.	Операція произведена была на беременной по истеченіи воды; мертвый ребенокъ вытѣщенъ щипцами.
50	Mayer (Rottweyl).	1856	Женщина	50	Sectio vag. vesical.		Выздоровленіе.	Было пробовано раздробленіе камня щипцами, введенными черезъ уретру, но камень ока- зался инкапсулированнымъ и не было возможности его освобод- дить щипцами, тогда операторъ, надавая камень щипцами на влагалище, извлекъ его чрезъ сдѣланный надъ нимъ разрѣзъ.
51	Van Leuwen (Rot- terdam)	1852	Женщина	29	Вестибулярное сѣченіе литотомомъ Дюмонтрѣ.	камень цилиндрической 5¼ дюйм.	Выздоровленіе черезъ 4 недѣли.	
52	Корженевскій (Варшава)	1865	Женщина	20	Sectio vag. vesical.	камня, игольчатый.	Выздоровленіе на 24 день.	

№	Операторъ.	Годъ.	Больная.	Възр.	Методъ операц. и величина камня.	Исходъ.	Примѣчанія.
53	Онгъ же	1867	Женщина.	44	Sect. vestibularis	сеченой съ грецкй орѣхъ.	Выздоровленіе на 14 дней.
54	Smith (London) .	1868	Дѣвочка.	5	Собственный м.	Камень 1 3/4 шир. 3/4 вѣсъ gram.	Выздоровленіе.
55	Онгъ же	—	Дѣвушка	7		Камень 1 1/4 "шир. 3/4" вѣсъ gram.	
56	Richet	1868	Молодая женщина	—	Разрѣзъ уретры пузыря вверхъ.	Камень величиною съ кури-лицо.	Выздоровленіе. Камень образовался крутомъ головной шпильки.
57	Fleury	1868	Дѣвушка.	22	Кровяное рас- уретры	Камень голышкѣ, наполненный камн.	Выздоровленіе.
58	Smith	1868	Женщина.	—	Раздробленіе камня и вытаски- по кускамъ.	Камень инструментомъ для вытаски- ки погтей.	Выздоровленіе.
59	Poland	1868	Женщина	57	Извлеченіе	Несколько камней, изъ коихъ въ 1 1/2 л. въ размѣрѣ.	Выздоровленіе.
60	Teale	1869	Женщина	—	Безкровное быстрое расширеніе уретры.	Камень длиною 5 дюйм. 3 3/4 л. вѣсъ 9 др. 1 scr.	Выздоровленіе.
61	Reeve	1869	Молодая женщина.	—	Тоже.	Камень вибрируемый катетеръ—9 1/2 дюйм. длины.	Выздоровленіе.
62	Debruin	1869	Дѣвочка.	9	Кровяное рас- уретры	Камень 5 цент. длины 4—5 грам. вѣсу.	Выздоровленіе.
63	Генперъ	1871	Палагея Кузьмина	20	Sectio vagino-ves-	Камень: длиною 6 "д. шириною 3 " — шириною 2 1/4 " — вѣсъ 36,3 gram.	Выздоровленіе. Беременная. На рану наложено 8 металлическихъ швовъ. Операция дѣлана 18 Октября. Больная умерла послѣ родовъ 10 Ноября.
64	В. А. Пеликанъ (Видью).	1871	Регина Черныш-ская	43	Urethro-trachele- ferior interna.	Камень: 3 1/2 3 1/2 "длины, ширины 1 1/4 " у толстаго конца 1" 2" въ среднѣ и у тонкаго въ диаметръ.	Выздоровленіе чрезъ неделю.

ПОЛОЖЕНІЯ.

- 1) Литотритія представляєть не менше опасностей, какъ и литотомія (lateralisata).
- 2) Захватываніе камня у женщинъ легче при камнестеченіи, чѣмъ при камнераздробленіи.
- 3) При задержаніи мочи, вслѣдствіе органическихъ стриктуръ уретры, urethrotomia externa предпочтительнѣе прободенія пузыря.
- 4) Изъ всѣхъ способовъ леченія проходимыхъ стриктуръ мочеиспускательнаго канала, urethrotomia interna лучшій.
- 5) Операция незагуны по способу А. А. Китера, лучше другихъ.
- 6) Дренажъ свѣжихъ послѣ операціонныхъ ранъ составляетъ весьма важное пособіе при ихъ заживленіи.
- 7) Гипсовая повязка, хорошо и цѣлесообразно наложенная, въ большинствѣ случаевъ переломовъ предпочтительнѣе различныхъ шинъ.
- 8) Всѣ сложные снаряды для переноски раненныхъ мало пригодны на полѣ сраженія.

